

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 26. august 2026 blev i sag nr. 105814:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

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

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren havde forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 12/4 2026 har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Sagen vedrører afslag på udbetaling fra min forsikring Velliv ved visse kritiske sygdomme.

Den 12. januar 2026 blev der ved CT-scanning konstateret svær aterosklerose med betydelige stenoser i hjertets kranspulsårer. På den baggrund blev jeg samme dag henvist til KAG/PCI. På grund af ventetid i sundhedsvæsenet kunne behandlingen ikke gennemføres inden min forsikring ophørte den 1. februar 2026, men blev først udført den 9. februar 2026.

Jeg gør gældende, at betingelserne i forsikringsbetingelsernes § 2 C er opfyldt, idet der i forsikringstiden forelå både diagnose og indikation for PCI, og at behandlingen ikke kunne gennemføres rettidigt af årsager uden for min kontrol.

Velliv har afslået udbetaling med henvisning til, at behandlingen er gennemført efter forsikringens ophør, og at bestemmelsen ikke omfatter ventetid. Dette er jeg ikke enig i.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg ønsker, at Velliv anerkender, at jeg opfylder betingelserne for udbetaling i henhold til forsikringsbetingelsernes § 2 C, og at der på den baggrund sker udbetaling fra min forsikring ved visse kritiske sygdomme. Jeg ønsker endvidere, at udbetalingen sker med tillæg af renter fra det tidspunkt, hvor udbetalingen rettelig skulle være sket."

Klageren har i brev af 12/4 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Påstand

Jeg gør gældende, at jeg er berettiget til udbetaling fra min forsikring ved visse kritiske sygdomme i henhold til forsikringsbetingelsernes § 2 C.

Sagsfremstilling

- Den 12. januar 2026 blev der ved CT-scanning på ... hospital konstateret svær diffus aterosklerose med formentlig betydende stenoser i LAD, D1 og RCA.
- Samme dag blev jeg henvist til KAG/PCI på baggrund af disse fund.
- Henvisningen blev 16. januar 2026 videreført fra [hospital 1] til [hospital 2] på grund af ventetid i sundhedsvæsenet.
- Behandlingen (PCI med stent) blev gennemført den 9. februar 2026.
- Min forsikring ophørte den 1. februar 2026.

Det er ubestridt, at både sygdom, behandlingsindikation og henvisning til PCI forelå i forsikringstiden.

Anbringender

1. Diagnosen og indikationen forelå i forsikringstiden

Det fremgår af journalmaterialet, at der i forsikringstiden blev konstateret en alvorlig hjertekarsygdom med svær aterosklerose og betydende stenoser, som medførte umiddelbar henvisning til invasiv udredning og behandling (KAG/PCI).

PCI er en behandling af den allerede konstaterede sygdom og ikke selve diagnosen.

2. Betingelserne i § 2 C er opfyldt i forsikringstiden

Forsikringsbetingelsernes § 2 C omfatter tilfælde med svær aterosklerose og indikation for PCI, hvor behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

I den foreliggende sag forelå der i forsikringstiden:

- dokumenteret svær aterosklerose
- klar indikation for PCI
- iværksat henvisning til behandling

Behandlingen kunne ikke gennemføres inden forsikringens ophør som følge af ventetid i sundhedsvæsenet, hvilket er en 'anden årsag' uden for min kontrol.

3. Ventetid er en 'anden årsag' i bestemmelsens forstand

Det bestrides, at 'andre årsager' skal forstås indskrænkende som alene teknisk eller medicinsk umulighed.

Ventetid i sundhedsvæsenet er en reel og dokumenterbar hindring, som konkret forhindrede behandling i forsikringstiden. En indskrænkende fortolkning, hvor ventetid udelukkes, har ikke støtte i ordlyden og vil reelt gøre formuleringen 'andre årsager' uden selvstændigt indhold.

4. Uklarhedsreglen

Den valgte formulering 'andre årsager' er generel og uden begrænsning til bestemte typer hindringer. Hvis indklagede havde ønsket at begrænse bestemmelsen til alene teknisk eller medicinsk umulighed, måtte dette være udtrykkeligt angivet.

Den eksisterende formulering skaber en berettiget forventning om, at også eksterne forhold uden for forsikredes kontrol – herunder ventetid i sundhedsvæsenet – er omfattet.

Enhver uklarhed eller bred formulering i forsikringsbetingelserne må efter fast praksis fortolkes til fordel for forsikringstageren.

5. Efterfølgende gennemførelse af PCI kan ikke afskære dækning

Det forhold, at PCI først blev gennemført efter forsikringens ophør, ændrer ikke på, at betingelserne var opfyldt i forsikringstiden.

Afgørende er, at sygdom og behandlingsindikation forelå, og at behandlingen ikke kunne gennemføres rettidigt.

6. Diagnosen er stillet i forsikringstiden – og indklagedes fortolkning er inkonsistent

Det bestrides, at den dækningsberettigede diagnose først kan anses for stillet på tidspunktet for gennemførelse af PCI.

Af det lægelige materiale fremgår det klart, at der allerede den 12. januar 2026 blev stillet en diagnose i form af svær aterosklerose med betydende stenoser i flere kranspulsårer, hvilket dannede grundlag for den efterfølgende henvisning til KAG/PCI.

PCI er en behandlingsform og ikke en diagnose. Indklagedes fortolkning indebærer, at en allerede konstateret alvorlig sygdom først anses for diagnosticeret ved behandlingstidspunktet, hvilket ikke er i overensstemmelse med almindelig medicinsk forståelse.

Indklagedes fortolkning fører endvidere til et inkonsistent resultat. I forsikringsretlig praksis lægges der normalt vægt på, hvornår en sygdom er opstået og konstateret, og ikke alene på tidspunktet for en efterfølgende behandling.

Hvis en tilsvarende sygdom var konstateret før forsikringens ikrafttræden, ville dækning typisk blive

afvist med henvisning til, at sygdommen allerede forelå. I nærværende sag gør indklagede derimod

gældende, at sygdommen først skal anses for 'diagnosticeret' ved behandlingstidspunktet.

Denne dobbelte tilgang indebærer, at samme sygdomstilstand vurderes forskelligt afhængigt af, om det fører til afslag eller udbetaling, hvilket ikke er foreneligt med en ensartet og saglig fortolkning af forsikringsbetingelserne.

Konklusion

Diagnosen og indikationen for PCI blev stillet i forsikringstiden, og behandlingen kunne ikke gennemføres rettidigt på grund af ventetid – hvorfor betingelserne i § 2 C er opfyldt.

Jeg anmoder på denne baggrund om, at Velliv pålægges at anerkende min ret til udbetaling."

Selskabet har den 30/4 2026 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Forsikredes klage

Klager er uenig i Selskabets afgørelse om, at Klager ikke er berettiget til udbetaling fra forsikring ved visse kritiske sygdomme, da betingelserne ikke er opfyldt i forsikringstiden.

Selskabets afgørelse

Selskabet fastholder afgørelsen om, at betingelserne for ret til udbetaling fra forsikringen ved visse

kritiske sygdomme ikke er opfyldt i forsikringstiden (Bilag A).

Sagens grundlag

Forsikringen ved visse kritiske sygdomme er en del af en pensionsordning, som Klager har haft via sin tidligere arbejdsgiver. Forsikringen giver mulighed for ret til udbetaling af et engangsbeløb, hvis Klager diagnosticeres med én af de sygdomme, der specifikt er nævnt i forsikringsbetingelserne.

Klagers forsikring ved visse kritiske sygdomme er ophørt pr. 1. februar 2026.

Af forsikringsbetingelserne § 2 C fremgår omhandlende 'Kirurgisk behandling som følge af svær åreforsnævring i hjertekar i form af bypass-operation (CABG) eller ballonudvidelse (PCI)':

Dækningen omfatter en revaskulariserende behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af:

- *en gennemført ballonudvidelse (PCI) på en eller flere af hjertets tre kranspulsårer, eller*
- *en gennemført eller planlagt åben hjertekirurgisk bypassoperation (CABG) på én eller flere af hjertets kranspulsårer. Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.*

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdagen eller den dato forsikrede er

accepteret på venteliste for CABG

Dækningen omfatter desuden svært aterosklerotiske tilfælde med indikation for ballonudvidelse (PCI) på grund af dokumenteret svær aterosklerose på en eller flere af hjertets tre kranspulsårer, hvor behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

Sagsforløb

Selskabet modtager den 12. februar 2026 en ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme (Bilag B) fra Klager, hvoraf det fremgår, at Klager har kranspulsåreforkalkning, som han mærkede de første symptomer på i oktober 2025 og fik diagnosticeret i januar 2026.

På baggrund af ansøgningen indhenter Selskabet journaloplysninger fra [hospital 1], som Selskabet modtager den 13. februar 2026 (Bilag C), og journaloplysninger fra [hospital 2], som Selskabet modtager den 20. februar 2026 (Bilag D).

Det er på baggrund af oplysningerne Selskabets vurdering, at Klager ikke er berettiget til udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme, hvilket Selskabet oplyser Klager i brev af 27. februar 2026 (Bilag E).

Den 1. marts 2026 modtager Selskabet en klage over afgørelsen fra Klager (Bilag F). Selskabet fastholder dog afgørelsen i brev af 11. marts 2026 til Klager (Bilag G).

Selskabets klageansvarlige modtager den 25. marts 2026 en ny klage over afgørelsen fra Klager (Bilag H). Selskabets klageansvarlige fastholder afgørelsen i brev af 10. april 2026 til Klager (Bilag I).

Selskabets vurdering

Det afgørende for, om der kan ske udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme er, at der er tale om en dækningsberettiget diagnose. Det vil sige, at diagnosen skal stilles, og dækningsbetingelserne skal være opfyldt i forsikringstiden.

I henhold til forsikringsbetingelserne § 2C kan der opnås udbetaling, såfremt der i forsikringstiden gennemføres en ballonudvidelse (PCI) på en eller flere af hjertets tre kranspulsårer som følge af svær åreforsnævring i hjertekar. Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdagen. Det vil sige, at det er gennemførelsen af ballonudvidelsen, der er dækket i henhold til forsikringsbetingelserne § 2C.

Det er således ikke diagnosen svær aterosklerose, der er dækket af forsikringen, eller indikation for ballonudvidelse, der er omfattet af betingelserne, men selve ballonudvidelsen. I henhold til forsikringsbetingelserne § 2C gælder: *Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdagen.*

Klager fratrådte sit job ved tidligere arbejdsgiver pr. 31. august 2025. Arbejdsgiver oplyser først Selskabet om fratrædelsen i december 2025, og Selskabet sender den 11. december 2025 brev til Klager om, at Klager skal tage stilling til, hvad der skal ske med pensionsordningen efter fratrædelsen, herunder forsikringsdækningerne (Bilag J). Det fremgår også af brevet, at Selskabet anbefaler Klager at fortsætte pensionsordningen, hvis Klager er blevet syg, og han opfordres i så fald til at kontakte Selskabet snarest muligt. Klager oplyses også om, at hvis ikke Selskabet hører fra Klager inden den 25. januar 2026, så ændres hans pensionsordning til en ordning uden indbetaling, og forsikringerne ophører, og at det kan få stor betydning for Klager, hvis han er syg.

Selskabet hører derefter ikke fra Klager og sender derfor den 3. februar 2026 brev til Klager om, at pensionsordningen er ændret og forsikringerne ophørt og henviser til ny pensionsoversigt (Bilag K).

Klagers forsikring ved visse kritiske sygdomme er altså ophørt pr. 1. februar 2026. Det bemærkes i øvrigt i den forbindelse, at arbejdsgiver ikke tilpas har overholdt forpligtelsen til at orientere Selskabet om Klagers fratrædelse, og at Klager af den årsag allerede har været dækket af forsikringen længere end de i pensionsaftalen aftalte 3 måneder efter fratrædelse.

Klager får foretaget ballonudvidelse (PCI) den 9. februar 2026, altså efter forsikringens ophør, og derfor kan der ikke ske udbetaling fra forsikringen, da den dækningsberettigede diagnose, dvs. selve det kirurgiske indgreb/operationsdagen først foreligger efter forsikringens ophør.

Det er korrekt, at det af forsikringsbetingelserne § 2C fremgår: *Dækningen omfatter desuden svært*

aterosklerotiske tilfælde med indikation for ballonudvidelse (PCI) på grund af dokumenteret svær aterosklerose på en eller flere af hjertets tre kranspulsårer, hvor behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

Dette omfatter udelukkende tilfælde, hvor en ballonudvidelse ikke kan gennemføres. I Klagers tilfælde er der ikke tale om, at ballonudvidelsen ikke kan gennemføres. Ballonudvidelsen er gennemført, og allerede derfor er der ikke tale om et tilfælde, hvor ballonudvidelse ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

Det er beklageligt, at Klager ikke har valgt at videreføre sin forsikring ved visse kritiske sygdomme, dette på trods af at Selskabet har opfordret til dette, og at det har betydet, at forsikringen ikke længere har været i kraft, da Klager får foretaget en ballonudvidelse. Selskabet er i øvrigt først blevet gjort bekendt med Klagers sygdom og operation efter forsikringen er ophørt.

Selskabet fastholder således, at der ikke har foreligget en dækningsberettiget diagnose i forsikringstiden, og at Klager ikke er berettiget til udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme."

Klageren har i brev af 5/5 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Indklagedes vurdering bygger på, at den dækningsberettigede diagnose først anses for stillet ved gennemførelse af PCI. Dette bestrides.

Det lægelige materiale dokumenterer, at der allerede den 12. januar 2026 blev konstateret svær aterosklerose med betydende stenoser, og at dette medførte henvisning til KAG/PCI. PCI er en behandling af den konstaterede sygdom og ikke selve diagnosen.

Indklagedes begrundelse har i sagens forløb ændret karakter.

I afgørelsen af 27. februar 2026 (Bilag E) blev det anført, at diagnosen kranspulsåreforkalkning ikke er omfattet af dækning uden gennemført ballonudvidelse (PCI).

I afgørelsen af 11. marts 2026 (Bilag G) blev der derimod henvist til, at undtagelsesbestemmelsen i § 2 C alene finder anvendelse i tilfælde, hvor behandling ikke kan gennemføres, og at dette ikke er tilfældet, fordi behandling efterfølgende er gennemført.

I afgørelsen af 10. april 2026 (Bilag I) gøres det herefter gældende, at den dækningsberettigede diagnose først anses for stillet ved selve gennemførelsen af PCI, og at det dermed er behandlingen, der udgør diagnosen.

Disse skiftende begrundelser understøtter, at der ikke foreligger én klar og entydig fortolkning af forsikringsbetingelserne.

Indklagede gør gældende, at bestemmelsen om tilfælde, hvor behandling ikke kan gennemføres, alene omfatter situationer, hvor behandling aldrig kan udføres. Denne fortolkning har ikke støtte i bestemmelsens ordlyd. Formuleringen 'andre årsager' er bred og uden begrænsning og omfatter

også forhold uden for forsikredes kontrol, herunder dokumenteret ventetid i sundhedsvæsenet, som konkret forhindrede behandling i forsikringstiden.

Indklagedes fortolkning indebærer, at formuleringen 'andre årsager' reelt fratages selvstændig betydning. Enhver uklarhed i forsikringsbetingelserne må efter fast praksis fortolkes til fordel for forsikringstageren.

Indklagedes fortolkning fører endvidere til, at bestemmelsen om tilfælde, hvor behandling ikke kan gennemføres, reelt bliver uden selvstændigt anvendelsesområde. Hvis bestemmelsen alene omfatter situationer, hvor behandling aldrig kan gennemføres, og samtidig ikke finder anvendelse i tilfælde, hvor behandling faktisk gennemføres, vil bestemmelsen i praksis ikke kunne føre til dækning i nogen situationer.

Hvis 'andre årsager' ikke omfatter en dokumenteret hindring som ventetid i sundhedsvæsenet, har formuleringen reelt intet selvstændigt anvendelsesområde.

Endelig fører indklagedes fortolkning til et inkonsistent resultat, idet sygdommens eksistens tillægges forskellig betydning afhængigt af, om det fører til afslag eller udbetaling.

På denne baggrund fastholder jeg, at betingelserne i § 2 C er opfyldt i forsikringstiden."

Selskabet har i brev af 18/5 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet er ikke enig i, at der har været skiftende begrundelser for Selskabets afgørelse, og dermed heller ikke enig i, at der ikke er en entydig fortolkning af betingelserne.

Allerede overskriften på § 2C i forsikringsbetingelserne - '*Kirurgisk behandling som følge af svær åreforsnævring i hjertekar i form af bypass-operation (CABG) eller ballonudvidelse (PCI)*' – viser klart, at det, som er omfattet af forsikringen, er den kirurgiske behandling, og ikke diagnosen aterosklerose i sig selv.

Dette understøttes yderligere af bestemmelsens ordlyd, hvoraf det fremgår, at dækningen omfatter behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af enten ballonudvidelse eller bypass-operation.

Endvidere fremgår det udtrykkeligt, at den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdagen. Samlet set viser dette entydigt, at det er den gennemførte kirurgiske behandling, der er omfattet af forsikringen, og ikke den forudgående diagnose i sig selv eller indikation for kirurgisk behandling.

Selskabet fastholder endvidere, at undtagelsen vedrørende tilfælde, hvor behandling ikke kan gennemføres, alene finder anvendelse i situationer, hvor det konkret ikke er muligt at udføre ballonudvidelse eller bypass-operation. I Klagers tilfælde er det ubestridt, at behandling både har været mulig og faktisk er gennemført. Undtagelsen kan derfor ikke finde anvendelse.

Der er tale om en undtagelse fra betingelserne omkring kirurgisk behandling i tilfælde, hvor der er tale om svær aterosklerose, men hvor det ikke er muligt at gennemføre den kirurgiske behandling af enten tekniske årsager eller andre årsager. Selskabet er således ikke enige i Klagers tolkning af, at denne undtagelse aldrig vil kunne finde anvendelse.

Selskabet henviser i øvrigt til tidligere svarbrev og fastholder afgørelsen. Selskabet mener, at sagen kan afgøres på det foreliggende."

Klageren har i brev af 22/5 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg bemærker afslutningsvis, at indklagede fortsat ikke forholder sig til, hvilket selvstændigt anvendelsesområde formuleringen 'andre årsager' konkret har, hvis dokumenteret ventetid i sundhedsvæsenet ikke er omfattet.

Indklagedes fortolkning indebærer fortsat, at bestemmelsen reelt kun kan anvendes i yderst teoretiske tilfælde, hvilket ikke stemmer med bestemmelsens brede ordlyd eller almindelige fortolkningsprincipper for forsikringsbetingelser."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen – herunder selskabets afgørelser og klagerens klager – hvoraf nogle gengives nedenfor. Det fremgår af brev fra selskabet til klageren af 11/12 2025:

"Hvad skal der ske med din pensionsordning, efter du er fratrådt?

Kære [klageren]

Vi har fået besked om, at du er fratrådt dit job ved ... den 31. august 2025. Du skal derfor beslutte, hvad der skal ske med din pensionsordning og give os besked inden den 25. januar 2026.

Du beholder dine forsikringer frem til den 1. februar 2026. Vil du ikke beholde dækningerne, så giv os besked på velliv.dk/mitpensionsvalg og udfyld blanketten 'Mit pensionsvalg'.

...

Bevar din økonomiske tryghed, hvis du er blevet syg eller ikke er i arbejde

Vi anbefaler, at du fortsætter din pensionsordning hos os, især hvis du:

- er blevet syg – eller dine helbredsmæssige forhold er ændret – så du ikke har mulighed for at få tilbudt dine nuværende forsikringer på samme vilkår i et andet pensionsselskab
- ikke får tilsvarende forsikringer i en eventuel ny pensionsordning
- er arbejdsledig

Er du i en af disse situationer, opfordrer vi dig til at ringe eller skrive til os hurtigst muligt.

Dine muligheder

Du har forskellige muligheder, når du er fratrådt. Du kan:

- fortsætte din pensionsordning med indbetaling fra en ny arbejdsgiver
- fortsætte din pensionsordning ved selv at indbetale
- fastholde din pensionsordning uden forsikringer og uden indbetaling
- fastholde din pensionsordning med forsikringer og uden indbetaling
- overføre din pensionsordning til anden pensionsleverandør.

...

Du skal give os besked inden den 25. januar 2026.

...

Hører vi ikke fra dig

Ankenævnet for Forsikring

9.

105814

Hører vi ikke fra dig inden den 25. januar 2026, ændrer vi ordningen til en pensionsordning uden indbetaling, og dine forsikringer ophører. Det kan få stor betydning for dig, hvis du ikke har forsikringer andre steder. Betydningen er særlig stor, hvis du er syg, eller dine helbredsforhold har ændret sig. Du skal give os nye oplysninger om dit helbred, hvis du på et senere tidspunkt ønsker at oprette forsikringer hos os."

Det fremgår af CT-skanning af klagerens hjerte af 12/1 2026:

"Konklusion:

Svær diffus arteriosclerose. Formentlig betydende stenose i midt LAD og proksimale dele af distale LAD samt D1. Moderat stenose på OM.

Formentlig betydende stenose på prox RCA."

Det fremgår af hospitalsjournal fra hospital 1 kardiologisk afdeling:

"12-01-2026

...

Konklusion:

Svær diffus arteriosclerose. Formentlig betydende stenose i midt LAD og proksimale dele af distale LAD samt D1.

Moderat stenose på OM.

Formentlig betydende stenose på prox RCA.

...

Der er indikation for

Rp. KAG

Patienten informeret om KAG og accepterer

...

16.01.2026

...

KAG henvisning viderehenvisning af tidligere godkendt henvisning fra [hospital 1] Kardiologisk til [hospital 2].

Patienten er den 12.01.26 henvist fra kard.amb., ..., til Kardiologisk Laboratorium ... med henblik på KAG/ PCI.

Grundet lang ventetid viderehenvises patienten, efter eget ønske, til [hospital 2]. Henvisning er sendt elektronisk til [hospital 2]."

Det fremgår af brev fra hospital 2 til klageren af 21/1 2026:

"Ændring af tid

Vi har modtaget dit afbud til indlæggelse. I stedet vil vi gerne se dig:

Dato og tid mandag 09. februar 2026 kl. 07:00

Sted Hjertesygdomme, ..."

Det fremgår af brev fra selskabet til klageren af 3/2 2026:

"**Din pensionsordning er nu ændret**

Kære [klageren]

Ankenævnet *for* Forsikring

10.

105814

Din 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. Ved at logge ind på velliv.dk/logind kan du se din nye pensionsoversigt, hvilken dato din pensionsordning er blevet ændret samt følge med i, hvad du har betalt i omkostninger."

Ankenævnet for Forsikring

11.

105814

Det fremgår af hospitalsjournalnotat fra hospital 2 hjertemedicinsk klinik af 9/2 2026:

"Udskrivningsresume

...

KAG:

1-karssygdom med langstrakt stenose på proks. LAD (FFR 0,76). Non-signifikant stenose på RCA (FFR 0,86) og på OM1 (FFR 0,98).

PCI: Der er foretaget PCI af proks. LAD. med DES. lille D2 let klemt i ostiet."

Det fremgår af klagerens ansøgning om udbetaling ved kritisk sygdom af 12/2 2026:

"Hvad hedder sygdommen?

...

Kranspulsåreforkalkning

...

Hvornår mærkede du de første symptomer?

...

Oktober 2025

...

Hvornår er diagnosen stillet?

...

12/01/2026."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"§ 2 Hvad er kritisk sygdom?

...

C Kirurgisk behandling som følge af svær åreforsnævring i hjertekar i form af bypass-operation (CABG) eller ballonudvidelse (PCI)

Dækningen omfatter en revaskulariserende behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af:

- en gennemført ballonudvidelse (PCI) på en eller flere af hjertets tre kranspulsårer, eller
- en gennemført eller planlagt åben hjertekirurgisk bypassoperation (CABG) på én eller flere af hjertets kranspulsårer. Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdagen eller den dato forsikrede er accepteret på venteliste for CABG.

Dækningen omfatter desuden svært aterosklerotiske tilfælde med indikation for ballonudvidelse (PCI) på grund af dokumenteret svær aterosklerose på en eller flere af hjertets tre kranspulsårer, hvor behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager."

Nævnet udtaler:

Klageren var via sit arbejde omfattet af en pensionsordning med forsikring ved visse kritiske sygdomme. Klageren fratrådte sit job den 31/8 2025, og selskabet bad den 11/12 2025 klageren tage stilling til, hvad der skulle ske med hans pensionsordning og forsikringsdækningerne. Klageren svarede ikke inden svarfristen den 25/1 2026, og klagerens forsikringer – herunder forsikring ved visse kritiske sygdomme – ophørte pr. 1/2 2026. Klageren søgte den 12/2 2026 om udbetaling ved visse kritiske sygdomme, idet han i januar 2026 fik påvist kranspulsåreforkalkning. Klageren fik foretaget PCI-behandling den 9/2 2026. Klageren ønsker udbetaling ved kritisk sygdom i henhold til forsikringsbetingelsernes § 2 C. Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at betingelserne for ret til udbetaling fra forsikringen ikke er opfyldt i forsikringstiden.

Klageren har anført, at behandlingen først blev gennemført den 9/2 2026 på grund af ventetid i sundhedsvæsenet. Klageren har anført, at betingelserne i § 2 C er opfyldt, idet der i forsikringstiden forelå både diagnose og indikation for PCI, og at behandlingen ikke kunne gennemføres rettidigt af årsager uden for hans kontrol. Klageren har anført, at "Forsikringsbetingelsernes § 2 C omfatter tilfælde med svær aterosklerose og indikation for PCI, hvor behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager", og at "Behandlingen kunne ikke gennemføres inden forsikringens ophør som følge af ventetid i sundhedsvæsenet, hvilket er en 'anden årsag' uden for min kontrol". Klageren bestrider, at "andre årsager" skal forstås indskrænkende som alene teknisk eller medicinsk umulighed, og at ventetid i sundhedsvæsenet er en reel og dokumenterbar hindring, som forhindrede behandling i forsikringstiden. Klageren har anført, at formuleringen i forsikringsbetingelserne skaber en berettiget forventning om, at også eksterne forhold uden for forsikredes kontrol – herunder ventetid i sundhedsvæsenet – er omfattet, og at det forhold, at PCI blev gennemført efter forsikringens ophør, ændrer ikke på, at betingelserne var opfyldt i forsikringstiden. Klageren har anført, at selskabets begrundelse for afslag løbende har ændret karakter.

Selskabet har anført, at den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdagen, og at det derfor er gennemførelsen af ballonudvidelsen, der er dækket i henhold til forsikringsbetingelsernes § 2C. Klageren fik først foretaget PCI-behandlingen den 9/2 2026, altså efter forsikringens ophør, og derfor kan der ikke ske udbetaling. Selskabet har anført, at klageren fratrådte sit job den 31/8 2025, og at klageren – på grund af arbejdsgivers manglende orientering til selskabet herom – allerede har været dækket af forsikringen i længere tid end de i pensionsaftalen aftalte 3 måneder efter fratrædelse. Selskabet har anført, at vilkåret om, at forsikringen også dækker PCI behandling i det tilfælde, hvor behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager udelukkende omfatter tilfælde, hvor behandlingen ikke kan gennemføres. I klagerens tilfælde er der ikke tale om, at ballonudvidelsen ikke kan gennemføres. Ballonudvidelsen er gennemført, og allerede derfor er der ikke tale om et tilfælde, hvor ballonudvidelse ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager.

Det fremgår af hospitalsjournal fra hospital 1 kardiologisk afdeling af 16/1 2026: "KAG henvisning viderehenvisning af tidligere godkendt henvisning fra [hospital 1] Kardiologisk til [hospital 2]. Patienten er den 12.01.26 henvist fra kard.amb., ..., til Kardiologisk Laboratorium ... med henblik på KAG/ PCI. Grundet lang ventetid viderehenvises patienten, efter eget ønske, til [hospital 2]. Henvisning er sendt elektronisk til [hospital 2]".

Det fremgår af brev fra hospital 2 til klageren af 21/1 2026: "Ændring af tid Vi har modtaget dit afbud til indlæggelse. I stedet vil vi gerne se dig: Dato og tid mandag 09. februar 2026 kl. 07:00 Sted Hjertesygdomme, ...".

Det fremgår af brev fra selskabet til klageren af 3/2 2026: "**Din pensionsordning er nu ændret**
Kære [klageren] Din 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".

Det fremgår af hospitalsjournalnotat fra hospital 2 hjertemedicinsk klinik af 9/2 2026: "KAG: 1-karssygdom med langstrakt stenose på proks. LAD (FFR 0,76). Non-signifikant stenose på RCA (FFR 0,86) og på OM1 (FFR 0,98). PCI: Der er foretaget PCI af proks. LAD. med DES. lille D2 let klemt i ostiet".

Det fremgår af forsikringsbetingelserne § 2C, at forsikringen dækker: "**Kirurgisk behandling som følge af svær åreforsnævring i hjertekar i form af bypass-operation (CABG) eller ballonudvidelse (PCI)** Dækningen omfatter en revaskulariserende behandling ved kranspulsåreforkalkning i form af: • en gennemført ballonudvidelse (PCI) på en eller flere af hjertets tre kranspulsårer ... Den dækningsberettigede diagnose anses for stillet på operationsdagen eller den dato forsikrede er accepteret på venteliste for CABG. ... Dækningen omfatter desuden svært aterosklerotiske tilfælde med indikation for ballonudvidelse (PCI) på grund af dokumenteret svær aterosklerose på en eller flere af hjertets tre kranspulsårer, hvor behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager".

Nævnet bemærker, at det er klageren, der skal bevise, at han opfylder betingelserne for at få dækning ved kritisk sygdom.

Nævnet finder, at formuleringen i forsikringsbetingelserne om, at dækningen omfatter tilfælde, "hvor behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske eller andre årsager", må forstås således, at der skal være tale om situationer, hvor PCI-behandling ikke er mulig at udføre, selv om der foreligger en behandlingsindikation. Nævnet bemærker, at behandlingen, i tilfælde, hvor der sker udsættelse/forsinkelse eks. på grund af travlhed i sundhedsvæsenet, stadig er mulig at udføre, om end på et senere tidspunkt end først planlagt.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at pålægge selskabet at yde dækning ved kritisk sygdom.

Ankenævnet for Forsikring

15.

105814

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af forsikringsbetingelserne, at diagnosen anses for stillet på operationsdagen, og at klageren først fik foretaget PCI-behandling den 9/2 2026, hvilket var 8 dage efter forsikringens ophør den 1/2 2026.

Nævnet bemærker, at selskabet i brev af 11/12 2025 informerede klageren om, at klagerens forsikringsdækninger ville bortfalde senest pr. 1/2 2026, hvis han ikke videreførte pensionsordningen.

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.



Jørgen Steen Sørensen

formand