

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 19. august 2026 blev i sag nr. 105041:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Velliv, Pension og Livsforsikring A/S
Lautrupvang 10
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har haft forsikring ved tab af erhvervsevne. I klageskema af 30/12 2025 har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Sagen vedrører Vellivs afvisning af udbetaling af tab af erhvervsevne og præmiefritagelse til [klageren], skadenummer ...

Klienten blev i december 2017 diagnosticeret med akut myeloid leukæmi (AML) og modtog intensiv kemoterapi.

I marts 2019 blev der konstateret leukæmiceller i cerebrospinalvæsken, hvorefter der blev gennemført helhjernebestråling som led i behandlingen forud for knoglemarvstransplantation på [hospitalet] i juni 2019.

På dette tidspunkt var klienten dækket af en erhvervsevnetabsforsikring gennem sin ansættelse hos [klagerens tidligere arbejdsgiver], administreret af Velliv.

Forsikringsaftalen var aktiv under hele det behandlingsforløb, hvor den skadeudløsende behandling blev foretaget.

Klienten blev i februar 2020 erklæret rask og genoptog sit arbejde på fuld tid hos [klagerens anden arbejdsgiver].

Fra sommeren 2023 udviklede han imidlertid kognitive og neurologiske følger, som ved udredning blev dokumenteret som stråleinduceret hjerneskade – en senfølge af behandlingen i 2019.

Velliv har afvist dækning med henvisning til, at forsikringsbegivenheden først indtraf i 2023, efter forsikringens ophør i februar 2021.

Klienten gør derimod gældende, at skaden blev induceret i 2019, mens forsikringen var i kraft, og at følgerne derfor er omfattet af Forsikringsaftalelovens § 120, hvorefter selskabet hæfter for skader, der opstår i forsikringstiden, uanset at følgerne viser sig senere.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Klageren ønsker, at Ankenævnet for Forsikring pålægger Velliv, Pension & Livsforsikring A/S at anerkende dækning for tab af erhvervsevne og præmiefritagelse, idet den skade, der har medført den varige erhvervsevnenedsættelse, blev induceret under forsikringstiden i 2019. Sagen ønskes vurderet efter Forsikringsaftalelovens § 120, hvorefter selskabet hæfter for skader, der opstår i forsikringstiden, uanset at følgerne viser sig senere."

Selskabet har den 29/1 2026 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Forsikredes klage

[Klageren] (i det følgende 'Klager') har klaget over Velliv (i det følgende 'Selskabet').

Klager er repræsenteret ved en rådgiver med virksomhedsnavnet ... (i det følgende ...).

Klager har tidligere for Selskabet været repræsenteret af samme rådgiver under [andet virksomhedsnavn].

Klagen er sparsomt begrundet, selvom [klagerens repræsentant] har vedlagt omfattende akter til klagen. Det fremgår ikke af klagen, hvilke akter og hvad i akterne, som [klagerens repræsentant] påberåber sig, og dataminimering synes ikke udøvet.

Klagers forsikringsforhold i Selskabet, herunder forsikringen ved nedsat erhvervsevne, er ophørt pr. 1. februar 2021.

Klagen til nævnet er motiveret med senfølger efter forsikringstiden og forsikringsaftalelovens § 120.

Klagers repræsentant ... skriver følgende:

...

Selskabets afgørelse

Klagers pensionsordning i Selskabet, og herunder forsikringerne ved tab af erhvervsevne, kritisk sygdom mv. ophørte med udgangen af januar måned 2021, hvorefter Klager ingen forsikringer har i Selskabet.

Klagers tidligere forsikring i Selskabet ved nedsat erhvervsevne, var (og er) baseret på et skadevirkningsprincip.

Med en række forbehold, er det ikke et krav, at årsagen til erhvervsevnetabet har indfundet sig i forsikringstiden, men skadevirkningen – det vil sige den kvalificerende nedsættelse af erhvervsevne – skal være i forsikringstiden, jf. § 1 i forsikringsbetingelserne.

Det er anerkendt af Ankenævnet for Forsikring, at forsikringer ved tab af erhvervsevne i almindelighed hviler på skadevirkningsprincippet.

Forsikringsaftalelovens § 120 er ikke gældende for forsikringen, idet bestemmelsen tydeligt er baseret på et skadesårsagsprincip, der beskriver hæftelse for forsikringsselskabet også efter forsikringstidens ophør. Foranstående er bredt anerkendt i den juridiske litteratur.

Ankenævnet for Forsikring

3.

105041

At et potentielt erhvervsevnetab 2-4 år efter forsikringens ophør, angiveligt er blevet 'induceret' i forsikringstiden – jf. [klagerens repræsentants] sprog og anbringende – giver ikke Klager berettigelse til ydelser mv. fra Klagers ophørte forsikring.

Klager ansøgte i september 2024 Selskabet om ydelser ved nedsat erhvervsevne fra forsikringen, der var ophørt 1. februar 2021.

Klager blev meddelt afslag med henvisning til, at forsikringen var ophørt i 2021 (Bilag 1, brev af 16. december 2024). Afslaget blev efterfølgende uddybet med henvisning til forsikringens anmeldelsesfrist på 6 måneder ved ophør (Bilag 2, mail af 21. februar 2025), og yderligere med bl.a. afvisning af, at forsikringsaftalelovens § 120 kunne finde anvendelse med henvisning til forsikringens skadevirkningsprincip (Bilag 3, brev af 25. februar 2025).

Foruden ovenstående, skal Selskabet for nævnet gøre gældende, at ethvert krav som Klager måtte fremsætte og som udspringer af Klagers tidligere forsikring(er) i Selskabet, er fortabt som følge af almindelig 3-årig forældelse.

Selskabet bemærker, at [klagerens repræsentant] forud for klagen til nævnet har gjort gældende, at Selskabet har overtrådt 'forvaltningsretlige principper' og 'officialmaksimen', samt principper af [klagerens repræsentant] defineret til 'sagsoplysningsprincippet' og 'genoptagelsesprincippet'. Hertil blev Selskabet anklaget for at være i en 'retsvildfarelse', og at have begået 'en retlig fejl' ved at henvise til skadevirkningsprincippet, der gælder for forsikringen ved nedsat erhvervsevne.

Til [klagerens repræsentants] orientering, er Selskabet ingen statslig, regional eller kommunal myndighed. Selskabet er ikke reguleret af forvaltningsretlige regler mv.

Sagsfremstilling

Klagers pensionsordning i Selskabet var knyttet til Klagers daværende ansættelsesforhold. Klager fratrådte ansættelsesforholdet med udgangen af januar måned 2021, jf. Bilag 4 fra Klagers daværende repræsentant og forsikringsformidler.

Klager er uddannet ..., ansat i [branche], og havde pr. 1. februar 2021 fået ansættelse som ... ved ny arbejdsgiver.

Klager fremsendte den 16. februar 2021 følgende mail til Selskabet (Bilag 5):

Hej

Jeg har lige skiftet job og dermed firmapensionsordning. Jeg vil i imidlertid gerne have min opsparing stående hos jer på uændrede vilkår. Til gengæld vil jeg gerne at alle risiko/forsikrings-elementerne stopper per den 1/2 2021 (idet jeg er dækket i et andet selskab).

Mit policenummer står i emnefeltet.

Mvh.

Henset til Klagers profession og tydelige instruks til Selskabet, blev Klagers pensionsordning omskrevet til fripolice gældende fra 1. februar 2021, det vil sige ren opsparing uden forsikringer (Bilag 6).

Rådgivningsforpligtelsen påhviler ny leverandør, hvilket er fastslået af Finanstilsynet.

Sommeren 2023 anmodede Klagers bank om overførsel af størstedelen af Klagers opsparing i Selskabet, hvilket blev gennemført.

Klager ansøgte i september 2024 om udbetaling fra den ophørte forsikring i Selskabet. Klager har oplyst at være sygemeldt siden juli 2023.

Klager blev meddelt afslag med henvisning til at Klagers forsikring ved nedsat erhvervsevne var ophørt 1. februar 2021, og uddybet med forsikringens anmeldelsesfrist på 6 måneder ved ophør af forsikringen, samt en afvisning af, at forsikringsaftalelovens § 120 finder anvendelse for forsikringen (Bilag 1-3).

Afslaget er senere fastholdt overfor Klagers rådgiver ..., bl.a. via Selskabets klageansvarlige (Bilag 7).

November 2025 har Klager af egen drift genkøbt den resterende del af opsparingen i Selskabet.

Forsikringsbetingelser

Følgende fremgik af Klagers forsikringsbetingelser på tidspunktet for ophøret af Klagers forsikringer i Selskabet:

- Forsikringsbetingelserne ved nedsat erhvervsevne, TA0010 af 1. januar 2020 (Bilag 8, ud-drag, Selskabets fremhævelser):
'[...]
Forsikringsbetingelserne gælder sammen med Almindelige forsikringsbetingelser [...]

§ 1

[...]

Forsikrede kan, forudsat at forsikrede har et indtægtstab, få udbetaling ved nedsat erhvervsevne og/eller præmiefritagelse, hvis forsikredes erhvervsevne i forsikringstiden bliver nedsat i dækningsberettiget grad som følge af sygdom eller ulykke, uden at dette skyldes forsæt. [...]

Af Pensionsoversigten fremgår det:

o Hvor stort erhvervsevnetabet skal være, før en eventuel udbetaling og præmiefritagelse begynder

o [...]

§ 2

[...]

Krav på udbetaling af invalidepension og/eller præmiefritagelse forældes efter reglerne i den til enhver tid gældende lovgivning.

Krav på udbetaling af invalidepension og/eller præmiefritagelse skal anmeldes inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet.'

- Almindelige forsikringsbetingelser, FB0704 af 1. januar 2020 (Bilag 9, uddrag, Selskabets fremhævelser):

'§ 2 Hvornår begynder og ophører selskabets ansvar

Ydelser fra forsikringen (herunder præmiefritagelse) er betinget af, at forsikringsbegivenheden er sket i forsikringstiden.

Forsikringstiden løber fra ansvarets begyndelse til ansvarets ophør, jf. nedenfor.

[...]

Forsikringsdækningen ophører samtidig med forsikringens ophør (fx ved udløb, død, skift til anden pensionsleverandør, fratrædelse) eller opsigelse.

§ 8

Invalidepension, præmiefritagelse og invalidesum ved nedsat erhvervsevne

Forsikringsbetingelserne fremgår af Almindelige forsikringsbetingelser for forsikringer ved nedsat erhvervsevne, der er vedlagt, når forsikringen indeholder forsikringer ved nedsat erhvervsevne.'

Selskabets forsikringsbetingelser er uden tvivl baseret på og udtryk for et skadevirkningsprincip. Forsikringsbegivenheden er den kvalificerende nedsættelse af erhvervsevnen i forsikringstiden – det vil sige tidspunktet hvor den forsikredes erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykke må anses for nedsat i dækningsberettigende grad.

Det fremgår hertil tydeligt, at forsikringen ikke dækker forsikringsbegivenheder efter forsikringstidens/forsikringens ophør, hvilket gælder uanset årsagen til ophøret.

Juridisk litteratur [Selskabets fremhævelser nedenfor]

Daværende lektor, lic.jur. (nu associate professor ved Det Juridiske Fakultet, Københavns Universitet), Ivan Sørensen, har i U2008B.401 redegjort for, at forsikringer ved tab af erhvervsevne er baseret på et skadevirkningsprincip og fraviger FAL § 120;

'Forsikringsbegivenheden

*Det er af væsentlig betydning for dækningsspørgsmålet, hvad der skal forstås ved forsikringsbegivenheden. Dette skyldes bl.a., at det efter almindelige forsikringsretlige regler er en forudsætning for dækning, at forsikringsbegivenheden er indtrådt i forsikringstiden. Hvad der skal forstås ved forsikringsbegivenheden, **afhænger af en fortolkning af forsikringsbetingelsernes ansvarsbærende bestemmelse**. Er der undtagelsesvis ikke angivet andet, finder det fravigelige skadesårsagsprincip i forsikringsaftalelovens (FAL) § 120 anvendelse - direkte eller analogt. Dette princip indebærer, at dækning ved forsikringen er betinget af, at sygdom/ulykke er opstået i forsikringstiden. **Formentlig indeholder alle pensionsordninger en angivelse af forsikringsbegivenheden. Den ansvarsbærende bestemmelse i forsikringsbetingelserne angiver sædvanligvis, at der ydes dækning ved f.eks. mindst 2/3 nedsættelse af erhvervsevnen. Det kan også være præciseret, at erhvervsevnen skal være nedsat i forsikringstiden. Disse vilkår fraviger princippet i FAL § 120 og fortolkes således, at det er en betingelse, at virkningen af sygdom/ulykke er indtrådt i forsikringstiden for at være omfattet af pensionsordningen. Heraf kan udledes, at forsikringsbegivenheden er nedsættelse af erhvervsevnen i et erstatningsberettiget omfang. Dette – at virkningen***

skal være indtrådt i forsikringstiden - kaldes i den forsikringsretlige terminologi et skadesvirkningsprincip.'

I U2009B.225 redegør kontorchef ved Ankenævnet for Forsikring, Carsten Sennels, for dækningen ved erhvervsevnetab i erhvervsevnetabsforsikringer, og tilslutter sig Ivan Sørensens artikel og juridiske vurdering;

Som anført af Ivan Sørensen i bl.a. U 2008B.401 er forsikringsbegivenheden i erhvervsevnetabsforsikringer 'nedsættelsen af erhvervsevnen i erstatningsberettigende omfang'. I forsikringsretlig terminologi er der hermed tale om et skadevirkningsprincip. Det er herefter ikke et krav, at årsagen til erhvervsevnetabet har indfundet sig i forsikringstiden. I tråd hermed udtaltes det i AK 71.673 (2008) og AK 73.932 (2009), at klagerens rettigheder skulle bedømmes efter de forsikringsbetingelser, der var gældende på det tidspunkt, hvor erhvervsevnetabet nåede den kvalificerede størrelse. Se hertil også AK 69.854 (2007) og AK 73.301 (2008). En eventuel karenperiode udsætter ikke forfaldstidspunktet, men alene ydelsestidspunktet og fungerer således som en slags 'selvrisiko'.

Ivan Sørensen skriver i 'Forsikringsret' (6. udg.) fra 2015 (Bilag 10):

'Har forsikrede tidligere modtaget ydelser for erhvervsevnetab, og udbetales genkøbsværdien til forsikrede, efter at han er raskmeldt eller under revalidering, er udbetaling af ydelserne selvsagt indstillet. Hvis forsikrede senere på ny sygemeldes (bevisligt) som følge af det tidligere ulykkestilfælde eller den tidligere sygdom, kan der rejses spørgsmål, om han er berettiget til at få ydelserne genoptaget. Såfremt skadesårsagsprincippet efter FAL § 120 havde været gældende, ville følgeskaderne være dækningsberettigede, selv om de indtræder efter forsikringens ophør. Da det er fastslået, at der ved disse pensionsordninger gælder et skadesvirkningsprincip, vil det være irrelevant, at tale om følgeskader, idet dette princip i sig selv er udtryk for følgeskade. Heraf følger, det at skadevirkningsprincippet medfører, at erhvervsevnetabet i den her nævnte situation ikke er dækningsberettiget.'

Til Klagers rådgivers orientering, så definerer det af Ivan Sørensen beskrevne genkøb, et ophør af forsikringerne (og den samlede pensionsordning), og er i den henseende ikke anderledes end det ophør af forsikringerne, som Klager i 2021 instruerede Selskabet til at foretage.

I 'Dansk Pensionsret' fra 2013, tilslutter professor, dr.jur. ved Københavns Universitet, Mads Bryde Andersen, sig en tidligere vurdering af skadevirkningsprincippet fra Ivan Sørensen, i forhold til principets anvendelse på netop forsikringen ved nedsat erhvervsevne (invaliderefter).

I 'Dansk Forsikringsret' (11. udg.) fra 2024, skriver forfatterne Henning Jønsson (tidl. Kontorchef ved Ankenævnet for Forsikring) og Lisbeth Kjærgaard, bl.a. følgende (Bilag 11):

'Forskellen mellem skadesårsagsprincippet og skadevirkningsprincippet viser sig også ved forsikringstidens ophør. Efter skadesårsagsprincippet omfatter forsikringen alle følger af en begivenhed, der er indtrådt, efter at forsikringstiden er begyndt. Det gælder også følger, som først viser sig eller konstateres, efter at forsikringstiden er ophørt. Efter skadevirkningsprincippet gælder der også på det punkt det modsatte: Forsikringen omfatter ikke følger, som viser sig eller konstateres, efter at forsikringstiden er ophørt.

[...]

Dækker en livsforsikring ved dødsfald, er det afgørende for erstatningsudbetaling, at dødsfaldet sker i forsikringstiden [...] Omfatter livsforsikringen også udbetaling ved invaliditet af en vis kva-

lificeret størrelse, er forsikringsbegivenheden indtrådt, når invaliditeten har nået denne kvalificerede størrelse.'

Da konsekvensændringer af forsikringsaftaleloven som følge af forældelsesloven blev fremsat i 2007 (m. L166), oplyste Justitsministeriet:

*Det foreslås dog ved stk. 3, at forældelse af krav på forsikringsydelsen ved visse personforsikringer indtræder senest 10 år efter forsikringsbegivenhedens indtræden, hvilket vil sige skadens indtræden eller konstatering. Bestemmelsen vil omfatte forsikringer, **der fastlægger forsikringsbegivenheden ud fra et skadevirkningsprincip**. Et sådant princip anvendes eksempelvis typisk ved livsforsikringer, hvor det afgørende for forsikringssummens udbetaling er, at dødsfaldet sker **i forsikringstiden**. Endvidere anvendes et skadevirkningsprincip i dag typisk ved forsikringer ved kritisk sygdom og **erhvervsevnetab (invaliditet)** samt sundhedsforsikringer.*

Forsikringer ved nedsat erhvervsevne, herunder Klagers forsikring i Selskabet der ophørte pr. 1. februar 2021, var og er baseret på et skadevirkningsprincip, hvorfor FAL § 120 ikke finder anvendelse for forsikringen. Det kan der ikke være tvivl om, og er bredt anerkendt i bl.a. den juridiske litteratur samt fremgår gennemgående af praksis fra Ankenævnet for Forsikring (se nedenfor).

Praksis fra Ankenævnet for Forsikring

Selskabet kan bl.a. henvise til de følgende kendelser fra nævnet, hvor skadevirkningsprincippet fastslås gældende for forsikringer ved nedsat erhvervsevne: AK69.854, 73.301, 75.630, 94.555, 94.597, 96.427, 97.108, 102.029 og 102.488.

Selskabet gør opmærksom på, at der ikke er tale om en udtømmende liste. Der er således mange flere kendelser fra nævnet, der de seneste ca. 20 år direkte eller indirekte konkluderer, at skadevirkningsprincippet generelt er gældende for forsikringer ved nedsat erhvervsevne.

Forældelse

Allerede med forsikringsbetingelsernes anmeldelsesfrist på 6 måneder ved ophør af forsikringen (forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6), i kombination med at forsikringen alene dækker kvalificerende nedsættelser af erhvervsevnen i forsikringstiden, er det åbenlyst, at forsikringen ikke yder dækning ved senfølger, uanset hvornår disse er 'induceret'.

Hertil bemærkes for en god ordens skyld, at ethvert krav som måtte udspringe af Klagers tidligere forsikring ved nedsat erhvervsevne i Selskabet – og herunder, men ikke begrænset til, ophøret pr. 1. februar 2021 af denne forsikring – uden tvivl også er fortabt med henvisning til den almindelige 3-årige forældelse i forældelsesloven, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1.

Sammenfatning

Selskabets forsikring ved nedsat erhvervsevne, og herunder den forsikring som Klager var omfattet af frem til ophøret 1. februar 2021, er uden tvivl baseret på og udtryk for et skadevirkningsprincip, i lighed med – antageligt – enhver anden pensionsordning med en forsikring ved nedsat erhvervsevne.

Ovenstående er gældende uanset årsagen til ophøret, det vil sige uanset om ophøret skyldes fx manglende videreførelse af forsikringen eller en klar instruks fra den forsikrede om at forsikringen skal bringes til ophør.

Forsikringsaftalelovens § 120 – der varetager et skadeårsagsprincip – er ikke gældende for forsikringen ved nedsat erhvervsevne, hverken direkte eller analogt, og bestemmelsen skal ikke 'aktivt' fraviges med forsikringsbetingelserne, allerede fordi forsikringen (i Selskabet) netop er udtryk for et skadevirkningsprincip – jf. Ivan Sørensen.

Dette bekræftes af den juridiske litteratur samt omfattende praksis fra nævnet – hvor nævnet fx bemærker, at 'en erhvervsevnetabsforsikring i almindelighed hviler på et skadevirkningsprincip, hvor forsikringsbegivenhedens indtræden/skadetidspunktet er det tidspunkt, hvor den forsikrede erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykke må anses for nedsat i dækningsberettigende grad' (AK94.597, 102.029 m.fl.).

Forsikringen dækker derfor aldrig nedsættelser af erhvervsevne efter forsikringens / forsikringstidens ophør. Dette gælder selvsagt uanset hvornår nedsættelsen af erhvervsevnen antages 'induceret'."

Klagerens repræsentant har i brev af 26/2 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Indledning

Sagen angår den retlige kvalifikation af den erhvervsevnenedsættelse, der hos klager blev konstateret i 2023, og som ubestridt har medført en varig og kvalificeret nedsættelse af klagers arbejdssevne.

Twisten vedrører ikke, hvorvidt klager aktuelt har et betydeligt erhvervsevnetab. Dette er dokumenteret og ikke bestridt. Uenigheden angår derimod, om dette tab skal anses som en ny og selvstændig forsikringsbegivenhed indtrådt efter forsikringens ophør pr. 1. februar 2021, eller om der er tale om de senere indtrådte erhvervsmæssige følger af en skade, der blev påført klager i 2019 under forsikringstiden.

Sagen kræver således en konkret vurdering af sammenhængen mellem skadepåføringen i 2019 og den kvalificerede erhvervsevnenedsættelse i 2023. Den kan ikke afgøres alene ved en generel henvisning til skadevirkningsprincippet.

Sagen angår ikke et principielt opgør med skadevirkningsprincippet

Det bestrides ikke, at erhvervsevnetabsforsikringer i almindelighed er baseret på et skadevirkningsprincip, hvorefter forsikringsbegivenheden indtræder på det tidspunkt, hvor erhvervsevnen når en kvalificeret nedsættelse.

Sagen angår imidlertid ikke et abstrakt eller teoretisk opgør med dette princip.

Det afgørende retlige spørgsmål er, om den erhvervsevnenedsættelse, der blev konstateret i 2023, udgør en ny og selvstændig forsikringsbegivenhed indtrådt efter forsikringens ophør, eller om der er tale om en videreudvikling af én og samme skade, som ubestridt blev påført klager i 2019 under forsikringstiden.

Dette spørgsmål kan ikke afgøres ved en generel henvisning til praksis om skadevirkningsprincippet, men må bero på en konkret vurdering af sagens medicinske og faktiske forløb.

Klagers sygdoms- og behandlingsforløb i 2019 omfattede:

- Akut myeloid leukæmi (AML) med CNS-involvering
- Intratekal kemoterapi
- Helhjernebestråling
- Myeloablativ konditionering
- Allogen stamcelletransplantation

Der er tale om et massivt og dokumenteret neurotoksisk behandlingsforløb.

Den efterfølgende stråleinducerede hjerneskade er lægeligt beskrevet som induceret i 2019. Skaden kan direkte henføres til behandlingen i forsikringstiden og har således sin oprindelse i denne periode.

Det forhold, at de kognitive og neurologiske følger først i 2023 nåede et niveau, der opfylder forsikringens kvalifikationskrav, ændrer ikke ved, at skaden blev påført under dækningen.

Der foreligger ét sammenhængende forløb:

1. Skadepåføring i 2019
2. Gradvis udvikling af de kognitive og neurologiske følger
3. Lægeligt konstateret funktionsnedsættelse og kvalificeret erhvervsevnetab i 2023

Erhvervsevnetabet i 2023 er således en videreudvikling af den skade, der indtrådte i 2019, og ikke udtryk for en ny, selvstændig begivenhed.

Vellivs retlige kvalifikation

Velliv lægger til grund, at den kvalificerede erhvervsevnenedsættelse i 2023 nødvendigvis må anses som en ny forsikringsbegivenhed, fordi det først på dette tidspunkt kan konstateres, at betingelserne for udbetaling er opfyldt.

Denne forståelse forudsætter en adskillelse mellem tidspunktet for skadepåføringen og det tidspunkt, hvor følgerne når dækningsberettigende omfang.

En sådan adskillelse savner støtte i det lægelige materiale og indebærer, at risikoen for gradvist udviklende og latente skader placeres hos den forsikrede, selv om skaden er opstået under dækningen.

Det bemærkes desuden, at det påhviler selskabet at godtgøre, at der foreligger en ny og selvstændig forsikringsbegivenhed efter ophøret og ikke blot en videreudvikling af en allerede indtrådt skade. Der foreligger i sagen ingen dokumentation for, at klagers tilstand i 2023 udspringer af et nyt sygdomsforløb eller en ny skadesbegivenhed.

Forsikringsbetingelser må desuden fortolkes i overensstemmelse med almindelige fortolkningsprincipper. I tilfælde af tvivl om rækkevidden af en begrænsning må fortolkningen ikke føre til, at den forsikrede bærer risikoen for en skade, der er opstået under dækningen.

Det gøres derfor gældende, at erhvervsevnetabet i 2023 må anses som følge af en skade påført i forsikringstiden og ikke som en ny forsikringsbegivenhed efter ophør.

Anmeldelsesfristen

Velliv påberåber sig forsikringsbetingelsernes bestemmelse om, at krav skal anmeldes inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør.

Denne bestemmelse kan imidlertid ikke anvendes isoleret fra det grundlæggende krav om, at der skal foreligge en forsikringsbegivenhed og et aktualiseret krav.

På tidspunktet for forsikringens ophør pr. 1. februar 2021 forelå der:

- ingen kvalificeret nedsættelse af klagers erhvervsevne
- ingen konstateret stråleinduceret hjerneskade, og
- intet krav, som klager havde mulighed for eller anledning til at anmelde.

En anmeldelsesfrist kan først begynde at løbe, når der foreligger en forsikringsbegivenhed og dermed et krav, som kan gøres gældende. Den kan ikke løbe fra et tidspunkt, hvor der ikke foreligger et konstaterbart og anmeldelsespligtigt forhold.

En fortolkning, hvorefter anmeldelsesfristen skulle løbe fra ophørstidspunktet uanset om der forelå et krav, ville indebære, at den forsikrede skulle anmelde et hypotetisk og endnu ikke indtrådt erhvervsevnetab for at bevare sin ret. En sådan forståelse savner både retlig og praktisk holdbarhed.

Kravet opstod først, da klagers erhvervsevne nåede et kvalificeret nedsat niveau som følge af den behandlingsinducerede hjerneskade, og da dette blev lægeligt dokumenteret i 2023.

Anmeldelsen i 2024 skete således efter kravets opståen og inden for den almindelige forældelsesfrist regnet fra dette tidspunkt.

Anmeldelsesfristen kan således ikke medføre bortfald af kravet, da der i februar 2021 hverken forelå en kvalificeret erhvervsevnenedsættelse eller et krav, som klager havde mulighed for at anmelde.

Forældelse

Velliv har subsidært gjort gældende, at ethvert krav under den tidligere forsikring i alle tilfælde er bortfaldet som følge af den almindelige 3-årige forældelsesfrist.

Dette bestrides.

Den 3-årige forældelsesfrist begynder først at løbe, når der foreligger en forsikringsbegivenhed, og den forsikrede derfor har et krav, som kan kræves opfyldt. På tidspunktet for forsikringens ophør pr. 1. februar 2021 forelå der ingen kvalificeret erhvervsevnenedsættelse og dermed intet aktuelt retskrav mod selskabet. Klager havde hverken retlig eller faktisk mulighed for at fremsætte et krav om udbetaling på dette tidspunkt. Forældelsesfristen kan derfor ikke regnes fra ophørstidspunktet.

Kravet opstod først, da klagers erhvervsevne som følge af den behandlingsinducerede hjerneskade nåede et kvalificeret nedsat niveau, og dette blev lægeligt dokumenteret i 2023. Før dette tidspunkt forelå der ikke et krav, som kunne kræves opfyldt.

Den 3-årige forældelsesfrist må således tidligst regnes fra 2023. Anmeldelsen og kravet fremsat i 2024 er derfor klart inden for den ordinære forældelsesfrist.

Det gøres på denne baggrund gældende, at forældelse ikke kan føre til bortfald af klagers krav.

Sammenfatning

Sagen angår ikke en generel prøvelse af, hvorvidt erhvervsevnetabsforsikringer hviler på et skadevirkningsprincip.

Det bestrides ikke, at forsikringsbegivenheden efter betingelserne indtræder, når erhvervsevnen når en kvalificeret nedsættelse.

Det, sagen konkret angår, er derimod følgende retlige spørgsmål:

- Om klagers erhvervsevnetab i 2023 skal kvalificeres som en ny og selvstændig forsikringsbegivenhed indtrådt efter forsikringens ophør

eller

- Om der foreligger realisation og videreudvikling af én og samme behandlingsinducerede skadeprocess, som ubestridt blev påført klager i 2019 under forsikringstiden.

Det lægelige materiale dokumenterer, at den stråleinducerede hjerneskade er forårsaget af behandling foretaget i 2019. Der foreligger en ubrudt og årsagsmæssigt sammenhængende udvikling fra skadepåføringen i forsikringstiden til den senere kvalificerede erhvervsevnenedsættelse.

Der er ikke påvist nogen ny, selvstændig eller uafhængig skadesårsag efter forsikringens ophør.

Erhvervsevnetabet er en videreudvikling af en skade, der indtrådte i forsikringstiden, og udgør ikke en ny forsikringsbegivenhed. Hverken anmeldelsesfristen eller den ordinære forældelsesfrist kan føre til bortfald af kravet, idet der ikke forelå et anmeldelsespligtigt eller forfaldent krav på tidspunktet for forsikringens ophør.

På denne baggrund bør selskabets afslag tilsidesættes, og klagers krav tages til følge."

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

"Bemærkningerne synes udarbejdet udelukkende ved brug af AI, og savner i enhver henseende juridisk og forsikringsretlig forståelse og logik – herunder, men ikke begrænset til, viden om forsikringen ved nedsat erhvervsevne, konkret som generelt.

Det vil være meningsløst for Selskabet at kommentere indholdet. Selskabet har derfor ingen kommentarer, og henviser i det hele til Selskabets svarskrift af 29. januar 2026.

Selskabet betvivler at Klager har betryggende rådgivning og repræsentation i sagen."

Klagerens repræsentant har i brev af 6/5 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Det bemærkes indledningsvist, at selskabets indlæg af 2. marts 2026 ikke indeholder nogen egentlig stillingtagen til sagens materielle spørgsmål, men i stedet i vidt omfang består af generelle bemærkninger om klagers repræsentation. Selskabet anfører blandt andet, at klagers bemærkninger skulle savne juridisk og forsikringsretlig forståelse, og at det derfor vil være 'meningsløst' at kommentere indholdet, hvorfor der henvises til tidligere svar.

Det er en tilgang, som er vanskelig at se som hensigtsmæssig. Når fokus flyttes fra sagens indhold til bemærkninger om repræsentationen, bidrager det ikke til sagens oplysning, og de centrale spørgsmål bliver derfor ikke besvaret.

Det er derfor svært at forstå, at selskabet vælger denne tilgang frem for at forholde sig til de konkrete indsigelser og den dokumentation, der er fremlagt i sagen. De synspunkter, der er fremsat fra klagers side, bygger på sagens bilag og gældende ret, og det havde været nærliggende, at selskabet forholdt sig konkret til disse.

På den baggrund er det vanskeligt at se selskabets indlæg som andet end en manglende realitetsbehandling af sagen. Når man samtidig ser på den dokumentation, der faktisk foreligger, giver det anledning til undren, at selskabet ikke forholder sig til de helt centrale forhold.

Sagen er i vidt omfang belyst gennem bilag, som er vedlagt i portalen. Af bilag K fremgår det, at klager allerede i 2017 blev indlagt og diagnosticeret med akut myeloid leukæmi (AML), og at der blev iværksat et intensivt behandlingsforløb. Det er her, det hele begynder, og derfor er det også naturligt at tage udgangspunkt i dette tidspunkt, når sagen skal vurderes.

Af bilag L fremgår det videre, at sygdomsforløbet fortsatte i 2018 med tilbagefald og yderligere behandling, herunder kemoterapi og tæt kontrol. Der er således ikke tale om et afsluttet eller enkeltstående forløb, men et alvorligt og langvarigt sygdomsforløb med gentagne behandlingsforløb.

Af bilag M fremgår det herefter, at klager i 2019 gennemgik yderligere omfattende behandling, herunder strålebehandling mod CNS (hjernen). Det er netop denne del af behandlingen, som efterfølgende lægeligt er sat i forbindelse med de gener, klager i dag er ramt af.

Når disse bilag ses i sammenhæng, tegner der sig et klart billede: sygdommen opstår i forsikrings-tiden, behandlingen finder sted i forsikringstiden, og der er tale om et alvorligt og sammenhængende behandlingsforløb over flere år. Det er derfor også vanskeligt at forstå, at selskabet i sit seneste indlæg ikke forholder sig til disse forhold.

De nuværende gener opstod først senere, men det er samtidig lægeligt dokumenteret, at der er en sammenhæng til det tidligere sygdoms og behandlingsforløb. Der er således ikke tale om en ny og uafhængig sygdom, men om senfølger af den behandling, som klager modtog for AML, herunder kemoterapi, strålebehandling og det samlede behandlingsforløb. Dette er i øvrigt i overensstemmelse med almindelig lægefaglig viden.

Selskabet har ikke fremlagt nogen lægelig dokumentation, der understøtter, at der skulle være tale om en ny selvstændig forsikringsbegivenhed. Alligevel fastholder selskabet denne vurdering uden nærmere begrundelse og uden at forholde sig til den dokumentation, der er fremlagt i sagen.

På den baggrund gøres det gældende, at sagen er omfattet af forsikringsaftalelovens § 120. Bestemmelsen indebærer, at selskabet hæfter for skadelige følger, som først viser sig senere, når den dækkede sygdom er indtrådt i forsikringstiden. I nærværende sag er det ubestridt, at den dækkede sygdom (AML) opstod i forsikringstiden, jf. bilag K, og at behandlingen fandt sted i forsikringstiden, jf. bilag L og M. Når de nuværende gener er en følge af dette forløb, kan det ikke tilægges betydning, at symptomerne først er blevet tydelige på et senere tidspunkt.

Det giver anledning til undren, at selskabet i sit seneste indlæg ikke forholder sig til denne retlige problemstilling.

Selskabet henviser desuden til klagers bemærkninger om anmeldelsesfristen og anfører, at disse efter deres opfattelse er udtryk for manglende forståelse. Dette bestrides.

Efter sagens oplysninger forelå der på tidspunktet for forsikringens ophør i februar 2021 ikke en anmeldelsespligtig forsikringsbegivenhed, idet de nuværende alvorlige senfølger først udviklede sig senere. En anmeldelsesfrist kan ikke begynde at løbe, før der foreligger et krav, der faktisk kan anmeldes. Også her undlader selskabet at forholde sig konkret til argumentet og nøjes med en generel afvisning.

Endelig bemærkes det, at selskabets bemærkninger om klagers repræsentation er uden relevans for sagens materielle vurdering. Det afgørende er, om betingelserne for dækning er opfyldt og ikke hvem der har formuleret indlægget.

Samlet set må det konstateres, at selskabets indlæg af 2. marts 2026 ikke indeholder nogen reel stillingtagen til de centrale spørgsmål i sagen. Der er navnlig ikke taget stilling til den fremlagte lægelige dokumentation i bilag K, L og M, den dokumenterede årsagssammenhæng eller anvendelsen af forsikringsaftalelovens § 120.

Selskabets afgørelse fremstår på den baggrund utilstrækkeligt begrundet, og det fastholdes derfor, at klager er berettiget til dækning."

I breve af 11/5 2026 og af 13/5 2026 er parterne kommet med yderligere bemærkninger, der er forelagt for nævnet.

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Det fremgår bl.a. af klagerens mail til selskabet af 16/2 2021:

"Jeg har lige skiftet job og dermed firmapensionsordning. Jeg vil i imidlertid gerne have min opsparing stående hos jer på uændrede vilkår. Til gengæld vil jeg gerne at alle risiko/forsikrings-elementerne stopper per den ½-2021 (idet jeg er dækket i et andet selskab)."

Det fremgår bl.a. af selskabets brev til klageren af 15/6 2021:

"Din pensionsordning er ændret til en ordning uden indbetaling. Du kan se din nye pensionsoversigt og de tilhørende bilag i Netpension på velliv.dk/netpension. Vælg 'Arkiv' og derefter hvilken type dokument, du ønsker at se, i 'Dokumenttyper'. Her kan du også se, hvilken dato din pensionsordning blev ændret.

Ændringer

Ændringen betyder blandt andet, at de forsikringer, som du eventuelt måtte have haft, er ophørt, og at dine omkostninger har ændret sig. Du kan altid se, hvad du har betalt i omkostninger i din kontooversigt i Netpension."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne ved nedsat erhvervsevne nr. TA0010:

"§ 2. Anmeldelse og dokumentation af nedsat erhvervsevne

...

Vigtigt omkring anmeldelse, når dækningen ophører

Krav på udbetaling af invalidepension og/eller præmiefritagelse skal anmeldes inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet."

Nævnet udtaler:

Klagerens forsikringsdækninger ophørte ved udgangen af januar 2021, da klageren pr. 1/2 2021 havde fået ansættelse ved en ny arbejdsgiver. I sommeren 2023 anmodede klagerens bank om overførsel af størstedelen af klagerens opsparing, hvilket blev gennemført. Klageren ansøgte i september 2024 om udbetaling ved tab af erhvervsevne, da klageren havde været sygemeldt siden juli 2023. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at forsikringen var ophørt, at der gjaldt en anmeldelsesfrist på 6 måneder ved ophør, og at forsikringsaftalelovens § 120 ikke fandt anvendelse på grund af skadevirkningsprincip. I november 2025 genkøbte klageren af egen drift den resterende del af opsparingen.

Klageren ønsker, at nævnet pålægger selskabet at "anerkende dækning for tab af erhvervsevne og præmiefritagelse, idet den skade, der har medført den varige erhvervsevnenedsættelse, blev induceret under forsikringstiden i 2019".

Klageren har anført, at sagen skal vurderes efter forsikringsaftalelovens § 120, hvorefter selskabet hæfter for skader, der opstår i forsikringstiden, uanset at følgerne viser sig senere. Klageren har anført, at der på tidspunktet for forsikringens ophør i februar 2021 ikke forelå en anmeldel-

Ankenævnet for Forsikring

15.

105041

sespligtig forsikringsbegivenhed, idet de nuværende alvorlige senfølger først udviklede sig senere, og at en "anmeldelsesfrist kan ikke begynde at løbe, før der foreligger et krav, der faktisk kan anmeldes". Klageren har anført, at der er fremlagt omfattende lægelig dokumentation for sygdomsforløbet og sammenhængen mellem AML-forløbet, behandlingen i forsikringstiden og de nuværende senfølger. Klageren har anført, at selskabet ikke har fremlagt dokumentation for, at der er tale om en ny selvstændig forsikringsbegivenhed. Klageren har bestridt, at ethvert krav er bortfaldet som følge af den almindelige 3-årige forældelsesfrist.

Selskabet har anført, at "allerede med forsikringsbetingelsernes anmeldelsesfrist på 6 måneder ved ophør af forsikringen (forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6), i kombination med at forsikringen alene dækker kvalificerende nedsættelser af erhvervsevnen i forsikringstiden, er det åbenlyst, at forsikringen ikke yder dækning ved senfølger, uanset hvornår disse er 'induceret'". Selskabet har anført, at forsikringsaftalelovens § 120 ikke er gældende for forsikringen, idet bestemmelsen tydeligt er baseret på et skadesårsagsprincip. Selskabet har videre anført, at ethvert krav som måtte udspringe af klagerens tidligere forsikring ved nedsat erhvervsevne uden tvivl er fortabt med henvisning til den almindelige 3-årige forældelse i forældelsesloven, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1.

Det fremgår af klagerens mail til selskabet af 16/2 2021, at "Jeg har lige skiftet job og dermed firmapensionsordning. Jeg vil i imidlertid gerne have min opsparing stående hos jer på uændrede vilkår. Til gengæld vil jeg gerne at alle risiko/forsikrings-elementerne stopper per den 1/2-2021 (idet jeg er dækket i et andet selskab)".

Det fremgår af selskabets brev til klageren af 15/6 2021, at klagerens "pensionsordning er ændret til en ordning uden indbetaling. ... Ændringen betyder blandt andet, at de forsikringer, som du eventuelt måtte have haft, er ophørt, og at dine omkostninger har ændret sig".

Ankenævnet for Forsikring

16.

105041

Det fremgår af § 2 i forsikringsbetingelserne ved nedsat erhvervsevne nr. TA0010, at "krav på udbetaling af invalidepension og/eller præmiefritagelse skal anmeldes inden 6 måneder efter forsikringsdækningens ophør. Anmeldes kravet ikke inden fristens udløb, bortfalder kravet".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist klagerens eventuelle krav med henvisning til 6-måneders fristen, som fremgår af forsikringsbetingelsernes § 2.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klagerens forsikring ophørte pr. 1/2 2021, og at klageren først kontaktede selskabet angående erhvervsevnetab i 2024.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren den 16/2 2021 skrev til selskabet, at han gerne ville have, at "alle risiko/forsikringsselementerne stopper per den ½-2021 (idet jeg er dækket i et andet selskab)".

Nævnet bemærker, at forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6, giver selskabet hjemmel til en anmeldelsesfrist som den foreliggende ved forsikringens udløb. Af § 29, stk. 6, fremgår det, at "det kan dog aftales, at en forsikring alene dækker skader anmeldt inden for en nærmere angivet frist efter forsikringens ophør. Fristen må ikke være kortere end 6 måneder".

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.

Ankenævnet *for* Forsikring

17.

105041

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Hans-Jørgen Nymark Beck', written in a cursive style.

Hans-Jørgen Nymark Beck