

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 26. august 2026 blev i sag nr. 104913:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har pensionsordning. I klageskema af 8/12 2025 har klageren bl.a. anført:

"Jeg indgiver hermed min klage over PFA (ophævelse ab initio og tilbagebetalingskrav for Kritisk Sygdom) og vedlægger klage (v2) samt bilag. PFA har fremsendt opkrævning på 250.000 kr. (faktura ..., forfald 15.12.2025) og har i svar af 26.11.2025 og 05.12.2025 afvist både standstill og at fremlægge de produkt-/policevilkår, der skulle dokumentere, at Kritisk Sygdom forudsætter antagelse til Liv/TAE. PFA anfører udtrykkeligt, at afgørelsen ikke bygger på kausalitet ift. min diagnose (stroke 06.06.2025).

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

2) Anmodninger

- A. Pålæg om fremlæggelse af de relevante police-/produktvilkår og antagelsesregler (evt. in camera), samt Videntcentergrundlag for tegningstidspunktet.
- B. Pålæg om redegørelse for brugen af samtykket 11.-12.04.2024 og proportionalitet ved total ab initio-ophævelse.
- C. Tilsidesættelse af afgørelsen og tilbagebetalingskravet; subsidiært hjemvisning til fornyet, differentieret vurdering.
- D. At PFA's opkrævning under klagesagen indgår i vurderingen; jeg anmoder om anbefaling af frivillig standstill."

Klageren har i vedlagte brev til klageskemaet bl.a. anført:

"2) Klagepunkt og påstande

PFA har ophævet mine forsikringsdækninger med tilbagevirkende kraft pr. 1.6.2024 (nedsat erhvervsevne m/indbetalingssikring, livsforsikring og kritisk sygdom) samt fremsat krav om tilbagebetaling af udbetalt kritisk sygdom (250.000 kr., udbetalt 6.6.2025).

Påstande:

A. Afgørelsen om ophævelse ab initio og tilbagebetalingskravet tilsidesættes.

B. Subsidiært: Afgørelsen differentieres (fx ophør fremadrettet og/eller udelukkelse/karens), og kravet om tilbagebetaling af kritisk sygdom bortfalder.

3) Faktisk forløb (uddrag)

- 2023: Fuldtidsansat hos [arbejdsgiver1]. Kortvarig stresssygemelding (10 arbejdsdage, November/December) med kontakt til egen læge.
- Februar 2024: Fratræder [hos arbejdsgiver1] efter fælles overenskomst.
- 11.–12.04.2024: Udfylder helbredserklæring og afgiver samtykke til indhentning af nødvendige helbredsoplysninger før antagelse. Jeg svarer 'Nej' til diagnose/symptomer/undersøgelse/behandling inden for 2 år (Oplyser ikke om min stress sygemelding hos [klagerens tidligere arbejdsgiver]).
- Feb.–sep. 2024: Fuldtids freelance hos [arbejdsgiver2].
- Fra okt. 2024: Fuldtids freelance hos [arbejdsgiver3].
- 01.06.2024: Dækninger oprettes (ifølge PFA).
- 06.06.2025: Kritisk sygdom (stroke) – udbetalt 250.000 kr.
- 24.–26.11.2025: PFA meddeler total ophævelse ab initio og afviser at udlevere police-/produktvilkår med henvisning til 'interne retningslinjer'.
- 05.12.2025: PFA fastholder, at der ikke er opsættende virkning og at afgørelsen ikke bygger på kausalitet ift. stroke.

4) Begrundelse (hovedargumenter)

4.1 God tro og spørgerammens fortolkning

Mit 'Nej' i helbredserklæringen blev givet i god tro: ingen diagnose, intet igangsat psykolog-/psykiatriløb og ingen psykofarmaka; normal arbejdssevne omkring 11.–12.04.2024.

4.2 Samtykke, undersøgelsespligt og berettigede forventninger

Jeg afgav samtykke 11.–12.04.2024 til, at PFA kunne indhente nødvendige helbredsoplysninger før antagelse/ikrafttræden. PFA brugte ikke samtykket ved tegning, men ophæver to år senere med tilbagevirkende kraft. Det undergraver berettigede forventninger og strider mod loyal undersøgelses-/oplysningspligt og proportionalitet.

4.3 Materialitet – Videncentrets vurdering pr. 01.06.2024

Videncenter for Helbred & Forsikring: Dødelighed = D2 (ikke afslag), Invaliditet = afslag (mulighed for ny vurdering feb. 2028). Det indikerer, at Liv ikke var kategorisk udelukket, og svækker PFA's præmis om, at CI nødvendigvis bortfalder.

4.4 Produktforudsætning for Kritisk Sygdom (CI)

PFA anfører, at CI kun kan oprettes, hvis jeg kan antages til Liv eller TAE. Jeg anmoder om konkret betingelsesordlyd i policens/produktets vilkår. Hvis Liv (D2) ikke var udelukket, kan CI ikke bortfalde alene pga. afslag på invaliditet.

4.5 Proportionalitet og differentiering

Total ophævelse ab initio er mest indgribende. Givet god tro, samtykke og Videntcentervurderingen bør mindre indgribende løsninger (udelukkelse/karens/ophør fremadrettet) anvendes.

4.6 Kausalitet ift. CI

PFA oplyser, at afgørelsen ikke bygger på kausalitet ift. mit stroke i 2025. Uden kausalitet svækkes grundlaget for tilbagebetaling yderligere.

4.7 Proces og aktindsigt

Jeg beder ikke om interne arbejdsdokumenter, men om kontraktgrundlaget (police-/produktvilkår) og relevante antagelsesregler, evt. in camera.

5) Påstande (samlet)

1. PFA's ophævelse ab initio og krav om tilbagebetaling af CI-beløbet tilsidesættes.
2. Subsidiært: hjemvisning til fornyet, differentieret vurdering."

Selskabet har den 14/1 2026 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagen vedrører følgende forsikringsdækninger tegnet den 1. juni 2024 gennem LederPension: Tab af erhvervsevne med indbetalingssikring, kritisk sygdom og livsforsikring. Aftalebevis og forsikringsbetingelser vedlægges som henholdsvis Bilag A og Bilag B.

Hvad handler tvisten om?

Sagen angår for det første, hvorvidt selskabet har været berettiget til at annullere forsikringsdækningerne med tilbagevirkende kraft som følge af urigtige helbredsoplysninger afgivet på tegningstidspunktet, jf. forsikringsaftalelovens § 6. For det andet angår sagen, hvorvidt selskabet er berettiget til at fastholde kravet om tilbagebetaling af den udbetalte forsikringssum ved kritisk sygdom på kr. 250.000.

Sagsfremstilling

I forbindelse med indtegningen udfyldte forsikrede den 12. april 2024 en helbredserklæring, hvori han svarede benægtende til følgende spørgsmål (Bilag 'Helbredserklæring ...'):

1. *'Har du eller har du haft en diagnose indenfor de seneste 2 år, haft symptomer på sygdom eller gener, været undersøgt eller behandlet hos læge, speciallæge, psykolog, fysioterapeut/kiropraktor, på sygehus/hospital/privatklinik eller hos andre behandlere, for eksempel alternativ behandler?: Nej'*
2. *'Har du – udover det allerede oplyste – indenfor de seneste 2 år været i medicinsk behandling mere end en måned, herunder med beroligende eller smertestillende medicin?: Nej'*

Forsikrede blev i helbredserklæringen udtrykkeligt oplyst om, at besvarelseserne skulle være fuldstændigt sandfærdige, og at urigtige eller ufuldstændige oplysninger kunne medføre, at han ikke ville kunne være berettiget til forsikringsdækningerne.

Forsikrede blev herefter antaget på normale vilkår med forsikringer ved nedsat erhvervsevne, livsforsikring samt kritisk sygdom (Bilag C).

Den 26. maj 2025 anmeldte forsikrede kritisk sygdom som følge af blodprop i hjernen indtruffet den 21. maj 2025 (Bilag D).

Selskabet meddelte ved afgørelsesbrev af 6. juni 2025 forsikrede, at han ville få udbetalt en forsikringssum ved kritisk sygdom på kr. 250.000 (Bilag E).

Den 10. juni 2025 anmeldte forsikrede endvidere tab af erhvervsevne som følge af blodprop i hjernen (Bilag F). Til brug for selskabets vurdering af forsikredes anmeldelse indhentede PFA lægelige og kommunale oplysninger.

På baggrund af de supplerende oplysninger modtaget i forbindelse med behandlingen af forsikredes ansøgning om udbetaling ved tab af erhvervsevne, meddelte selskabet den 28. august 2025 forsikrede, at der muligvis forelå uoverensstemmelse mellem de oplysninger, selskabet havde modtaget i forbindelse med oprettelsen af hans ordning, og de nye oplysninger. Forsikrede blev oplyst om, at hvis hans forsikringsvilkår ikke var oprettet korrekt, kunne det have betydning for hans forsikringer, og at selskabet derfor ville undersøge forholdet nærmere (Bilag G).

Selskabet modtog den 9. september 2025 journalnotater fra forsikredes praktiserende læge, hvoraf følgende fremgår (Bilag H):

Af elektronisk konsultationsnotat den 14. november 2023 fremgår, at forsikrede var gået ned med stress i forbindelse med skift af arbejde, måtte melde sig syg og havde klare stresssymptomer.

Af journalnotat den 15. november 2023 fremgår, at forsikrede følte sig modarbejdet i det nye job, havde diffuse symptomer igennem uger, følte sig presset på arbejdet og havde modtaget advarsel om opsigelse. Han var grådlabil med tankemylder og søvnbesvær. Lægen diagnosticerede en akut belastningsreaktion.

Af konsultationsnotat den 11. december 2023 fremgår, at forsikrede scorede svær stress og moderat depressionssymptomer.

Af journalnotat den 17. januar 2024 fremgår, at forsikrede fortsat havde søvnbesvær, blev behandlet med Melatonin og henvist til psykolog/stresscoach.

Af elektronisk konsultation den 29. februar 2024 anmodede forsikrede om genoptagelse af bipolar medicin, som tidligere havde hjulpet ham med at blive mere neutral, idet han havde været plaget af mange svingninger. Herefter foreligger der ikke yderligere journalnotater vedrørende dette forhold.

På baggrund af de indhentede lægelige oplysninger blev sagen forelagt Videncenter for Helbred & Forsikring, som den 2. oktober 2025 vurderede, at invaliditetsrisikoen ville være blevet vurderet til afslag, og at dødeligheden ville være blevet vurderet med forhøjet risiko, hvis de nu kendte oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet. Videncenteret vurderede endvidere, at der ville være mulighed for en fornyet vurdering i februar 2028 (Bilag '2.10.2025 HEFO').

Ved afgørelse af 11. november 2025 meddelte selskabet forsikrede, at hans forsikringsdækninger ville blive ophævet med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet. I samme forbindelse meddelte selskabet, at forsikrede uberettiget havde fået udbetalt dækning ved kritisk sygdom på kr. 250.000 og ville modtage et tilbagebetalingskrav (Bilag 'BREV – [klageren]').

Forsikrede påklagede herefter selskabets afgørelse og anmodede samtidig om, at tilbagebetalingskravet blev sat i bero. Selskabets klageansvarlige fastholdt afgørelsen ved brev af 24. november 2025 (Bilag '24.11.2025 Klagesvar').

Forsikrede har herefter indbragt sagen for ankenævnet.

Begrundelse for selskabets afgørelse

Selskabet gør gældende, at ophævelsen af forsikringsdækningerne og kravet om tilbagebetaling er berettiget af følgende grunde:

Urigtige oplysninger

Forsikrede svarede benægtende til spørgsmålet i helbredserklæringen om diagnose eller symptomer på sygdom inden for de seneste to år. Dette svar var objektivt urigtigt. Lægejournalen dokumenterer, at forsikrede i perioden november 2023 til februar 2024 – inden for toårsperioden forud for tegningen den 12. april 2024 – havde løbende lægekontakt vedrørende psykiske helbredsforhold.

Forsikringsaftalelovens § 6 kræver ikke ond tro eller forsæt. Simpel uagtsomhed er tilstrækkeligt. Det afgørende er alene, om oplysningerne var objektivt urigtige, og om selskabet ville have truffet en anden afgørelse ved korrekte oplysninger. Forsikrede blev den 15. november 2023 diagnosticeret med akut belastningsreaktion, scorede den 11. december 2023 svær stress og moderat depression, blev behandlet med Melatonin for søvnbesvær, henvist til psykolog/stresscoach, og anmodede den 29. februar 2024 om genoptagelse af bipolar medicin. Dette sammenhængende behandlingsforløb for psykiske lidelser falder utvivlsomt inden for helbredserklæringens ordlyd om 'diagnose', 'symptomer på sygdom eller gener', 'undersøgt eller behandlet hos læge' samt 'medicinsk behandling'. Forsikredes subjektive vurdering af forholdenes relevans er uden retlig betydning.

Når væsentlige helbredsforhold ikke oplyses, fratages selskabet muligheden for at foretage korrekt risikovurdering. Forsikrede opnår derved dækning på vilkår, som selskabet ikke ville have accepteret.

Havde de nu kendte oplysninger foreligget på tegningstidspunktet, ville forsikringsdækningerne ikke være blevet indtegnet. Risikovurderingen ville have oversteget det niveau, som selskabet i henhold til sine antagelsesregler kan acceptere. Dette understøttes af Videncenter for Helbred & Forsikrings vurdering af 2. oktober 2025, hvoraf fremgår, at invaliditetsrisikoen ville være blevet vurderet til afslag, og at dødeligheden ville være blevet vurderet med forhøjet risiko.

Dækning ved kritisk sygdom forudsætter accept af enten tab af erhvervsevneforsikring eller livsforsikring i henhold til selskabets produktvilkår og interne retningslinjer på Lederpension. Videncenter for Helbred & Forsikrings klassifikation af livsforsikringen som D2 udgør ikke en accept, men en konstatering af forhøjet risiko, der overstiger selskabets acceptable risikoniveau som fastlagt i selskabets fortrolige ordningsspecifikke retningslinjer baseret på videncenterets statistikker. Selskabets antagelsesregler udelukker livsforsikring ved en sådan risikovurdering. Differentierede løsninger i form af karenser eller klausuler er ikke mulige, når risikovurderingen medfører afslag.

Forsikredes samtykke til indhentning af helbredsoplysninger er et supplement til – ikke en erstatning for – forsikredes selvstændige oplysningspligt. PFA er ikke forpligtet til at indhente oplysninger.

ger, når helbredserklæringen besvares benægtende. Samtykket giver alene selskabet mulighed for at verificere eller supplere oplysninger ved behov. Selskabet fandt ikke grundlag herfor ud fra forsikredes benægtende besvarelse.

PFA har på baggrund af ovenstående været fuldt berettiget til at ophæve forsikringsdækningerne med tilbagevirkende kraft i medfør af forsikringsaftalelovens § 6.

Tilbagebetalingskravet

PFA er berettiget til at kræve forsikringssummen ved kritisk sygdom på kr. 250.000 tilbagebetalt, da forsikringsaftalen er ophævet med tilbagevirkende kraft, og udbetalingen derfor er sket uden retligt grundlag.

Forsikredes indsigelse om manglende kausalitet mellem de ikke-oplyste psykiske helbredsforhold og den indtrådte blodprop er ikke relevant, dels fordi forsikringsaftalelovens § 6 ikke stiller krav om kausalitet ved urigtige oplysninger, dels fordi tilbagebetalingspligten følger af ophævelsen med tilbagevirkende kraft.

Selskabet har imødekommet forsikredes anmodning om at sætte tilbagebetalingskravet i bero, mens sagen verserer. Ingen renter eller omkostninger påløber, indtil der er truffet endelig afgørelse.

Det bemærkes, at forsikrede den 29. december 2025 har modtaget en betydelig udbetaling fra sin pensionsopsparing i PFA på i alt kr. 220.480,08 efter afgift (Bilag J).

Selskabet anmoder om, at klagen ikke tages til følge."

Klageren har i brev af 19/1 2026 til nævnet bl.a. anført:

"1) Sammenfatning

Jeg fastholder, at PFA's ophævelse ab initio og tilbagebetalingskrav vedr. Kritisk Sygdom (CI) ikke er dokumenteret på kontraktligt grundlag og er uproportionale.

PFA henviser primært til interne antagelsesregler og FAL § 6, men påviser ikke en udtrykkelig bestemmelse i pensionsbevis/vilkår, som gør CI betinget af forudgående accept til Liv/TAE [1][2].

Videre fremgår af PFA's egen udtalelse, at afgørelsen ikke bygger på kausalitet; dette bør tillægges vægt ved rimelighedsvurderingen af et tilbagebetalingskrav [3].

2) Bemærkninger punkt for punkt

2.1 Kontraktgrundlag for CI (ikke interne regler)

PFA anfører, at CI forudsætter antagelse til Liv eller TAE. I de fremlagte dokumenter (pensionsbevis og vilkår) er der imidlertid ikke identificeret nogen udtrykkelig bestemmelse, der kontraktuelt knytter CI's oprettelse/gyldighed til Liv/TAE-accept. CI beskrives som en engangsudbetaling ved dækningsberettiget diagnose med henvisning til betingelser/diagnoseliste.

Jeg anmoder derfor om, at PFA pålægges at pege på præcis ordlyd (paragraf/side) i kontraktgrundlaget – eller at Ankenævnet i mangel heraf ser bort fra en sådan forudsætning [1][2].

Henvisning: PFA Kritisk Sygdom beskriver dækningen og henviser til vilkårene, uden at nævne forudsat Liv/TAE-accept [1][2].

2.2 Videncentrets klassifikation (D2) er ikke i sig selv afslag i vilkår

PFA gør gældende, at interne ordningsregler udelukker Liv ved D2, og at differentierede løsninger ikke er mulige. Det er interne regler.

Det afgørende for CI er, om policen/produktvilkårene udtrykkeligt kræver Liv/TAE-accept. PFA har ikke påvist kontraktgrundlag herfor, men alene henvist til interne regler [3].

2.3 Samtykke og undersøgelsespligt / berettigede forventninger

Jeg afgav samtykke ved tegning til indhentning af nødvendige helbredsoplysninger før antagelse. PFA anfører, at samtykket blot er et supplement, og at de ikke var forpligtet til at indhente oplysninger ved benægtende svar.

PFA's valg om ikke at indhente oplysninger før antagelse, men to år senere at ophæve med tilbagevirkende kraft, er efter min opfattelse i strid med loyal undersøgelses-/oplysningspligt og de berettigede forventninger, PFA skabte ved at antage dækningerne.

Det taler for en mildere retsfølge end total ab initio [3].

2.4 Spørgerammens bredde og god tro

Helbredsspørgsmålet samler diagnose, symptomer, undersøgelse, behandling og medicin i én blok. Jeg besvarede i god tro, idet der ikke forelå en vedvarende/igangværende behandlingskrævende psykiatrisk tilstand eller psykofarmaka, og jeg havde normal arbejdsevne omkring tegning [3].

2.5 Kausalitet og rimelighed ved tilbagebetaling

PFA anfører, at kausalitet er irrelevant for FAL § 6 og tilbagebetaling, da ophævelsen er ab initio. Jeg gør gældende, at fraværet af kausalitet til min CI-diagnose (stroke) under alle omstændigheder bør indgå i rimeligheds-/proportionalitetsvurderingen af et tilbagebetalingskrav. PFA har selv anført, at afgørelsen ikke bygger på kausalitet, og at kravet p.t. er sat i bero uden renter [3].

2.6 Proportionalitet og vilkårenes 2-års-forbehold ved frivillige CI-tilvalg

Vilkårene angiver et 2-årigt helbredsforbehold ved frivilligt CI-tilvalg (ingen/kun delvis dækning ved sammenhæng med tidligere tilstande).

Dette illustrerer en begrænset/tidsbestemt retsfølge i PFA's eget produktdesign – ikke automatisk total annullection. Det taler for, at mindre indgribende løsninger burde overvejes [2].

2.7 Irrelevante oplysninger

PFA's henvisning til en pensionsudbetaling pr. 29.12.2025 er uden relevans for den retlige vurdering af CI-ophævelse og tilbagebetalingskrav [3].

3) Supplerende oplysning baseret på vilkår/pensionsbevis

- Pensionsbevis/Vilkår for CI beskriver dækningens art og henviser til diagnoseliste/betingelser. Der findes ingen udtrykkelig bestemmelse om, at CI kun kan oprettes ved forudgående accept af Liv/TAE [1][2].
- CI-afsnittet viser også 2-årigt forbehold ved frivilligt tilvalg, hvilket understøtter, at PFA i kontraktgrundlaget anvender målrettede/afgrænsede forbehold – ikke total ophævelse [2].

3.1 Supplerende bemærkning #2 – Sundhedsforsikring opretholdt (konsistens og proportionalitet)

Jeg gør opmærksom på, at min tilknyttede sundhedsforsikring under samme pensionsordning fortsat er opretholdt og har været anvendt til dækning af ydelser (bl.a. zoneterapi). PFA har ikke opsagt denne dækning.

- Faktum: Sundhedsforsikringen er helbredsbetingsbet; ydelser er refunderet. PFA har valgt total ophævelse ab initio af Liv/TAE/CI – men ikke sundhedsforsikringen.
- Konsistens: Hvis helbredsoplysninger ved tegning skulle have medført, at ingen helbredsbetingsbet dækninger kunne antages, bør det afspejles på tværs af dækninger. Opretholdelsen svækker materialitets- og nødvendighedsargumentet for total ab initio på CI.
- Berettigede forventninger: Opretholdelse og løbende refusion under sundhedsforsikringen har styrket mine berettigede forventninger til ordningens beståen.
- Proportionalitet: Opretholdelsen understøtter, at en mindre indgribende retsfølge end total ab initio (fx udelukkelse/karens/ophør fremadrettet) er mere rimelig.

4) Påstande (fastholdes)

- 1) PFA's ophævelse ab initio og tilbagebetalingskrav tilsidesættes.
- 2) Subsidiært: hjemvisning til fornyet, differentieret vurdering (mindst indgribende løsning).
- 3) Pålæg om fremlæggelse af konkret kontraktbestemmelse om evt. CI®(Liv/TAE)-forudsætning (eller – hvis den ikke findes – at se bort fra interne regler som selvstændigt grundlag)."

Selskabet har i brev af 30/1 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Forsikrede anfører, at hans sundhedsforsikring er opretholdt og har været anvendt til dækning af ydelser, herunder zoneterapi, og at dette skulle skabe berettigede forventninger til ordningens beståen. Zoneterapi blev dækket den 15. september 2025 – før selskabets afgørelse om ophævelse af 11. november 2025. Ved denne afgørelse blev alle helbredsbetingsbet dækninger, herunder sundhedsforsikringen, ophævet med tilbagevirkende kraft. Selskabet fastholder, at der ikke kan opstå berettigede forventninger, når forsikrede udtrykkeligt er gjort bekendt med, at dækningerne ville blive ophævet med tilbagevirkende kraft til tegningstidspunktet ved brev af 11. november 2025.

I forhold til proportionalitet og forsikredes henvisning til 2-års helbredsforbehold som en 'mindre indgribende løsning' skal det præciseres, at et sådant forbehold kun kan anvendes, hvis der allerede eksisterer en gyldig forsikringsdækning baseret på korrekte helbredsoplysninger. Forbeholdet bruges ved frivillige tilvalg af dækning ved kritisk sygdom, hvor selskabet accepterer en ny risiko med en tidsbegrænset undtagelse for tidligere kendte tilstande. I denne sag ville forsikrede ikke være blevet antaget til hverken tab af erhvervsevneforsikring eller livsforsikring, hvis de korrekte helbredsoplysninger havde foreligget. Differentierede løsninger som karens eller forbehold forudsætter, at risikoen kan accepteres inden for rammerne af ordningen – hvilket ikke er tilfældet her.

Selskabet fastholder, at annullering af forsikredes erhvervsevnetabsforsikring med tilbagevirkende kraft er berettiget efter forsikringsaftalelovens § 6. Selskabet fastholder ligeledes tilbagebetalingskravet."

Klageren har i brev af 10/2 2026 til nævnet bl.a. anført:

"1) Sammenfatning

Jeg fastholder, at PFA's ophævelse ab initio og tilbagebetalingskrav vedr. Kritisk Sygdom (CI) ikke er dokumenteret i kontraktgrundlaget og er uproportionale.

PFA henviser primært til interne antagelsesregler og FAL § 6, men påviser ikke en udtrykkelig bestemmelse i pensionsbevis/vilkår, som gør CI betinget af forudgående accept til Liv/TAE.

Dertil kommer, at PFA både har udbetalt CI (06.06.2025) og – aktuelt – har visiteret/bevilget ydelser under helbredssikringen (psykologhjælp), hvilket taler for en mindre indgribende retsfølge end total annulation med tilbagevirkende kraft.

...

3) Helbredssikring og [selskabets samarbejdspartners]-psykologforløb (konsistens og forventninger)

3.1 PFA's helbredssikring er aktiv og anvendes

Jeg har modtaget brev om godkendt psykologforløb ([hos selskabets samarbejdspartner]) og har konkrete bookinger:

- 29.01.2026 kl. 09:30 – ...
- 06.02.2026 kl. 14:00 – ...

PFA afregner direkte med behandlingsstedet. Dette viser, at helbredssikringen består de facto og faktisk anvendes.

3.2 Relevans for ab initio-spørgsmålet

Når PFA i praksis opretholder og anvender helbredssikringen (og tidligere har udbetalt CI), taler det imod, at der har foreligget en så væsentlig og forsikringsudslagsgivende risiko, at total annulation med tilbagevirkende kraft er nødvendig og konsistent.

Som minimum taler det for en mindre indgribende retsfølge.

4) Påstande (fastholdes)

- 1) PFA's ab initio-ophævelse og tilbagebetalingskrav tilsidesættes.
- 2) Subsidiært: Sagen hjemvises til fornyet, differentieret vurdering (mindst indgribende løsning).
- 3) Pålæg om fremlæggelse af konkret vilkårsbestemmelse (paragraf/side) om evt. CI®(Liv/TAE)-forudsætning (eller – hvis den ikke findes – at se bort fra interne regler som selvstændigt grundlag)."

Selskabet har i brev af 12/3 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet skal indledningsvis korrigere det i selskabets andet indlæg anførte om, at helbredssikringen var omfattet af ophævelsen af forsikringsdækningerne. Helbredssikringen er en frivillig dækning under Lederpension, som ikke er betinget af individuel helbedsvurdering ved tegning, og som derfor ikke er berørt af de urigtige helbedsoplysninger afgivet i helbedserklæringen af 12. april 2024. Dette understøttes af rammeaftalen om PFA Plus mellem Ledernes Hovedorganisation og PFA Pension, gældende fra 1. marts 2019 (fortroligt dokument), hvoraf det fremgår, at et medlem kan vælge kun at have opsparing og PFA Kundekapital med eller uden PFA Helbredssikring, eller kun PFA Helbredssikring – uden samtidig at være omfattet af de øvrige forsikringsdækninger. At helbredssikringen består, er imidlertid uden betydning for vurderingen af ophævelsen af de helbedsbetingede forsikringsdækninger – tab af erhvervsevne med indbetalingssikring, livsforsikring og kritisk sygdom.

Forsikrede anmoder fortsat om, at selskabet peger på præcis ordlyd i kontraktgrundlaget, der knytter dækning ved kritisk sygdom til forudgående accept af livsforsikring eller tab af erhvervsevneforsikring. Hertil bemærker selskabet, at sammenhængen mellem dækningerne fremgår af

det samlede kontraktgrundlag, herunder navnlig rammeaftalen af 1. marts 2019 mellem Ledernes Hovedorganisation og PFA Pension.

Det fremgår af rammeaftalen, at et medlem, der vælger at være omfattet af forsikringer, vil være omfattet af alle standardforsikringer – herunder PFA Kritisk Sygdom, PFA Erhvervsevne og PFA Liv. Rammeaftalen indeholder derimod ingen mulighed for at tegne kritisk sygdom som en selvstændig dækning adskilt fra livsforsikring og tab af erhvervsevneforsikring.

Baggrunden for denne struktur er, at dækning ved kritisk sygdom ikke er genstand for en selvstændig helbreds vurdering. Helbreds vurderingen foretages alene i forhold til livsforsikring og tab af erhvervsevneforsikring, og dækning ved kritisk sygdom følger med som en del af den samlede standardpakke, såfremt forsikrede antages til en eller begge af disse dækninger. Når begge de helbedsbetingede dækninger ophæves som følge af urigtige helbedsoplysninger, bortfalder dermed også grundlaget for dækning ved kritisk sygdom."

Klageren har i brev af 12/3 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg noterer, at PFA nu korrigerer deres tidligere oplysning og anfører, at helbedssikringen ikke var omfattet af ophævelsen, fordi den efter deres opfattelse er en frivillig dækning, som ikke er betinget af individuel helbreds vurdering ved tegning. PFA bygger samtidig nu mere direkte deres argumentation om kritisk sygdom på den fortrolige rammeaftale af 1. marts 2019, hvorefter kritisk sygdom efter deres opfattelse følger med som del af den samlede standardpakke og derfor bortfalder, når livsforsikring og erhvervsevne bortfalder.

Jeg fastholder på denne baggrund:

1. At PFA må pålægges at fremlægge den præcise ordlyd i rammeaftalen eller andet kontraktgrundlag, som efter deres opfattelse gør kritisk sygdom afhængig af accept til livsforsikring og/eller erhvervsevneforsikring. Det er ikke tilstrækkeligt blot at henvise generelt til 'det samlede kontraktgrundlag' eller interne regler.
2. At selv hvis kritisk sygdom indgår som del af en samlet standardpakke, følger det ikke automatisk, at dette i sig selv begrunder ophævelse ab initio og tilbagebetalingskrav. PFA har fortsat ikke godtgjort, hvorfor en mindre indgribende og mere proportional løsning ikke kunne anvendes.
3. At PFA's nye forklaring om helbedssikringen netop viser, at ordningen består af dækninger med forskelligt grundlag og forskellig antagelseslogik. Det understøtter efter min opfattelse, at sagen burde have været vurderet mere differentieret og proportionalt, fremfor ved en samlet og tilbagevirkende annulation.
4. At det fortsat må tillægges vægt, at PFA i praksis har opretholdt og anvendt helbedssikringen, herunder godkendt psykologhjælp, hvilket styrker mine synspunkter om berettigede forventninger og nødvendigheden af en konkret og differentieret vurdering.

Jeg fastholder derfor mine påstande om, at:

- PFA's ophævelse ab initio og tilbagebetalingskrav bør tilsidesættes,
- subsidiært at sagen hjemvises til fornyet og mere proportional vurdering.

Jeg har ikke yderligere bemærkninger ud over ovenstående og anser herefter sagen for tilstrækkeligt oplyst til forelæggelse for nævnet."

Ankenævnet for Forsikring

11.

104913

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Det fremgår bl.a. af klagerens besked til klagerens egen læge af 12/2 2023:

"Kon.: **For højt blodtryk**

Hej [læge], jeg er lidt bekymret omkring mit blodtryk og tænker at jeg gerne vil genoptage medicin?

Målinger er omkring 150-164/90-91 og det har snurret i læber og arm et par gange på det sidste."

Det fremgår bl.a. af klagerens egen læges besked til klageren af 12/2 2023:

"Vidste slet ikke du var stoppet på BT medicin

Husk 1-2 kontroller årligt"

Det fremgår bl.a. af klagerens egen læges besked til klageren af 16/5 2023:

"Vi har modtaget dine prøvesvar (som kan ses på sundhed.dk).

Bemærk: ... og blodtryk lidt forhøjet"

Det fremgår bl.a. af klagerens besked til klagerens egen læge af 14/11 2023:

"Kon.: **Gået ned med stress**

Hej [læge], ifbm med skift af arbejde, har jeg måttet melde mig syg i går, jeg kan ikke sove og har ondt i maven, jeg har helt klare stress symptomer, har været der før, kan du evt. hjælpe med en erklæring?"

Det fremgår bl.a. af klagerens egen læges besked til klageren af 14/11 2023:

"Nogen bestemt udløsende faktor?"

Det fremgår bl.a. af klagerens besked til klagerens egen læge af 14/11 2023:

"Kon.: **Stress**

Ja, der er mange faktorer der har udløst denne reaktion."

Det fremgår bl.a. af journal fra klagerens egen læge af 15/11 2023:

"Not.:

Pt. møder til aftalt samtale pga. stress/press.

Nyt job hos [arbejdsgiver1] igennem 1,5 mdr.

Føler sig modarbejdet

Kommer med diffuse symptomer i gennem uger.

Føler sig presset på arbejdet. Erhvervsrelateret.

Snak omkring firing/opsigelse.

Advarsel på arbejdsplads.

...

Har det ikke særligt godt.

Gråd labil

...

Obj.: Upåfaldende somatisk

Psyk. komp.

Akut belastningsreaktion.

Sygemeldt sig selv d. 13/11-2023

Samtale

Hjemmeopgaver/øvelser.

Nyt job ... ?

Stress/erhvers coach/psykolog"

Det fremgår bl.a. af klagerens egen læges besked til klageren af 11/12 2023:

"Tak for tilsendte skemaer som er modtaget

Du score primært på svære stress og moderate depression symptomer (ingen angst)

Således lad os følge op på samtalen igen nu her til vinter 2023/24

Book tid ved lejlighed til opfølgning hos lægen"

Det fremgår bl.a. af journal fra klagerens egen læge af 17/1 2024:

"Z05 Problem med stressende arbejdsforhold

Arbejdsløshed, problem

Depression

Belastningsreaktion, akut

Not.:

...

Score primært på svære stress og moderate depression symptomer (ingen angst)

Ønsker ikke medicin

Møde med HR og chef

Fratrædelsesordning over 4 mdr.

OK

Dårlig match

Søvnbesvær fortsat

Husk Melatonin 5 mg fra tidl.

Snak omk. psykolog/stress coach

Rp. henvisning

Sundhedsforsikring

Hjemmeopgaver/øvelser

Tager til [udlandet] ultimo jan. mdr. 2024 (trækker stikket i en periode)

Afventer og ser an."

Det fremgår bl.a. af klagerens besked til klagerens egen læge af 29/2 2024:

"Jeg har behov for i en periode at genoptage bipolar medicin, jeg gik for en del år siden hos [læge], hvor medicin hjalp mig med at blive mere neutral, jeg har for mange svingninger i øjeblikket,

...

Ankenævnet for Forsikring

13.

104913

Er det noget du kan hjælpe mig med?"

Det fremgår bl.a. af klagerens egen læges besked til klageren af 29/2 2024:

"Forværring grundet jobbet?

Book tid i klinikken online via vores hjemmeside eller via min læge app så kigger vi på det"

Det fremgår bl.a. af helbredserklæring underskrevet af klageren den 12/4 2024:

"

1	Har du eller har du haft en diagnose indenfor de seneste 2 år, haft symptomer på sygdom eller gener, været undersøgt eller behandlet hos læge, speciallæge, psykolog, fysioterapeut/ kiropraktor, på sygehus/hospital/ privatklinik eller hos andre behandlere, for eksempel alternativ behandler?	☒ Nej ☐ Ja
Med symptomer/gener menes helbredsmæssige symptomer/gener af 14 dages varighed eller mere som du endnu ikke har kontaklet lægen eller anden behandler med.		
NB: Du skal kun oplyse om egne kontakter - ikke børns eller andres sygdom.		
Overståede tilfælde af almindelige børnesygdomme, hals- eller bihulebetændelse, forkølelsetilfælde, influenza, tandinfektion og andre ikke tilbagevendende infektioner, skal du kun oplyse om, hvis de fortsat giver gener. Ophølet brud på for eksempel finger, tæer, arm eller ben, skal du kun oplyse om, hvis der er følger.		
Kørekortsundersøgelser, folkeundersøgelser og vaccinationer skal kun medtages, hvis de har givet anledning til yderligere udredning.		

2	a Er du henvist til eller optaget på venteliste til undersøgelse, behandling eller indlæggelse?	☒ Nej ☐ Ja
	b Bruger du - ud over det allerede oplyste - medicin (receptpligtig eller håndkøbsmedicin)?	☒ Nej ☐ Ja
NB: Hormonbehandling i forbindelse med prævention, fertilitetsbehandling eller overgangsalder skal ikke medtages.		
	c Har du - ud over det allerede oplyste - indenfor de seneste 2 år været i medicinsk behandling mere end en måned, herunder med beroligende eller smertestillende medicin?	☒ Nej ☐ Ja
NB: Hormonbehandling i forbindelse med prævention, fertilitetsbehandling eller overgangsalder skal ikke medtages.		

...

Erklæring og samtykke

Jeg har besvaret alle spørgsmål efter bedste overbevisning, og jeg har ikke fortiet eller undladt noget. Jeg er klar over, at urigtige eller mangelfulde oplysninger kan medføre, at forsikringen ikke dækker, hvis jeg får behov for at rejse krav om udbetaling fra PFA Pension.

...

Vigtig information, når du indsender denne helbredserklæring

PFA Pension har brug for oplysninger

Når du vil oprettet en forsikring eller foretage ændringer i din forsikringsaftale i forsikringstiden, har PFA Pension behov for oplysninger, som kan være af betydning for vurderingen af den forsikringsmæssige risiko. Denne helbredserklæring indeholder både spørgsmål, som du skal svare på, og en samtykkeerklæring, så PFA Pension kan indhente supplerede oplysninger, hvis det er nødvendigt.

Dine oplysninger skal være korrekte

Det er meget vigtigt, at dine besvarelser og oplysninger er i fuld overensstemmelse med sandheden, og at du ikke fortier noget. Afgiver du urigtige oplysninger eller underlader du at afgive relevante oplysninger, kan det medføre, at du ikke vil kunne få forsikringssummen eller kun en del heraf udbetalt, den dag du får behov for at rejse krav om udbetaling fra PFA Pension. Det følger af forsikringsaftaleloven."

Det fremgår bl.a. af risikovurdering fra Videntcenter for Helbred & Forsikring af 2/10 2025:

"De fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komite i Videntcenter for Helbred & Forsikring. Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville komiteen have vurderet forsikringsrisikoen pr. 01-06-2024 til:

Dødelighed: D2 Invaliditet: Afslag

Forklaring på vurderingen

Vurderingen er baseret på oplysningen om symptomer på stress og depression kort før tegningen.

Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra egen læge.

Forsikrede konsulterede lægen i november 2023 med en oplevelse af stresssymptomer i forbindelse med arbejdsskift og forsikrede havde sygemeldt sig. Det fremgår at forsikrede havde oplevet lignende før.

I december 2023 scorede forsikrede svarende til svær stress og moderat depression ved egen læge, og i januar 2024 er der fortsat beskrevet problemer. Forsikrede ønskede ikke medicin, men blev behandlet med Melatonin pga. fortsat søvnbesvær og henvist til psykolog/stresscoach.

Ved seneste henvendelse til egen læge i februar 2024 var forsikrede plaget af mange svingninger og ønskede at genoptage bipolar medicin, som han havde fået en del år tidligere. Forsikrede blev opfordret til at booke tid hos lægen, men der foreligger ikke yderligere.

Til selskabet: Der ville ved tegningen være mulighed for en ny vurdering i februar 2028."

Nævnet har fået forelagt uddrag af rammeaftalen om PFA Plus mellem Ledernes Hovedorganisation og PFA Pension, forsikringsaktieselskab fra 1/3 2019.

Nævnet udtaler:

Klageren tegnede pr. 1/6 2024 en pensionsordning (LederPension) med forsikringsdækninger. Den 26/5 2025 søgte klageren om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom, idet han havde fået en blodprop i hjernen. Selskabet betalte forsikringssummen på 250.000 kr. Den 10/6 2025 ansøgte klageren om udbetaling ved tab af erhvervsevne som følge af blodproppen. Sel-

skabet har herefter annulleret forsikringsdækningerne (bortset fra helbredssikringen) med tilbagevirkende kraft som følge af urigtige oplysninger afgivet på tegningstidspunktet. Selskabet har krævet tilbagebetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom på 250.000 kr. Klageren ønsker, at nævnet tilsidesætter selskabets afgørelse om ophævelse af forsikringsdækningerne og selskabets tilbagebetalingskrav. Subsidiært ønsker klageren, at sagen hjemvises til fornyet og mere proportional vurdering. Klageren ønsker at der gives "Pålæg om fremlæggelse af konkret vilkårsbestemmelse (paragraf/side) om evt. CI®(Liv/TAE)-forudsætning (eller – hvis den ikke findes – at se bort fra interne regler som selvstændigt grundlag)."

Klageren har anført, at selskabet ikke har dokumenteret, at ophævelsen og tilbagebetalingskravet er sket på kontraktligt grundlag, idet selskabet ikke har påvist en udtrykkelig hjemmel i pensionsbeviset eller pensionsvilkårene, og idet afgørelsen ikke er proportional. Klageren har anført, at han i god tro svarede benægtende på spørgsmålene i helbredserklæringen, da han ikke havde nogen diagnose eller igangværende psykolog-/psykiatriløb, og at han på tidspunktet for afgivelsen af helbredsoplysninger havde en normal arbejdssevne. Klageren gav samtykke til, at selskabet kunne indhente nødvendige helbredsoplysninger før oprettelsen af forsikringsdækningerne. Selskabet brugte ikke samtykket, hvilket "undergraver berettigede forventninger og strider mod loyal undersøgelses-/oplysningspligt og proportionalitet". Klageren har anført, at vurderingen fra Videncenter for Helbred & Forsikring "indikerer, at Liv ikke var kategorisk udelukket", hvilket svækker selskabets præmis om, at forsikringen ved kritisk sygdom bortfalder. Klageren har anført, at pensionsvilkårene giver mulighed for at tegne forsikringen ved kritisk sygdom med et 2-årigt helbredsforbehold. Klageren har anført, at selskabets afgørelse ikke bygger på kausalitet i forhold til blodproppen i 2025, og at grundlaget for tilbagebetalingskravet svækkes uden kausalitet.

Selskabet har anført, at klageren svarede benægtende til spørgsmålet i helbredserklæringen om diagnose eller symptomer på sygdom inden for de seneste to år, og at klagerens lægejournal dokumenterer, at klageren fra november 2023 til februar 2024 løbende havde lægekontakt om psykiske helbredsforhold. Selskabet har anført, at forsikringsdækningerne ikke ville være blevet

tegnet, hvis oplysningerne havde foreligget på tegningstidspunktet, idet risikovurderingen ville have oversteget det niveau, som selskabet i henhold til antagelsesregler accepterer. Selskabet har anført, at forsikringen ved kritisk sygdom forudsætter accept af enten tab af erhvervsevneforsikring eller livsforsikring i henhold til selskabets produktvilkår og interne retningslinjer på LederPension, og at sammenhængen mellem forsikringsdækningerne fremgår af det samlede kontraktgrundlag, herunder af rammeaftalen af 1/3 2019 mellem Ledernes Hovedorganisation og PFA Pension. Rammeaftalen indeholder ingen mulighed for at tegne forsikringen ved kritisk sygdom som en selvstændig dækning. Selskabet anser sig berettiget til at kræve forsikringssummen ved kritisk sygdom på 250.000 kr. tilbagebetalt. Selskabet har anført, at "I forhold til proportionalitet og forsikredes henvisning til 2-års helbredsforbehold som en 'mindre indgribende løsning' skal det præciseres, at et sådant forbehold kun kan anvendes, hvis der allerede eksisterer en gyldig forsikringsdækning baseret på korrekte helbredsoplysninger. Forbeholdet bruges ved frivillige tilvalg af dækning ved kritisk sygdom, hvor selskabet accepterer en ny risiko med en tidsbegrænset undtagelse for tidligere kendte tilstande. I denne sag ville forsikrede ikke være blevet antaget til hverken tab af erhvervsevneforsikring eller livsforsikring, hvis de korrekte helbredsoplysninger havde foreligget. Differentierede løsninger som karenser eller forbehold forudsætter, at risikoen kan accepteres inden for rammerne af ordningen – hvilket ikke er tilfældet".

Det fremgår af klagerens besked til klagerens egen læge af 14/11 2023, at "ifm. med skift af arbejde, har jeg måttet melde mig syg i går, jeg kan ikke sove og har ondt i maven, jeg har helt klare stresssymptomer, har været der før, kan du evt. hjælpe med en erklæring?"

Det fremgår af journal fra egen læge af 15/11 2023, at klageren "møder til aftalt samtale pga. stress/pres. Nyt job hos [arbejdsgiver1] igennem 1,5 mdr. ... Obj.: Upåfaldende somatisk. Psyk. komp. Akut belastningsreaktion. Sygemeldt sig selv d. 13/11-2023".

Det fremgår af journal fra egen læge af 17/1 2024, at "Score primært på svære stress og moderate depression symptomer (ingen angst). Ønsker ikke medicin. Møde med HR og chef. Fratræ-

Ankenævnet for Forsikring

17.

104913

delsesordning over 4 mdr. OK. Dårlig match. Søvnbesvær fortsat. Husk Melatonin 5 mg fra tidl. Snak omk. psykolog/stress coach".

Det fremgår af klagerens besked til egen læge af 29/2 2024, at "Jeg har behov for i en periode at genoptage bipolar medicin, jeg gik for en del år siden hos [læge], hvor medicin hjalp mig med at blive mere neutral, jeg har for mange svingninger i Øjeblikket, ... Er det noget du kan hjælpe mig med?"

Det fremgår af helbredserklæring underskrevet af klageren den 12/4 2024, at klageren har svaret benægtende på spørgsmålene: "Har du eller har du haft en diagnose indenfor de seneste 2 år, haft symptomer på sygdom eller gener, været undersøgt eller behandlet hos læge, speciallæge, psykolog, fysioterapeut/kiropraktor, på sygehus/hospital/privatklinik eller hos andre behandlere, for eksempel alternativ behandler?" og "Bruger du – ud over det allerede oplyste – medicin (receptpligtig eller håndkøbsmedicin)". Det fremgår af helbredserklæringen, at "Jeg har besvaret alle spørgsmål efter bedste overbevisning, og jeg har ikke fortiet eller undladt noget. Jeg er klar over, at urigtige eller mangelfulde oplysninger kan medføre, at forsikringen ikke dækker, hvis jeg får behov for at rejse krav om udbetaling fra PFA Pension".

Det fremgår af risikovurdering fra Videntcenter for Helbred & Forsikring af 2/10 2025, at "Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville komiteen have vurderet forsikringsrisikoen pr. 01-06-2024 til: Dødelighed: D2 Invaliditet: Afslag ... Vurderingen er baseret på oplysningen om symptomer på stress og depression kort før tegningen. Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra egen læge. Forsikrede konsulterede lægen i november 2023 med en oplevelse af stresssymptomer i forbindelse med arbejds-skift og forsikrede havde sygemeldt sig. Det fremgår at forsikrede havde oplevet lignende før. I december 2023 scorede forsikrede svarende til svær stress og moderat depression ved egen læge, og i januar 2024 er der fortsat beskrevet problemer. Forsikrede ønskede ikke medicin, men blev behandlet med Melatonin pga. fortsat søvnbesvær og henvist til psykolog/stresscoach. Ved seneste henvendelse til egen læge i februar 2024 var forsikrede plaget af mange svingninger og ønskede at genoptage bipolar medicin,

Ankenævnet for Forsikring

18.

104913

som han havde fået en del år tidligere. Forsikrede blev opfordret til af booke tid hos lægen, men der foreligger ikke yderligere. Til selskabet: Der ville ved tegningen være mulighed for en ny vurdering i februar 2028".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ved oprettelsen af forsikringerne har afgivet urigtige oplysninger, og at dette kan tilregnes klageren som uagtsomt. Nævnet finder det godtgjort, at selskabet ikke ville have tegnet erhvervsevnetabsforsikring eller livsforsikring, hvis korrekte helbredsmæssige oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet. Nævnet finder derimod, at selskabet ikke har godtgjort, at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen vedr. kritisk sygdom, hvorfor selskabet ikke har været berettiget til at ophæve denne forsikring.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren den 12/4 2024 svarede benægtende på spørgsmålet "Har du eller har du haft en diagnose indenfor de seneste 2 år, haft symptomer på sygdom eller gener, været undersøgt eller behandlet hos læge, speciallæge, psykolog, fysioterapeut/kiropraktor, på sygehus/hospital/privatklinik eller hos andre behandlere, for eksempel alternativ behandler?".

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at klageren fra november 2023 til februar 2024 havde løbende kontakt til egen læge vedrørende psykiske helbredsforhold.

Nævnet har videre lagt vægt på, at Videntcenter for Helbred & Forsikring har vurderet forsikringsrisikoen ved død til D2 og ved invaliditet til afslag pr. 1/6 2024, hvis de lægelige oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet. Vurderingen er hovedsageligt baseret på oplysningerne om klagerens henvendelser til lægen på grund af stress og depression.

Nævnet har i relation til forsikring vedr. visse kritiske sygdomme lagt vægt på, at nævnet ud fra det af selskabet fremlagte uddrag af rammeaftalen ikke har grundlag for at statuere, at forsikring ved visse kritiske sygdomme ikke kan udstedes uden, at der tillige udstedes enten erhvervsevnetabsforsikring eller livsforsikring.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at det er normalt, at et pensionselskab indgår aftaler, hvor det er et krav, at kunden som udgangspunkt skal have den fulde forsikringspakke, hvis dette er muligt. Det kan imidlertid ikke heraf udledes, at selskabet ikke kan udstede f.eks. forsikring vedr. visse kritiske sygdomme til de kunder, der ikke er raske nok til at få den samlede produktpakke, herunder erhvervsevnetabsforsikring og/eller livsforsikring. Nævnet bemærker, at selskabet har oplyst, at klageren kan få dækningen helbredssikring, hvilket underbygger, at der ikke er tale om alt eller ingenting i forhold til forsikringsdækningerne.

Nævnet har henset til, at visse pensionselskaber i tilsvarende situationer tilbyder, at kunden kan have forsikring mod visse kritiske sygdomme, selvom kunden ikke kan få erhvervsevnetabsforsikring og/eller livsforsikring.

Som følge af ovenstående kan selskabet ikke kræve, at klageren skal tilbagebetale den erstatning, som klageren har modtaget som følge af blodprop i hjernen indtruffet den 21/5 2025.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, PFA Pension, skal anerkende, at selskabet ikke kan ophæve klagerens forsikring vedr. visse kritiske sygdomme pga. klagerens afgivelse af urigtige risikoplysninger i april 2024, og at selskabet ikke kan kræve tilbagebetaling af den erstatning, som selskabet har udbetalt til klageren grundet hans kritiske sygdom som følge af blodprop i hjernen indtruffet den 21/5 2025.

Klageren får i øvrigt ikke medhold.

Ankenævnet *for* Forsikring

20.

104913

Ankenævnet *for* Forsikring

21.

104913

Klagegebyret tilbagebetales.



Jørgen Steen Sørensen

formand