

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 19. august 2026 blev i sag nr. 104938:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Norli Liv og Pension A/S
Midtermolen 1
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har pensionsordning med forsikringsdækninger. I klageskema af 11/12 2025 har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Sagen vedrører afslag fra Norli Liv & Pension på dækning for tab af erhvervsevne og præmiefritagelse.

[Klageren] tegnede forsikringen i april 2021, hvor han var i klinisk remission efter behandling for leukæmi og oplyste loyalt, at han var rask.

Forsikringen blev tegnet uden forbehold.

I 2023 anmeldte han tab af erhvervsevne som følge af hjerneskade efter helhjernebestråling i 2019.

Norli har afvist dækning med henvisning til Forsikringsaftalelovens § 6 og en vurdering fra HEFO.

HEFO's vurdering er modstridende, idet den anerkender remission men alligevel betegner kontrolforløb som sygdom.

Det gøres gældende, at [klageren] har handlet loyalt og i god tro, og at Norli ikke har løftet bevisbyrden for afslag.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Klager ønsker, at Norli Liv & Pensions afslag ophæves, og at sagen anerkendes som dækningsberettiget i henhold til forsikringsaftalen.

Der ønskes derfor udbetaling af erstatning for tab af erhvervsevne samt præmiefritagelse fra anmeldelsestidspunktet i 2023."

Selskabet har den 27/2 2026 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Hvilken forsikring er der tale om

Klagen angår dækningen ved nedsat erhvervsevne under klagers firmapensionsordning i selskabet.

Hvad handler sagen om

Sagen angår spørgsmålet om, hvorvidt selskabet har været berettiget til at annullere klagers dækning ved nedsat erhvervsevne med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet, fordi klager har afgivet urigtige helbredsoplysninger i forbindelse med oprettelsen af forsikringen.

Sagsfremstilling

I forbindelse med optagelse i firmapensionsordningen fik klager den 8. april 2021 tilsendt forskelligt materiale, jf. klagers bilag K og A.

Det fremgik, at klager skulle afgive helbredsoplysninger, og klager udfyldte og underskrev en helbredserklæring den 9. april 2021, jf. klagers bilag F. Det fremgik af erklæringen:

Det er vigtigt, at du læser dette, inden du udfylder erklæringen.

- Du skal **selv svare** på alle spørgsmål og delspørgsmål
- Svar omhyggeligt, du må ikke fortie noget – heller ikke selv om du tror det er uden betydning for forsikringsselskabet.
- ...
- Vær opmærksom på, at det **kan få betydning for din forsikring**, hvis du undlader oplysninger eller hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige. I værste fald kan det medføre, at du står uden dækning, hvis skaden sker.

Er du i tvivl om besvarelsen – for eksempel omkring diagnoser og datoer – kan du kontakte din læge, inden du udfylder erklæringen. Du er dog selv ansvarlig for oplysningerne i erklæringen.

...

1 Er du fuldstændig rask?

ja nej

Du skal her svare nej,

- Hvis du har en kronisk sygdom/lidelse
- Er i aktuel behandling eller kontrolforløb
- Er i aktuel medicinsk behandling

Klager skrev desuden under på, at han havde læst den vedlagte kundevejledning. Det fremgik af kundevejledningen:

Hvilke oplysninger skal jeg give?

Du skal udfylde en helbredserklæring og evt. nogle spørgeskemaer. Når du udfylder papirerne, skal du besvare ALLE spørgsmål. Du behøver dog ikke at oplyse om ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde.

...

Du skal give oplysning om

- Både nuværende og tidligere sygdomme/lidelser
- Varigt og midlertidigt forbrug af medicin
- Undersøgelser og behandlinger hos autoriserede sundhedspersoner (f.eks. Læger, kiropraktorer, fysioterapeuter o. lign.), sygehuse og sundhedsmæssige institutioner.

Hvis du er usikker på, om du skal nævne en bestemt sygdom/lidelse eller et lægebesøg, så skriv for en sikkerheds skyld alle de forhold, du kan komme i tanke om også selv om du ikke tror, at de har nogen betydning for din forsikring.

Klager svarede nej til, at han var fuldstændig rask og oplyste

Jeg er fuldstændig rask, men spiser pt. Valaciclovir grundet et mindre udbrud helvedesild jeg fik sidste uge.

Selskabet anmodede derefter sin lægekonsulent om at vurdere, om forsikringen kunne antages, eller om klager skulle være færdig med medicinen. Lægen svarede, at klager skulle tage medicinen færdig og bekræfte, at der ikke var restsymptomer, og at forsikringen derefter kunne antages på normale vilkår.

Selskabet anmodede derfor klager om at vente, til han var færdig med den medicinske behandling, og derefter bekræfte at han ikke længere var i medicinsk behandling, og han ikke havde restsymptomer, jf. klagers bilag P.

Klager svarede efterfølgende, at han kunne bekræfte, at han ikke længere spiste Valaciclovir og også var rask mht. helvedesild, jf. klagers bilag M, og selskabet fremsendte derefter en pensionsoversigt med forsikringsdækning ved nedsat erhvervsevne, jf. klagers bilag C.

I oktober 2023 kontaktede klagers ægtefælle selskabet og oplyste, at klager var blevet syg, jf. klagers bilag D, og efterfølgende indsendte klager en personlig erklæring med henblik på udbetaling ved tab af erhvervsevne, jf. klagers bilag L. Det fremgik af erklæringen, at klager var blevet syg natten til den 27. juli 2023 på grund af tumores og ødem i hjernen. Som svar på et spørgsmål om, hvorvidt andre lidelser havde haft indflydelse på klagers nuværende sygdom, oplyste klager, at han havde haft akut myeloid leukæmi i 2017 og tilbagefald i 2018, hvor celler i centralnervesystemet var blevet behandlet med mild helhjernerstråling, og at man mente, at dette var årsag til de aktuelle skader i hjernen.

Derefter skrev selskabet til klager og oplyste, at selskabet ville indhente supplerende oplysninger vedrørende klagers sygedagpenge, jobafklaring og lignende samt journal fra hæmatologisk afdeling på [hospitalet] vedrørende udredning, behandling og kontrol for akut myeloid leukæmi for perioden 1. januar 2017 og frem, jf. klagers bilag Q.

De kommunale oplysninger er fremlagt af klager som bilag I, og journalen fra hæmatologisk afdeling er fremlagt som bilag G.

Det fremgår af et notat fra den 26. januar 2021 på side 389 i journalen fra hæmatologisk afdeling, at klager skulle til 2 års kontrol den 29. juni 2021. Det fremgår desuden, at kontrollerne fortsatte i de efterfølgende år.

Det fremgår af et notat fra den 15. august 2023 på side 397 i journalen, at klager blev set som led i en tidligere planlagt kontrol, og at klager var i et akut forløb med cerebrale tumorer, og at lægen mistænkte, at årsagen var stråleinducerede cerebrale nekroser, der kan optræde med latens.

På grundlag af de indhentede oplysninger vurderede selskabet, at der sandsynligvis forelå fortielse fra klagers side, da klager måtte have været i et kontrolforløb ved indtegningen, og dette ikke var oplyst i helbredsattesten. Hvis klager havde oplyst om kontrolforløbet efter akut myeloid leukæmi ved tegningen, var sagen blevet henvist til vurdering ved Videncenter for Helbred & Forsikring, og der var med stor sandsynlighed givet afslag.

Derefter forelagde selskabet sagen for Videncenter for Helbred & Forsikring, der i et responsum af den 30. november 2023 udtalte, at hvis oplysningerne om følger efter akut myeloid leukæmi i fortsat kontrolforløb havde været kendt ved oprettelsen af forsikringen i 2021, ville komitéen have vurderet forsikringsrisikoen til afslag på forsikringer for dødelighed og invaliditet, jf. klagers bilag E.

Det fremgår af vurderingen, at Videncenteret lagde vægt på, at klager i 2017 var blevet diagnosticeret med akut myeloid leukæmi og blev behandlet med kemoterapi, at der i november 2018 blev konstateret akut myeloid leukæmi relaps og i 2019 på CT-scanning blev påvist en tumor i venstre hemisfære, som blev behandlet med kemoterapi og stråler. Ved kontrol i 2019 fandtes ingen resttumor og ingen tegn på malign aktivitet, i 2019 modtog klager navlesnorcelle-transplantation og var indlagt over en længere periode grundet komplikationer i form af infektioner, i januar 2020 havde klager fået flere kræfter, i januar 2021 var klager ude af behandling og der blev beskrevet langsom fremgang på alle fronter, og ved konsultationen i januar 2021 aftaltes 2 års kontrol i juni 2021.

Dette svarede til selskabets vurdering, og selskabet meddelte derfor den 5. december 2023 klager, at hans forsikring var blevet ændret på grund af urigtige oplysninger ved tegningen, således at dækningen ved nedsat erhvervsevne var blevet annulleret, jf. klagers bilag N.

Der blev efterfølgende fremsendt en ny pensionsoversigt til klager uden dækning ved nedsat erhvervsevne, jf. klagers J.

Den 3. juli 2025 skrev [klagerens tidligere repræsentant til] selskabet på vegne af klager og anmodede om en revurdering, jf. bilag 1.

Efter selskabet havde fastholdt sin afgørelse, jf. bilag 2, indsendte klagers repræsentant den klage, der er fremlagt af klager som bilag R, og denne klage blev også afvist af selskabet, jf. klagers bilag S.

Herefter har klager indgivet klage til Ankenævnet.

Begrundelsen for selskabets afgørelse

Selskabet fastholder afgørelsen.

Efter selskabets opfattelse har klager afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringens tegning, og selskabet har derfor været berettiget til at annullere erhvervsevnetabsdækningen efter forsikringsaftalelovens §§ 5 - 7.

Klager var i et igangværende kontrolforløb efter at være blevet behandlet for en alvorlig sygdom, og klager burde have oplyst herom som svar på spørgsmålet i helbredserklæringen om, hvorvidt han var fuldstændig rask.

Det fremgik tydeligt og klart, at klager skulle oplyse om kontrolforløb, og det fremgik desuden tydeligt og klart af erklæringen, at klager skulle oplyse om alle forhold, selv om han troede, at det var uden betydning for selskabet. Det samme fremgik af den kundevejledning, som klager skrev under på at have læst, men alligevel oplyste klager ikke om det igangværende kontrolforløb.

Dertil kommer, at klager er uddannet ... og har arbejdet som ... Han er derfor vel bekendt med betydningen af risikofyldte helbredsforhold.

Der foreligger således både urigtige oplysninger og den fornødne uagtsomhed hos klager, jf. forsikringsaftalelovens § 5.

Selskabet har ved forelæggelsen for Videntcenter og Helbred og Forsikring tilstrækkeligt sandsynliggjort, at klager ikke ville have kunnet tegne forsikringen ved nedsat erhvervsevne, hvis han havde oplyst de fortiede forhold, og selskabet har derfor været berettiget til at annullere forsikringen efter forsikringsaftalelovens § 6.

Nævnet anmodes som følge af ovenstående om, at klagen ikke tages til følge."

Klagerens repræsentant har i brev af 2/3 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Overordnet bemærkning

Nærværende sag angår ikke alene spørgsmålet om oplysningspligt ved afgivelse af helbredserklæring.

Sagen angår i realiteten, om et forsikringsselskab næsten tre år efter etableringen af en firmapensionsordning og først efter indtræden af en forsikringsbegivenhed kan ophæve en central erhvervsevnedækning med tilbagevirkende kraft uden at have løftet den betydelige og skærpede bevisbyrde, der påhviler selskabet efter forsikringsaftalelovens § 6.

Der er tale om et særdeles indgribende skridt. En tilbagevirkende ophævelse af dækning ved tab af erhvervsevne fratager forsikringstager den økonomiske sikkerhed, som netop udgør formålet med ordningen.

Det følger af fast praksis, at bestemmelsen i § 6 skal anvendes restriktivt, og at bevisskravet til selskabet er strengt.

Klager har gennem hele forløbet handlet loyalt, afgivet oplysninger i overensstemmelse med sin faktiske helbredstilstand og indrettet sig i berettiget tillid til, at den tegnede dækning var gældende på normale vilkår.

På denne baggrund gøres det samlet gældende:

1. At der ikke er afgivet urigtige eller fortiede helbredsoplysninger, idet klager på tegningstidspunktet var i klinisk remission, ude af behandling og med rimelighed kunne anse sig selv for rask
2. At selskabet ikke har dokumenteret, at forsikringen pr. april 2021 ville være afslået på nogen vilkår hverken på standardvilkår, med klausul, med præmietillæg eller med begrænsninger og at den fremlagte HEFO-udtalelse ikke opfylder beviskravet efter § 6
3. At der ikke foreligger risikomæssig eller årsagsmæssig sammenhæng mellem det påstået fortiede forhold og den indtrådte forsikringsbegivenhed, idet erhvervsevnetabet skyldes en stråleinduceret senfølge og ikke aktiv eller recidiverende leukæmisygdom.
4. At Jobskifteaftalen af 1. oktober 2018 udelukker den foretagne helbreds vurdering, hvis der var tale om en 1:1-overførsel af kollektiv ordning, hvilket selskabet ikke har dokumenteret at have fraveget

Det følger af fast praksis, at en tilbagevirkende ophævelse forudsætter fuld opfyldelse af samtlige lovbestemte betingelser. Kan blot én af disse ikke dokumenteres, bortfalder ophævelsesadgangen. I nærværende sag er flere centrale forudsætninger ikke opfyldt.

Ingen urigtige eller fortiede oplysninger

På tidspunktet for afgivelsen af helbredserklæringen i april 2021 befandt klager sig i stabil og lægefagligt dokumenteret remission efter gennemført behandling for akut myeloid leukæmi.

Han var:

- Ude af aktiv behandling
- Uden tegn på malign aktivitet
- Uden medicinsk behandling relateret til leukæmisygdommen
- I objektiv og dokumenteret fremgang.

Journalnotat af 26. januar 2021 viser, at klager var ude af behandling, havde fået flere kræfter, og at der alene var planlagt en rutinemæssig 2-års kontrol. Der forelå således ingen aktiv sygdom, ingen behandlingskrævende tilstand og ingen lægelig mistanke om tilbagefald.

Det kontrolbesøg, som selskabet betegner som et 'kontrolforløb', var en standardiseret opfølgning efter afsluttet kræftbehandling. Sådanne kontroller er en almindelig del af moderne onkologisk praksis og er forebyggende og sikkerhedsmæssige i karakter. De er ikke udtryk for aktuel sygdom.

Helbredserklæringens formulering om 'aktuel behandling eller kontrolforløb' må forstås i overensstemmelse med almindelig og rimelig sproglig betydning. Det kan ikke være korrekt, at enhver planlagt rutinekontrol, selv efter afsluttet behandling og lægelig raskmelding, automatisk indebærer, at man ikke kan anses for 'fuldstændig rask'.

En sådan fortolkning ville i praksis medføre, at tidligere kræftpatienter i remission i en årrække alene på grund af planlagte kontrolbesøg måtte anses for syge i forsikringsretlig forstand, uanset at de lægefagligt betragtes som raske. Dette kan næppe have været lovgivers intention med reglerne om oplysningspligt i forsikringsaftaleloven.

Klager havde hverken objektiv eller subjektiv grund til at betragte sig selv som syg. Han var fuldt arbejdende, funktionsdygtig og uden behandlingsbehov. Hans egen opfattelse var i fuld overensstemmelse med den lægelige vurdering.

Helbredserklæringen er således udfyldt loyalt og i god tro på baggrund af klagers faktiske helbredstilstand, som var i overensstemmelse med den lægelige vurdering på tegningstidspunktet. Der foreligger hverken fortielse, urigtige oplysninger eller forsømmelse af oplysningspligten.

Det bemærkes desuden, at klager under det personlige møde med selskabets medarbejder i forbindelse med gennemgangen af helbredserklæringen oplyste, at han tidligere havde haft leukæmi, men at han på daværende tidspunkt var rask. Oplysningen blev givet i sammenhæng med redegørelsen for helvedesild og hans generelle helbredstilstand.

Klager havde således ikke til hensigt at tilbageholde oplysninger om sit tidligere sygdomsforløb. Tværtimod blev forholdet nævnt åbent under mødet, selv om sygdommen var afsluttet og han var i remission.

Det er i den forbindelse væsentligt, at klager allerede havde en eksisterende forsikringsordning med erhvervsevnedækning uden forbehold. Han havde derfor ingen økonomisk fordel ved at undlade at oplyse om sit tidligere sygdomsforløb, og der forelå således intet motiv til fortielse.

Endelig orienterede klager i forbindelse med sin ansættelse åbent arbejdsgiverens HR-direktør om sit tidligere sygdomsforløb og det gennemførte behandlingsforløb. Også dette understøtter, at der ikke forelå noget ønske om at tilbageholde helbredsoplysninger.

Samlet set dokumenterer forløbet fraværet af svig, forsæt eller grov uagtsomhed og svækker dermed væsentligt selskabets adgang til tilbagevirkende ophævelse.

Selskabet har ikke løftet bevisbyrden efter FAL § 6

Selv hvis nævnet mod klagers opfattelse måtte finde, at der forelå en mangelfuld oplysning, kan tilbagevirkende ophævelse alene ske, hvis betingelserne i forsikringsaftalelovens § 6 er fuldt ud opfyldt.

Bestemmelsen er en undtagelsesregel og skal anvendes restriktivt. Når et selskab ønsker at ophæve en allerede etableret dækning med tilbagevirkende kraft, påhviler der selskabet en skærpet og konkret bevisbyrde. Selskabet skal dokumentere, at forsikringen ikke ville være blevet tegnet på nogen vilkår, hvis de fulde oplysninger havde foreligget i april 2021. Dette forudsætter dokumentation for selskabets konkrete antagelsespraksis på tegningstidspunktet.

Selskabet har ikke fremlagt sådan dokumentation.

Der henvises alene til en udtalelse fra Videncenter for Helbred & Forsikring (HEFO), som fremstår som en generel og retrospektiv vurdering.

Udtalelsen:

- Indeholder ingen metodebeskrivelse
- Angiver ikke hvilke retningslinjer der er anvendt
- Dokumenterer ikke selskabets konkrete antagelsespolitik i april 2021

- Forholder sig ikke til alternative antagelsesmuligheder.

En efterfølgende lægefaglig vurdering kan ikke erstatte bevis for, hvad selskabet faktisk ville have gjort på tegningstidspunktet.

Den manglende dokumentation må komme selskabet bevismæssigt til skade. Selskabet har derfor ikke godtgjort, at betingelserne for tilbagevirkende ophævelse efter § 6 er opfyldt.

Manglende risikomæssig sammenhæng

Den forsikringsbegivenhed, der indtrådte i 2023, skyldes stråleinducerede cerebrale nekroser, som senfølge af helhjernebestråling i 2019.

Der er ikke tale om:

- Recidiv af akut myeloid leukæmi
- Aktiv malign sygdom
- Progression af leukæmi.

Der foreligger således ingen risikomæssig identitet mellem et planlagt kontrolforløb efter raskmelding og en senere opstået stråleinduceret hjerneskade.

Selskabet har ikke påvist, at den påståede manglende oplysning har haft betydning for den risiko, der faktisk realiserede sig.

Under disse omstændigheder fremstår en tilbagevirkende ophævelse som uforholdsmæssig og uden tilstrækkeligt retligt grundlag.

Jobskifteaftalen

Formålet med aftalen er at sikre mobilitet på arbejdsmarkedet og forhindre, at lønmodtagere mister forsikringsdækning ved jobskifte alene på grund af helbredsmæssige forhold.

Det påhviler derfor selskabet at dokumentere, at sagen ikke er omfattet af Jobskifteaftalen.

Selskabet har imidlertid ikke dokumenteret:

- At der var tale om en egentlig nytegning frem for videreførelse af eksisterende dækning
- At præmien blev forhøjet i et omfang, der overstiger grænsen i aftalen
- At der skete væsentlige ændringer i dækningsomfanget
- At betingelserne for at foretage ny helbredsvurdering var opfyldt.

Hvis der, som det fremstår, var tale om en 1:1-overførsel i forbindelse med jobskifte, var selskabet ikke berettiget til at foretage ny helbredsvurdering.

I så fald bortfalder hele grundlaget for den efterfølgende § 6-anfægtelse. Et selskab kan ikke først foretage en helbredsvurdering i strid med Jobskifteaftalen og herefter flere år senere påberåbe sig urigtige helbredsoplysninger som grundlag for tilbagevirkende ophævelse.

Selskabet har ikke i sit indlæg til nævnet forholdt sig til Jobskifteaftalens betydning eller redegjort for, hvorfor aftalen ikke skulle finde anvendelse i den foreliggende situation.

Ankenævnet *for* Forsikring

9.

104938

Denne undladelse er væsentlig.

Hvis Jobskifteaftalen finder anvendelse, blev dækningen etableret uden mulighed for individuel helbreds vurdering. I så fald har selskabet ikke haft ret til efterfølgende at ophæve dækningen med henvisning til helbredsoplysninger.

[Uddannelses]-argumentet er uden retlig betydning

Selskabet har anført, at klager er uddannet ... og tidligere har arbejdet i [branche], og at han derfor burde have haft en særlig forståelse for rækkevidden af sin oplysningspligt.

Dette argument kan ikke tillægges retlig betydning.

Forsikringsaftalelovens regler om oplysningspligt og culpa er generelle og gælder ens for alle forsikringstagere. Loven opererer ikke med en professionsbestemt eller brancheafhængig skærpelse af ansvarsvurderingen. Det afgørende er, om den konkrete forsikringstager har handlet forsætligt eller uagtsomt i relation til de stillede spørgsmål og ikke hvilken uddannelsesmæssig baggrund vedkommende har.

En vurdering, hvor oplysningspligtens rækkevidde afhænger af forsikringstagerens profession eller faglige indsigt, ville skabe en uforudsigelig og retssikkerhedsmæssigt betænkelig differentiering mellem borgere.

Det bemærkes desuden, at klagers faglige baggrund ikke ændrer på den objektive lægefaglige situation på tegningstidspunktet. Han var i remission, ude af behandling og lægeligt vurderet i fremgang. Spørgsmålet om, hvorvidt et planlagt kontrolbesøg udgør 'aktuel behandling eller kontrolforløb' i erklæringens forstand, beror på fortolkning og ikke på forsikringsteknisk ekspertise.

Selskabets henvisning til klagers uddannelse kan derfor ikke føre til, at der foreligger grov uagtsomhed eller en skærpet oplysningspligt. Argumentet savner således retlig relevans og bør ikke tillægges vægt ved nævnets vurdering.

Proportionalitet og loyalitet

Dækningen ved tab af erhvervsevne blev i april 2021 etableret på normale vilkår.

Selskabet modtog helbredserklæring, forelagde oplysningerne for lægekonsulent og stillede supplerende spørgsmål vedrørende medicinsk behandling. Først herefter blev forsikringen antaget uden forbehold og uden præmietillæg.

Der var således ikke tale om en automatisk eller administrativ optagelse. Selskabet foretog en konkret og aktiv risikovurdering på tegningstidspunktet og traf herefter en bevidst beslutning om at etablere dækningen.

Klager indrettede sig i berettiget tillid til, at den tegnede dækning var gyldig og gældende.

At ophæve en så central dækning næsten tre år senere og først efter at en forsikringsbegivenhed er indtrådt, er et særdeles indgribende skridt. En sådan tilbagevirkende ophævelse forudsætter et klart og dokumenteret retligt grundlag.

Når selskabet ikke har dokumenteret, at forsikringen ville være afslået på tegningstidspunktet, og når der samtidig ikke foreligger risikomæssig sammenhæng mellem det påstået fortiede forhold og den indtrådte skade, fremstår indgrebet som uforholdsmæssigt.

Forsikringsaftaleloven bygger på loyalitet og balance mellem parterne. Reglerne om oplysningspligt har ikke til formål at give selskabet en generel adgang til at frigøre sig fra en indtrådt risiko, men at sikre en rimelig og korrekt risikovurdering ved aftalens indgåelse.

Under de foreliggende omstændigheder er den tilbagevirkende ophævelse ikke forenelig med proportionalitets og loyalitetsprincipperne og kan derfor ikke opretholdes.

Påstand

På baggrund af det ovenfor anførte nedlægges følgende påstand:

1. At selskabets tilbagevirkende ophævelse af dækningen ved nedsat erhvervsevne erklæres ugyldig og tilsidesættes
2. At selskabet tilpligtes at anerkende, at klager er berettiget til præmiefritagelse og udbetaling ved tab af erhvervsevne i overensstemmelse med den oprindeligt etablerede forsikringsaftale."

Selskabet har i brev af 4/3 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Det fastholdes, at klager har afgivet urigtige oplysninger ved forsikringens oprettelse. I spørgsmål 1 i helbredserklæringen blev han anmodet om at svare nej til, at han var rask, hvis han var i et kontrolforløb. Alligevel oplyste klager kun om helvedesild, men ikke om det igangværende kontrolforløb.

Hvis klager havde oplyst om kontrolforløbet, kunne selskabet have indhentet flere oplysninger og fået kendskab til klagers kræft. Fordi klager ikke oplyste om kontrolforløbet, havde selskabet ikke mulighed for at vurdere den væsentlige risiko, som der var ved at forsikre klager.

Der foreligger også den fornødne uagtsomhed. Ifølge forsikringsaftalelovens § 5 skal der alene være simpel uagtsomhed, og klagers urigtige besvarelse af det enkle og klare spørgsmål er utvivlsomt uagtsomt, ikke mindst i betragtning af det alvorlige kræftforløb, som forsikrede burde vide havde betydning for forsikringsdækningen.

Videncenter for Helbred & Forsikring har ud fra sagens omstændigheder foretaget en konkret og individuel vurdering af, at forsikringen ikke kunne være oprettet, hvis selskabet havde haft kendskab til kræftforløbet. Det er ved selskabets erklæring godtgjort, at selskabet ville have fulgt Videncenter for Helbred & Forsikrings vurdering, hvis de fortiede forhold var blevet opdaget i forbindelse med forsikringens oprettelse. Dette er efter højesteretspraksis fornøden dokumentation for, at betingelserne for at annullere forsikringsdækningen efter forsikringsaftalelovens § 6 er opfyldt.

Det er ikke rigtigt, at der ikke er årsagsforbindelse mellem de fortiede forhold og det nuværende sygdomsforløb, idet det nuværende sygdomsforløb er forårsaget af behandlingen i kræftforløbet.

Selskabet reagerede med tilstrækkelig hurtighed, da det i forbindelse med skadesagen blev bekendt med, at klager havde afgivet urigtige oplysninger. Hvis klager havde oplyst om sine kontrolbesøg i forbindelse med oprettelsen af forsikringen, ville selskabet kunnet have reagere tidligere.

Det bestrides, at klager oplyste om kræftforløbet i forbindelse med det personlige møde med selskabets medarbejder.

Det er op til klager at dokumentere, at han har givet fulde oplysninger om kræftforløbet til selskabets repræsentant, selv om han ikke har oplyst det i helbredserklæringen.

Det kan oplyses, at klagers ægtefælle i forbindelse med en tidligere telefonsamtale tilkendegav, at klager havde fortalt det til sin arbejdsgiver, 'så han må da have fortalt det til jer'. Skadesbehandleren afviste, at klager havde givet oplysninger, og derefter blev der ikke talt mere om det. Det er derfor overraskende, at klager nu hævder som et faktum, at han har fortalt om kræftforløbet.

Det bestrides, at selskabet ikke har kunnet stille krav om helbredsoplysninger som følge af Jobskifteaftalen.

Forsikringen er ikke oprettet under Jobskifteaftalen. Jobskifteaftalen angår overførsler, og der er ikke sket overførsler til selskabet.

Dertil kommer, at der ifølge Jobskifteaftalens § 3, stk. 2, kan stilles krav om helbredsoplysninger, hvis der stilles krav om mere omfattende helbredsoplysninger ved optagelse i den nye ordning, end ved optagelsen i den tidligere ordning. Dette er tilfældet her, idet selskabet stiller krav om afgivelse af en egentlig helbredserklæring, medens de fleste andre selskaber kun kræver en 'FØP'-erklæring med væsentligt færre spørgsmål.

Det er op til klager at dokumentere, at forsikringen er omfattet af Jobskifteaftalen, og at dette betyder, at selskabet ikke har kunnet stille krav om helbredsoplysninger,

Nævnet anmodes derfor fortsat om, at klagen ikke tages til følge."

Selskabet har i brev af 9/3 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har indhentet oplysninger fra [medarbejder], som er den medarbejder, der havde den personlige samtale med klager, og henviser til bilag 3, som er uploadet samtidig med denne meddelelse."

Klagerens repræsentant har i brev af 1/5 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Det bestrides fortsat, at betingelserne for anvendelse af forsikringsaftalelovens § 6 er opfyldt.

Det fremgår af det fremlagte materiale vedrørende etableringen af pensionsordningen, at ordningen ikke blev oprettet som en fuldt afdækket forsikringsordning fra starten. Tværtimod blev den oprettet uden forsikringsdækninger, idet det udtrykkeligt var forudsat, at disse først skulle tilknyttes efterfølgende, når selskabet havde modtaget og vurderet de nødvendige helbredsoplysninger, jf. accept af pensionsforslag af 8. april 2021.

Det er således selskabet selv, der har valgt en fremgangsmåde, hvor ordningen først bliver oprettet, og hvor helbredsbedømmelsen først sker efterfølgende. Klager har derfor haft en naturlig forventning om, at det var selskabets ansvar at tage stilling til dækningerne på et oplyst grundlag, når alle relevante oplysninger forelå.

Når selskabet efterfølgende gør gældende, at forsikringen slet ikke ville være blevet etableret, hvis de havde haft kendskab til de fulde helbredsoplysninger, er dette ikke foreneligt med den fremgangsmåde, som selskabet selv har valgt. Hvis oplysningerne var afgørende for overhovedet at indgå aftalen, måtte det forventes, at selskabet havde krævet og vurderet disse, før ordningen blev oprettet, og ikke først efterfølgende. Det forhold, at selskabet selv har valgt at oprette ordningen, før helbreds vurderingen var endeligt på plads, betyder, at de ikke efterfølgende kan lægge ansvaret for en eventuel mangelfuld afklaring over på klager. Det er en konsekvens af den proces, selskabet selv har valgt.

Selskabet har anført, at forsikringen alene kunne være oprettet på andre vilkår, hvis de korrekte oplysninger havde foreligget, jf. afgørelsen af 5. december 2023. Dette taler imidlertid for, at betingelserne i forsikringsaftalelovens § 6 ikke er opfyldt, da bestemmelsen netop forudsætter, at der ikke ville være indgået en aftale overhovedet, og ikke blot på andre vilkår. Når selskabet selv lægger til grund, at der kunne være tale om ændrede vilkår, er der dermed ikke grundlag for at bringe § 6 i anvendelse.

Det er væsentligt, at selskabets vurdering i høj grad bygger på en efterfølgende erklæring fra Videncenter for Helbred og Forsikring. En sådan erklæring er udarbejdet med tilbageblik og beror på en generel vurdering, og den siger derfor ikke noget sikkert om, hvordan selskabet konkret ville have vurderet sagen på tidspunktet for oprettelsen i april 2021. Der er dermed ikke fremlagt egentlig dokumentation for, hvordan sagen ville være blevet behandlet på det tidspunkt.

Selskabet har herudover gjort gældende, at klager har tilsidesat sin oplysningspligt ved ikke at oplyse om et kontrolforløb. Hertil bemærkes, at klager på tidspunktet for tegningen var ude af aktiv behandling og i et stabilt og fremadskridende forløb, hvilket også fremgår af de lægelige oplysninger, som selskabet selv henviser til. Klager havde under disse omstændigheder en rimelig og naturlig opfattelse af at være rask i almindelig forstand.

Under disse omstændigheder er det ikke dokumenteret, at klager har handlet uagtsomt. Hans besvarelse afspejler derimod en naturlig og forståelig vurdering af sin egen situation, hvor der ikke var igangværende behandling, men alene kontrol.

Sagen beror i vidt omfang på, hvad der konkret måtte være blevet oplyst under det personlige møde mellem klager og selskabets repræsentant i forbindelse med oprettelsen af ordningen. Selskabet har i den forbindelse fremlagt en udtalelse fra den daværende medarbejder, ..., hvori det anføres, at klager ikke skulle have oplyst om sit tidligere sygdomsforløb.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at udtalelsen først er indhentet flere år efter mødet, som fandt sted i foråret 2021, og efter at sagen er indbragt for Ankenævnet for Forsikring. Det er helt naturligt, at det kan være svært at huske præcist efter så lang tid, særligt når sagen allerede er i gang. Samtidig er der ikke fremlagt nogen form for dokumentation fra selve mødet, såsom notater, referater eller anden skriftlig opfølgning, der kan bekræfte, hvad der konkret blev sagt. Der er således tale om en efterfølgende gengivelse af et møde, som alene bygger på erindring og ikke på objektive holdepunkter.

Under de omstændigheder er der en reel usikkerhed om, hvad der faktisk blev oplyst på mødet, og den usikkerhed bør ikke komme klager til skade. Det spiller også ind, at den pågældende med-

arbejder ikke længere er ansat i selskabet, og at der er gået flere år siden mødet, hvilket gør det vanskeligt at huske konkrete detaljer med sikkerhed.

Det spiller i den forbindelse også en vigtig rolle, at medarbejderen selv har oplyst, at hun, hvis hun havde været bekendt med sygdomsforløbet, ville have rådgivet klager til at bevare sine tidligere dækninger. Det understreger, at korrekt rådgivning kunne have ført til et andet forløb for klager.

Klager deltog netop i mødet for at få professionel rådgivning om sin pensions- og forsikringsordning, og han havde derfor en naturlig forventning om, at relevante forhold, herunder helbred, blev håndteret korrekt i dialogen. Hvis der efterfølgende er tvivl om, hvad der blev oplyst, er det ikke rimeligt, at denne tvivl lægges klager til last.

Det fremgår desuden af sagen, at klager havde en forventning om, at der var tale om en videreførelse af hans eksisterende dækninger uden ny helbreds vurdering i medfør af jobskifteaftalen. Uanset om aftalen formelt finder anvendelse, er denne forventning relevant, fordi den siger noget om, hvordan klager med rimelighed har forstået situationen og den rådgivning, han modtog.

Selskabet har bestridt, at jobskifteaftalen finder anvendelse, men dette ændrer ikke ved, at klagers forståelse og den konkrete rådgivning må indgå i vurderingen af sagen.

Sammenfattende har selskabet ikke dokumenteret, at forsikringen ikke ville være blevet tegnet på nogen vilkår. Samtidig er der reel usikkerhed om, hvad der blev oplyst ved mødet, og den fremlagte udtalelse kan ikke tillægges afgørende vægt. Når dette ses i sammenhæng med selskabets egen måde at etablere ordningen på og den mangelfulde rådgivning, er der ikke grundlag for at anvende forsikringsaftalelovens § 6.

På den baggrund bør selskabets afgørelse tilsidesættes, og klager gives medhold i kravet om dækning."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Det fremgår bl.a. af journal af 26/1 2021 fra hospitalet:

"Har lagt besked på tlf.svarer om at [klageren] kan ringe og booke en ny tirsdags-tid.
Der er ikke taget blodprøver.

Får efterflg. kontakt til [klageren], og der er langsom fremgang på alle fronter. Locoid hjalp på irritation af præputium.

Starter nyt job 1/2.

Vi aftaler at han får taget de blodprøver der ligger i webhotel.

Tager ingen medicin.

Mod ED

rp T Sildenafil 50 mg p.n., recept

rp 2-års kontrol 29/6, før ved problemer"

Ankenævnet for Forsikring

15.

104938

Det fremgår bl.a. af helbredserklæring udfyldt af klageren den 9/4 2021:

"

Læs [kundevejledningen](#) om dækning og helbredsoplysninger, inden du udfylder erklæringen.

☒ Jeg har læst kundevejledningen

Det er vigtigt at du læser dette, inden du udfylder erklæringen:

- Du skal **selv svare** på alle spørgsmål og delspørgsmål.
- Svar omhyggeligt, du må **ikke fortie noget** - heller ikke selv om du tror det er uden betydning for forsikringsselskabet.
- Som det eneste, skal du **ikke oplyse om resultater af gentests**, der belyser din risiko for fremtidige sygdomme.
- Vær opmærksom på, at det **kan få betydning for din forsikring**, hvis du undlader oplysninger eller hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige. I værste fald kan det medføre at du står uden dækning, hvis skaden sker.

Er du i tvivl om besvarelsen - for eksempel omkring diagnoser og datoer - kan du kontakte din læge, inden du udfylder erklæringen. Du er dog selv **ansvarlig for oplysningerne** i erklæringen. Lægens honorar betales ikke af forsikringsselskabet.

Du skal ikke oplyse om resultatet af **gentests**, det vil sige undersøgelser, der belyser dine arveanlæg og fremtidig risiko for sygdomme.

Besvar spørgsmål på de næste sider.
På de næste sider kommer en række spørgsmål du skal besvare, der kan være supplerende spørgsmål ud fra hvad du svarer til hovedspørgsmålet, og alle disse skal besvares.

1 a. Er du fuldstændig rask? ☐ Ja ☒ Nej
Du skal her svare nej:
- Hvis du har en kronisk sygdom/lidelse
- Er i aktuel behandling eller kontrolforløb
- Er i aktuel medicinsk behandling

Hvorfor ikke?
Jeg er fuldstændig rask, men spiser pt. Valaciclovir grundet et mindre udbrud helvedesild jeg fik sidste uge.

b. Er du fuldt arbejdsdygtig? ☒ Ja ☐ Nej

Hvis du svarer NEJ til et af ovenstående spørgsmål, vil vi sende en personlig helbredserklæring til dig.

...

Erklæring og samtykke

Jeg har besvaret alle spørgsmål efter bedste overbevisning og 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 Forsikringsselskabet Alm. Brand Liv og Pension A/S."

Det fremgår bl.a. af kundevejledningen om helbredsoplysninger:

"Derfor skal du give samtykke

Når du vil tegne en forsikring eller foretage ændringer i din forsikringsaftale i forsikringstiden, har Forsikringsselskabet Alm. Brand Liv og Pension A/S behov for oplysninger, som kan være af betydning for vurderingen af den forsikringsmæssige risiko. Afgiver du urigtige oplysninger, eller undlader 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 Forsikringsselskabet Alm. Brand Liv og Pension A/S. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Hvilke oplysninger skal jeg give?

Du skal udfylde en helbredserklæring og evt. nogle spørgeskemaer. Når du udfylder papirerne, skal du besvare ALLE spørgsmål. Du behøver dog ikke at oplyse om ukomplicerede børnesygdomme og kortvarige forkølelsestilfælde.

I nogle tilfælde vil Forsikringsselskabet Alm. Brand Liv og Pension A/S bede om en helbredsattest fra din egen læge eller oplysninger fra sygehuse, læger eller andre autoriserede sundhedspersoner, som du har været i kontakt med.

Du skal give oplysning om

- både nuværende og tidligere sygdomme/lidelser
- varigt eller midlertidigt forbrug af medicin undersøgelser og behandlinger hos autoriserede sundhedspersoner (f.eks. læger, kiropraktorer, fysioterapeuter o.lign.), sygehuse og sundhedsmæssige institutioner.

Hvis du er usikker på, om du skal nævne en bestemt sygdom/lidelse eller et lægebesøg, så skriv for en sikkerheds skyld alle de forhold, du kan komme i tanke om også selv om du ikke tror, at de har nogen betydning for din forsikring.

Hvis du er i tvivl om, hvorvidt du har husket alt, kan du bede din læge om at få supplerende oplysninger fra din journal (forsikringsselskabet betaler dog ikke lægens evt. honorar). Det er dog ikke sikkert, at din læge har alle oplysninger om dig, og husk, at det under alle omstændigheder er dig alene, der har ansvaret for, at alle spørgsmål er besvaret korrekt og fyldestgørende.

Hvis du senere kommer i tanke om noget, du har glemt at oplyse, skal du kontakte forsikringsselskabet."

Det fremgår bl.a. af journal af 29/6 2021 fra hospitalet:

"Svarer ikke telefon, besked lagt om at sende mail.
[Klageren] ringer efterflg., har det godt, tager ikke medicin.
Aftaler at han får taget sine bl.pr. i løbet af august, og vi ses rp 28/9"

Det fremgår bl.a. af journal af 28/9 2021 fra hospitalet:

"2å2m
Normale bl.pr., tager ikke imm supp.
Motionerer
Ingen tegn til GVHD.
Passer omfattende erhvervsarbejde.
rp MMF vacc i dag
igen om 6 mdr."

Det fremgår bl.a. af journal af 25/4 2022 fra hospitalet:

"Møder til blodprøver efter han har oplyst er der fundet en mindre retinablødning.
Der er fuldstændig normal hæmatologi inkl. thrombocytter.
Ingen klinisk GVHD
Vi aftaler 3-års kontrol primo september"

Det fremgår bl.a. af risikovurdering fra Videntcenter for Helbred & Forsikring af 30/11 2023:

"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. 09-04-2021 til:

Dødelighed: Afslag Invaliditet: Afslag

Forklaring på vurderingen

Vurderingen er baseret på oplysningen om følger efter AML i fortsat kontrolforløb.

Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra Klinik for blodsygdomme. Det fremgår heraf, at forsikrede i 2017 blev diagnosticeret med AML (akut myeloid leukæmi) og blev behandlet med kemoterapi.

I november 2018 blev der konstateret AML-relaps og i 2019 blev der på CT-skanning påvist en tumor i venstre hemisfære. Forsikrede blev behandlet med kemoterapi og stråler.

Ved kontrol i maj 2019 fandtes ingen resttumor og ingen tegn på malign aktivitet.

I juli 2019 modtog forsikrede navlesnorscelle-transplantation og var indlagt over en længere periode p.gr.a. komplikationer i form af infektioner.

Forsikrede havde januar 2020 fået flere kræfter og i januar 2021 er forsikrede ude af behandling og der beskrevet langsom fremgang på alle fronter.

Ved konsultationen i januar 2021 aftales 2 års kontrol i juni 2021."

Det fremgår bl.a. af selskabets tidligere medarbejders mail til selskabets advokat af 6/3 2026:

"Jeg bekræfter herved at jeg i sin afholdt møde med nedenstående [klageren]. Det er på ingen måde sandt at [klageren] har oplyst om hans sygdom/leukæmi.

Jeg har været i branchen igennem mange år, og ville med den oplysning fra kunden, straks gøre opmærksom på at han skulle bevare hans tidligere dækninger, hvis han måtte havde haft sådan nogle, det er normal procedure."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"1. Oplysninger ved forsikringsaftalens afslutning

1.1.

Forsikringsaftalen er indgået på grundlag af de ved tegningen modtagne skriftlige oplysninger. Dersom disse oplysninger ikke er rigtige eller fuldstændige, kan forsikringen nedsættes eller bortfalde efter Forsikrings-aftalelovens regler. Tilsvarende regler gælder ved genoptagelse af præmiebetalingen, forhøjelser og andre ændringer af forsikringen."

Nævnet udtaler:

Klageren blev omfattet af firmapensionsordningen i 2021. I oktober 2023 anmeldte klageren erhvervsevnetab på grund af tumores og ødem i hjernen. Klageren oplyste i forbindelse med anmeldelsen, at han havde haft akut myeloid leukæmi i 2017 og tilbagefald i 2018, hvor celler i centralnervesystemet var blevet behandlet med mild helhjestråling, og at dette kunne være årsagen til de aktuelle skader i hjernen. Selskabet har annulleret klagerens erhvervsevnetabsforsikring med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet, fordi klageren har afgivet urigtige helbredsoplysninger i forbindelse med oprettelsen. Klageren ønsker, at selskabets ophævelse erklæres ugyldig, og at erhvervsevnetabet anerkendes som dækningsberettigende med udbetaling og præmiefritagelse.

Klageren har anført, at han tegnede forsikring på et tidspunkt, hvor han var i klinisk remission efter behandling for leukæmi, og at han loyalt oplyste, at han var rask, da der alene var planlagt rutinemæssig 2-års kontrol. Klageren har anført, at "det kan ikke være korrekt, at enhver planlagt rutinekontrol, selv efter afsluttet behandling og lægelig raskmelding, automatisk indebærer, at man ikke kan anses for 'fuldstændig rask'". Klageren har anført, at han under det personlige møde med selskabets medarbejder i forbindelse med gennemgangen af helbredserklæringen oplyste, at han tidligere havde haft leukæmi, men at han på daværende tidspunkt var rask, og at "sagen beror i vidt omfang på, hvad der konkret måtte være blevet oplyst under det personlige møde mellem klager og selskabets repræsentant i forbindelse med oprettelsen af ordningen". Klageren har anført, at "det fremgår desuden af sagen, at klager havde en forventning om, at der var tale om en videreførelse af hans eksisterende dækninger uden ny helbedsvurdering i medfør af jobskifteaftalen. Uanset om aftalen formelt finder anvendelse, er denne forventning relevant, fordi den siger noget om, hvordan klager med rimelighed har forstået situationen og den rådgivning, han modtog. Selskabet har bestridt, at jobskifteaftalen finder anvendelse, men dette ændrer ikke ved, at klagers forståelse og den konkrete rådgivning må indgå i vurderingen af sagen". Klageren har anført, at selskabet ikke kan ophæve en central erhvervsevnedækning med tilbagevirkende kraft, uden at have løftet den betydelige og skærpede bevisbyrde, der påhviler selskabet efter forsikringsaftalelovens § 6. Selskabet har ikke løftet bevis-

byrden med den fremlagte udtalelse fra Videncenter for Helbred & Forsikring. Klageren har anført, at der ikke foreligger risikomæssig eller årsagsmæssig sammenhæng mellem det påstået fortiede forhold og den indtrådte forsikringsbegivenhed, idet erhvervsevnetabet skyldes en stråleinduceret senfølge og ikke aktiv eller recidiverende leukæmisygdom.

Selskabet har anført, at klageren har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringens tegning. Klageren var i et igangværende kontrolforløb efter at være blevet behandlet for en alvorlig sygdom, og han burde derfor have oplyst herom i helbredserklæringen. Selskabet har anført, at det tydeligt og klart fremgik, at klageren skulle oplyse om kontrolforløb, og at det desuden tydeligt og klart fremgik af erklæringen, at klageren skulle oplyse om alle forhold, selv om han troede, at det var uden betydning for selskabet. Det samme fremgik af den kundevejledning, som klageren skrev under på at have læst. Selskabet har anført, at klageren ikke oplyste om kræftforløbet i forbindelse med et personlige møde med selskabets medarbejder. Selskabet har anført, at klageren via sin uddannelse og sit arbejde har kendskab til branchen, og at klageren derfor er bekendt med betydningen af risikofyldte helbredsforhold. Selskabet har ved forelæggelsen for Videncenter for Helbred & Forsikring tilstrækkeligt sandsynliggjort, at klageren ikke ville have kunnet tegne forsikringen ved nedsat erhvervsevne, hvis han havde oplyst de fortiede forhold, og selskabet har derfor været berettiget til at annullere forsikringen efter forsikringsaftalelovens § 6. Selskabet har oplyst, at forsikringen ikke er oprettet under Jobskifteaftalen.

Det fremgår af journal af 26/1 2021 fra hospitalet, at "rp 2-års kontrol 29/6, før ved problemer".

Det fremgår af helbredserklæring udfyldt af klageren den 9/4 2021, at man skal svare "nej" til at være fuldstændig rask, hvis man bl.a. er i aktuel behandling eller kontrolforløb eller er i aktuel medicinsk behandling. Klageren svarede nej til spørgsmålet og oplyste, at "Jeg er fuldstændig rask, men spiser pt. Valaciclovir grundet et mindre udbrud helvedesild jeg fik sidste uge". Det fremgår videre af erklæringen, at "Jeg har besvaret alle spørgsmål efter bedste overbevisning

Ankenævnet for Forsikring

20.

104938

og 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 Forsikringsselskabet Alm. Brand Liv og Pension A/S".

Det fremgår af kundevejledningen om helbredsoplysninger, at "Afgiver du urigtige oplysninger, eller undlader 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 Forsikringsselskabet Alm. Brand Liv og Pension A/S. Det følger af forsikringsaftaleloven".

Det fremgår af journal af 29/6 2021 fra hospitalet, at "Aftaler at han får taget sine bl.pr. i løbet af august, og vi ses rp 28/9".

Det fremgår af journal af 28/9 2021 fra hospitalet, at "2å2m. Normale bl.pr., tager ikke imm supp. Motionerer. Ingen tegn til GVHD. Passer omfattende erhvervsarbejde. ... Igen om 6 mdr."

Det fremgår af journal af 25/4 2022 fra hospitalet, at "møder til blodprøver efter han har oplyst er der er fundet en mindre retinablødning. Der er fuldstændig normal hæmatologi inkl. thrombocytter. Ingen klinisk GVHD. Vi aftaler 3-års kontrol primo september".

Det fremgår af risikovurdering fra Videntcenter for Helbred & Forsikring af 30/11 2023, at komiteen ville have vurderet forsikringsrisikoen pr. 9/4 2021 til "Dødelighed: Afslag Invaliditet: Afslag", og at "baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra Klinik for blodsygdomme. Det fremgår heraf, at forsikrede i 2017 blev diagnosticeret med AML (akut myeloid leukæmi) og blev behandlet med kemoterapi. I november 2018 blev der konstateret AML-relaps og i 2019 blev der på CT-skanning påvist en tumor i venstre hemsfære. Forsikrede blev behandlet med kemoterapi og stråler. Ved kontrol i maj 2019 fandtes ingen resttumor og ingen tegn på malign aktivitet. I juli 2019 modtog forsikrede navlesnorscelle-transplantation og var indlagt over en længere periode p.gr.a. komplikationer i form af infektioner. Forsikrede havde januar 2020 fået flere

Ankenævnet for Forsikring

21.

104938

kræfter og i januar 2021 er forsikrede ude af behandling og der beskrevet langsom fremgang på alle fronter. Ved konsultationen i januar 2021 aftales 2 års kontrol i juni 2021".

Det fremgår af selskabets tidligere medarbejders mail til selskabets advokat af 6/3 2026, at "jeg bekræfter herved at jeg i sin tid afholdt møde med nedenstående [klageren]. Det er på ingen måde sandt at [klageren] har oplyst om hans sygdom/leukæmi. Jeg har været i branchen igennem mange år, og ville med den oplysning fra kunden, straks gøre opmærksom på at han skulle bevare hans tidligere dækninger, hvis han måtte have haft sådan nogle, det er normal procedure".

Det fremgår af punkt 1 i forsikringsbetingelserne, at "forsikringsaftalen er indgået på grundlag af de ved tegningen modtagne skriftlige oplysninger. Dersom disse oplysninger ikke er rigtige eller fuldstændige, kan forsikringen nedsættes eller bortfalde efter Forsikringsaftalelovens regler".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ved oprettelsen af forsikringen har afgivet urigtige oplysninger, og at dette må tilregnes ham som uagtsomt. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har ophævet forsikringen med virkning fra oprettelsen i 2021, og at selskabet har afvist at dække klagerens tab af erhvervsevne.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren i helbredserklæringen ikke oplyste om sit kontrolforløb. Klageren oplyste alene, at "jeg er fuldstændig rask, men spiser pt. Valaciclovir grundet et mindre udbrud helvedesild jeg fik sidste uge".

Nævnet har også lagt vægt på, at Videntcenter for Helbred & Forsikring har vurderet forsikringsrisikoen til "Invaliditet: Afslag" i 2021, hvis de lægelige oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet. Vurderingen er baseret på oplysningen om klagerens kræftforløb.

Nævnet har videre lagt vægt på, at der ikke fremgår oplysninger om, at selskabet i forbindelse med tegningen af forsikringen blev orienteret om klagerens kræftforløb.

Ankenævnet *for* Forsikring

22.

104938

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

Ankenævnet *for* Forsikring

23.

104938

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Hans-Jørgen Nymark Beck