

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 17. juni 2026 blev i sag nr. 105293:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Alka Forsikring
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 3/2 2026 har klageren bl.a. anført:

"Jeg klager over Alka Forsikrings afgørelse om afslag på erstatning vedrørende min private ulykkesforsikring, skadenummer ..., hvor selskabet fastholder, at mine lænde- og bensmerter ikke er sandsynliggjort som følge af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.

Den 10.04.2024 var jeg udsat for et ulykkestilfælde, hvor jeg faldt og pådrog mig stærke smerter i lænden. Umiddelbart efter ulykken havde jeg betydelige smerter, men uden kendskab til, at der kunne være tale om en diskusprolaps.

Kort efter ulykken søgte jeg behandling hos kiropraktor og akupunktør for mine lændesmerter. Dette var en naturlig og almindelig reaktion på rygsmerter.

Senere udviklede smerterne sig og begyndte at stråle ned i benet.

På dette tidspunkt opsøgte jeg min egen læge, som vurderede, at symptomerne var forenelige med en diskusprolaps, hvilket senere blev bekræftet ved scanning.

Alka afslår nu erstatning med henvisning til, at der ikke foreligger "primære journaler" fra tiden umiddelbart efter ulykken, og at sammenhængen mellem ulykken og mine nuværende gener derfor ikke er sandsynliggjort.

Dette forekommer selvmodsigende, idet Alka oprindeligt har anerkendt skaden og på den baggrund dækket kiropraktorbehandlingerne.

Dermed har selskabet allerede accepteret, at der forelå en behandlingskrævende skade som følge af ulykken.

At Alka efterfølgende ændrer vurdering og stiller skærpede dokumentationskrav, som reelt ikke kan opfyldes, selvom behandling faktisk er søgt og iværksat, forekommer urimeligt og i strid med almindelig forsikringsretlig praksis.

Jeg er derfor uenig i Alkas vurdering, idet:
Skaden oprindeligt er anerkendt af selskabet

Behandlinger er dækket på baggrund af ulykken

Journalføring har fundet sted hos 2. kiropraktor efter henvisning fra lægen

Senere symptomudvikling er lægeligt velkendt ved diskusprolaps.

Det er væsentligt for mig at fremhæve, at Alka oprindeligt anerkendte skaden som en følge af det anmeldte ulykkestilfælde og på den baggrund dækkede mine behandlinger hos kiropraktor. Denne anerkendelse skete på et tidspunkt, hvor sagen alene vedrørte behandling og ikke fastlæggelse af erstatning.

Først på et senere tidspunkt – da spørgsmålet om varige gener og økonomisk erstatning blev aktuelt – ændrede Alka holdning og praksis i sagen. I denne forbindelse begyndte selskabet at stille skærpede dokumentationskrav og anfægte årsagssammenhængen mellem ulykken og mine gener, til trods for at skaden tidligere var accepteret.

Denne ændring i vurdering fremstår ikke som begrundet i nye faktiske eller lægelige oplysninger, men som en revurdering, der tidsmæssigt falder sammen med, at der skulle tages stilling til erstatningens omfang.

Jeg finder det derfor urimeligt og problematisk, at et forsikringsselskab først anerkender en skade og dækker behandling, men efterfølgende tilbagekalder denne anerkendelse, når sagen bevæger sig fra behandling til erstatning.

Jeg anmoder på denne baggrund Ankenævnet om at tage stilling til, om Alkas ændrede vurdering og praksis er forenelig med almindelige forsikringsretlige principper, herunder kravet om saglig, konsekvent og loyal sagsbehandling.

Jeg ønsker, at Ankenævnet tager stilling til, om Alka har anvendt et urimeligt strengt beviskrav, og om afslaget er i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne og gældende praksis.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg anmoder om, at afgørelsen ophæves, og at jeg gives medhold i mit krav på erstatning."

Selskabet har den 24/2 2026 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Vi har modtaget klage i ovennævnte sag. Sagen drejer sig om, hvorvidt klagers gener berettiger til erstatning fra en heltidsulykkesforsikring tegnet i Alka Forsikring.

Klager anmeldte den 23. maj 2024, at han var kommet til skade den 10. april 2024 ved et fald. Klager forklarede, at han stod på en stol og mistede fodfæstet og faldt ned og landede på ryggen.

Alka Forsikring meddelte ved brev af 24. maj 2024, at skaden var dækket på forsikringen.

I forbindelse med redegørelsen for, hvordan varigt mén blev opgjort, meddelte selskabet, at ulykkestilfældet var anerkendt på baggrund af de foreliggende oplysninger og såfremt der på et senere tidspunkt kom nye oplysninger til sagen, forbeholdt selskabet sig ret til at trække anerkendelsen tilbage.

Alka Forsikring dækkede i den følgende tid behandlinger (akupunktur og kiropraktik).

Alka Forsikring bad ved brev af 8. april 2025 (såkaldt årsdagsbrev) klager om at besvare nogle spørgsmål om skaden og bad samtidig om klagers samtykke til at indhente de nødvendige oplysninger til sagens behandling.

Klager beskrev i sin mail af 21. april 2025 udførligt sine gener og meddelte, at behandling var stoppet samt at alle behandlere/klinikker var kendt af selskabet, da selskabet havde dækket disse behandlingsforløb.

Alka Forsikring bad herefter klagers praktiserende læge og klagers kiropraktor om kopi af journalerne.

Alka Forsikring gennemgik de modtagne oplysninger og meddelte ved brev af 12. september 2025, at selskabet desværre måtte trække anerkendelsen af ulykkestilfældet tilbage, da der ikke forelå den nødvendige lægelige dokumentation for, at klagers gener var udløst af et ulykkestilfælde i forsikringsmæssig forstand.

Klager fremsendte ved mail af samme dato en beskrivelse af forløbet i punktform og påpegede, at årsagen til at lægen havde noteret, at smerterne var opstået uden traume var, at smerterne opstod ud af det blå og klager ikke på det tidspunkt vidste, han havde en diskusprolaps.

På foranledning af en telefonisk henvendelse fra klager bad Alka Forsikring endnu to behandlere - [akupunktør] og [kiropraktor] - om kopi af klagers journaler.

Ved mail af 10. oktober 2025 oplyste klager, at det desværre ikke var muligt at få oplysninger fra disse to behandlere, da kiropraktorklinikken i [by] var lukket og akupunktøren ikke førte journal.

Klager gjorde igen rede for sit forløb og bemærkede, at bensmerterne og den alvorlige diskusprolaps var en naturlig forværring af den skade der blev udløst ved ulykken i april 2024.

Alka Forsikring fastholdt ved brev af 27. oktober 2025 den meddelte afgørelse og forklarede uddybende om baggrunden herfor.

Klager indbragte ved mail af 28. oktober 2025 sin klage for kvalitetsafdelingen, som ved mail af 6. februar 2026 fastholdt den af Alka Forsikring truffene afgørelse.

Der har været en omfattende telefonisk korrespondance med klager under sagens behandling, herunder om tildeling af yderligere behandlinger, skift af behandler og journaler fra behandlere.

Sagen er nu indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Klager tegnede den 1. september 2023 en individuel heltidsulykkesforsikring i Alka Forsikring med forsikringsbetingelserne UF-02 (forsikringen blev opsagt med forkortet varsel den 2. juni 2025).

Forsikringen dækker i henhold til afsnit 6.1.1 personskader som følge af ulykkestilfælde. Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

Af afsnit 6.2 om årsagssammenhæng fremgår det af afsnit 6.2.1, at for at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden.

I afsnit 6.2.2 er beskrevet nogle af de forhold der bl.a. lægges vægt på, nemlig

- om hændelsen ud fra en lægefaglig vurdering er egnet til at forårsage personskaden. Det vil sige, om hændelsen i sig selv kan forårsage/forklare de gener og symptomer, som man måtte have, og
- hvor lang tid der går, fra hændelsen sker, til man mærker de første symptomer.

Den sikrede har efter almindelige regler bevisbyrden for rigtigheden af det krav, der gøres gældende mod selskabet, og det påhviler klager, at sandsynliggøre, at hans gener er en direkte følge af det anmeldte ulykkestilfælde.

Af klagers journal fremgår det, at han henvendte sig til sin læge den 21. november 2024 med smerter i benet gennem halvanden måned. Smerterne var pludseligt opstået uden traume.

Lægen henviste klager til kiropraktor.

Smerterne var således ifølge klagers oplysninger opstået i begyndelsen af oktober 2024.

Af journalen fra klagers kiropraktor fremgår det, at klager opsøgte kiropraktoren den 26. november 2024 og oplyste, at smerterne var begyndt den 4. oktober 2024. Klager havde været hos massør, hvilket ikke virkede og tog herefter på ferie, hvilket forværede smerterne. Da akupunktur heller ikke virkede opsøgte klager sin læge.

Kiropraktoren oplyste desuden, at klager havde fået scannet ryggen halvandet år tidligere og havde fået oplyst, at han havde tendens til diskusprolaps.

Der er ingen oplysninger, hverken i journalen fra klagers egen læge eller fra kiropraktoren om et ulykkestilfælde eller anden pludselig hændelse som årsag til klagers aktuelle gener.

På baggrund af klagers journal fra både egen læge og fra kiropraktor må det lægges til grund af klagers aktuelle gener fra ryggen begyndte den 4. oktober 2024, hvilket vil sige knap et halvt år efter den anmeldte hændelse, hvor klager faldt ned af en stol.

En traumatisk opstået discusprolaps, hvilket vil sige en discusprolaps opstået som en direkte følge af et ulykkestilfælde vil ifølge sagkundskaben manifestere sig straks og kræve øjeblikkelig lægebehandling.

Discusprolaps er meget almindelig og opstår oftest i 30-50 års alderen. Discusprolaps kan opstå som følge af en uheldig overbelastning af ryggen, som følge af slid og/eller aldersbetingede forandringer i hvirvelsøjlen, ligesom man kan være disponeret for discusprolaps.

For at vurdere om der er tale om en direkte følge af et ulykkestilfælde, som er dækningsberettiget på en ulykkesforsikring, er det derfor væsentligt, at der foreligger tidsnær lægelig dokumentation for ulykkestilfældet samt at det er ulykkestilfælde, det har medført prolapsen.

Der foreligger ingen oplysninger, hverken fra læge eller kiropraktor eller anden behandler forud for den 21. november 2024, hvilket vil sige mere end syv måneder efter det anmeldte ulykkestilfælde.

Klager har alene fået refunderet en regning på klassisk kinesisk akupunktur for 8 behandlinger fra 20. maj 2024 til 14. juni 2024. Der foreligger imidlertid ingen oplysninger om, hvad klager blev behandlet for, diagnose eller journal fra akupunkturklinikken.

Alka Forsikring må på baggrund af de foreliggende oplysninger fastholde, at der ikke foreligger den nødvendige tidsnære lægelige dokumentation for årsagssammenhæng mellem det anmeldte ulykkestilfælde og klagers aktuelle gener i form af discusprolaps."

Klageren har i brev/mail af 25/2 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg skal hermed fremkomme med bemærkninger til Alka Forsikrings indlæg af 24. februar 2026.

1. Faktuel fejl vedrørende behandlingsforløb

Alka anfører, at jeg "alene har fået refunderet en regning på klassisk kinesisk akupunktur". Dette er faktisk forkert.

Alka har i sagens forløb dækket behandlinger hos:

- Kiropraktor i [by]
- Akupunktur på [by]

Der foreligger dokumentation for disse betalinger.

Selskabets fremstilling af, at der alene foreligger akupunkturbehandling uden journal, er derfor misvisende og giver et urigtigt billede af sagens behandlingsmæssige forløb.

Der har herudover været et sammenhængende behandlingsforløb hos kiropraktor i [by] i perioden 26. november 2024 til 10. februar 2025.

Behandlingerne er foretaget af ... og blev løbende afregnet under skadenummer...

Dette understøttes af de refusioner, som Alka har foretaget i december 2024 og januar 2025.

2. Anerkendelse af skaden og efterfølgende tilbagekaldelse.

Skaden blev udtrykkeligt anerkendt 24. maj 2024. Selskabet dækkede herefter behandlinger og behandlede sagen som en dækningsberettiget ulykkesskade i mere end ét år.

Tilbagekaldelsen skete først i september 2025.

Der er ikke fremlagt nye objektive lægelige oplysninger, der berettiger en så indgribende ændring af selskabets tidligere stillingtagen.

Når et selskab har anerkendt en skade og handlet i overensstemmelse hermed, må der stilles skærpede krav til grundlaget for at trække anerkendelsen tilbage.

Udvidelse af behandlinger

Det bemærkes endvidere, at Alka ikke blot dækkede de oprindeligt bevilgede behandlinger, men flere gange udvidede antallet af behandlinger efter konkret vurdering. Selskabet har således aktivt taget stilling til fortsat behandlingsbehov og godkendt yderligere behandlinger under sagen. Dette understøtter, at selskabet løbende har anset generne som relateret til den anmeldte ulykkesskade.

3. Journalnotitsen "uden traume"

Alka baserer afslaget på en journalnotits fra november 2024, hvori det anføres, at smerterne var opstået "uden traume". Denne formulering er en gengivelse af symptomdebut i benet – ikke en lægefaglig stillingtagen til årsag. Jeg var på dette tidspunkt ikke klar over, at der forelå en diskusprolaps, og sammenhængen med ulykken var ikke drøftet i konsultationen. En sådan journalformulering kan ikke tillægges afgørende bevisværdi i relation til årsagssammenhæng.

4. Påstand om at traumatisk diskusprolaps altid viser sig straks

Alka anfører, at en traumatisk opstået diskusprolaps vil manifestere sig straks og kræve øjeblikkelig lægebehandling. Denne generelle påstand er ikke dokumenteret ved sagkyndig erklæring.

Det er lægefagligt anerkendt, at:

- Diskuslæsioner kan udvikle sig over tid
- Symptomer kan tiltage gradvist
- En skade kan forværres ved belastning

Der er ikke fremlagt speciallægelig dokumentation, der underbygger Alkas kategoriske konklusion.

5. Tidsmæssig sammenhæng

Der foreligger dokumentation for behandlinger i perioden efter ulykken.

Det er derfor urigtigt, at der først foreligger behandlingsmæssige oplysninger fra november 2024.

Selskabets argument om manglende tidsnær dokumentation er derfor ikke korrekt.

Samlet vurdering

Det gøres gældende, at:

- Ulykkestilfældet er dokumenteret
- Skaden blev anerkendt
- Behandling blev dækket
- Der foreligger et sammenhængende behandlingsforløb
- Tilbagekaldelsen er utilstrækkeligt begrundet

Ankenævnet for Forsikring

7.

105293

Der anmodes derfor om, at Ankenævnet tilsidesætter Alkas afgørelse."
Det fremgår af skadeanmeldelsen til selskabet den 23/5 2024:

"Kunde: stod på en stol, og mistede fodfæstet faldt ned og landede på ryggen. Har haft ufattelig ondt i lænden lige siden.

Alka: Hvilke skader har du fået efter uheldet?

Kunde: ondt i lænden som gør jeg ikke kan bukke mig forover

Alka: Hvor blev du tilset første gang efter skaden skete?

Kunde: Et andet sted

Alka: Hvor er du blevet behandlet?

Kunde hos kiropaktor og akupunktør"

Det fremgår af selskabets brev af 24/5 2024 til klageren:

"Din forsikring dækker ulykken

Vi har nu behandlet din anmeldelse og ulykkesforsikringen dækker skaden på din ryg/lænd.

...

Hvis der kommer nye oplysninger

Vi dækker ulykken på baggrund af de oplysninger, som du har givet os. Hvis der på et senere tidspunkt kommer oplysninger til sagen som gør, at ulykken ikke skulle have været dækket, forbeholder vi os ret til at trække anerkendelsen tilbage."

Det fremgår af journalnotat af 21/11 2024 fra egen læge:

"Rygsmærter uden specifikation

Smerter i ben gn 1,5 måned. Pludselig opstået ingen traume".

Det fremgår af journalnotat af 26/11 2024 fra kiropaktor:

"Ovennævnte er set på klinikken d.d. med smerter i lænd og udstråling til bagsiden af venstre lår og læg samt let snurrende fornemmelser i venstre fod. Værst i venstre baglår symptomer debuteret uden kendt udløsende årsag, muligvis til træning, 4 oktober."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"6. Forsikringen dækker

6.1 Personskader som følge af:

6.1.1 Ulykkestilfælde. Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

6.1.2 Ulykkestilfælde, der skyldes besvimelse eller ildebefindende. Det vil sige kortvarige bevidsthedstab, hvor hovedårsagen til besvimelsen eller ildebefindendet ikke er sygdom eller sygdomsanlæg.

...

6.2 Årsagssammenhæng

6.2.1 For at opnå dækning i henhold til punkterne 6.1.1, 6.1.2 og 6.1.3 skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden.

Ankenævnet *for* Forsikring

8.

105293

6.2.2 Når vi vurderer, om der er årsagssammenhæng, lægger vi blandt andet vægt på:

- om hændelsen ud fra en lægefaglig vurdering er egnet til at forårsage personskaden. Det vil sige, om hændelsen i sig selv kan forårsage/forklare de gener og symptomer, som du måtte have, og
- hvor lang tid der går, fra hændelsen sker, til du mærker de første symptomer."

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 23/5 2024, at han den 10/4 2024 faldt ned fra en stol og slog ryggen, og at han siden da har haft ondt i lænden. Selskabet anerkendte, at det var et ulykkestilfælde og dækkede behandlinger hos akupunktør og kiropraktor. Klageren søgte egen læge den 21/11 2024. MR-scanning i april 2025 viste en discusprolaps. Selskabet trak i september 2025 anerkendelsen tilbage under henvisning til, at der ikke forelå den nødvendige lægelige dokumentation for, at klagerens gener var udløst af et ulykkestilfælde i forsikringsmæssig forstand. Klageren ønsker, at "afgørelsen ophæves, og at jeg gives medhold i mit krav på erstatning".

Selskabet har anført, at der ikke foreligger den nødvendige tidsnære lægelige dokumentation for årsagssammenhæng mellem det anmeldte ulykkestilfælde og discusprolapsen. Selskabet har anført, at ryggerne begyndte den 4/10 2024, hvilket er knap et halvt år efter den anmeldte hændelse, og at en traumatisk opstået discusprolaps vil manifestere sig straks og kræve øjeblikkelig lægebehandling. Det fremgår af klagerens lægejournal, at smerterne var opstået uden traume. Selskabet har anført, at det fremgår af journal fra kiropraktor, at klageren havde fået scannet ryggen halvandet år tidligere og fået oplyst, at han havde en tendens til discusprolaps.

Klageren har anført, at selskabet har dækket flere behandlinger ved kiropraktor og akupunktør, og at journalnotitsen fra november 2024 – hvor det anføres, at smerterne var opstået uden traume – blot er en gengivelse af symptomdebut i benet og ikke udgør en lægefaglig stillingtagen til årsag. Klageren har anført, at diskuslæsioner kan udvikle sig over tid, hvor symptomerne tiltager gradvist, og at generne kan forværres ved belastning. Klageren har anført, at selskabet ikke har fremlagt speciallægelig dokumentation, der underbygger konklusionen om, at en traumatisk discusprolaps ville manifestere sig straks.

Ankenævnet for Forsikring

10.

105293

Det fremgår af journalnotat af 21/11 2024 fra egen læge, at klageren har haft "Smerter i ben gn 1,5 måned. Pludselig opstået ingen traume".

Det fremgår af journal af 26/11 2024 fra kiropraktor, at klageren "er set på klinikken d.d. med smerter i lænd og udstråling til bagsiden af venstre lår og læg samt let snurrende fornemmelser i venstre fod. Værst i venstre baglår symptomer debuteret uden kendt udløsende årsag, muligvis til træning, 4 oktober."

Nævnet bemærker, at det er klageren, der skal bevise rigtigheden og størrelsen af sit krav.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at discusprolapsen er forårsaget af det anmeldte ulykkestilfælde den 10/4 2024. Nævnet kan derfor ikke pålægge selskabet at yde dækning.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren først var ved egen læge mere end et halvt år efter det anmeldte ulykkestilfælde, og at det fremgår af journalen af 21/11 2024, at klageren har "smerter i ben gn 1,5 måned. Pludselig opstået ingen traume".

Nævnet har også lagt vægt på, at det fremgår journal af 26/11 2024 fra kiropraktor, at klagerens "symptomer debuteret uden kendt udløsende årsag, muligvis til træning, 4 oktober". Nævnet bemærker, at symptomdebut her er beskrevet væsentligt senere end ulykken i april 2024, og at den udløsende årsag er angivet til muligvis træning.

Nævnet bemærker videre, at det fremgår af selskabet brev af 24/5 2024, at "vi dækker ulykken på baggrund af de oplysninger, som du har givet os. Hvis der på et senere tidspunkt kommer oplysninger til sagen som gør, at ulykken ikke skulle have været dækket, forbeholder vi os ret til at trække anerkendelsen tilbage".

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

Ankenævnet *for* Forsikring

11.

105293

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Henrik Twilhøj