Ankenævnet *for* Forsikring

Den 23. september 2026 blev i sag nr. 104989:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Sygeforsikringen "danmark"
Palægade 5
1261 København K

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har sygeforsikring. I klageskema af 17/12 2025 har klageren bl.a. anført:

> "Jeg meldte mig ind i Sygeforsikringen 'danmark' Gruppe 5 den 30. oktober 2024. I juli 2025 anmodede 'danmark' om yderligere helbredsoplysninger, som jeg besvarede. I september 2025 bad de om fuldmagt til at kontakte min læge, hvilket jeg gav dem samme dag – netop fordi jeg ikke så det som et problem og var rask og sund, da jeg meldte mig ind.
>
> Efter 15 måneder, den 10. december 2025, annullerede 'danmark' mit medlemskab med tilbagevirkende kraft og krævede tilbagebetaling af kr. 1.989,62. Begrundelsen var en urologisk henvisning og recept på Tadalafil fra før indmeldelsen. Men jeg tog aldrig medicinen - det var blot en åben recept jeg kunne bruge, hvis jeg ville. På indmeldelsestidspunktet forelå ingen diagnose og ingen behandlingskrævende tilstand.
>
> Jeg har aldrig haft udgifter eller ydelser relateret til denne henvisning. 'Danmark' bruger således en sag, der ikke har haft nogen forsikringsmæssig betydning, til at annullere mit medlemskab.
>
> Jeg udfyldte helbredserklæringen i god tro - jeg var rask, tog ingen medicin og var ikke i behandling. 'Danmark' kan dog 15 måneder efter, med øjeblikkelig virkning, annullere mit medlemskab og kræve alle udbetalinger tilbage - udbetalinger der ikke relaterer sig til den påberåbte urologiske henvisning.
>
> Jeg finder afgørelsen uforholdsmæssig og uden sagligt grundlag.
>
> Hele sagen er vedhæftet som bilag fra første besked jeg modtager, til mit svar på deres afslag.

2. 104989

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Annullering af deres annullering: Mit medlemskab genoprettes fra indmeldelsesdatoen den 30. oktober 2024, da jeg ikke har fortiet væsentlige oplysninger
Frafalden af tilbagebetalingskravet: Kravet på kr. 1.989,62 frafaldes, da jeg har betalt og brugt forsikringen i god tro
Kompensation: Erstatning for den uforholdsmæssigt lange sagsbehandlingstid, det tidsforbrug sagen har påført mig, og den usikkerhed forsikringen har skabt ved pludseligt at fjerne min dækning fra den ene dag til den anden efter 15 måneders medlemskab."

Selskabet har den 30/1 2026 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Vi har modtaget Ankenævnet for Forsikrings brev af 18. december 2025 med klage fra … ('Klager') over annullering af hans medlemskab i Sygeforsikringen 'danmark'.

Jeg skal indledningsvist bemærke, at vi frafalder kald og varsel.

Klagen drejer sig om, at Klagers medlemskab er blevet annulleret som følge af, at der blev afgivet urigtige helbredsoplysninger ved tegning af Klagers forsikring.

Sygeforsikringen 'danmark' fastholder afgørelsen.

1 Sagsfremstilling
Den 30. oktober 2024 søgte Klager om optagelse i Sygeforsikringen 'danmark's Gruppe 5 og gav i forbindelse med ansøgningen en såkaldt 'blank' helbredserklæring. Klager oplyste således, at han opfyldte vores optagelseskrav uden at angive helbredsoplysninger (bilag 1, s. 6).

Den 31. juli 2025 oplyste 'danmark', at der var blevet indberettet tilskud, som kunne indikere, at Klager ved sin indmeldelse var eller havde været i behandling.
'danmark' anmodede på denne baggrund Klager om at udfylde et skema med supplerende helbredsoplysninger (bilag 2).

Den 1. august 2025 sendte Klager skemaet med supplerende helbredsoplysninger til 'danmark' (bilag 2).

Den 11. september 2025 anmodede 'danmark' Klager om fuldmagt til at indhente journaloplysninger mv. hos Klagers læge (bilag 3).

Den 23. september 2025 modtog 'danmark' fuldmagten fra Klager (bilag 4).

Den 1. oktober 2025 fremsendte 'danmark' anmodning til Klagers læge om udlevering af Klagers journaloplysninger (bilag 5).

Den 27. november 2025 modtog 'danmark' journaloplysninger fra Klagers læge (bilag 6).

Den 10. december 2025 fremsendte 'danmark' besked til Klager om, at Klagers medlemskab var annulleret (bilag 7).

Den 12. december 2025 modtog 'danmark' klage over annullering af medlemskabet (bilag 8).

Den 17. december 2025 sendte "danmark" svar på klagen til Klager, hvoraf det fremgår, at annulleringen af Klagers medlemskab fastholdes (bilag 9).

2 Begrundelse for afgørelse

2.1 Betingelser for at blive optaget som medlem af "danmark"

Det er et krav for at blive optaget som medlem i 'danmark's Gruppe 5, Gruppe 1, Gruppe 2 eller Basis-Sygeforsikring, at man opfylder helbredskravene, som er beskrevet i 'danmark's Generelle forsikringsbetingelser, jf. § 1.3.1 (2024) (bilag 10):

'For at førstegangsoptagelse kan blive godkendt, (…) er det en betingelse:

1. at ansøgning herom er 'danmark' i hænde inden det fyldte 60. år
2. at vedkommende er fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket og ikke lider af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af nogen legemssvaghed, der medfører, at 'danmark' påtager sig en forøget risiko for dækning af medicin- eller andre behandlingsudgifter
3. at vedkommende ikke forventer at skulle have medicin eller har haft noget forbrug af medicin inden for de seneste 12 måneder
4. at vedkommende ikke er henvist til, forventer at skulle eller har været i behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller andre behandlere inden for de seneste 12 måneder.'

En person, der ønsker at tegne forsikring i 'danmark', skal dermed være fuldstændig rask og ikke have en generel højere risiko for at få brug for behandlinger eller medicin.

2.2 Vurdering af om Klager opfylder 'danmark's forsikringsbetingelser

Klager søgte om optagelse som medlem i 'danmark' den 30. oktober 2024 via 'danmark's digitale indmeldelsesløsning og udfyldte i den forbindelse en helbredserklæring, hvori optagelseskravene i de Generelle forsikringsbetingelser § 1.3.1, punkt 1-4 fremgik. Ved besvarelse af helbredsspørgsmålene angav Klager ingen helbredsoplysninger og erklærede dermed, at optagelsesbetingelserne var opfyldt. På det grundlag blev Klager optaget som medlem i Gruppe 5 den 30. oktober 2024.

Efter indmeldelsen konstaterede 'danmark', at Klager havde et medicinkøb, som kunne indikere, at Klager ikke ved sin indmeldelse opfyldte 'danmark's indmeldelseskrav. Dette gav anledning til, at 'danmark' den 31. juli 2025 anmodede Klager om at besvare supplerende helbredsspørgsmål, som 'danmark' modtog den 1. august 2025.

Det fremgår af lægens udtalelser, at Klager den 4. oktober 2024 var til lægekonsultation vedrørende sygdom i kønsorganerne og på den baggrund blev henvist til speciallæge i urologi. Den 15. oktober 2024 blev Klager ordineret det medicinske præparat Tadalafil.

Klager har dermed haft en henvisning til og konsultation hos speciallæge med ordinering af medicin, som fandt sted inden for 12 måneder forud for indmeldelsen den 30. oktober 2024.

Klager opfyldte derfor ikke betingelserne for optagelse i de Generelle forsikringsbetingelser § 1.3.1, nr. 2-4.

Klager oplyste hverken i forbindelse med indmeldelsen eller ved besvarelse af de supplerende helbredsskemaer om henvisningen til speciallæge eller ordinering af Tadalafil. Det er 'danmark's

opfattelse, at Klager på indmeldelsestidspunktet var bekendt med disse forhold, og at oplysningerne var relevante for 'danmark's risikovurdering.

Klager indgav den 12. december 2025 en klage og gjorde gældende, at han handlede i god tro, idet den urologiske vurdering angik milde gener, som ikke udgjorde en behandlingskrævende helbredstilstand. Dette ændrer imidlertid ikke ved, at henvisning til speciallæge og ordination af receptpligtig medicin udgør væsentlige helbredsoplysninger, som burde være oplyst uanset årsagen til ordineringen eller anvendelse af medicinen.

Vi vurderer derfor, at Klager afgav mangelfulde oplysninger ved forsikringens tegning. Hvis de korrekte oplysninger havde foreligget på indmeldelsestidspunktet, ville Klager ikke være blevet optaget i Gruppe 5.

I overensstemmelse med de Generelle forsikringsbetingelser § 2.4 kan forsikringen derfor annulleres:
'Har medlemmet ved forsikringens tegning afgivet urigtige oplysninger eller fortiet oplysninger, som har betydning for 'danmark's stillingtagen til medlemskabet, kan forsikringen annulleres" (Bilag 10).

'danmark' henviser i øvrigt til kendelse nr. 77.578 afsagt af Ankenævnet for Forsikring, hvori Klager ikke fik medhold i sin klage om en annulleret forsikring grundet fortielse af helbredsoplysninger. Nævnet lagde i sin kendelse til grund, at Klager havde undladt at oplyse om, at Klager havde haft et forbrug af medicin, hvilket bl.a. inkluderede det medicinske præparat Champix mod rygestop. Endvidere henvises til kendelse nr. 85.969, hvori Klager ikke fik medhold, og nævnet tillagde det betydning, at Klager havde undladt at oplyse om, at Klager havde et medicinforbrug af et medicinsk præparat mod hvepseallergi i tiden op til ansøgningstidspunktet.

3 Konklusion
Det er Sygeforsikringen 'danmark's opfattelse, at Klager ved tegning af forsikringen afgav urigtige eller mangelfulde helbredsoplysninger, hvilket mindst må tilregnes ham som uagtsomt.

'danmark' ville ikke have antaget forsikringen, hvis de korrekte oplysninger havde foreligget på tegningstidspunktet, og 'danmark' har derfor været berettiget til at ophæve forsikringen fra tegningstidspunktet, jf. de Generelle forsikringsbetingelser § 2, stk. 4 og Forsikringsaftaleloven §§ 4-6."

Klageren har i brev af 17/2 2026 til nævnet bl.a. anført:

"**1. Fristoverskridelse**
Sygeforsikringen 'danmark' fik ved anmodning af 19. december 2025 udsættelse af fristen til den 1. februar 2026. Indlægget er dateret den 30. januar 2026, men var først tilgængeligt for undertegnede den 3. februar 2026. Det er tidspunktet for faktisk modtagelse, der er afgørende for fristberegningen. Indlægget er afgivet efter udløbet af den indrømmede frist og bør tillægges processuelt begrænset vægt.

2. De faktiske forhold på optagelsestidspunktet
Annulleringen er begrundet i en lægekonsultation den 4. oktober 2024 og en efterfølgende ordination af tadalafil. Det er ubestridt, at disse forhold fandt sted. Det bestrides derimod, at de ud-

gør oplysningspligtige helbredsforhold i forsikringsbetingelsernes forstand. På optagelsestidspunktet den 30. oktober 2024 forelå følgende:

- Ingen stillet diagnose
- Ingen behandlingskrævende tilstand – urologen oplyste udtrykkeligt dette
- Ingen igangværende eller planlagt behandling
- Tadalafil ordineret som valgfri afprøvning, aldrig indtaget

Der forelå på denne baggrund hverken sygdom, legemssvaghed eller en forøget forsikringsmæssig risiko i bestemmelsernes forstand på optagelsesdatoen.

3. Vilkårenes rækkevidde – to selvstændige indsigelser
Selskabet gør gældende, at betingelserne i § 1.3.1, nr. 3 og 4 er overtrådt. Begge dele bestrides.

Til nr. 4 – 'behandling hos andre behandlere': Bestemmelsen nævner fysioterapeut, kiropraktor og psykolog som eksempler og sigter ved sin kontekst mod løbende behandlingsforløb, der medfører en vedvarende og forøget risiko for fremtidige udgifter. En afsluttet, engangsbaseret udredningskonsultation på et offentligt hospital – uden diagnose, uden behandlingsplan og uden opfølgning – falder ikke naturligt ind under denne beskrivelse. En fortolkning, der lader enhver speciallægevurdering uanset udfald udgøre oplysningspligtig 'behandling', er ikke, hvad en almindelig ansøger med rimelighed kan forventes at forstå ved bestemmelsen. Efter forsikringsaftalelovens § 4, stk. 2, skal uklare vilkår fortolkes til fordel for forsikringstageren.

Til nr. 3 – 'forbrug af medicin': Undertegnede har ikke indtaget tadalafil. Medicinen blev ordineret og udleveret, men aldrig anvendt. En ordineret og udleveret medicin, der aldrig er taget, udgør ikke et "forbrug" i bestemmelsens forstand. Selskabets egne præcedenssager – kendelse nr. 77.578 og 85.969 – angik begge et faktisk og dokumenteret medicinforbrug og er dermed ikke sammenlignelige med nærværende sag.

4. Oplysningspligtens subjektive karakter
Selskabet anfører, at undertegnede 'burde vide', at oplysningerne var væsentlige, og tillægger lægens journalnotater 'afgørende betydning' – uden at forholde sig til, hvad undertegnede faktisk vidste og forstod den 30. oktober 2024.

Oplysningspligten efter forsikringsaftalelovens §§ 4–6 beror på en subjektiv vurdering af forsikringstagerens faktiske viden på tegningstidspunktet – ikke på en efterfølgende lægefaglig journalfortolkning. En ansøger, der af sin speciallæge udtrykkeligt er oplyst, at der ikke foreligger en behandlingskrævende tilstand, og som aldrig har taget den ordinerede medicin, har ikke anledning til at betragte forholdet som forsikringsmæssigt relevant. Selskabet har ikke redegjort for, hvorfor en ordinær ansøger i denne konkrete situation med rimelighed skulle nå en anden konklusion.

Bevisbyrden for, at optagelse ville have været nægtet, såfremt alle oplysninger forelå, påhviler selskabet. Denne bevisbyrde er ikke løftet. Det bemærkes, at selskabets egne betingelser i § 1.3.1, nr. 2 rummer en udtrykkelig undtagelse: optagelse er mulig, såfremt en tilstand ikke medfører en forøget risiko. En afsluttet udredning uden diagnose eller behandlingskonsekvens ville netop kunne falde under denne undtagelse – noget selskabet ikke har forholdt sig til.

5. Årsagssammenhæng, timing og proportionalitet

De ydelser, selskabet kræver tilbagebetalt, vedrører udelukkende tandlægeudgifter – uden enhver faglig eller medicinsk forbindelse til den urologiske konsultation, som annulleringen formelt hviler på. En annullering med tilhørende krav om tilbagebetaling af ydelser uden kausal sammenhæng med annulleringsgrundlaget er retligt uholdbar.

Den 27. november 2025 modtog selskabet den fulde lægejournal. Journalen er vedlagt sagen i sin helhed og indeholder oplysninger om helbredsforhold, der opstod og blev diagnosticeret måneder efter optagelsen den 30. oktober 2024. Ankenævnet kan ved sin gennemgang af journalmaterialet selv konstatere, at undertegnede i perioden under det aktive medlemskab modtog en alvorlig diagnose. Sådanne efterfølgende helbredsforhold er retligt uvedkommende for vurderingen af, om optagelsesbetingelserne var opfyldt på indmeldelsestidspunktet, og kan ikke lovligt indgå i grundlaget for annulleringen.

I sin begrundelse fremhæver selskabet alene konsultationen den 4. oktober 2024 og den ordinerede tadalafil. Det øvrige journalindhold er formelt ladt ude af betragtning. At selskabet vælger at løfte frem, hvad der kan bruges imod undertegnede fra perioden forud for optagelsen, mens journalens øvrige indhold forbliver uomtalt i begrundelsen – herunder at undertegnede reelt bliver syg og modtager en diagnose i den periode, hvor han er dækket af forsikringen – giver et velbegrundet grundlag for at antage, at den reelle bevæggrund for annulleringen ikke alene er den, selskabet anfører. Ankenævnet har adgang til selv at bedømme dette på baggrund af det samlede journalmateriale, som selskabet selv har valgt at fremlægge.

På ovenstående grundlag nedlægges påstand om, at annulleringen af forsikringsaftalen kendes uberettiget og ophæves, og at undertegnede anerkendes som berettiget til de ydelser, der følger af forsikringsaftalen."

Selskabet har i brev af 25/3 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget Ankenævnet for Forsikrings brev af 13. marts 2026 med Klagers kommentar til 'danmark's redegørelse.

Indledningsvis bemærker 'danmark', at vi indsendte vores besvarelse rettidigt den 30. januar 2026. Det forhold, at besvarelsen først er gjort tilgængelig for Klager den 3. februar 2026, kan ikke tilregnes 'danmark'.

I forhold til de faktiske forhold på optagelsestidspunktet fremhæver 'danmark', at Klager indmeldte sig den 30. oktober 2024. Af bilag 6 fremgår, at Klager den 4. oktober, dvs. kort før indmeldelsen, bliver henvist til speciallæge med henblik på vurdering af smerter i kønsorgan og behandlingsmulighed heraf, hvilket er årsag til vores afgørelse den 10. december 2025, jf. bilag 7.

Klager vidste således i forbindelse med sin indmeldelse, at han havde en henvisning til urolog, hvor han enten på indmeldelsestidspunkt eller i umiddelbar forlængelse heraf fik eller allerede havde en tid til den 15. november 2024.

Havde 'danmark' på indmeldelsestidspunktet vidst, at Klager var henvist til videre udredning, er 'danmark's faste praksis at meddele medlemmet, at vi først kan tage stilling til ønske om medlemskab, når resultatet på det igangværende afklaringsforløb foreligger.

'danmark' ville således ikke have optaget Klager i et almindeligt medlemskab den 30. oktober 2024, såfremt Klager havde udfyldt helbredserklæringen i overensstemmelse med de faktiske forhold.

Klagers svar insinuerer, at 'danmark's annullering er begrundet i Klagers efterfølgende sygdom. Det bestrides i enhver sammenhæng. 'danmark' fastholder, at klager har undladt at oplyse om væsentlige forhold i forbindelse med indmeldelsen, hvorfor 'danmark' har annulleret forsikringen, jf. bilag 10, §2.4 med tilbagevirkende kraft. 'danmark' er derfor af den opfattelse, at alle tilskud er blevet udbetalt uberettiget, hvilket er afspejlet i vores slutopgørelse, som stiller parterne som om en forsikringsaftale ikke var indgået.

Afslutningsvis ønsker 'danmark' at bemærke, at vi naturligvis ikke har forholdt os til Klagers efterfølgende helbredsmæssige forhold, hvilket vil være i klar strid med principperne om god skik for forsikringsdistributører."

Klageren har i brev af 30/3 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Sygeforsikringen 'danmark's seneste indlæg af 25. marts 2026 forholder sig ikke til de centrale retlige indsigelser, der blev fremsat i modsvar af 17. februar 2026. I stedet gentages selskabets hidtidige standpunkter med mindre variationer. Undertegnede fastholder samtlige tidligere fremførte anbringender og skal nedenfor kommentere de nye og fortsatte punkter i selskabets indlæg.

2. Selskabets fristoverskridelse og processuelle adfærd
Selskabet anfører, at indlægget af 30. januar 2026 blev indsendt rettidigt, og at det ikke kan tilregnes selskabet, at indlægget først var tilgængeligt for undertegnede den 3. februar 2026.

Dette bestrides. Det fremgår direkte af Ankenævnets egne systemer, at dokumentet er delt den 3. februar 2026 af … fra Sygeforsikringen 'danmark'. Det er tidspunktet for faktisk tilgængelighed for modparten, der er afgørende for fristberegning i klageprocesser.
Selskabets forsøg på at fraskrive sig ansvaret herfor er ikke i overensstemmelse med det, der fremgår sort på hvidt af Ankenævnets sagsakter.

Det bemærkes endvidere, at selskabet i denne sag gentagne gange har overskredet de fastsatte frister og efterfølgende anmodet om yderligere fristforlængelse – herunder senest ved anmodning af 18. marts 2026, hvor Ankenævnet allerede havde rykket for svar. En sådan adfærd, hvor en erhvervsdrivende part systematisk forsinker sagsbehandlingen ved gentagne fristoverskridelser og efterfølgende udsættelsesbegæringer, er processuel urimelig over for undertegnede, der er en privatperson i en sårbar situation. Undertegnede troede i god tro at være dækket af en forsikring og har i hele denne periode befundet sig uden den beskyttelse, vedkommende betalte for og forventede.

3. De faktiske forhold på optagelsestidspunktet
Selskabet fastholder, at Klager den 4. oktober 2024 konsulterede sin læge og blev henvist til speciallæge, og at denne omstændighed alene udgør grundlag for annullering. Det er ubestridt, at disse hændelser fandt sted. Det bestrides derimod, at de udgør oplysningspligtige helbredsforhold i forsikringsbetingelsernes forstand.

På optagelsestidspunktet den 30. oktober 2024 forelå følgende faktiske forhold:

- Ingen stillet diagnose
- Ingen behandlingskrævende tilstand – urologen oplyste udtrykkeligt, at der ikke var noget alvorligt galt, og at tilstanden var medfødt
- Ingen igangværende eller planlagt behandling
- Tadalafil ordineret som en valgfri afprøvning, uden behandlingsplan eller opfølgning – og medicinen blev aldrig indtaget

Det er relevant at bemærke, at selskabet nu – takket være den fulde lægejournal, som selskabet selv har fremskaffet og valgt at fremlægge – har fuld indsigt i det samlede hændelsesforløb. Journalen bekræfter, at den urologiske konsultation angik en medfødt tilstand, der ikke var behandlingskrævende. Det forhold, som selskabet betegner som en forøget forsikringsmæssig risiko, har i praksis ikke haft nogen forsikringsmæssig konsekvens overhovedet.

4. Undtagelsesbestemmelsen i § 1.3.1 – selskabet har ikke forholdt sig hertil
Selskabet henviser konsekvent til optagelsesbetingelserne i § 1.3.1, men har i intet af sine indlæg forholdt sig til den udtrykkelige undtagelsesbestemmelse, der fremgår af samme paragraf:
'dog kan vedkommende optages i 'danmark', såfremt den tilbagevendende sygdom eller legemssvaghed ikke medfører en forøget risiko for 'danmark''

Denne undtagelse er en integreret del af betingelserne og kan ikke ignoreres. Den indebærer, at selv en tilstand, der formelt set kunne falde under bestemmelsen, ikke automatisk udelukker optagelse – hvis tilstanden ikke medfører en forøget risiko for selskabet.

I nærværende sag har urologen udtrykkeligt fastslået, at tilstanden var medfødt og ikke behandlingskrævende. Journalen – som selskabet selv har indhentet og fremlagt – bekræfter dette. Den påståede tilstand har i hele medlemskabsperioden ikke medført nogen udgifter for selskabet vedrørende urologi. Selskabet har ikke løftet bevisbyrden for, at tilstanden konkret medførte en forøget risiko, og har ikke argumenteret for, at undtagelsesbestemmelsen ikke finder anvendelse.

Dette er en afgørende mangel i selskabets argumentation. Ankenævnet opfordres til at tillægge dette forhold væsentlig betydning.

5. Selskabets brug af journalens fulde indhold – og spørgsmålet om den reelle bevæggrund
Selskabet anfører i sit seneste indlæg, at det 'naturligvis ikke har forholdt sig til Klagers efterfølgende helbredsmæssige forhold', og at det ville være i strid med principperne om god skik for forsikringsdistributører at gøre dette. Undertegnede tager note af denne erklæring, men finder den vanskelig at forene med de faktiske omstændigheder.

Selskabet anmodede selv om og modtog Klagers fulde lægejournal, der dækker hele den periode, hvori undertegnede var aktivt medlem – herunder måneder lang tid efter optagelsen den 30. oktober 2024. Selskabet valgte således aktivt at indhente oplysninger om Klagers helbredstilstand under hele medlemskabsperioden, ikke blot oplysninger begrænset til perioden forud for indmeldelsen.

Det fremgår af journalmaterialet, at undertegnede i maj 2025 – mens medlemskabet var aktivt og præmier blev betalt – modtog en alvorlig diagnose. Denne diagnose kan potentielt medføre betydelige fremtidige udgifter for selskabet, såfremt forsikringsforholdet opretholdes. Ankenævnet

opfordres til at iagttage den tidsmæssige sammenhæng: selskabet modtog journalen den 27. november 2025, og annulleringsbrevet blev fremsendt den 10. december 2025 – blot to uger senere. Undertegnede gør ikke gældende, at selskabet har handlet i åbenlys ond tro, men finder det velbegrundet at rejse spørgsmålet om, hvorvidt den reelle bevæggrund for annulleringen – i al fald delvist – er den alvorlige diagnose stillet under medlemskabet, snarere end den urologiske konsultation fra oktober 2024, der formelt fremføres som begrundelse. En annullering med tilbagevirkende kraft, der i realiteten har til formål at frigøre selskabet fra dækning af fremtidige udgifter som følge af en sygdom opstået under aktivt medlemskab, vil ikke blot være i strid med principperne om god skik – den vil være retligt uacceptabel.

Ankenævnet har adgang til selv at bedømme dette på baggrund af det samlede journalmateriale, som selskabet selv har valgt at fremlægge. Selskabet vælger i sin begrundelse udelukkende at fremhæve det, der kan tale imod Klager fra perioden forud for optagelsen, mens journalens øvrige indhold lades ude af betragtning. Undertegnede opfordrer Ankenævnet til at tillægge denne selektive fremstilling passende procesretlig vægt.

6. Oplysningspligtens rækkevidde – den subjektive vurdering
Selskabet anfører, at undertegnede mindst uagtsomt har undladt at oplyse om konsultationen og henvisningen. Det bestrides.

Det er et grundlæggende princip i forsikringsaftaleretten, at oplysningspligten efter forsikringsaftalelovens §§ 4–6 beror på en subjektiv vurdering af, hvad forsikringstageren faktisk vidste og med rimelighed burde have forstået på tegningstidspunktet. Det er ikke tilstrækkeligt, at selskabet efterfølgende – på baggrund af en faglig journallæsning – tilskriver et forhold forsikringsmæssig relevans.

Undertegnede søgte i efteråret 2024 afklaring om milde og uafklarede gener – en helt sædvanlig og ansvarlig handling. At gå til lægen for at få svar på noget, man er usikker på, er en naturlig del af at passe på sit helbred og udgør ikke en indikation på sygdom eller forsikringsmæssig risiko. Urologen oplyste udtrykkeligt, at der intet alvorligt var i vejen, og at tilstanden var medfødt. Set fra undertegnedes perspektiv som lægmand på tegningstidspunktet forelå der hverken sygdom, behandlingsbehov eller en tilstand, der med rimelighed burde opfattes som oplysningspligtig.

Selskabets fortolkning af oplysningspligten ville i praksis kræve, at enhver person, der inden for 12 måneder forud for indmeldelse har opsøgt en læge om et uafklaret spørgsmål – uanset udfaldet – automatisk har pligt til at oplyse herom. En så vidtrækkende forpligtelse fremgår ikke klart af betingelserne. Efter det almindelige aftaleretlige fortolkningsprincip – contra proferentem – skal uklarheder i et aftaledokument fortolkes imod den part, der har formuleret det. Det er Sygeforsikringen 'danmark', der har udformet helbredserklæringen og betingelserne, og det er derfor selskabets risiko, hvis disse ikke med tilstrækkelig klarhed angiver, at en afsluttet udredning uden diagnose, behandlingsplan eller opfølgning er oplysningspligtig.

7. Intet forbrug af medicin
Selskabet gentager, at ordinering af Tadalafil udgør et brud på § 1.3.1, nr. 3, der kræver, at ansøgeren ikke har haft 'forbrug af medicin inden for de seneste 12 måneder'. Selskabet forholder sig fortsat ikke til det afgørende faktum, at medicinen aldrig blev indtaget.

En ordineret medicin, der aldrig er taget, udgør ikke et 'forbrug' i bestemmelsens naturlige sproglige forstand. Ordlyden i § 1.3.1 taler om 'forbrug' – ikke om 'ordinering' eller 'udlevering'. Havde selskabet ønsket at udelukke enhver, der har fået ordineret medicin uanset indtagelse, burde dette have fremgået klart af betingelserne. Det gør det ikke. Det aftaleretlige fortolkningsprincip om contra proferentem tilsiger, at denne uklarhed skal fortolkes til fordel for undertegnede.

De præcedenssager, selskabet har henvist til – kendelse nr. 77.578 og 85.969 – angik begge et faktisk og dokumenteret medicinforbrug og er ikke sammenlignelige med nærværende sag. Selskabet har ikke fremlagt argumentation for, at en ordinering uden efterfølgende indtagelse er lig med forbrug.

8. Kausalitet – de krævede tilbagebetalte ydelser angår tandlæge
Det gentages, at de ydelser, selskabet kræver tilbagebetalt, udelukkende angår tandlægeydelser uden nogen faglig, medicinsk eller logisk sammenhæng med den urologiske konsultation, der formelt udgør annulleringsgrundlaget. Selskabet har ikke i nogen af sine indlæg forholdt sig til dette anbringende.

En annullering med tilhørende krav om tilbagebetaling af ydelser, der ikke har nogen kausal sammenhæng med annulleringsgrundlaget, er retligt uholdbar. Det bestrides, at selskabet er berettiget til at kræve disse beløb tilbagebetalt.

9. Selskabets 'faste praksis' – udokumenteret og uden grundlag i betingelserne
Selskabet anfører, at det er 'fast praksis' at udsætte optagelse, indtil et igangværende udredningsforløb er afsluttet. Denne påstand er fremsat for første gang i det seneste indlæg og fremgår hverken af de Generelle forsikringsbetingelser, helbredserklæringen eller den kommunikation, undertegnede modtog i forbindelse med indmeldelsen. Selskabet har ikke fremlagt dokumentation for denne påståede praksis.

En intern og udokumenteret administrativ praksis kan ikke skabe en oplysningspligt, der rækker ud over, hvad der fremgår af de skriftlige vilkår. Forsikringstagere kan ikke forventes at kende til interne procedurer, de aldrig er blevet gjort bekendt med. Ankenævnet bør ikke tillægge en udokumenteret intern praksis, der hverken er vedtaget som vilkår eller kommunikeret til forsikringstageren, selvstændig retslig betydning.

10. Konklusion og påstand
Selskabets indlæg af 25. marts 2026 tilfører ikke sagen nye retlige argumenter og besvarer ikke de indsigelser, der er fremsat. Det er fortsat ubesvaret fra selskabets side:

- at urologen fastslog, at tilstanden var medfødt og ikke behandlingskrævende
- at medicinen aldrig blev taget, og at en ordinering uden indtagelse ikke udgør et 'forbrug' i § 1.3.1's forstand
- at undtagelsesbestemmelsen i § 1.3.1 ikke er forholdt til, selv om tilstanden aldrig medførte forøget risiko for selskabet
- at de krævede tilbagebetalte ydelser angår tandlæge og ikke urologi og derfor mangler kausal forbindelse til annulleringsgrundlaget
- at den påberåbte 'faste praksis' er udokumenteret og ikke fremgår af betingelserne
- at den tidsmæssige sammenhæng mellem modtagelsen af den fulde journal (27. november 2025), hvori en alvorlig diagnose stillet under aktivt medlemskab fremgår, og annulleringen

(10. december 2025) rejser et velbegrundet spørgsmål om den reelle bevæggrund for selskabets afgørelse

Undertegnede har handlet i fuldstændig god tro. En konsultation hos en læge med henblik på afklaring af milde og uafklarede gener – der endte med konklusionen om en medfødt, ikke-behandlingskrævende tilstand – udgør ikke svig, uagtsomhed eller et brud på oplysningspligten i nogen retslig forstand.

På ovenstående grundlag fastholdes påstanden om, at annulleringen af forsikringsaftalen kendes uberettiget og ophæves, og at undertegnede anerkendes som berettiget til de ydelser, der følger af forsikringsaftalen."

Selskabet har i brev af 16/4 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget Ankenævnet for Forsikrings brev af 31. marts 2026 med Klagers kommentar.

Ad Klagers punkt omkring fristoverskridelse og processuel adfærd
'danmark' henviser til sit svar af 25. marts 2026 og har ikke yderligere kommentarer.

Ad Klagers punkt om de faktiske forhold på optagelsestidspunktet
'danmark' noterer, at Klager erklærer sig enig i de faktiske forhold på optagelsestidspunktet.

Klager fremfører korrekt, at der på indmeldelsestidspunktet ikke var stillet en diagnose og dermed også for ham uvist, hvorvidt der var tale om en behandlingskrævende tilstand.
Klager var imidlertid så generet af sin helbredsmæssige tilstand, at han allerede havde søgt læge og derfra var viderehenvist.

I forbindelse med indmeldelse bliver medlemmet, jf. Bilag 1 bedt om at udfylde en helbredserklæring, hvor der bl.a. fremgår '*Du må ikke fortie noget – heller ikke selvom du tror, at det er uden betydning for 'danmark''.* På indmeldelsesblanketten var der intet angivet, hvilket vil sige at Klager bevidst fortiede oplysninger omkring et forestående udredningsforløb for 'danmark'.

Konklusionen efter urologens udredning foreligger først, efter indmeldelsessagen i 'danmark' er afsluttet og var således også klager ubekendt på tidspunktet for indmeldelse. Urologens konklusion i sig selv er således irrelevant.

Ad Klagers punkt om undtagelsesbestemmelsen, oplysningspligten og 'danmark's faste sagsbehandlings praksis
Det er korrekt, at 'danmark' kan vælge at optage medlemmer, hvis sygdommen ikke medfører forøget risiko for 'danmark'. Det er dog en vurdering, som foretages på indmeldelsestidspunktet og kræver, at der gives korrekte, fyldestgørende helbredsmæssige oplysninger.

'danmark' fastholder, at, havde vi på indmeldelsestidspunktet vidst, at Klager var henvist til videre udredning, ville 'danmark' ifølge fast praksis have meddelt, at vi først kan tage stilling til ønske om medlemskab, når resultatet på det igangværende afklaringsforløb foreligger.

Klager ville således ikke uden videre være blevet optaget i et almindeligt medlemskab den 30. oktober 2024, såfremt Klager havde udfyldt helbredserklæringen i overensstemmelse med de faktiske forhold.

'danmark' er selvsagt enige i, at det var fornuftigt af Klager at søge læge, da han oplevede gener af sin tilstand, men vi fastholder, at det i henhold til indmeldelsen burde være oplyst, også selvom Klager ikke selv tillagde det vægt. Når man bliver sendt til videreudredning, er der implicit en forøget - og i Klagers tilfælde også - ukendt risiko.

Derfor er et af indmeldelseskravene, udover at skulle opfylde helbredskravene, at du inden for de seneste 12 måneder ikke var været henvist til fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller andre behandlere.

Havde Klager på indmeldelsestidspunktet oplyst 'danmark' om henvisningen, havde vi kunnet forholde os aktivt til det. Det gjorde han bare ikke.

Ad Klagers punkt om 'danmark's brug af journalen og kausalitet
Klagers svar insinuerer fortsat, at 'danmark's annullering er begrundet i Klagers efterfølgende sygdom.

At klager i mellemtiden er blevet diagnosticeret med en kronisk tarmsygdom er selvsagt uheldigt og beklageligt. Det ændrer dog ikke ved det forhold, at Klager i forbindelse med indmeldelsen fortiede oplysninger overfor 'danmark', og det kan alene tillægges Klagers egne handlinger og udeladelser.

Vi henviser i øvrigt til vores øvrige svar.

Når en aftale annulleres i henhold til de Generelle forsikringsbetingelser punkt 2.4, skal parterne stilles, som om aftalen ikke var indgået. Derfor kræver 'danmark' tilbagebetaling for de ydelser, Klager uretmæssigt har fået dækket. Kravet vedrører både tandlæge, fysioterapi og akupunktur.

Ad Klagers punkt brug af medicin
'danmark' har fejlagtigt inkluderet ordinering af medicin, som begrundelse for Klagers annullering. Klager har i forbindelse med sin indmeldelse ikke viden eller forventning om kommende ordinering af medicin.

'danmark' forholder sig ikke til om Klager har eller ikke har taget medicinen, da det ikke har betydning for udfaldet af Klagers medlemskab.

Konklusion
Med henvisning til de Generelle Forsikringsbetingelser § 2.4 fastholder 'danmark', at annullering af Klagers medlemskab er berettiget."

Klageren har i brev af 17/4 2026 til nævnet bl.a. anført:

"**1. Indledning**
Sygeforsikringen 'danmark's indlæg af 16. april 2026 gentager i al væsentlighed de tidligere fremførte standpunkter og tilfører ikke sagen nye retlige argumenter. Indlægget indeholder imidlertid

to betydelige indrømmelser, som undertegnede finder det nødvendigt at fremhæve udtrykkeligt, ligesom selskabets centrale anklage om bevidst fortielse kræver et direkte og klart svar. Undertegnede fastholder samtlige tidligere fremførte anbringender og påstande.

2. Selskabet trækker medicin-argumentet tilbage – og underminerer derved sin egen troværdighed

I alle tidligere indlæg har Sygeforsikringen 'danmark' fremhævet ordineringen af Tadalafil som et selvstændigt og centralt grundlag for annulleringen, med henvisning til § 1.3.1, nr. 3 om forbrug af medicin. Dette har været en bærende del af selskabets argumentation siden annulleringsbrevet af 10. december 2025.

I indlægget af 16. april 2026 skriver selskabet nu følgende:

> *''danmark' har fejlagtigt inkluderet ordinering af medicin som begrundelse for Klagers annullering. Klager har i forbindelse med sin indmeldelse ikke viden eller forventning om kommende ordinering af medicin.'*

Dette er en direkte og udtrykkelig tilbagetrækning af et argument, selskabet har gentaget konsekvent i mere end fire måneder. Selskabet indrømmer hermed, at dets sagsbehandling har hvilet på et fejlagtigt grundlag, og at annulleringsbrevet – og de efterfølgende indlæg – har fremstillet sagen ukorrekt over for både undertegnede og Ankenævnet.

Denne indrømmelse er ikke blot et mindre korrektiv. Den rejser et alvorligt spørgsmål om kvaliteten af selskabets sagsbehandling som helhed og om, hvorvidt de resterende begrundelser er underbyggede. Undertegnede finder, at Ankenævnet bør tillægge denne omstændighed betydelig vægt ved vurderingen af selskabets øvrige påstande.

3. Anklage om bevidst fortielse – et uberettiget og udokumenteret udsagn

Selskabet skriver i sit seneste indlæg, at Klager 'bevidst fortiede oplysninger' om det forestående udredningsforløb. Dette er en alvorlig anklage, som undertegnede afviser i sin helhed.
Begrebet 'fortielse' i forsikringsaftaleloven – herunder forsikringsaftalelovens §§ 4–6 samt de Generelle forsikringsbetingelsers § 2.4 – forudsætter ikke blot, at en oplysning objektivt set var relevant, men at forsikringstageren subjektivt vidste eller burde have vidst, at oplysningen var af betydning for forsikringsgiverens risikovurdering. Det er den subjektive tilregnelse, der adskiller fortielse fra simpel undladelse.

Undertegnede var den 30. oktober 2024 en person, der kort forinden havde opsøgt sin læge med henblik på afklaring af gener, som han havde levet med det meste af livet, og som urologen efterfølgende fastslog var udtryk for en medfødt tilstand uden behandlingskrav. Undertegnede oplevede ikke at være syg. Undertegnede oplevede ikke at befinde sig i et behandlingsforløb. Undertegnede oplevede at have fået afklaring på noget uafklaret – og afklaringen var, at der intet alvorligt var i vejen.

At selskabet efterfølgende – på baggrund af en journallæsning foretaget 13 måneder senere – vurderer, at dette burde have været oplyst, er ikke det samme som, at undertegnede vidste eller burde have vidst det på tegningstidspunktet. Forsikringsaftaleloven beskytter netop forsikringstageren mod en sådan retrospektiv tilskrivning af oplysningspligt.

Selskabet skriver endvidere, at helbredserklæringen indeholder formuleringen: 'Du må ikke fortie noget – heller ikke selvom du tror, at det er uden betydning for 'danmark''.

Undertegnede bemærker, at denne formulering er en generel opfordring, ikke en juridisk definition af oplysningspligtens rækkevidde. Oplysningspligten kan ikke udstrækkes ved en administrativ erklæringstekst til at omfatte ethvert lægebesøg, uanset kontekst og udfald. Afgørende er stadig, hvad en rimelig person i undertegnedes konkrete situation med rimelighed burde have forstået som forsikringsmæssigt relevant. En person, der har fået at vide af sin speciallæge, at der er tale om en medfødt, ikke-behandlingskrævende tilstand, har ingen rimelig anledning til at betragte dette som en oplysningspligtig helbredsoplysning. Selskabet har ikke forholdt sig til dette lægmandsperspektiv i noget af sine indlæg.

4. Annullering på grundlag af en udredning – ikke en sygdom
Det er nu på det rene, at selskabets annullering ikke hviler på en konstateret sygdom, en diagnose eller et dokumenteret behandlingsforløb på optagelsestidspunktet. Selskabet indrømmer eksplicit, at urologens konklusion var undertegnede ubekendt på indmeldelsestidspunktet, og at konklusionen i sig selv er 'irrelevant'.

Annulleringen hviler dermed udelukkende på det faktum, at undertegnede var henvist til en speciallægeudredning, da han meldte sig ind. Selskabet gør gældende, at enhver igangværende udredning – uanset årsag og udfald – udgør en 'implicit forøget risiko', der automatisk udløser oplysningspligt og berettiger afvisning.

Denne fortolkning er for vidtgående og uden tilstrækkelig støtte i betingelserne. § 1.3.1, nr. 4 taler om behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller "andre behandlere'. Bestemmelsens kontekst og de nævnte eksempler sigter tydeligt mod løbende behandlingsforløb med fremadrettet risikoprofil – ikke mod en enkelt afsluttet diagnostisk konsultation på et offentligt hospital, der afsluttes uden diagnose, uden behandling og uden opfølgning. En udredning, der konkluderer at der ingen sygdom er, er ikke det samme som en behandling.

Selskabet har selv anerkendt, at det er muligt at optage medlemmer med tilstande, der ikke medfører forøget risiko, jf. undtagelsen i § 1.3.1. Selskabet har aldrig forholdt sig til, om denne undtagelse ville have fundet anvendelse, såfremt oplysningerne var givet. Det er selskabets bevisbyrde at godtgøre, at optagelse ville have været afvist – og denne bevisbyrde er ikke løftet, særligt ikke i lyset af at udredningen mundede ud i konstateringen af en medfødt, ikke-behandlingskrævende tilstand.

5. Kausalitet – tilbagebetalingskravet mangler forbindelse til annulleringsgrundlaget
I selskabets opgørelse fra december 2025 angav selskabet et tilbagebetalingskrav, der udelukkende vedrørte tandlægeudgifter. I det seneste indlæg anfører selskabet nu, at kravet tillige vedrører fysioterapi og akupunktur. Undertegnede bestrider ikke, at disse ydelser har været anvendt under medlemskabet.

Det er imidlertid nødvendigt at fremhæve, at brug af fysioterapi og akupunktur fandt sted i en periode, hvor undertegnede var diagnosticeret med en kronisk tarmsygdom – en diagnose stillet i maj 2025, mens medlemskabet var aktivt. Disse behandlingsformer blev opsøgt som en naturlig konsekvens af denne diagnose, i den velbegrundede tro at man var dækket af en gyldig forsikring,

og har intet at gøre med den urologiske konsultation fra oktober 2024, som selskabet formelt anfører som annulleringsgrundlag.

Det centrale retlige spørgsmål er ikke, hvilke ydelser der er anvendt, men om der foreligger en kausal forbindelse mellem de ydelser, der kræves tilbagebetalt, og det annulleringsgrundlag, selskabet påberåber sig. Denne forbindelse er fraværende. Selskabet har ikke i noget indlæg forsøgt at etablere en faglig, medicinsk eller logisk sammenhæng mellem en urologisk udredning for en medfødt tilstand og udgifter til tandlæge, fysioterapi eller akupunktur.

Princippet i § 2.4 om, at parterne skal stilles som om aftalen ikke var indgået, giver ikke selskabet ret til at kræve tilbagebetaling af ydelser uden kausal forbindelse til annulleringsgrundlaget. En sådan fortolkning ville i praksis betyde, at enhver annullering – uanset årsag – berettiger selskabet til at kræve samtlige udbetalte ydelser tilbagebetalt, hvilket hverken følger af bestemmelsens ordlyd, formål eller almindelige forsikringsretlige principper.

6. Den tidsmæssige sammenhæng og spørgsmålet om den reelle bevæggrund
Selskabet afviser, at annulleringen er begrundet i undertegnedes efterfølgende diagnose med en kronisk tarmsygdom, og anfører at dette 'alene kan tillægges Klagers egne handlinger og udeladelser'.

Undertegnede fastholder, at den tidsmæssige sammenhæng er påfaldende og bør tillægges processuel vægt: selskabet modtog den fulde lægejournal den 27. november 2025 – en journal der dækker hele medlemskabsperioden og dermed også den alvorlige diagnose stillet i maj 2025. Annulleringsbrevet fulgte 13 dage senere, den 10. december 2025.

Det er Ankenævnets opgave – ikke selskabets – at vurdere, om den reelle bevæggrund for annulleringen er den, selskabet anfører, eller om indsigten i en fremtidig dyr diagnose har spillet en rolle. Ankenævnet har adgang til det samlede journalmateriale og kan foretage denne vurdering selv. Undertegnede opfordrer Ankenævnet til at gøre dette.

Selskabet har i øvrigt ved at indhente og fremlægge en journal, der strækker sig langt ud over optagelsestidspunktet, selv valgt at bringe det efterfølgende sygdomsforløb ind i sagen. Det forekommer inkonsekvent nu at afvise relevansen af det materiale, selskabet selv har fremskaffet.

7. Sammenfatning af selskabets indrømmelser og ubesvarede anbringender
Gennem sagens forløb har selskabet indrømmet eller undladt at besvare følgende:
- Medicin-argumentet er trukket tilbage. Selskabet erkender at ordinering af Tadalafil fejlagtigt har indgået som begrundelse for annulleringen.
- Undtagelsesbestemmelsen i § 1.3.1 er aldrig blevet forholdt til. Selskabet har ikke godtgjort, at den medfødte og ikke-behandlingskrævende tilstand konkret medførte en forøget risiko.
- Annulleringen hviler ikke på en sygdom eller diagnose. Selskabet erkender selv, at urologens konklusion var undertegnede ubekendt på indmeldelsestidspunktet og erklærer den 'irrelevant' – annulleringen hviler dermed udelukkende på selve det forhold, at der var en igangværende udredning, uanset hvad den mundede ud i.
- Kausalitet er aldrig etableret. Selskabet har ikke forklaret den faglige sammenhæng mellem den urologiske konsultation og de ydelser – tandlæge, fysioterapi, akupunktur – der kræves tilbagebetalt.

- Den subjektive fortielse er aldrig dokumenteret. Selskabet har ikke redegjort for, hvorfor en ordinær lægmand i undertegnedes konkrete situation med rimelighed burde have forstået, at en afsluttet udredning uden diagnose var oplysningspligtig.

Det er en grundlæggende forsikringsretlig regel, at tvivl om risikoens omfang og om forsikringstagerens oplysningspligt kommer forsikringstageren til gode. Selskabet har ikke løftet bevisbyrden for, at undertegnede vidste eller burde have vidst, at den omhandlede konsultation var oplysningspligtig, og har heller ikke godtgjort, at optagelse ville have været afvist, såfremt oplysningerne var givet.

8. Påstand
Undertegnede meldte sig ind i Sygeforsikringen 'danmark' i god tro, opfyldte efter sin egen og sin speciallæges vurdering samtlige betingelser, og betalte kontingent i over et år.
Annulleringen er begrundet i en urologisk udredning, der afsluttedes med konstateringen af en medfødt, ikke-behandlingskrævende tilstand – og selskabet har selv trukket det eneste konkrete medicin-argument tilbage som fejlagtigt.

Selskabet har ikke godtgjort, at undertegnede subjektivt vidste eller burde have vidst, at udredningen var oplysningspligtig. Selskabet har ikke forholdt sig til undtagelsesbestemmelsen i § 1.3.1. Selskabet har ikke etableret en kausal forbindelse mellem annulleringsgrundlaget og de ydelser, der kræves tilbagebetalt. Bevisbyrden påhviler selskabet – og den er ikke løftet.

Undertegnede nedlægger påstand om, at annulleringen kendes uberettiget og ophæves, og at undertegnede anerkendes som berettiget til de ydelser, der følger af forsikringsaftalen."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af selskabet brev af 10/12 2025 til klageren fremgår bl.a.:

"Dit medlemskab er annulleret

Dit medlemskab af 'danmark' kan desværre ikke fortsætte.
Ud fra vores oplysninger kan vi se, at du kort før indmeldelsen var henvist til speciallæge med hensyn på vurdering af smerter i kønsorgan og behandlingsmulighed. Du får efter udredning på Urologisk Ambulatorium på … Hospital ordineret det medicinske præparat Tadalafil herfor. Det oplyste du ikke på den helbredserklæring, som vi modtog den 30. oktober 2024.

Hvis vi havde haft disse oplysninger, da du blev meldt ind, havde vi ikke optaget dig som medlem.

Vi har derfor annulleret dit medlemskab fra den 30. oktober 2024, hvor du blev meldt ind.

Du vil snart modtage en opgørelse over det økonomiske mellemværende.
…
Indmeldelse i 'danmark' kan kun ske på betingelse af:

- at ansøgning herom er 'danmark' i hænde, inden det fyldte 60. år.
- at vedkommende er fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket og ikke lider af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af en legemssvaghed, der medfører, at 'danmark' påtager sig en forøget risiko for dækning af medicin- eller andre behandlingsudgifter (dog kan vedkommen-

de optages i 'danmark', såfremt den tilbagevendende sygdom eller legemssvaghed ikke medfører en forøget risiko for 'danmark').

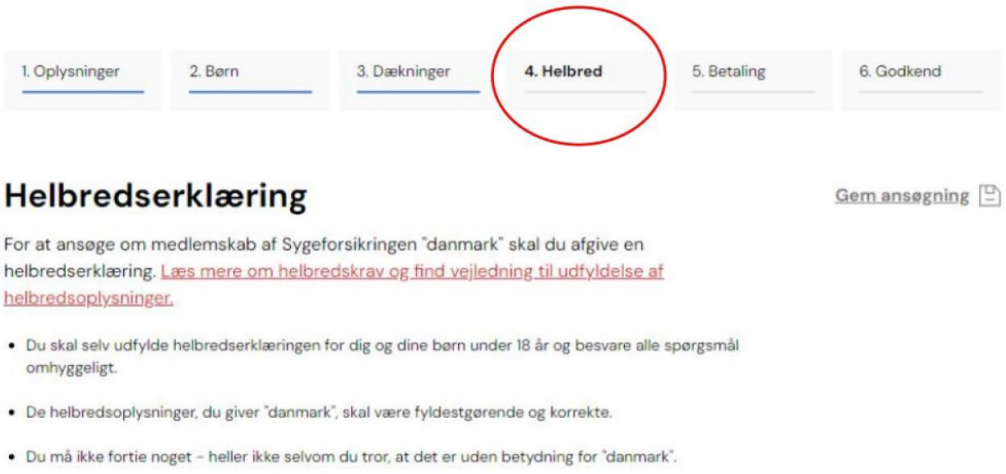
- at vedkommende ikke forventer at skulle have medicin eller har haft forbrug af medicin inden for de seneste 12 måneder
- at vedkommende ikke er henvist til, forventer at skulle eller har været i behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller andre behandlere inden for de seneste 12 måneder."

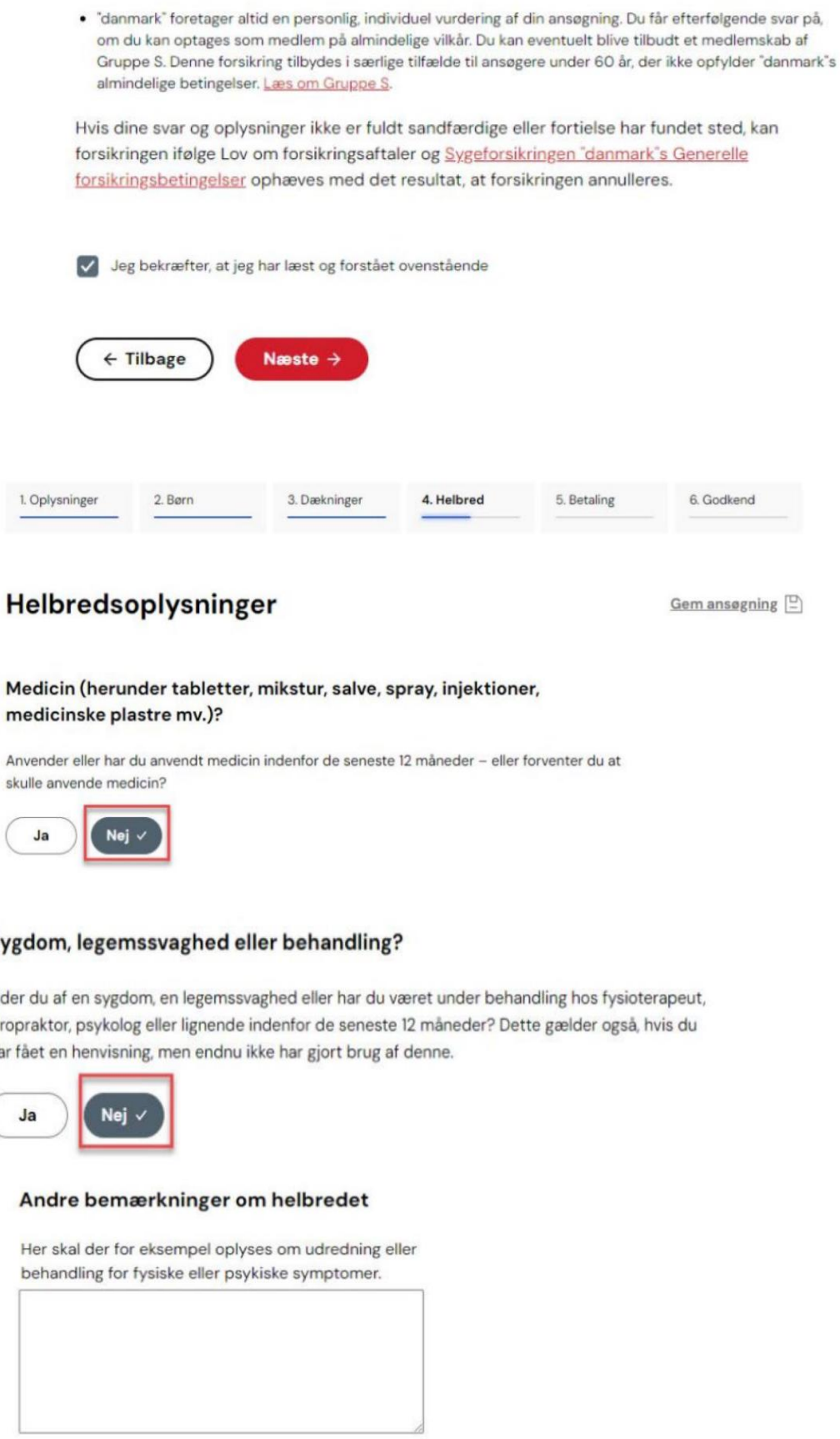
18. 104989

Af journalnotat af 4/10 2024 fra egen læge fremgår bl.a.:

> "Sygdom i kønsorgan:
> 04-10-2024: krummerik m. smerter
>
> Haft krummerik siden tidlige teenageår. … Beskriver krummerik mod venstre og synes at smerten sidder på ydersiden af buen. Smerter ved samleje. Ofte smerter ved rejsning. Ligeledes smertende oplevelse hos partner nogle gange grundet anatomi.
> Ønsker vurd.
>
> Obj
> Ad genitalia externa
> helt naturlige forhold
> Gennempalperet uden mærkbare plaque
>
> Medbragt billede i erigeret tilstand:
> ses med udtalt krumning mod venstre som beskrevet. Ej synlige plaquedannelse på billedet.
> Plan
> Pt oplevet krummerik med mulig peyronies komponent siden teenageårene. Oplever betydelig påvirkning af sexliv med partner og ved selvstimulering. Motiveret for at tale om evt.
>
> rp. henv. urolog mhp. vurdering af krummerik og behandlingsmuligheder."

Af helbredserklæring af 30/10 2024 fremgår bl.a.:

> "
>
> Indmeldelseprocessen
>
> 
>


"danmark" foretager altid en personlig, individuel vurdering af din ansøgning. Du får efterfølgende svar på, om du kan optages som medlem på almindelige vilkår. Du kan eventuelt blive tilbudt et medlemskab af Gruppe S. Denne forsikring tilbydes i særlige tilfælde til ansøgere under 60 år, der ikke opfylder "danmark"s almindelige betingelser. Læs om Gruppe S.
Hvis dine svar og oplysninger ikke er fuldt sandfærdige eller fortielse har fundet sted, kan forsikringen ifølge Lov om forsikringsaftaler og Sygeforsikringen "danmark"s Generelle forsikringsbetingelser ophæves med det resultat, at forsikringen annulleres.
Jeg bekræfter, at jeg har læst og forstået ovenstående
← Tilbage
Næste →
1. Oplysninger
2. Børn
3. Dækninger
4. Helbred
5. Betaling
6. Godkend
Helbredsoplysninger
Gem ansøgning
Medicin (herunder tabletter, mikstur, salve, spray, injektioner, medicinske plastre mv.)?
Anvender eller har du anvendt medicin indenfor de seneste 12 måneder – eller forventer du at skulle anvende medicin?
Ja
Nej ✓
Sygdom, legemssvaghed eller behandling?
Lider du af en sygdom, en legemssvaghed eller har du været under behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller lignende indenfor de seneste 12 måneder? Dette gælder også, hvis du har fået en henvisning, men endnu ikke har gjort brug af denne.
Ja
Nej ✓
Andre bemærkninger om helbredet
Her skal der for eksempel oplyses om udredning eller behandling for fysiske eller psykiske symptomer.

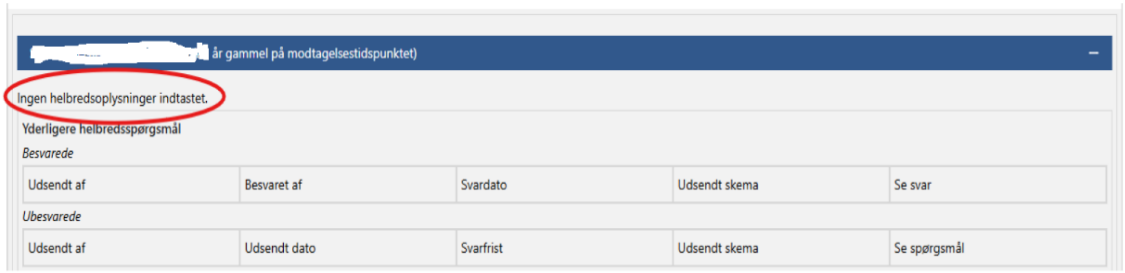
Kvittering for ansøgning

Tak for din ansøgning om at blive medlem af "danmark".

Modtagelse dato: 30-10-2024
Modtagelse tidspunkt: 12:23

...

Klager har ingen helbredsoplysninger



"

Af epikrise af 15/11 2024 fremgår bl.a.:

"Resume og plan for opfølgning hos praktiserende læge:
…, Kirurg 15-11-202411:45 Signeret
… årig mand henvist til vurdering af krumning på penis
…
Aktuelt
Ingen kendt traume. Debut cirka med krumning deriverende mod ve. side siden starten af puberteten …
Har egentlig altid haft indtryk af at være normalt.
Med seneste partner dog synes en smule mere hældning på krumningen og derved generende.
Synes ligeså palpabelt knude v. erektion

Intet under normale forhold
Smerter ikke uholdbare og generelt ikke interesseret i kirurgi
Ville gerne forsøge med medicin såfremt muligt, da smerter og tiltagende krumning dog synes udviklet sig siden teenagealderen.

Medicin

Objektivt:
God AT, fremstår upåvirket. VKO. Ingen dyspnø.
Genitalia externa:
Penis: nat, upåfaldende forhold. Ingen palpable plaques
Scrotum: Ingen palpable knuder.

UL bedside ingen synlige plaques/kalcifikation svt penis. Scrotum ia.

Fotos: 30 graders krumning mod ve. side i blød bue.

Konklusion:
Egentlig hvad lyder som medfødt krumning men en smule anderledes seneste tid særligt med nye partner.
Synes har fået plaque kun i erigeret tilstand som ligeså øm.
Der udleveres skriftlig information.
Snak om operation egentlig ikke indiceret medmindre stor gene da krumning på grænsen og medfødt.
Heller ej interesseret i dette.
Snak om at se an, men vil gerne forsøge med medicin og muligvis kan bedre ift nytilkomne plaque palpabelt for pt. i erigeret tilstand.

Ikke kendt med hypotension
Cont. Tadalafil 5 mg x 1 dagligt til 3 mdr stabilitet
Rp. Åbent forløb 2 år

Der er informeret om mulige bivirkninger til tadalafil i form af hovedpine og muskelgener. Patienten er informeret og accepterer ovenstående plan.

Såfremt tiltagende generende krumning kan henvende såfremt i stationær fase minimum 3. mdr med nye fotos om nu indikation for operation.

Patienten udredt. Behandling igangsat."

Af telefonkonsultation af 25/11 2024 fremgår bl.a.:

"Smerter og frisk blod fra endetarmen. Angiver historik med hæmorider - dog lang tid siden han sidst er set her. Kan ikke se tidligere recepter på doloproct eller lign.

Tilbyder tid idag, samt imorgen. Pt. afviser - har problemer med …, der er langt dertil. Vil ringe tilbage"

Af journalnotat af 10/2 2025 fra egen læge fremgår bl.a.:

"Kommer grundet blod i afføringen gennem nogle uger, næsten hver gang, at pt har afføring. Formet afføring, som hvis pt ikke drikker kaffe, kun er hver 2. - 3. dag. Tager intet supplement.

Når pt drikker kaffe kan han få voldsom afføringstrang og lidt smerter og herefter defækation med blod. Ingen diarre, feber ell øvrige sympt. Ingen slim i aff. Har haft hæmorider så længe, han kan huske - angiveligt aldrig behandlet.

Ingen fam disp til m/t sygdom, men familie med 'sarte maver'.

obj

Palp abd blød, flad og uøm, ingen palpable udfyldninger.
RE: ingen palpable udfyldninger, ingen blod på handske, afføringsfarve brunlig.

plan
Grundet gentagende blod i aff. Afføring hver 2. - 3. dag, obs interne hæmorider, som ikke kan føles ved RE.
rp doloproct supp
rp. henv gas kir
rp. f calpro (gemt)
rp. magnesia 500 mg dgl, aften
Anbefaler herudover suppl med HUSK fibre dgl."

Af telefonkonsultation af 7/5 2025 fremgår bl.a.:

"Pt ringer på akuttelefonen, følges på hosp med morbus crohn. Har tid på tirsdag og talte med hosp i går med ønske om fremrykning af tid. Ikke muligt.

Synes forværring af mavegener og utilpashed. Ikke muligt for pt at komme her til eftermiddag. Aftaler kontakt ved behov i morgen mhp TSD. Pt informeret om at vi ikke kan fremskynde hans tid på hosp."

Af helbredserklæring af 1/8 2025 til selskabet fremgår bl.a.:

"

Diagnose/sygdom

Har du en diagnose/sygdom?

Ja

Hvilken diagnose/sygdom har du? Oplys den præcise diagnose/sygdom.

Crohns sygdom i tyndtarmen

Hvornår har du fået diagnosen/sygdommen?

Maj 2025

...

Har du anvendt receptpligtig medicin inden for de seneste 12 måneder?

Ja

Oplys hvilke:

Præparat	Budesonid
Diagnose/sygdom/årsag	Crohns sygdom
Startdato	01-04-2025
Slutdato	03-07-2025
Forbrug/styrke/antal tabletter (pr. måned)	200
Udgift (pr. år)	2000

"

23. 104989

Det fremgår af forsikringsbetingelserne gældende fra 1/1 2024:

"**1. Optagelse**
Gruppe 1, 2, 5, S, Basis-Sygeforsikring og tilvalgsforsikringer.
…
1.3.1
For at førstegangsoptagelse kan blive godkendt i Gruppe 1, 2, 5, og Basis-Sygeforsikring, er det en betingelse (se dog pkt. 1.3.2 om Gruppe S):

- at ansøgning herom er 'danmark' i hænde inden det fyldte 60. år
- at vedkommende er fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket og ikke lider af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af en legemssvaghed, der medfører, at 'danmark' påtager sig en forøget risiko for dækning af medicin- eller andre behandlingsudgifter (dog kan vedkommende optages i 'danmark', såfremt den tilbagevendende sygdom eller legemssvaghed ikke medfører en forøget risiko for 'danmark')
- at vedkommende ikke forventer at skulle have medicin eller har haft forbrug af medicin inden for de seneste 12 måneder
- at vedkommende ikke er henvist til, forventer at skulle eller har været i behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller andre behandlere inden for de seneste 12 måneder.

1.3.2 Uanset helbredskravene i punkt 1.3.1 kan medlemmer optages i Gruppe S ud fra en af 'danmark' foranstaltet konkret lægelig bedømmelse.
…
2. Udmeldelse
…
2.4
Har medlemmet ved forsikringens tegning afgivet urigtige oplysninger eller fortiet oplysninger, som
har betydning for 'danmark's stillingtagen til medlemskabet, kan forsikringen annulleres."

Nævnet udtaler:

Klageren søgte om medlemskab den 30/10 2024 og afgav en "blank" helbredserklæring. Selskabet ophævede den 10/12 2025 forsikringen med tilbagevirkende kraft med henvisning til, at klageren kort tid før indmeldelsen var blevet henvist til speciallæge med henblik på vurdering af smerter i kønsorgan og behandlingsmulighed. Klageren blev undersøgt af speciallæge den 15/11 2024, hvor han fik ordineret Tadalafil 5 mg. Klageren kontaktede egen læge den 25/11 2024 grundet smerter og frisk blod fra endetarmen. Klageren fik i maj 2025 stillet diagnosen Crohns sygdom. Selskabet har krævet tilbagebetaling af 1.989,62 kr. Klageren ønsker, at nævnet annullerer selskabets ophævelse af medlemskabet, at selskabet skal frafalde tilbagebetalingskravet samt kompensation "for den uforholdsmæssigt lange sagsbehandlingstid, det tidsforbrug

sagen har påført mig, og den usikkerhed forsikringen har skabt ved pludseligt at fjerne min dækning fra den ene dag til den anden efter 15 måneders medlemskab."

Klageren har anført, at han meldte sig ind i selskabet i god tro, og han har brugt forsikringen i god tro. Ved indmeldelsen opfyldte han samtlige betingelser. Der forelå ingen diagnose og ingen behandlingskrævende tilstand ved indmeldelsen. Klageren har anført, at ophævelsen er begrundet i en udredning, der blev afsluttet med konstateringen af en medfødt, ikke-behandlingskrævende tilstand. Urologen oplyste, at der ikke var noget alvorligt galt, og at tilstanden var medfødt. Tadalafil blev ordineret som en valgfri afprøvning uden behandlingsplan eller opfølgning, og klageren har oplyst, medicinen aldrig blev indtaget. Selskabet har trukket det eneste konkrete medicinargument tilbage som fejlagtigt. Selskabet har ikke godtgjort, at han subjektivt vidste eller burde have vidst, at udredningen var oplysningspligtig. Klageren har anført, at en afsluttet, engangsbaseret udredningskonsultation på et offentligt hospital ikke falder naturligt ind under beskrivelsen i § 1.3.1, nr. 4. Det fremgår af undtagelsen i § 1.3.1, at optagelse er mulig, såfremt en tilstand ikke medfører en forøget risiko, og at en afsluttet udredning uden diagnose eller behandlingskonsekvens netop ville kunne falde under denne undtagelse. Selskabet har ikke bevist, at selskabet ville have nægtet optagelse, hvis alle oplysninger forelå, hvorfor ophævelsen bør kendes uberettiget. Selskabets ophævelse er uforholdsmæssig og uden sagligt grundlag. Klageren har anført, at selskabet ikke har etableret en kausal forbindelse mellem ophævelsesgrundlaget og de ydelser, der kræves tilbagebetalt. Klageren har anført, at den tidsmæssige sammenhæng mellem modtagelsen af den fulde journal (27/11 2025), hvori en alvorlig diagnose stillet under aktivt medlemskab fremgår, og annulleringen (10/12 2025) rejser et velbegrundet spørgsmål om den reelle bevæggrund for selskabets afgørelse. Klageren har anført, at den af selskabet påberåbte 'faste praksis' om at afvente resultat på det igangværende afklaringsforløb er udokumenteret og ikke fremgår af betingelserne, samt at nævnet ikke bør tillægge en udokumenteret intern praksis, der hverken er vedtaget som vilkår eller kommunikeret til forsikringstageren, selvstændig retslig betydning. Klageren har anført, at selskabet gentagne gange har overskredet de fastsatte frister og efterfølgende har anmodet om yderligere fristforlængelse. En sådan adfærd, hvor en erhvervsdrivende part systematisk forsin-

ker sagsbehandlingen ved gentagne fristover-skridelser og efterfølgende udsættelsesbegæringer, er processuel urimelig over for undertegnede, der er en privatperson i en sårbar situation.

Selskabet har anført, at klageren ved tegning af forsikringen afgav urigtige eller mangelfulde helbredsoplysninger, hvilket mindst må tilregnes ham som uagtsomt. Kort tid før indmeldelsen (den 4/10 2024) blev klageren henvist til speciallæge med henblik på vurdering af smerter i kønsorgan og behandlingsmuligheder, hvilket er årsag til ophævelsen. Ved indmeldelsen vidste klageren, at han havde en henvisning til urolog. Hvis selskabet på indmeldelsestidspunktet havde vidst, at klageren var henvist til videre udredning, havde selskabet efter fast praksis meddelt klageren, at selskabet først kunne tage stilling til hans ønske om medlemskab, når resultatet på det igangværende afklaringsforløb forelå. Selskabet har anført, at alle tilskud er udbetalt uberettiget. Selskabet har bestridt, at ophævelsen er begrundet i klagerens efterfølgende sygdom. Selskabet har anerkendt, at selskabet fejlagtigt har inkluderet ordinering af medicin som begrundelse for ophævelsen. Selskabet har anført, at selskabets besvarelse blev indsendt rettidigt den 30/1 2026. Det forhold, at besvarelsen først er gjort tilgængelig for klageren den 3/2 2026, kan ikke tilregnes selskabet.

Det fremgår af journal af 4/10 2024 fra egen læge, at "krummerik m. smerter … rp. henv. urolog mhp. vurdering af krummerik og behandlingsmuligheder."

Det fremgår af skærmprint fra indmeldelse den 30/10 2024, at "Lider du af en sygdom, en legemssvaghed eller har du været under behandling hos en fysioterapeut, kiropraktor, psykolog eller lignende indenfor de seneste 12 måneder? Dette gælder også, hvis du har fået en henvisning, men endnu ikke har gjort brug af denne. Nej … Andre bemærkninger om helbredet. Her skal der for eksempel oplyses om udredning eller behandling for fysiske eller psykiske symptomer [tekstfelt tomt]."

Det fremgår af epikrise af 15/11 2024 fra speciallæge, at "lyder som medfødt krumning men en smule anderledes seneste tid særligt med nye partner. Synes har fået plaque kun i erigeret til-

stand som ligeså øm. … Snak om operation egentlig ikke indiceret medmindre stor gene da krumning på grænsen og medfødt. Heller ej interesseret i dette. Snak om at se an, men vil gerne forsøge med medicin og muligvis kan bedre ift nytilkomne plaque palpabelt for pt. i erigeret tilstand. … Cont. Tadalafil 5 mg x 1 dagligt til 3 mdr stabilitet. … Såfremt tiltagende generende krumning kan henvende såfremt i stationær fase minimum 3. mdr med nye fotos om nu indikation for operation. Patienten udredt. Behandling igangsat."

Det fremgår af telefonkonsultation af 25/11 2024, at klageren har "smerter og frisk blod fra endetarmen. Angiver historik med hæmorider … Tilbyder tid idag, samt imorgen. Pt. afviser - … Vil ringe tilbage"

Det fremgår af journal af 10/2 2025 fra egen læge, at klageren "kommer grundet blod i afføringen gennem nogle uger … rp. henv gas kir."

Det fremgår af helbredserklæring af 1/8 2025 til selskabet, at klageren i maj 2025 har fået stillet diagnosen Crohns sygdom i tyndtarmen.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 1.3.1, at "For at førstegangsoptagelse kan blive godkendt i Gruppe 1, 2, 5, og Basis-Sygeforsikring, er det en betingelse … at vedkommende er fuldstændig rask i optagelsesøjeblikket og ikke lider af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller af en legemssvaghed, der medfører, at 'danmark' påtager sig en forøget risiko for dækning af medicin- eller andre behandlingsudgifter (dog kan vedkommende optages i 'danmark', såfremt den tilbagevendende sygdom eller legemssvaghed ikke medfører en forøget risiko for 'danmark.'"

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 2.4, at "Har medlemmet ved forsikringens tegning afgivet urigtige oplysninger eller fortiet oplysninger, som har betydning for 'danmark's stillingtagen til medlemskabet, kan forsikringen annulleres".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ved tegningen af forsikringen afgav urigtige oplysninger, og at dette kan tilregnes klageren som uagtsomt. Nævnet kan ikke kritisere, at selskabet har ophævet forsikringen med tilbagevirkende kraft og har krævet, at klageren skal tilbagebetale de modtagne tilskud fratrukket den præmie, som klageren har betalt for forsikringen.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren i helbredserklæringens felt – "Andre bemærkninger om helbredet. Her skal der for eksempel oplyses om udredning eller behandling for fysiske eller psykiske symptomer" – ikke oplyste om smerter i kønsorgan til trods for, at klageren den 4/10 2024 havde været hos lægen og blev henvist til urolog med henblik på vurdering af smerter og behandlingsmuligheder.

Nævnet bemærker, at det burde have stået klart for klageren, at det var væsentligt for selskabet at blive gjort bekendt med, at han grundet smerter i kønsorgan var henvist til en speciallæge.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Hans-Jørgen Nymark Beck