

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 26. august 2026 blev i sag nr. 105142:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab
Bernstorffsgade 40
1577 København V

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved tab af erhvervsevne. I klageskema af 15/1 2026 har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Sagen vedrører Danica Pensions afslag på oprettelse af forsikring ved tab af erhvervsevne samt indbetalingsfritagelse.

I 2022 meddelte Danica Pension afslag på de nævnte forsikringsdækninger. Afslaget blev meddelt forud for Videncenter for Helbred & Forsikrings (HEFO) skriftlige redegørelse af 31. oktober 2022 og var baseret på en forsikringsmedicinsk vurdering foretaget af HEFO.

Af de foreliggende vurderinger fremgår det, at jeg er velbehandlet, og at mine symptomer ikke har påvirket min funktionsevne eller erhvervsevne. Afslaget blev imidlertid begrundet i generelle betragtninger om diagnosen og et behov for observation, uden at der blev peget på konkrete, individuelle risikoforhold ved mig.

I november 2025 blev sagen genvurderet på baggrund af opdaterede helbredsoplysninger. HEFO fastholdt sin vurdering, og afslaget blev opretholdt. Genvurderingen ændrede ikke ved, at der fortsat ikke blev identificeret individuelle forhold, der forklarede afslaget ud over generelle antagelser knyttet til diagnosen.

Jeg gør gældende, at Danica Pensions afslag ikke opfylder kravet om individuel vurdering og proportionalitet, idet afgørelsen hviler på generelle diagnosebaserede betragtninger frem for en konkret vurdering af mine personlige forhold.

Danica Pension har desuden ikke svaret på min klage på trods af opfølgninger.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg mener, at Danica Pensions afslag på forsikring ved tab af erhvervsevne og indbetalingsfritagelse ikke er truffet på baggrund af en konkret og individuel vurdering af mine personlige forhold, men reelt bygger på generelle antagelser knyttet til diagnosen ...

Jeg mener videre, at Danica - ved ukritisk at følge Videncenter for Helbred & Forsikrings vejledning - har anvendt en praksis, hvor personer med [diagnose] i praksis afvises fra disse forsikringsdækninger uanset dokumenteret funktionsevne, erhvervsevne og individuelle forhold. Det er også det, der er sket i mit tilfælde, hvor det udtrykkeligt anerkendes, at jeg er velbehandlet og fungerer normalt, uden at dette har haft betydning for afgørelsen.

Jeg mener desuden, at Danica ikke har forklaret, hvorfor et fuldt afslag med en flerårig observationsperiode er nødvendigt i mit tilfælde, eller hvorfor mindre indgribende løsninger som forbehold, præmietillæg eller tidsbegrænset dækning ikke er blevet overvejet.

Endelig mener jeg, at begrundelsen for afslaget er utilstrækkelig, idet der ikke er peget på konkrete, individuelle forhold ved mig, som kan forklare afslaget ud over generelle betragtninger om diagnosen.

På den baggrund beder jeg om, at Danica Pensions afslag tilsidesættes, og at sagen behandles på ny på grundlag af en reel, individuel og proportional vurdering af mine personlige forhold."

Selskabet har den 10/2 2026 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Danica skal hermed anmode om at klagen afvises fra behandling i overensstemmelse med § 4, stk. 3, nr. 2, i Nævnets vedtægter. Det følger heraf, at Nævnet kan afvise at behandle en klage, hvis klagen ikke angår et konkret økonomisk mellemværende eller i øvrigt er useriøs eller unødigt.

Det er efter Danicas opfattelse tilfældet, af følgende årsager:

Klager retter sig reelt mod et afslag på at tegne forsikring mod dækning mod tab af erhvervsevne og præmiefritagelse, der er meddelt klager i juni 2022. Dokumentation vedlægges som bilag A.

Da der er forløbet mere end 3 år fra det meddelte afslag vil ethvert eventuelt krav hidrørende fra det meddelte afslag være bortfaldet allerede som følge af de almindelige forældelsesregler.

Klager har endvidere slet ikke en pensionsordning hos Danica og har ikke haft det siden han i 2022 genkøbte sin daværende ordning. Dokumentation vedrørende klagers genkøb af sin ordning vedlægges som bilag B. Klagers tidligere pensionsordning hos Danica er således ophævet og udbetalt 27. december 2022.

I forbindelse med genkøbet blev der indgået aftale om at klager skulle være undtaget fra at være omfattet af den firmapensionsaftale, som gav klager adgang til pensionsordning hos Danica. Dokumentation er vedlagt som bilag C. Det er uklart for Danica, hvorvidt klagers fornyede interesse skyldes, at han ønsker at blive omfattet af firmapensionsaftalen igen. Hvis det er tilfældet, så skal det ske i overensstemmelse med retningslinjerne beskrevet i bilag C.

Ankenævnet for Forsikring

3.

105142

Danica kan i øvrigt ikke genkende klagers påstand om der i november 2025 skulle være foretaget en revurdering af klagers forhold, herunder ses Danica ikke at have modtaget opdaterede helbredsoplysninger."

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

"Jeg kan ikke tiltræde Danica Pensions påstand om, at klagen skal afvises.

Klagen angår Danica Pensions afslag i 2022 på oprettelse af forsikring ved tab af erhvervsevne og indbetalingsfritagelse. Afslaget havde konkret økonomisk betydning for mig, idet jeg blev afskåret fra at opnå de pågældende forsikringsdækninger og dermed fra den økonomiske sikkerhed, som ordningen skulle give. Sagen vedrører således et konkret økonomisk mellemværende mellem parterne.

Det forhold, at pensionsordningen senere blev genkøbt, ændrer ikke ved, at afslaget allerede var meddelt og havde retsvirkning.

Jeg bemærker endvidere, at jeg i 2022 rettede gentagne henvendelser til Danica vedrørende afgørelsen uden at modtage realitetsbehandling eller fyldestgørende besvarelse - og i sidste tilfælde, intet svar overhovedet. Det kan derfor ikke lægges mig til last, at sagen først nu indbringes for Ankenævnet.

Det bemærkes også, at Danica i november/december 2025 realitetsbehandlede min henvendelse om genoptagelse og sendte sagen videre til helbredsbehandling. Sagen blev således af Danica selv anset for behandlingsværdig på dette tidspunkt.

Endelig bemærkes, at Danica ikke indgav svar inden den fastsatte svarfrist den 16. februar 2026, men først den 3. marts 2026 fremsatte anmodning om afvisning. Jeg overlader det til Nævnet at tage stilling til betydningen heraf.

Jeg fastholder derfor, at sagen er egnet til behandling i Ankenævnet."

Selskabet har i brev af 11/3 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Klagers udokumenterede påstand om at der skulle være sket en realitetsbehandling af hans henvendelse om forsikringsdækning i efteråret 2025 er ikke rigtig. Han har henvendt sig og det er så konstateret, at forsikringsaftalen var ophævet, hvorfor Danica ikke foretog sig yderligere i anledning af henvendelsen, hvilket blev meddelt klager.

Klager bekræfter da også, at klagen angår afslag på forsikringsdækning meddelt klager i juni 2022, dvs. for mere end 3 år siden - dette fremgår også af webskemaet, hvormed klager har indgivet sin klage.

Klager fremsætter udokumenterede påstande om henvendelser, klager skulle have foretaget i 2022, som Danica ikke skulle have besvaret - det bestrides.

Danica kan således ikke se, at der skulle være henvendelser i 2022 fra klager, som er ubesvarede. Herunder fremgår ikke nogen henvendelser fra klager af 3. oktober 2022, som er ubesvarede, jf. klagers påstand herom i webskemaet.

Det er derfor også efter Danicas opfattelse forkert, når klager i sin udfyldelse af webskemaet har angivet at selskabet ikke har besvaret en klage. Denne forudsætning for at indgive klage til Nævnet er derfor (heller) ikke opfyldt.

Som det fremgår, er det ikke kun afslaget, eller i øvrigt de udokumenterede påståede ubesvarede henvendelser, der ligger mere end 3 år tilbage i tid - også selve aftaleforholdet mellem Danica og klager er ophørt for mere end 3 år siden (i december 2022).

Baseret på de tilgængelige data om sagens indbringelse for Nævnet må Danica således lægge til grund at dette er sket i januar 2026. Der er dermed ikke sket rettidig afbrydelse af forældelsesfristen, da sag for Nævnet i givet fald allersenenest skulle være indbragt 27. december 2025. Eftersom den af klager i 2022 initierede ophævelse af sit aftaleforhold med Danica blev endeligt eksekveret 27. december 2022.

Ethvert muligt krav er på den baggrund i alle tilfælde bortfaldet som forældet, hvorved der også allerede af den årsag ikke er økonomisk mellemværende at tage stilling til.

I medfør af ovenstående fastholdes det at sagen bør afvises fra behandling. Danica imødeser stillingen til om sagen afvises eller om Nævnet mener at den skal realitetsbehandles. I fald sidstnævnte bliver tilfældet bedes klager fremsende dokumentation for den klagehenvendelse af 3. oktober 2022, som Danica påstår ikke at skulle have besvaret.

I en afsluttende sidebemærkning kan det til klagers orientering oplyses, at Finanstilsynet har udtalt (i Finanstilsynets undersøgelse '2021/2022 Adgang til livs og skadesforsikringer for personer med handicap') at det er overensstemmende med god skik, at der ved et forsikringsselskabs afdekning af de forsikringsmæssige muligheder for en forsikringssøgende tages udgangspunkt i retningslinjerne fra Videncenteret for Helbred & Forsikring."

Klageren har i brev af 17/3 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg kan ikke tiltræde, at sagen er forældet.

Det er korrekt, at mit kundeforhold til Danica blev ophævet. Dette skete imidlertid **efter**, at afslaget var meddelt og bestridt fra min side.

Ophøret af kundeforholdet ændrer ikke ved, at der forud herfor bestod en verserende uenighed om afslaget, og at jeg søgte yderligere behandling af sagen.

Jeg rettede efter afslaget henvendelse til Danica med henblik på yderligere behandling, herunder anmodning om at få sagen drøftet på et højere niveau. Denne henvendelse blev ikke besvaret.

Danica gør samtidig gældende, at der ikke foreligger ubesvarede henvendelser. Dette harmonerer ikke med den dokumenterede korrespondance, hvor jeg netop anmoder om yderligere behandling uden at modtage svar.

Hvis sagen ikke blev færdigbehandlet fra Danicas side, kan den efter min opfattelse ikke anses for afsluttet på en måde, der kan danne grundlag for forældelse.

Jeg var således ikke passiv i forhold til afgørelsen, men søgte aktivt en yderligere afklaring, som ikke blev imødekommet.

Det bemærkes i øvrigt til Danica, at Finanstilsynet forudsætter for god skik, at HEFOs forsikringsmedicinske vurderinger er individuelle for den enkelte forsikringssøgende. Dette er netop det forhold, sagen angår."

Selskabet har i breve af 7/4 2026 og 15/4 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Klagers indlæg bekræfter oplysningerne om sagsforløbet, jf. Ankenævnets skrivelse af 17. marts 2026 til klager.

Danica bestrider, at der er relevante forhold, som klager ikke har fået svar på. Til dokumentation for Danicas klagebehandling af klagers henvendelser i 2022 fremlægges som bilag D og E breve af hhv. 11. og 27. oktober 2022. Klager er i begge breve vejledt om muligheden for at klage til Ankenævnet.

Det er dog i alle tilfælde ganske irrelevant, hvorvidt der måtte være forhold, som klager oplever som ubesvaret.

Det følger således af forældelseslovens § 16, at afbrydelse af forældelse kræver, at der tages retslige skridt, eksempelvis med henblik på at erhverve såkaldt 'anden bindende afgørelse', hvortil en nævnskendelse hører. Da klager først indleder sagen for Ankenævnet i januar 2026 mere end tre år efter aftaleforholdets ophør (og dermed endnu længere siden den afgørelse som klager nu bestrider) er ethvert potentielt krav hidrørende fra forløbet i 2022 forældet. Allerede af den årsag er der ikke noget økonomisk mellemværende at tage stilling til.

Sagen skal afvises fra behandling.

...

I nærværende sag er der hidtil afgivet bemærkninger via beskedfeltet på Ankenævnets hjemmeside, da det grundlæggende er Danicas opfattelse, at sagen bør afvises fra behandling i Ankenævnet. Nedenfor søges de afgivne bemærkninger opsummeret:

Danica gør principalt gældende, at klagen er indbragt for sent, hvormed ethvert potentielt krav er forældet. Dermed har klagen ingen økonomisk værdi.

Klagen er således indbragt for Ankenævnet 15. januar 2026.

Klager og Danica har imidlertid ikke haft et aftaleforhold siden ultimo december 2022, og den afgørelse som klagen vedrører, er fra juni 2022.

Der er således gået mere end 3 år siden, at Danica og klager havde et aftaleforhold og siden den påklagede afgørelse blev truffet.

Som følge heraf vil ethvert potentielt krav hidrørende fra en afgørelse truffet i 2022 allerede af den årsag være bortfaldet som forældet.

Krav i henhold til det forløbne skulle således være rejst inden for 3 år, jf. forældelseslovens § 3, stk. 1, og forældelsen er ikke afbrudt rettidigt da klage først er indbragt til Ankenævnet efter 3 år, jf. forældelseslovens § 16.

Klager har bekræftet sagens tidsmæssige forløb.

En eventuel nærmere behandling af klagen vil derfor alene have akademisk interesse.

Det bemærkes, at efter Vedtægterne for Ankenævnet kan klager afvises, hvis klagen ikke angår et konkret økonomisk mellemværende.

Ønsker Ankenævnet ikke at afvise sagen fra behandling under henvisning til det manglende økonomiske mellemværende, er det Danicas vurdering at der i stedet kan træffes materiel afgørelse i sagen allerede baseret på forældelsen.

Subsidiært bestrider Danica klagers påstande som uberettigede og udokumenterede. Der er fra Danicas side foretaget saglig og fuld tilstrækkelig, herunder individualiseret, vurdering af klagers helbred i forhold til mulighed for at opnå forsikringsdækning.

Der kan i øvrigt i det hele henvises til det via beskedfeltet allerede anførte samt de i den forbindelse fremlagte bilag A-E."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Det fremgår af selskabets brev til klageren den 24/6 2022:

"Din pensionsordning gennem [arbejdsgiver]

Vi har modtaget svar fra Videncenter for Helbred & Forsikring.

Din pensionsordning har tidligere været oprettet med helbredsforbehold. Det betyder, at forsikringerne har været betinget af, at du på oprettelsestidspunktet den 1. februar 2022 kunne give tilfredsstillende oplysninger om dit helbred.

De nye oplysninger svarer ikke til de tidligere

De nye oplysninger svarer desværre ikke til de oplysninger om dit helbred, som du gav os, da du blev optaget i pensionsordningen pr. 1. februar 2022.

Du har på din helbredserklæring fra den 14. februar 2022 har svaret rent på alle spørgsmål inkl. 'nej' til spørgsmålet om du inden for det sidste år har konsulteret, været undersøgt eller behandlet hos læge, speciallæge, på sygehus/hospital/privatklinik, hos psykolog, psykiater, psykoterapeut, kiropraktor, fysioterapeut eller hos andre behandlere, herunder alternativ behandler, er dit helbredsforbehold fjernet på policen.

Vi kan se, at du har konsulteret din egen læge og speciallæge november 2021.

Vi er kun forpligtet i det omfang og på de vilkår, vi ville have oprettet forsikringen, hvis vi havde haft de rigtige oplysninger om dit helbred. Det står i § 6 i forsikringsaftaleloven.

...

Vi kan desværre ikke tilbyde dig at oprette dækning ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling (præmiefritagelse) pr. 1. februar 2022 og din ønskede forhøjelse af din dækning ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling (præmiefritagelse) pr. 1. marts 2022.

Det betyder at der bliver sat mere ind på din pensionsopsparring.

Følgende helbredsforhold ligger til grund for helbreds vurderingen

Videncenter for Helbred & Forsikring har foretaget en forsikringsmedicinsk vurdering af dine helbredsoplysninger.

I de lægeoplysninger og oplysninger fra dig vi har modtaget står der, at du netop har fået konstateret [diagnose]. Det har betydning for din vurdering. [Diagnosen] kan have betydning for ..., hvilket i nogle tilfælde kan påvirke funktionsevnen i dagligdag og i job.

Ny vurdering

Observationstiden er en afgørende faktor for at se, hvordan det går dig. Vi vil derfor gerne se på din sag igen om 5 år, hvor der kan være mulighed for en bedre vurdering. Vurderingen af dine helbredsoplysninger, vil ske efter de på tidspunktet gældende retningslinjer, som er udarbejdet af Videncenter for Helbred og Forsikring. Du er velkommen til at kontakte os til den tid.

Måske kan dine tidligere forsikringer overføres til Danica Pension

Hvis du har beholdt dine dækninger i dit tidligere pensionselskab, kan der være en mulighed for at få disse overført til Danica.

Har du inden for de seneste 36 måneder haft en pensionsordning med en tidligere arbejdsgiver, kan der være mulighed for, at vi kan genbruge dine helbredsoplysninger og de vilkår, som dine dækninger er oprettet på (antagelsesvilkår) i det tidligere pensionselskab, på din pensionsordning her i Danica Pension.

Det kan ske ved brug af jobskifteaftalen, som er en aftale indgået mellem de kommercielle pensionselskaber i pensionsbranchen. For at kunne genbruge dine helbredsoplysninger og antagelsesvilkår skal nedenstående forudsætninger dog være opfyldte.

- Forsikringsdækningerne skal være opretholdt. Det betyder, at du fortsat har betalt til forsikringsdækningerne selvom ansættelsesforholdet er ophørt.
- Risikodækningerne (for eksempel dækning ved tab af erhvervsevne og dækning ved død) i
- Danica Pension skal have tilsvarende dækninger i ovennævnte selskab
- Tidligere afgivne helbredsoplysninger i tidligere selskab skal være antaget på tilfredsstillende vilkår
- Kravet til afgivelse af helbredsoplysninger i Danica Pension skal svare til de tidligere afgivne helbredsoplysninger i tidligere selskab
- Du skal have underskrevet en erklæring om, at du ønsker hele værdien af din pensionsordning i tidligere selskab overført til Danica Pension

Har du mulighed for at bruge jobskifteaftalen, skal du kontakte din pensionsrådgiver eller Danica Pension på telefon 70 11 25 25.

Du får snart en ny dækningsoversigt, så du kan se, hvad din pensionsordning indeholder.

Klagemulighed

Hvis du er uenig i vores afgørelse, beder vi dig kontakte os og oplyse de konkrete forhold, der giver anledning til, at du mener, at vores afgørelse skulle være anderledes."

Det fremgår af selskabets brev til klageren den 11/10 2022:

"Du har fremsendt en række spørgsmål ved e-mail af 26. september ...

...

Vi behandler vores kunder ens og vi har ikke særlige retningslinjer for behandling af personer med handicap (og ingen tidligere psykiske sygdomme). Vi vurderer i øvrigt ikke, om vores kunder har et handicap.

Vi forholder os helt generelt til, og har også i dit tilfælde forholdt os til, hvorvidt der er forsikringsmæssige risici ved forsikringssøgendes helbred, som skal tages i betragtning for mulighederne for dækning. Vi har i den forbindelse foretaget en individuel vurdering af dine forhold.

I praksis sker vores vurdering af de forsikringsmæssige risici på baggrund af retningslinjer fra Videntcenter for Helbred & Forsikring.

I nogle tilfælde kan vi vælge at forelægge sager til vurdering hos Videntcenterets læger. Det har været tilfældet i din sag, som du også kan se af de udleverede breve fra Videntcenteret.

Retningslinjerne indeholder en risikokategorisering af forskellige sygdomme og symptomer, herunder graderet efter alvor/graden af påvirkning.

Risikokategoriseringen i retningslinjerne baserer sig på statistik og opdateres løbende baseret på den nyeste lægelige empiri om, hvordan helbredspåvirkningen er for en given sygdom m.v. Videntcenteret og dets opgaver er i øvrigt beskrevet nærmere i tidligere breve til dig.

Hvordan en given sygdom påvirker en person vil i praksis variere, men retningslinjerne giver grundlag for at vurdere den typiske udvikling, baseret på statistik og lægelig empiri. Vi kan ikke lægge andet end dette til grund for vores risikovurdering, da det ikke er muligt at forudse, hvordan den fremtidige udviklingen konkret vil være for den enkelte - det ville være gætværk.

Det at man er diagnosticeret med [diagnose] er ikke ensbetydende med at man ikke kan opnå forsikringsdækning. Det kan man godt. Diagnosen i sig selv er med andre ord ikke udslagsgivende.

Du har haft symptomer i efteråret 2021, som gjorde at du kontaktede din læge (og på baggrund af hvilke symptomer du efterfølgende er kommet i medicinsk behandling for [diagnose]).

Det fremgår eksempelvis også af din helbredserklæring fra 27. april 2022, at du inden for de seneste 12 måneder på ugentlig basis havde oplevet koncentrations- eller hukommelsesproblemer, energiløshed eller udtalt træthed.

Ankenævnet for Forsikring

9.

105142

Som vi har skrevet tidligere, og som det også fremgår af vurderingen i det udleverede brev af 8. september 2022 fra Videntcenteret, kan symptomerne i nogle tilfælde påvirke funktionsevnen med tiden.

At der skal gå noget tid før der kan foretages en revurdering af dine forsikringsmæssige muligheder skyldes således, at vi skal kunne se, hvordan det går dig i en vis tid efter symptomernes forekomst og på den baggrund vurdere de forsikringsmæssige risici.

Det er korrekt, at man i nogle sammenhænge kan håndtere forhøjede forsikringsmæssige risici med en klausul eller med en højere præmie. I andre sammenhænge er det dog ikke muligt, og i de tilfælde meddeler vi afslag. I dit tilfælde er der som følge af dine helbredsforhold for nuværende givet afslag til tegning af dækning ved tab af erhvervsevne og præmiefritagelse. Det er ikke muligt at 'betale sig' fra en vurdering, hvor der er givet afslag.

Såfremt du fortsat er uenig i vores afgørelse kan du indbringe sagen for Ankenævnet for Forsikring."

Det fremgår af selskabets brev til klageren den 27/10 2022:

"Jeg har ... modtaget din mail af 12. oktober, i forlængelse af mit brev af 11. oktober.

Det fremgår, at du ikke mener, at vi har svaret på dine spørgsmål.

Jeg beklager, at det er din oplevelse, men jeg mener bestemt, at vi besvaret dine spørgsmål. Jeg skal derfor i det hele henvise til vores tidligere svar.

Du anfører også, at du mener, at det meddelte afslag ikke er baseret på et 'redeligt grundlag'. Det er vi selvsagt ikke enige med dig i.

Som beskrevet er der på baggrund af retningslinjer fra Videntcenter for Helbred & Forsikring foretaget en konkret vurdering af dine muligheder, baseret på nylige symptomer, der foranledigede dig til at søge læge, og gav anledning til at du blev diagnosticeret med ...

Jeg kan i øvrigt atter fremhæve at din sag to gange har været forelagt til forsikringsmedicinsk vurdering hos Videntcenter for Helbred & Forsikring. Som du kan se af de udleverede dokumenter fra Videntcenteret medførte vurderingen, at der skulle meddeles afslag for invaliditet (i praksis erhvervsevnetabsforsikring).

Som nævnt i mit brev af 11. oktober har du mulighed for at klage til Ankenævnet for Forsikring, hvis du er utilfreds med vores vurdering af dine forsikringsmæssige muligheder."

Det fremgår af afkaldserklæring af 3/11 2022:

"Afkaldserklæring

Undertegnede [klageren] ...

der er ansat [hos arbejdsgiver], erklærer herved,

- at jeg ikke ønsker at blive indmeldt i den obligatoriske firmapensionsaftale for medarbejdere, der er indgået mellem [arbejdsgiver] og Danica Pension.
- at jeg er klar over, at det indebærer, at der i tilfælde af min død eller invaliditet ikke kan rejses noget krav over for Danica Pension, og at min arbejdsgiver ikke har nogen forpligtelse over for hverken mig eller mine eventuelle efterladte, i henhold til den indgåede firmapensionsaftale om pensionsordning.
- at jeg er opmærksom på, at såfremt jeg senere ønsker indmeldelse i firmapensionsaftalen, er dette betinget af, at jeg kan afgive tilfredsstillende helbredsoplysninger efter de i Danica Pension til enhver tid gældende regler for afgivelse af helbredsoplysninger. Jeg vil være underlagt de på det tidspunkt gældende regler for ændring af en pensionsordning, og således ikke regler ved indmeldelse.
- at ved senere indmeldelse i firmapensionsaftalen indgået mellem [arbejdsgiver] og Danica Pension, vil min pensionsordning følge firmapensionsaftalens generelle regler fra tidspunktet, hvor min pensionsordning er antaget."

Det fremgår af bekræftelse på klagerens genkøb den 19/12 2022:

"Vi har modtaget din underskrift på, at du ønsker at få din pensionsordning med forsikringsnummer ... udbetalt.

Din pensionsordning er investeret og vi har derfor sat værdipapirerne i dit Danica Balance-depot til salg.

Vi udbetaler værdien til din konto, når handlerne er gennemført, og derfor skal du ikke foretage dig yderligere. Det tager typisk 10 arbejdsdage."

Nævnet udtaler:

Klageren blev den 1/2 2022 omfattet af en firmapensionsordning. Den 24/6 2022 meddelte selskabet afslag på at tegne forsikring ved tab af erhvervsevne under henvisning til, at klageren lider af en udviklingsforstyrrelse. Den 27/10 2022 fastholdt selskabet sin afgørelse. Klageren ønsker, at selskabets afslag tilsidesættes, og "at sagen behandles på ny på grundlag af en reel, individuel og proportional vurdering af mine personlige forhold".

Klageren har anført, at han ved selskabets afslag blev afskåret fra økonomisk sikkerhed. Afslaget blev meddelt forud for Videntcenter for Helbred & Forsikrings skriftlige redegørelse af 31/10 2022 og var baseret på en forsikringsmedicinsk vurdering. Det forhold, at pensionsordningen senere blev genkøbt, ændrer ikke ved, at afslaget allerede var meddelt og havde retsvirkning. Klageren har anført, at det fremgår af de foreliggende vurderinger, at hans lidelse var velbe-

handlet, og at symptomerne ikke påvirkede hans funktionsevne eller erhvervsevne. Klageren har anført, at selskabets afslag ikke opfylder kravet om en individuel vurdering og proportionalitet, da afgørelsen hviler på generelle diganosebaserede betragtninger frem for en konkret vurdering af hans personlige forhold. Klageren har anført, at der ved genvurdering i november 2025 fortsat ikke blev identificeret individuelle forhold, der forklarede afslaget, ud over generelle antagelser knyttet til diagnosen. Klageren har anført, at selskabet ikke har forklaret, hvorfor mindre indgribende løsninger som forbehold, præmietillæg eller tidsbegrænset dækning ikke er blevet overvejet. Klageren har anført, at han i 2022 gentagende gange rettede henvendelse til selskabet vedrørende afgørelsen "uden at modtage realitetsbehandling eller fyldestgørende besvarelse – og i sidste tilfælde, intet svar overhovedet", hvorfor det ikke kan lægges ham til last, at sagen først indbringes for ankenævnet nu. Selskabet svarede ikke på hans klage på trods af opfølgninger. Klageren har anført, at sagen ikke er forældet, når sagen ikke er færdigbehandlet hos selskabet. Det er korrekt, at kundeforholdet blev ophævet. Dette skete imidlertid efter, at afslaget var meddelt og bestridt fra klagerens side. Ophøret af kundeforholdet ændrer ikke ved, at der forud herfor bestod en verserende uenighed om afslaget, og at klageren søgte yderligere behandling af sagen.

Selskabet har anført, at klagen er indbragt for sent, hvorfor ethvert potentielt krav er forældet, og hvorfor klagen ikke har nogen økonomisk værdi. Selskabet har anført, at der ikke eksisterer noget aftaleforhold mellem klageren og selskabet, idet klagerens pensionsordning hos selskabet blev ophævet og udbetalt den 27/12 2022. Afgørelsen, som sagen vedrører, er fra juni 2022, og der er gået mere end 3 år fra dette afslag blev meddelt. Selskabet har anført, at klageren ikke har en pensionsordning hos selskabet, og ikke har haft det siden han i 2022 genkøbte sin daværende ordning hos selskabet, og at der i forbindelse med genkøbet blev indgået aftale om, at klageren var undtaget fra at være omfattet af den firmapensionsaftale, som gav klageren adgang til pensionsordning hos selskabet. Selskabet har anført, at selskabet ikke realitetsbehandlede klagerens henvendelse i 2025, men at selskabet meddelte klageren, at selskabet ikke foretog sig yderligere, idet det blev konstateret, at forsikringsaftalen var ophævet. Selskabet

har anført, at der ikke foreligger nogen henvendelser i 2022 fra klageren, som er ubesvarede. Selskabet har anført, at klagerens påstande er udokumenterede.

Det fremgår af selskabets brev til klageren den 24/6 2022, at "din pensionsordning har tidligere været oprettet med helbredsforbehold. Det betyder, at forsikringerne har været betinget af, at du på oprettelsestidspunktet den 1. februar 2022 kunne give tilfredsstillende oplysninger om dit helbred ... De nye oplysninger svarer desværre ikke til de oplysninger om dit helbred, som du gav os, da du blev optaget i pensionsordningen pr. 1. februar 2022 ... Vi kan desværre ikke tilbyde dig at oprette dækning ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling (præmiefritagelse) pr. 1. februar 2022 og din ønskede forhøjelse af din dækning ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling (præmiefritagelse) pr. 1. marts 2022 ... Videncenter for Helbred & Forsikring har foretaget en forsikringsmedicinsk vurdering af dine helbredsoplysninger. I de lægeoplysninger og oplysninger fra dig vi har modtaget står der, at du netop har fået konstateret [diagnose]. Det har betydning for din vurdering".

Det fremgår af selskabets brev til klageren den 27/10 2022, at der er "på baggrund af retningslinjer fra Videncenter for Helbred & Forsikring foretaget en konkret vurdering af dine muligheder, baseret på nylige symptomer, der foranledigede dig til at søge læge, og gav anledning til at du blev diagnosticeret med [udviklingsforstyrrelse]. Jeg kan i øvrigt atter fremhæve at din sag to gange har været forelagt til forsikringsmedicinsk vurdering hos Videncenter for Helbred & Forsikring. Som du kan se af de udleverede dokumenter fra Videncenteret medførte vurderingen, at der skulle meddeles afslag for invaliditet (i praksis erhvervsevnetabsforsikring). Som nævnt i mit brev af 11. oktober har du mulighed for at klage til Ankenævnet for Forsikring, hvis du er utilfreds med vores vurdering af dine forsikringsmæssige muligheder".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klagerens eventuelle krav på tegning af de omtvistede dækninger i 2022 og spørgsmålet om, hvorvidt aftalen af 3/11 2022 kan tilsidesættes, er bortfaldet ved klagerens passivitet forud for sagens indbringelse for nævnet.

Ankenævnet for Forsikring

13.

105142

På den baggrund finder nævnet henset til forløbet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har fastholdt, at dets afvisning af at tegne erhvervsevnetabsforsikring og præmiefritagelsesdækning for klageren i forbindelse med hans optagelse i pensionsordningen i 2022 var berettiget, og at selskabet med henvisning til aftalen af 3/11 2022 om at genkøbe forsikringen og blive undtaget fra firmapensionsordningen har fastholdt, at klageren ikke længere har aktive forsikringer hos selskabet.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det må lægges til grund, at klageren tidligst i efteråret 2025 gjorde indsigelse over for selskabets afgørelse om, at han ikke kunne tegne erhvervsevnetabsforsikring og præmiefritagelsesdækning og gyldigheden af aftalen af 3/11 2022.

Nævnet bemærker, at der ikke er fremlagt oplysninger i sagen, der understøtter, at selskabet i november 2025 foretog en genvurdering på baggrund af opdaterede helbredsoplysninger.

Nævnet har ikke taget stilling til, om klageren må anses at have et handicap, og i så fald om selskabets afslag på at tegne erhvervsevnetabsforsikring og præmiefritagelsesdækning udgjorde ulovlig forskelsbehandling på grund af handicap. Nævnet bemærker, at Ligebehandlingsnævnet har kompetence til at afgøre disse spørgsmål.

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

14.

105142

Henrik Twilhøj