

**Ankenævnet *for* Forsikring**

# **Årsberetning**

**2025**

# Ankenævnet for Forsikring

## Indhold

Resumé .....	4
1. Ankenævnets organisering .....	10
1.1. Nævnsmedlemmer. Forbrugerrådet Tænk .....	10
1.2. Nævnsmedlemmer. Forsikring & Pension .....	10
1.3. Nævnets sekretariat .....	13
2. Ankenævnets arbejde .....	14
2.1. Sagsbehandlingstid .....	15
2.2. Resultat af nævn- og sekretariatsafsluttede sager .....	17
2.3. Resultat af nævnafsluttede sager. Antal dissenser .....	18
2.4. Nævn- og sekretariatsafsluttede sager på forsikringstype .....	19
2.5. Internationalt samarbejde .....	24
3. Efterlevelse af nævnets afgørelser/anfægtede sager .....	26
3.1. Anfægtede sager. Afgjort ved dom i 2025 .....	28
3.1.1. Sag 96893. Ulykkesforsikring. Bevis for ulykke og strakssymptomer. Tryg .....	28
3.1.2. Sag 98788. Fagspecifik erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. Illoyalitet. PFA .....	30
3.1.3. Sag 99161. Ejerskifteforsikring. Gjensidige .....	32
3.1.4. Sag 99716. Midlertidigt erhvervsevnetab. 18 måneders regel. Speciallægeerklæring. Danica .....	34
3.1.5. Sag 100155. Forsinket pensionsoverførsel. Erstatningsansvar. Analogi af renteaftalen. Danica .....	36
3.1.6. Sag 101129. Indboforsikring. Bevis for indbrud. Sikkerhedsforskrift. Tryg .....	37
3.1.7. Sag 101613. Ulykkesforsikring. Méngrad. Antageliggjort. Nævnets kompetence. Aros .....	39
3.2. Anfægtede sager. Forligt i 2025 .....	40
3.2.1. Sag 90910. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. AP Pension .....	40
3.2.2. Sag 97654. Ejerskifteforsikring. Tærede rør. ETU Forsikring .....	40
3.2.3. Sag 98755. Familieforsikring. Urigtige risikoplysninger. Antal skadeanmeldelser eller forespørgsler hos tidligere forsikringsselskab. Gjensidige .....	41
3.2.4. Sag 99967. Erhvervsevnetab. Hjernerystelser. Belastningstilstand. PFA .....	42
3.2.5. Sag 100512. Midlertidigt erhvervsevnetab. Stress og angst. PFA .....	42
3.2.6. Sag 102152. Bilforsikring. Bevis for brand. Gjensidige .....	43
3.2.7. Sag 103624. Familieforsikring. Skærpede vilkår. Krav om tyverialarm. Tryg .....	43
3.3. Anfægtede sager. Klagerne hævdede sagerne i 2025 .....	44
3.3.1. Sag 98634. Ulykkesforsikring. Årsagssammenhæng. Tjenestemændenes Forsikring .....	44
3.3.2. Sag 101250. Ulykkesforsikring. Bevis for ulykke. Tryg .....	47
3.4. Anfægtede sager. Klagerne opgav sagerne uden at indbringe den for retten i 2025 .....	47
3.4.1. Sag 96465. Ejerskifteforsikring. Ulovlig brændeovn. Gjensidige .....	47
3.4.2. Sag 101590. Retshjælpsforsikring. Aros .....	47
4. Domme i sager, som nævnet afviste af træffe afgørelse i .....	48
4.1. Sag 94244. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. PFA .....	48
4.2. Sag 95441. Motorkøretøjsforsikring. Bevis for brand. FAL § 22. Urigtige risikoplysninger. Tryg .....	59
5. Domme og indenretlige forlig i sager, hvor klagerne ikke fik medhold i nævnet .....	62
5.1. Sag 93590. Erhvervsevnetab. Observation. Tilbagebetalingskrav. Danica .....	63

# Ankenævnet for Forsikring

5.2. Sag 94586. Motorkøretøjsforsikring. Dækningsberettigende tyveri af bil. Gjensidige. ....	64
5.3. Sag 95002. Erhvervsevnetab. Ophævelse. Observation. Danica. ....	67
5.4. Sag 95564. Erhvervsevnetab. PFA. ....	69
5.5. Sag 95977. Ejerskifteforsikring. Dækningstilsagn. Forhold til stede på overtagelsestidspunktet. Påstandene. Dansk Boligforsikring. ....	70
5.6. Sag 96044. Ejerskifteforsikring. Dansk Boligforsikring. ....	73
5.7. Sag 96797. Ejerskifteforsikring. Lovliggørelse af terrændæk. Udbedringsmetode. Dansk Boligforsikring. ....	76
5.8. Sag 98067. Erhvervsevnetab. Observation. Danica. ....	78
5.9. Sag 98088. Ejerskifteforsikring. Afskrivning. Dansk Boligforsikring. ....	80
5.10. Sag 98113. Erhvervsevnetab. OSINT. Danica. ....	82
5.11. Sag 98274. Erhvervsevnetab. Observation. OSINT. Ophævelse. Danica. ....	82
5.12. Sag 98300. Erhvervsevnetab. Danica. ....	85
5.13. Sag 98684. Erhvervsevnetab. PFA. ....	86
5.14. Sag 98799. Erhvervsevnetab. Subjektive gener. Danica. ....	87
5.15. Sag 99172. Rådgivning. Bortfald af forsikringsdækning ved pensionsudbetalingens start. Danica. ....	88
5.16. Sag 99184. Husejerforsikring. Skjult rør. Gjensidige. ....	90
5.17. Sag 99560. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. Nordea Pension. ....	92
5.18. Sag 99885. Erhvervsevnetab. Tilbagebetalingskrav. Modregning. Velliv. ....	93
5.19. Sag 99932. Ejerskifteforsikring. Samme byggemåde. Tålegrænse. Dansk Boligforsikring. ...	95
5.20. Sag 98993. Erhvervsevnetab. Fibromyalgi. PFA. ....	98
5.21. Sag 100463. Ægtefællepension. Vejledning om bedre ordning. Rådgivningsansvar. P+. ....	99
5.22. Sag 100537. Pensionsordning. Investering. Effektivering af salgsordre. Danica. ....	100
6. Domme i sager, der ikke har været indbragt for nævnet. ....	101
6.1. Københavns Byret dom af 20/1 2021. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. Illoyalitet. .....	101
6.2. Københavns Byrets dom af 12/1 2022. Erhvervsevnetab. Observation. ....	102
6.3. Østre Landsrets dom af 8/2 2023. U2023.1916Ø. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. Danica. ....	104
6.4. Højesterets dom af 5/2 2026. Præmiestigning ud over indeksregulering. Varsling. Væsentlig prisændring. AL § 36. AL § 38 c. Tryk. ....	107

# Ankenævnet for Forsikring

## Resumé

Ankenævnet modtog i 2025 2.193 klager. I 2024 modtog nævnet 1.898 klager. Der klages mest over ejerskifteforsikring (422 klager), ulykkesforsikring (397 klager) samt livs- og pensionsforsikring (372 klager). Disse tre forsikringstyper udgør ca. 54 % af de klager, som nævnet modtager.

Ankenævnet afsluttede 2.074 sager i 2025. Heraf blev 1.593 sager (svarende til 76,8 %) afsluttet af nævnet, mens 481 sager blev afsluttet af sekretariatet. I 2024 blev 1.761 sager afsluttet.

Af de 481 sekretariatsafsluttede sager blev 354 sager lukket eller afvist på grund af forhold hos klageren. Disse grunde er omtalt i afsnit 2.2. 71 sager blev afsluttet, fordi klageren tilbagekaldte klagen, inden sagen blev forelagt for nævnet. 56 sager blev afsluttet, fordi selskabet opfyldte klagen, inden sagen blev forelagt for nævnet. I 2024 opfyldte selskabet 72 klager, inden sagen blev forelagt for nævnet.

Ved udgangen af 2025 var der 1.221 uafsluttede sager. Ved udgangen af 2024 var der 1.102 uafsluttede sager.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2025 for de 2.074 afsluttede sager var 6,1 måneder. Af disse sager var 61,3 % afsluttet inden for 6 måneder, mens 78,8 % af sagerne var afsluttet inden for 8 måneder. I 2024 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid 6,1 måneder.

Den gennemsnitlige berømmelsestid for de 1.593 nævnsafgjorte sager var 68,8 dage. Berømmelsestiden regnes fra den dato – hvor sagen er fuldt oplyst af sagens parter – og til den dato, hvor nævnet har afgjort sagen. I 2024 var berømmelsestiden 68 dage.

I 2025 fik klagerne noget ud af at klage over selskabets afgørelse i 18 % af klagesagerne. I 2024 var tallet 20,8 %.

Antallet af sager, hvor nævnets medlemmer er uenige om udfaldet af sagen (dissens), var 64. Det svarer til 4 % af de nævnsafgjorte sager. I 2024 var der dissens i 3,2 % af de nævnsafgjorte sager.

Nævnets formandskab har i 2025 ikke konstateret systematiske eller væsentlige problemer, som giver anledning til at komme med anbefalinger til, hvordan sådanne problemer fremadrettet kan undgås eller løses.

I 2025 meddelte forsikringselskaberne i 17 tilfælde, at de ikke ønskede at være bundet af nævnets afgørelse (anfægtelse). I 2024 var antallet af anfægtede sager 20.

Af de 17 anfægtede sager i 2025 angik 4 sager sygdomsforsikring, 4 sager angik ejerskifteforsikring, 3 sager angik motorkøretøjsforsikring, 3 sager angik livs- og pensionsforsikring, 1 sag angik familieforsikring, 1 sag angik ulykkesforsikring og 1 sag angik forsikring for kritisk sygdom.

For perioden 2015 til 2025 er der relativt set anfægtet flest sager inden for livs- og pensionsforsikring, hvor antallet af anfægtede sager er 59, hvilket giver en anfægtelsesprocent på 13,8. Ser man på de to andre forsikringstyper, hvor nævnet modtager flest klager, er der i samme periode 21 anfægtede sager vedr. ulykkesforsikring, hvilket giver en anfægtelsesprocent på 6,8. Anfægtelsesprocenten er på 5,8 for ejerskifteforsikring, hvor 31 sager i perioden er anfægtet. Rejse- og arbejdsløshedsforsikring er de forsikringstyper, hvor

# Ankenævnet for Forsikring

anfægtelsesprocenten er lavest (2,2 og 1,9). I afsnit 3 kan anfægtelsesprocenten for de forskellige forsikringstyper ses.

Årsberetningen omtaler 38 domme eller *indenretlige* forlig. De 38 sager fordeler sig således på forsikringstyper: 20 sager om erhvervsevnetab, 7 sager om ejerskifte, 4 sager om pensionsaftalen, herunder om pensionsoverførsel til andet pensionselskab, afkast mv., 2 sager om bilforsikring, 2 sager om ulykkesforsikring, 1 sag om indboforsikring, 1 sag om husforsikring, 1 sag om adgangen til at foretage prisændringer.

I 2 af dommene havde nævnet afvist af afgøre sagen, idet sagen var af en sådan karakter, at den måtte afgøres ved domstolene. Begge sager blev afgjort til klagerens fordel. Se afsnit 4.

I 21 af de 29 sager – som nævnet har afgjort materielt – nåede domstolene til det samme resultat som nævnet. I de resterende 8 sager nåede domstolene til et andet resultat end nævnet. I 5 af de 8 sager opnåede selskabet et mere gunstigt resultat, end nævnet var nået frem til. Disse sager er omtalt i afsnit 3.1.1 (mengrad), 3.1.2 (selskab kunne ophæve klagerens erhvervsevnetabsforsikring pga. klagerens illoyalitet), 3.1.4 (erhvervsevnetab), 3.1.5 (forsinket pensionsoverførsel; ikke grundlag for at anvende "Aftale om betaling af rente ved overførsel af pensionsmidler" analogt) og 3.1.7 (mengrad/antageliggjort/nævnet kunne ikke pålægge selskabet at betale for at indhente en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring). I 3 af de 8 sager opnåede klageren et mere gunstigt resultat, end nævnet var nået frem til. Disse sager er omtalt i afsnit 5.3 (selskabet kunne ikke ophæve klagerens erhvervsevnetabsforsikring), afsnit 5.5 (der var forhold ved tagkonstruktionen, som opfyldte ejerskifteforsikringens skadebegreb), og afsnit 5.14 (klagerens erhvervsevne var pr. 1/4 2024 nedsat med halvdelen).

I sag **101129** (omtalt i afsnit 3.1.6) bemærkede nævnets flertal, at det var selskabet, der skulle bevise, at klageren ikke havde overholdt sikkerhedsforskriften om at boligen skulle være forsvarligt aflåst, jf. Højesterets dom gengivet i Ugeskrift for Retsvæsen (U1986.449H). Flertallet fandt, at selskabet ikke havde godtgjort, at klageren havde overtrådt sikkerhedsforskriften ved at tage på ferie uden at sikre sig, at døren var låst. Selskabet skulle derfor anerkende, at der forelå et dækningsberettigende indbrud.

Byretten nåede til samme resultat og gav klageren medhold. Retten lagde til grund, at "bestemmelsen om, at boligen skal være forsvarligt aflåst, er en sikkerhedsforskrift, samt at det følger af forsikringsaftalelovens § 51, at hvis sagsøgeren ikke overholder sikkerhedsforskriften, har sagsøgeren kun krav mod sagsøgte, hvis det må anses for bevist, at tyveriet ikke skyldes en uagtsom overtrædelse af sikkerhedsforskriften. Derudover lægger retten til grund som ubestridt, at det er sagsøgte der skal bevise, at sagsøgeren ikke har overholdt sikkerhedsforskriften". Retten udtalte videre, at "Efter sagsøgerens forklaring, som støttes af vidnet [klagerens hustru], lægger retten til grund, at sagsøgeren låste døren til lejligheden, samt at hans hustru ... kontrollerede, at døren var låst ved at tage i håndtaget flere gange. Retten lægger endvidere til grund, at der kun findes 3 nøgler til lejligheden, og at sagsøgeren og hustruen ... havde 2 nøgler med på deres bryllupsrejse, og at den sidste nøgle lå i lejligheden i en skuffe, samt at sagsøgeren og hustruen hentede en nøgle hos sagsøgerens datter i forbindelse med, at de skulle til lufthavnen på .... rejse, idet datteren tidligere havde lånt en nøgle, som hun ikke havde afleveret tilbage, hvilket støttes af vidneforklaringen fra ... Derudover lægger retten til grund, at vidnet [låsesmed] har bekræftet, at han har omkodet sagsøgerens lås til hans lejlighed, samt at han er 100% sikker på, at der ikke blev udleveret flere nøgler end 3 stk. Efter bevisførelsen, herunder sagsøgerens og vidnernes troværdige forklaringer om, at døren var låst, og at det blev kontrolleret, at døren var låst ved at der blev taget i håndtaget flere gange, inden de tog på ....rejse, samt at der til lejligheden kun findes 3 nøgler, som sagsøgeren var i besiddelse af, finder retten, at sagsøgte ikke har ført bevis for, at

# Ankenævnet for Forsikring

sagsøgeren har overtrådt sikkerhedsforskriften ved at tage på ferie uden at sikre sig, at døren var låst, eller i øvrigt, at sagsøgeren havde flere nøgler end 3 stk., som sagsøgeren ikke var i besiddelse af”.

I sag **95441** (omtalt i afsnit 4.2) afviste nævnet at afgøre, om der var bevis for at klagerens bil var brændt ved en dækningsberettigende begivenhed, idet der bestod en sådan usikkerhed om hændelsesforløbet og sagens faktiske omstændigheder, at der til en afgørelse kræves forklaringer fra de involverede parter og eventuelle vidner. I såvel byretten som landsretten fik klageren medhold. Byretten udtalte blandt andet, ”at de forklaringer, der er afgivet til politirapport, og de forklaringer, der er afgivet til Tryg Forsikring A/S' efterforskere, ikke er divergerende vedrørende selve skaden, og at forklaringerne, vedrørende hvor A opholdt sig før og umiddelbart efter branden, ikke kan tillægges selvstændig betydning vedrørende vurderingen af, om der er tale om en dækningsberettiget skade. Retten bemærker, at der er fremlagt overvågningsfotos fra stedet, hvor bilen brændte, og at det heraf fremgår, at en mand ses at bevæge sig i området bærende på en sæk. Det kan lægges til grund, at bilen var vedligeholdt med service helt op til det tidspunkt, hvor bilen brændte. Det kan efter bevisførelsen ikke lægges til grund, at bilen stod for at skulle have udskriftet toppakning med en udgift på ca. 19.000 kr. til følge. Det er samlet set rettens opfattelse, at de af Tryg Forsikring A/S anførte forhold hverken i sig selv eller efter en samlet vurdering udgør et tilstrækkeligt bevis for, at der ikke er tale om en dækningsberettiget skade”.

Landsretten udtalte, at ”Det er ubestridt, at bilen brændte den 9. juni 2019 med stor skade på bilen til følge. Der er således ifølge forsikringsvilkårene indtrådt en forsikringsbegivenhed. Landsretten tiltræder som fastslået af byretten, at Tryg Forsikring, som nægter at udbetale forsikringssummen på bilen, har bevisbyrden for, at skaden ikke er dækningsberettiget. Af de grunde som byretten har anført, tiltræder landsretten endvidere, at de af Tryg Forsikring anførte forhold hverken i sig selv eller efter en samlet vurdering udgør et tilstrækkeligt bevis for, at der ikke er tale om en dækningsberettiget skade. Landsretten finder herudover, at Tryg Forsikring ikke har godtgjort, at A ikke har givet alle hende tilgængelige oplysninger om forhold, som kan være af betydning for bedømmelsen af forsikringsbegivenheden, jf. forsikringsaftalelovens § 22. For så vidt angår urigtige risikooplysninger (FAL § 4 og § 6) udtalte landsretten, at ”Det må lægges til grund, at Tryg Forsikring i forbindelse med indtegningen af forsikringen indhentede oplysninger hos [andet forsikringsselskab] om A's skadeshistorik på bilen, og at [andet forsikringsselskab] i den forbindelse oplyste over for Tryg Forsikring bl.a., at A havde anmeldt tre skader i perioden fra 20. januar til 19. april 2019. Tryg Forsikring kendte dermed til grundlaget for [andet forsikringsselskabs] opsigelse af forsikringen. På denne baggrund, og efter bevisførelsen i øvrigt, herunder indholdet af den fremlagte korrespondance mellem A og Tryg Forsikring, lægger landsretten til grund, at A ikke fortiede oplysningen om opsigelsen, da hun indtegnede forsikringen hos Tryg Forsikring. Landsretten tager på denne baggrund A's påstand om, at Tryg Forsikring er forpligtet til at anerkende, at der er tale om en dækningsberettiget skade, til følge”.

I sag **99716** (omtalt i afsnit 3.1.4) fandt nævnet, at selskabet skulle betale helbredsbetingsede ydelser for midlertidigt erhvervsevnetab også efter den 1/2 2022. Nævnet bemærkede, at selskabet ville være berettiget til at overgå til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevnetab, når klagerens tilstand var stabil. Byretten nåede til det modsatte resultat. Byretten fandt ”i lighed med Ankenævnet og af de af Ankenævnet anførte grunde, at de lægelige oplysninger frem til 6. december 2021, hvor Danica traf afgørelse om, at Ft's var tilstand tilstrækkelig stabiliseret til, at Danica Pension kunne vurdere hendes generelle erhvervsevne, ikke underbygger, at Ft's psykiske tilstand har været stabiliseret i et sådant omfang, at Ft's længerevarende erhvervsevnetab efter forsikringsbetingelserne kunne vurderes. Retten finder det heller ikke bevist, at Ft's

## Ankenævnet for Forsikring

erhvervsevne varigt var nedsat med mere end halvdelen". Spørgsmålet var herefter, om Danica Pension har været berettiget til at stoppe udbetalingen alene med henvisning til 18 måneders reglen. Retten udtalte, at det "er uomtvistet, at Ft. fik udbetalt midlertidige ydelser i 4 år og 8 måneder. Retten må lægge til grund, at Ft's erhvervsevne i forhold til det generelle arbejdsmarked ikke i denne periode er vurderet, bl.a. fordi Ft. ikke har ønsket at modtage ydelser fra det offentlige, hvorfor der ikke er iværksat arbejdsprøvning. Danica Pension har, efter de omgjorde deres beslutning af 31. marts 2020, om at stoppe udbetalingerne, i deres forlængelser af de midlertidige ydelser, jf. brev af 30. april 2020 og 8. juli 2020, anført, at forlængelsen er foretaget ud fra Ft's specifikke erhvervsevne, at Danica Pension ved længerevarende sygemelding ville vurdere den generelle erhvervsevne, og at de har udskudt denne vurdering i ca. 6 måneder. Det fremgår af sagen, at der løbende er foretaget sagsbehandling på sagen, herunder blandt andet Danica Pensions anmodning af 11. december 2020 om indsendelse af funktionskema, frem til, at Danica Pension den 6. december 2021 traf afgørelse om at stoppe udbetalingerne pr. 1. februar 2022. Det følger af forsikringsbetingelserne, at ydelserne for midlertidigt tab af erhvervsevne kan stoppes efter 18 måneder. Uagtet at Ft. har fået udbetalt ydelserne i mere end 3 år efter, at disse kunne være stoppet, finder retten, at det ikke er godtgjort, at Danica Pension – under de anførte omstændigheder – eksplicit eller implicit ved at fortsætte udbetalinger har påtaget sig en forpligtelse hertil".

I en sag (sag **100155** omtalt i afsnit 3.1.5) afgjorde nævnets flertal, at pensionselskabet ud fra en analogi til Renteaftalen skulle betale renter til klageren for 1 måneds sagsforsinkelse, idet selskabet burde have ekspederet overførselsanmodningen inden udgangen af 2022. Flertallet fandt ikke grundlag for at pålægge selskabet at betale erstatning for klagerens eventuelle investeringstab i overførselsperioden. Ved byretten blev selskabet frifundet. Det fremgår af dommen, at "Retten finder ikke grundlag for at pålægge Danica Pension at betale renter i henhold til en analog anvendelse af § 4, jf. § 3 i Aftale om betaling af rente ved overførsel af pensionsmidler (Renteaftalen). Retten lægger i den forbindelse vægt på, at Danica Pension i denne sag er det modtagende pensionselskab, og at formålet med rentebestemmelsen må antages at være at sikre, at et afleverende selskab ikke beholder rådigheden over kundernes pensionsmidler længere tid end højst nødvendigt, når der er fremsat en anmodning om overførsel til et andet selskab. I nærværende sag er der tale om en fejl begået i forbindelse med Danica Pensions behandling af [FT's] anmodning, hvilket medførte en forsinkelse i fremsendelse af overførselsanmodningen til [pensionselskab1], hvilket efter rettens opfattelse ikke kan danne grundlag for en analog anvendelse af bestemmelserne i Renteaftalen".

I sag **101613** (omtalt i afsnit 3.1.7) fandt nævnets flertal, at klageren havde antageliggjort, at han som følge af ulykken den 22/3 2023 kunne have et varigt mén på 5 % eller derover. Selskabet skulle derfor genoptage sagen og skulle indhente og betale for en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Byretten var ikke enig i nævnets afgørelse og gav selskabet medhold. Retten udtalte, at "Det er på nuværende tidspunkt ikke fastslået, at A har krav på godtgørelse for varigt mén fra Aros Forsikring – Gensidigt forsikringsselskab. Retten finder derfor på det foreliggende grundlag, at A ikke har en konkret, aktuel retlig interesse i spørgsmålet om forrentningen af en eventuel erstatning. As påstand afvises derfor. Af forsikringsbetingelserne og af Ankenævnet for Forsikrings vedtægter fremgår ikke en hjemmel til at pålægge Aros Forsikring – Gensidigt Forsikringsselskab at indhente og betale for en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring i en situation som den foreliggende. Herefter, og da der efter de oplysninger, der er fremlagt, sammenholdt med As anbringender ikke i øvrigt er godtgjort en sådan hjemmel, tager retten Aros Forsikring – Gensidigt Forsikringsselskabs frifindelsespåstand herom til følge. Retten har herefter ikke anledning til at

# Ankenævnet for Forsikring

tage stilling til den del af As påstand, der vedrører anvendelsen af en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring”.

Domstolene tog i 8 retssager stilling til, om klageren havde handlet illoyalt i en sådan grad, at selskabet kunne ophæve klagerens erhvervsevnetabsforsikring. I 6 af sagerne fandt domstolene, at der kunne ske ophævelse af klagerens erhvervsevnetabsforsikring.

I 2 sager fandt domstolene, at der ikke kunne ske ophævelse af klagerens erhvervsevnetabsforsikring. Den første sag (**94244**) er omtalt i afsnit 4.1, hvor byretten fandt, at klagerens erhvervsevne pr. 1/12 2018 var nedsat med mellem halvdelen og 2/3, og at selskabet var uberettiget til at ophæve erhvervsevnetabsforsikringen. Byretten udtalte blandt andet, at ”Uanset at videooptagelserne og oplysningerne fra de sociale medier er egnede til at skabe betydelig tvivl om [sagsøgers] reelle, fysiske skånehensyn, finder retten efter en samlet vurdering, at PFA Pension ikke har godtgjort, at [sagsøger] bevidst har afgivet urigtige eller mangelfulde oplysninger om omfanget af hendes erhvervsevne i de erklæringer, der ligger til grund for PFA Pensions stillingtagen til, om hun fortsat var berettiget til erhvervsevnetabsydelse og præmiefritagelse i 2014. Retten har navnlig lagt vægt på, at PFA Pensions observationer i 2018 er foretaget henholdsvis fire, fem og seks år efter [sagsøgers] beskrivelse af sine helbredsforhold i 2012, 2013 og 2014, og at oplysningerne i internetundersøgelsen om [sagsøgers] erhvervsrelaterede aktiviteter i 2012, 2013 og 2014 ikke er af et sådant omfang eller karakter, at det kan lægges til grund, at hun på daværende tidspunkt var i stand til at udføre erhvervsarbejde. PFA Pension var herefter ikke efter forsikringsbetingelsernes punkt A, § 3, berettiget til at ophæve [sagsøgers] erhvervsevnetabsforsikringer hos PFA Pension med virkning fra den 1. december 2018 som sket”.

Den anden sag (**95002**) er omtalt i afsnit 5.3, hvor nævnet havde udtalt, dels at klageren ikke havde ret til dækning, at dels at selskabet kunne ophæve klagerens erhvervsevnetabsforsikring. Østre Landsret var enig i, at klageren ikke havde ret til dækning pr. 1/10 2019, men Landsretten var ikke enig i, at selskabet kunne ophæve erhvervsevnetabsforsikringen. Landsretten udtalte, at ”Efter en samlet vurdering af sagens oplysninger, herunder de oplysninger, som [klageren] over årene har givet til Danica Pension, finder landsretten ikke fuldt tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at [klageren] har handlet svigagtigt eller illoyalt tilsidesat sin kontraktmæssige forpligtelse over for Danica Pension på en sådan måde, at Danica Pension var berettiget til at ophæve forsikringen”.

Endelig skal fremhæves Højesterets dom, om Trygs aftalevilkår skal tilsidesættes som ugyldig, og om prisstigninger gennemført uden varsel kan opretholdes. Dommen er omtalt i afsnit 6.4. Højesteret fandt, at ”vilkåret må forstås sådan, at selskabet kun skal varsle væsentlige ændringer af betingelser eller pris til hovedforfald, hvorimod uvæsentlige ændringer ikke skal varsles. At vilkåret ikke præciserer, hvornår en ændring af betingelser eller pris er væsentlig, gør efter Højesterets opfattelse ikke vilkåret uklart og arbitrært. Der er tale om en sædvanlig retlig standard også inden for forbrugerretten. Der er herefter ikke grundlag for at bringe aftalelovens § 38 b, stk. 1, i anvendelse. ... God skik-bekendtgørelsens krav om, at det kun er de væsentlige ændringer, der skal varsles i forbindelse med forsikringsperiodens udløb, afspejler den balance mellem hensynet til forsikringstagerne og hensynet til forsikringsselskaberne, som ressortmyndigheden anser for at være rimelig og passende. I lyset heraf finder Højesteret, at forsikringsvilkåret ikke kan anses for at bevirke en betydelig skævhed i parternes rettigheder og forpligtelser, men ligesom god skik-bekendtgørelsens § 34, stk. 1 (nu § 19, stk. 1), er udtryk for en rimelig og passende balance af de modstående hensyn. Højesteret finder herefter, at forsikringsvilkåret ikke skal tilsidesættes som ugyldigt, jf. aftalelovens § 38 c, stk. 1, jf. § 36, stk.

# Ankenævnet for Forsikring

1". For så vidt angår prisstigningerne lægger Højesteret til grund, "at de gennemførte prisstigninger varierede fra under 1 % og ikke oversteg 4 %. I gennemsnit udgjorde prisstigningerne 3,1 % - 3,8 %, svarende til ca. 105 kr. Størstedelen af de berørte policer blev kun pålagt én uvarslet prisstigning fra 2016 til 2020, og kun ca. 4,9 % af de berørte policer var genstand for to på hinanden følgende prisstigninger. Højesteret lægger endvidere til grund, at Tryg Forsikring ikke havde en politik om systematisk at gennemføre prisstigninger, men årligt vurderede, om der var behov for ændringer i prisen med henblik på at risikofafdække ændrede forudsætninger, som ikke kunne afdækkes via den årlige inflationsbaserede indeksregulering. Højesteret finder herefter, at prisstigningerne, som Tryg Forsikring gennemførte i perioden fra marts 2016 til februar 2020, ikke var væsentlige. De kunne derfor efter forsikringsvilkårene gennemføres til hovedforfald uden varsel".

Nævnets kendelser offentliggøres i anonymiseret form på ankeforsikring.dk. Her er det også muligt at se de enkelte selskabers klageantal og resultatet af disse set i forhold til de enkelte selskabers markedsandele. Det er ligeledes muligt at søge på anfægtede sager, og dermed se disse. Det kan ske ved f.eks. at indtaste: anfægtet i søgefeltet.

Et mindre antal af nævnets afgørelser offentliggøres ikke på hjemmesiden. Det skyldes, at det enten ikke er muligt at anonymisere afgørelsen tilstrækkeligt, eller at klageren har bedt om, at afgørelsen ikke offentliggøres. I 2025 blev 9 sager ikke offentliggjort. De 9 sager fordeler sig således: 6 sager om livs- og pensionsforsikring, 2 sager om motorkøretøjsforsikring og 1 sag om familieforsikring.

2 sager blev genoptaget til fornyet behandling primært på grund af nye oplysninger fra en af sagens parter. Sager, hvor alene en del af den afgjorte sag senere genoptages til fornyet behandling, offentliggøres på hjemmesiden. Sager, hvor hele den afgjorte sag genoptages til fornyet behandling, offentliggøres ikke på hjemmesiden. I stedet offentliggøres den nye afgørelse, som nævnet træffer, og som erstatter den tidligere afgørelse.

# Ankenævnet for Forsikring

## 1. Ankenævnets organisering.

Ankenævnet er stiftet af Forbrugerrådet Tænk og Forsikring & Pension den 1/9 1975. Ankenævnet for Forsikring er senest den 1/2 2025 godkendt af Erhvervsministeriet i medfør af § 6 i lov om alternativ tvistløsning i forbindelse med forbrugerklager. Godkendelsen har virkning fra 1/2 2025 og frem til og med 31/1 2028.

Nævnets afgørelse er ikke bindende for parterne, og begge parter kan indbringe sagen for domstolene. For forsikringselskaberne er det dog en betingelse, at de inden 30 dage efter modtagelsen af nævnets afgørelse har meddelt nævnet, at de ikke ønsker at være bundet af afgørelsen – en såkaldt anfægtelse.

Nævnet består pr. 1/1 2026 af 1 formand og 4 næstformænd, der udgør nævnets formandskab, og et antal nævnsmedlemmer i øvrigt. Formand og næstformænd skal være dommere eller pensionerede dommere. De stiftende organisationer udpeger formand, næstformænd og nævnets medlemmer.

Pr. 1/1 2026 er nævnets formand højesteretsdommer Jørgen Steen Sørensen. Landsdommerne Peter Thønings, Hans-Jørgen Nymark Beck og de pensionerede landsdommere Svend Bjerg Hansen og Henrik Twilhøj er næstformænd.

### 1.1. Nævnsmedlemmer. Forbrugerrådet Tænk.

Ved udgangen af 2025 var følgende personer udpeget af Forbrugerrådet Tænk som nævnsmedlemmer:

#### Permanente medlemmer:

Seniorjurist Daniel Mathias Bager  
Ankenævnskoordinator Regitze Buchwaldt  
Juridisk konsulent Jakob Steenstrup  
Jurist Ida Nynne Daarbak Reislev

#### Generelle medlemmer:

Marianne Carstensen  
Bitte Dyrberg  
Jakob Kromann Groth  
Poul Erik Jensen  
Jan Madsen  
Niels Stoftoft Overgaard  
Keld Volder

### 1.2. Nævnsmedlemmer. Forsikring & Pension.

Ved udgangen af 2025 var følgende personer udpeget af Forsikring & Pension som nævnsmedlemmer:

#### Permanente medlemmer:

Advokat Kenneth Bodén Andersen  
Advokat Vibeke Hjarlitz  
Advokat Kåre Højerup  
Forsikringsjurist Niklas Jeppesen  
Forretningsjurist Inge Jessen  
Juridisk Direktør, advokat Lars Bue Nørbjerg

# Ankenævnet *for* Forsikring

Advokat Klaus Rasmussen  
Skadeschef, advokat Kurt Rasmussen  
Chefjurist Anne-Marie Aagaard Tegldal  
Kvalitetskonsulent, advokat Berit Torm  
Compliancechef, cand.jur. Alan Matthias Wad

## Arbejdsmarkedspension:

Forsikringsdirektør Joan Alsing  
Chefkonsulent Othman El-Khadri  
Juridisk konsulent Merete Hesselbjerg  
Juridisk konsulent og klageansvarlig Thomas Dahl Hurrelbrink  
Chefkonsulent Ulrich Larsen  
Jurist Niels Møller

## Byggeskadeforsikring:

Juridisk skadebehandler Ida Chloë Hansen-Sunddahl  
Kvalitetskonsulent Keld Løgstrup-Nielsen  
Jurist Lars Ploumark Petersen  
Advokat Klaus Rasmussen  
Jurist Merete Toxborg

## Bygningsforsikring:

Seniorjurist Mette Jakobsen  
Jurist Anna Moth  
Kundeklagechef, Cand.jur. Ulla Ravn  
Specialkonsulent, cand.jur. Lise Skovgaard  
Jurist Merete Toxborg

## Ejerskifteforsikring:

Juridisk skadebehandler Ida Chloë Hansen-Sunddahl  
Kvalitetskonsulent Keld Løgstrup-Nielsen  
Jurist Anna Moth  
Fagkonsulent Martin Birch Petersen  
Advokat Klaus Rasmussen  
Kundeklagechef, Cand.jur. Ulla Ravn  
Jurist Merete Toxborg

# Ankenævnet for Forsikring

## Familieforsikring:

Kvalitetskonsulent, cand.jur. Martin Friis Arnetoft  
Skadeforf, advokat Whitney Bjerrum  
Fagansvarig, Leon Nygaard Brochstedt  
Seniorjurist Mette Jakobsen  
Jurist Josefine Miller Rasmussen  
Kundeklagechef, Cand.jur. Ulla Ravn  
Seniorjurist Christina Louise Heede Sørensen  
Jurist Merete Toxborg

## Livsforsikring og pensionsforsikring:

Juridisk specialkonsulent Mette Marie Tvedgaard Grubbe  
Advokat Asger Holst-Jensen  
Juridisk konsulent og klageansvarlig Thomas Dahl Hurrelbrink  
Seniorjurist Daniela Lewin  
Advokat Malene Dræbye Slyngborg  
Advokat Peter Theisen

## Lystfartøjsforsikring:

Afdelingschef Michael Kjær  
Managing director Gert Toft

## Motorkøretøjsforsikring:

Fagkonsulent, Cand.jur. Christian Riskjær Christensen  
Fagansvarlig Motorskade Christian Bagger Praëm  
Advokat Michael Rosenkilde-Hansen  
Seniorjurist Christina Louise Heede Sørensen

## Privat ansvarsforsikring og retshjælpforsikring:

Kvalitetskonsulent, cand.jur. Martin Friis Arnetoft  
Seniorjurist Mette Jakobsen  
Jurist Annemette Holm Larsen  
Jurist John Holmgrün Nielsen  
Kundeklagechef, Cand.jur. Ulla Ravn  
Kundeambassadør Vibeke Rønn  
Specialkonsulent, Cand.jur. Lise Skovgaard  
Jurist Merete Toxborg

## Rejseforsikring:

Kvalitetskonsulent, cand.jur. Martin Friis Arnetoft  
Fagansvarlig Leon Nygaard Brochstedt  
Jurist Josefine Miller Rasmussen  
Advokat Michael Rosenkilde-Hansen  
Seniorjurist Christina Louise Heede Sørensen

# Ankenævnet *for* Forsikring

## Sygeforsikring og ulykkesforsikring:

Kvalitetskonsulent, cand.jur. Martin Friis Arnetoft

Seniorjurist Mette Jakobsen

Fagansvarlig Heidi Hillerup

Personskadechef, jurist Berit Norup Hindhede

Specialkonsulent Pia Nordland

Fuldmægtig Jeanette Nygaard

Stine Brix Schlægelberger Zacho

## **1.3. Nævnets sekretariat.**

Ledelsen af nævnets sekretariat bestod ved udgangen af 2025 af direktør Kim Sparlund og kontorchef Carsten Sennels.

Der var ansat 14 jurister (heraf 3 på deltid), 5 kontorfunktionærer (heraf 4 på deltid) og 2 studenter.

# Ankenævnet for Forsikring

## 2. Ankenævnets arbejde.

I 2025 blev der registreret 2.193 nye klager samt rettet 2.883 forespørgsler til nævnets sekretariat. Sagsantallet er:

	<u>Antal 2025</u>	<u>Antal 2024</u>
Sager primo året	1.102	965
Nye klager	2.193	1.898
Antal sager til behandling	3.295	2.863

### Sagerne fordeler sig således:

Sekretariatsafsluttede sager	481	375
Nævnsafsluttede sager	1.593	1.386
Uafsluttede sager ved årets udgang	1.221	1.102
I alt	3.295	2.863

Siden nævnets start i 1975 har antallet af sager udviklet sig således:

	Indkomne sager:	Nævnsbehandlede sager:	Sekretariatsbehandlede sager:	Forespørgsler:
1975	360	61	94	256
1980	2.072	898	666	1.968
1985	2.274	1.790	788	2.495
1990	2.212	1.753	609	3.031
1995	2.497	1.941	584	3.422
2000	2.764	2.052	677	3.916
2005	2.657	2.094	631	5.633
2010	2.095	1.494	377	5.233
2015	1.389	1.703	296	4.029
2016	1.351	1.015	237	3.341
2017	1.418	1.019	242	3.998
2018	1.339	1.153	236	3.526
2019	1.362	1.149	229	3.101
2020	1.585	1.200	251	2.839
2021	1.394	1.197	250	3.354
2022	1.424	1.278	248	2.649
2023	1.752	1.216	331	2.875
2024	1.898	1.386	375	2.699
2025	2.193	1.593	481	2.883

# Ankenævnet for Forsikring

Indkomne/afsluttede sager fordelt efter forsikringstype

Forsikringstype	Antal %		Antal %		Antal %	
	Indkomne 2025		Afsluttet 2025		Afsluttet 2024	
Ejerskifteforsikring	422	19,2	417	20,1	361	20,5
Ulykkesforsikring	397	18,1	382	18,4	331	18,8
Livs- og pensionsforsikring og arbejdsmarkedspension	372	17,0	336	16,2	297	16,9
Motorkøretøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	265	12,0	249	12,0	146	8,3
Hus- og grundejerforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	162	7,4	139	6,7	159	9,0
Familieforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	151	6,9	149	7,2	126	7,2
Rejseforsikring	78	3,6	71	3,4	64	3,6
Kritisk sygdom	78	3,6	82	4,0	58	3,3
Sygeforsikring	63	2,9	52	2,5	44	2,5
Retshjælpsforsikring	39	1,8	42	2,0	44	2,5
Husdyrforsikring (bortset fra ansvar)	36	1,6	28	1,4	24	1,4
Arbejdsløshedsforsikring	35	1,6	29	1,4	26	1,5
Byggeskade	35	1,6	33	1,6	29	1,6
Ansvarsforsikring	18	0,8	21	1,0	7	0,4
Diverse	15	0,7	13	0,6	8	0,4
Lystfartøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	13	0,6	16	0,8	12	0,7
Totalforsikring	7	0,3	10	0,5	11	0,6
Speciallægevalg*	7	0,3	5	0,2	14	0,8
I alt	2.193	100	2.074	100	1.761	100

\* Efter § 2A i nævnets vedtægter, kan man klage over, at et selskab – der har tiltrådt Forsikring & Pensions principper for indhentning af speciallægeerklæring og attest fra speciallæge – ikke har fulgt disse principper. Nævnet modtager stort set ikke sådanne klager. Nævnet modtager i stedet sager, hvor klageren ønsker, at selskabet skal indhente en speciallægeerklæring, men hvor selskabet mener, at dette ikke er nødvendigt. Sådanne klager indgår i denne kategori, hvis klageren – når klagen blev indgivet – i klageskemaet har afkrydset, at der er tvist om speciallægevalg.

## 2.1. Sagsbehandlingstid.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i 2025 for de 2.074 afsluttede sager var 6,1 måneder. I 2024 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid 6,1 måneder. For samtlige sager, der blev afsluttet i 2025, er sagsbehandlingstiden:

Inden for	Antal 2025	% 2025	Sum % 2025	Sum % 2024
4 måneder	648	31,2	31,2	30,1
4-6 måneder	625	30,1	61,3	61,9
6-8 måneder	362	17,5	78,8	79,6
8-10 måneder	192	9,3	88,1	88,3
10-12 måneder	91	4,4	92,5	92,6
12-18 måneder	94	4,5	97,0	97,2
Over 18 måneder	62	3,0	100	100

# Ankenævnet for Forsikring

Sagsbehandlingstiden er i høj grad afhængig af, hvor mange gange klageren og selskabet i en klagesag ønsker at kommentere på modpartens indlæg, samt hvor hurtigt parterne svarer, herunder hvor gode parterne er til at overholde de svarfrister, som nævnets sekretariat fastsætter.

Sager – med en sagsbehandlingstid på 12 måneder eller derover – har ofte været sat i bero i en periode for at afvente input fra en anden instans. I ulykkesager kan sagen f.eks. være sat i bero for at afvente en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. I ejerskifte-, byggeskade- og bygningsager kan sagen være sat i bero, fordi en af parterne har ønsket at indhente en byggesagskyndig udtalelse, som skal indgå som bevis i sagen. I andre sager kan sagen være sat i bero, fordi man afventer lægelige undersøgelser, politiets undersøgelser eller en dom.

Gennemsnitlig sagsbehandlingstid fordelt efter forsikringstype

Forsikringstype	Måneder 2025	Måneder 2024
Byggeskade	8,2	10,3
Ulykkesforsikring	7,2	6,9
Ejerskifteforsikring	7,0	7,1
Retshjælpsforsikring	6,8	4,8
Livs- og pensionsforsikring og arbejdsmarkedspension	6,5	6,4
Lystfartøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	6,1	6,1
Hus- og grundejerforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	5,7	5,6
Husdyrforsikring (bortset fra ansvar)	5,5	4,8
Familieforsikring (bortset fra ansvar og retshjælp)	5,5	4,9
Kritisk sygdom	5,0	4,4
Speciallægevalg	5,0	7,0
Motorkøretøjsforsikring (bortset fra retshjælp)	4,9	4,6
Sygeforsikring	4,8	5,4
Rejseforsikring	4,4	4,1
Arbejdsløshedsforsikring	3,7	7,5
Diverse	2,1	7,9
Totalforsikring	1,9	1,0
Ansvarsforsikring	1,7	2,7

Den gennemsnitlige berømmelsestid for de 1.593 nævnsafgjorte sager var 68,8 dage. Berømmelsestiden regnes fra den dato – hvor sagen er fuldt oplyst af sagens parter – og til den dato, hvor nævnet har afgjort sagen. I 2024 var berømmelsestiden 68 dage.

# Ankenævnet for Forsikring

## 2.2. Resultat af nævns- og sekretariatsafsluttede sager.

Sekretariatsafsluttede sager:	2025		2024	
	Antal	%	Antal	%
1.1 Klagen angår et andet forsikringssselskab, end det klageren har indgået aftale med	24	1,2	12	0,7
1.2 Klagen omhandler en erhvervsforsikring	18	0,8	11	0,6
1.4 Klageren har ikke indbetalt klagegebyr	37	1,8	27	1,5
1.5 Klageren har ikke indsendt klageskema, har i øvrigt ikke reageret på nævnets henvendelser eller indbragt klagen dobbelt	91	4,4	51	2,9
1.6 Klageren havde ikke forudgående klaget til selskabet	142	6,8	107	6,1
1.7 Klagen hører under andet tvistløsningsorgan, behandles af andet tvistløsningsorgan eller er afgjort ved dom, voldgift eller retsforlig	11	0,5	15	0,9
1.8 Klagen er afvist til behandling ved nævnets formand	31	1,5	21	1,2
<b>I alt indstillede sager</b>	<b>354</b>	<b>17,0</b>	<b>244</b>	<b>13,9</b>
2.1 Klageren har tilbagekaldt klagen	47	2,3	40	2,3
2.2 Opgivet af klageren efter sagkyndig udtalelse	24	1,2	18	1,0
<b>Klageren har tilbagekaldt sagen, inden sagen er klar til nævnet</b>	<b>71</b>	<b>3,5</b>	<b>58</b>	<b>3,3</b>
3.1 Selskabet har opfyldt klagen	56	2,7	72	4,1
3.2 Selskabet har opfyldt klagen efter sagkyndig udtalelse	0	0,0	1	0,1
<b>Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet</b>	<b>56</b>	<b>2,7</b>	<b>73</b>	<b>4,1</b>
<b>I alt sekretariatsafsluttede sager</b>	<b>481</b>	<b>23,2</b>	<b>375</b>	<b>21,3</b>
<b>Nævnsafsluttede sager:</b>				
4.1 Nævnet er ikke kompetent til at afgøre sagen (§ 2-3)	0	0,0	1	0,1
4.2 Ikke egnet til afgørelse (§ 4)	90	4,3	77	4,4
4.3 Genoptagne sager	2	0,1	9	0,5
4.4 Sag afgjort sammen med anden sag	0	0,0	0	0,0
<b>I alt ikke materielt afgjorte sager af nævnet</b>	<b>92</b>	<b>4,4</b>	<b>87</b>	<b>4,9</b>
5.1 Selskab medhold	1.263	60,9	1.074	61,0
5.2 Klager delvist medhold	91	4,4	83	4,7
5.3 Klager medhold	147	7,1	142	8,1
<b>I alt materielt afgjorte sager af nævnet</b>	<b>1.501</b>	<b>72,4</b>	<b>1.299</b>	<b>73,8</b>
<b>I alt afsluttede sager</b>	<b>2.074</b>	<b>100,0</b>	<b>1.761</b>	<b>100,0</b>

I 2025 lukkede eller afviste sekretariatet 354 sager på grund af forhold hos klageren.

Nævnet fandt, at 90 sager ikke var egnet til behandling ved nævnet på grund af usikkerheden om bedømmelsen af de fremkomne faktiske oplysninger, jf. vedtægternes § 4. Nævnets formand besluttede, at 2 sager skulle genoptages til fornyet behandling primært på grund af nye oplysninger fra en af sagens parter.

# Ankenævnet for Forsikring

Ser man bort fra disse sager, bliver resultatet af nævnns- og sekretariatsbehandlede sager følgende:

Udfald af sagen	Antal		Antal	
	2025		2024	
Selskab medhold	1.263	77,6	1.074	75,1
Klager har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	71	4,4	58	4,1
Klager delvist medhold	91	5,6	83	5,8
Klager medhold	147	9,0	142	9,9
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	56	3,4	73	5,1
I alt	1.628	100	1.430	100

I 18 % af tilfældene skete der en ændring til fordel for klageren set i forhold til den afgørelse, klageren fik i sit forsikringsselskab. I 2024 var procenten 20,8 %.

I afsnit 2.4 kan man se, hvordan de 1.628 sager fordeler sig på de enkelte forsikringstyper.

Nævnets afgørelser offentliggøres på nævnets hjemmeside, der fungerer som retsdatabase. Offentliggørelsen sker i anonymiseret form. I 2025 blev 9 sager ikke offentliggjort. Det skyldes, at det enten ikke var muligt at anonymisere disse afgørelser i tilstrækkelig grad, eller at klageren har bedt om, at afgørelsen ikke offentliggøres. De 9 sager fordeler sig således: 6 sager om livs- og pensionsforsikring, 2 sager om motorkøretøjsforsikring og 1 sag om familieforsikring.

## 2.3. Resultat af nævnnsafsluttede sager. Antal dissenser.

Udfald	Antal		Antal	
	2025		2024	
Afvist (§§ 2-3)	0	0,0	1	0,1
Afvist (§ 4)	90	5,7	77	5,6
Genoptaget ved anden sag	2	0,1	9	0,6
Sag afgjort sammen med anden sag	0	0,0	0	0,0
Selskab medhold	1.263	79,3	1.074	77,5
Klager delvist medhold	91	5,7	83	6,0
Klager medhold	147	9,2	142	10,2
I alt	1.593	100	1.386	100

2 sager blev genoptaget til fornyet behandling primært på grund af nye oplysninger fra en af sagens parter. Disse klagesager indgår først i medholdsstatistikken, når den nye afgørelse foreligger. Sager – hvor alene en del af den afgjorte sag senere genoptages til fornyet behandling – offentliggøres på hjemmesiden. Sager – hvor hele den afgjorte sag genoptages til fornyet behandling – offentliggøres ikke på hjemmesiden. I stedet offentliggøres den nye afgørelse, som nævnet træffer, og som erstatter den tidligere afgørelse.

I 2025 var nævnnsmedlemmerne i 64 sager ikke enige om udfaldet af sagen, hvorfor nogle nævnnsmedlemmer afgav en mindretalsudtalelse – en dissens. Det svarer til, at der blev afgivet dissens i 4 % af de nævnnsafgjorte

## Ankenævnet for Forsikring

sager. I 2024 blev der afgivet dissens i 3,2 % af de nævnsafgjorte sager. I 2023 blev der afgivet dissens i 3,5 % af de nævnsafgjorte sager.

### 2.4. Nævns- og sekretariatsafsluttede sager på forsikringstype.

Nævns- og sekretariatsafsluttede sager fordelt på forsikringstype og med angivelse af, om der er sket en ændring til fordel for klageren.

Ejerskifteforsikring	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	269	78,7	219	84,0
Klager delvist medhold	35	10,2	29	10,0
Klager medhold	18	5,3	15	5,2
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	9	2,6	13	4,5
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	11	3,2	13	4,5
I alt	342	100	289	100

Ulykkesforsikring	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	251	80,2	221	77,5
Klager delvist medhold	4	1,3	5	1,8
Klager medhold	20	6,4	29	10,2
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	8	2,5	8	2,8
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	30	9,6	22	7,7
I alt	313	100	285	100

Livs- og pensionsforsikring og arbejdsmarkedspension	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	220	75,9	189	71,3
Klager delvist medhold	14	4,8	16	6,0
Klager medhold	37	12,8	39	14,8
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	7	2,4	16	6,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	12	4,1	5	1,9
I alt	290	100	265	100

## Ankenævnet for Forsikring

<b>Motorkøretøjsforsikring</b>	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	126	79,3	83	77,6
Klager delvist medhold	7	4,4	3	2,8
Klager medhold	17	10,7	12	11,2
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	5	3,1	7	6,5
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	2,5	2	1,9
I alt	159	100	107	100

<b>Familieforsikring</b>	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	88	80,0	62	68,9
Klager delvist medhold	9	8,2	11	12,2
Klager medhold	9	8,2	10	11,1
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	3,6	4	4,5
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0	3	3,3
I alt	110	100	90	100

<b>Hus- og grundejerforsikring</b>	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	91	83,4	93	71,5
Klager delvist medhold	4	3,7	7	5,4
Klager medhold	5	4,6	14	10,8
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	3,7	9	6,9
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	5	4,6	7	5,4
I alt	109	100	130	100

## Ankenævnet for Forsikring

Kritisk sygdom	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	63	85,1	49	92,4
Klager delvist medhold	1	1,4	0	0,0
Klager medhold	6	8,1	1	1,9
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	5,4	2	3,8
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	1	1,9
I alt	74	100	53	100

Rejseforsikring	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	50	83,3	34	75,6
Klager delvist medhold	3	5,0	5	11,1
Klager medhold	4	6,7	2	4,4
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	3	5,0	4	8,9
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	60	100	45	100

Sygdomsforsikring	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	24	54,5	26	70,3
Klager delvist medhold	4	9,1	3	8,1
Klager medhold	10	22,7	6	16,2
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	4,6	1	2,7
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	4	9,1	1	2,7
I alt	44	100	37	100

## Ankenævnet for Forsikring

Retshjælp	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	22	64,7	23	65,7
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	8	23,6	7	20,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	3	8,8	4	11,4
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	2,9	1	2,9
I alt	34	100	35	100

Byggeskadeforsikring	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	11	47,8	15	71,5
Klager delvist medhold	6	26,1	2	9,5
Klager medhold	3	13,0	2	9,5
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	4,4	2	9,5
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	8,7	0	0,0
I alt	23	100	21	100

Husdyrforsikring	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	16	72,6	17	80,9
Klager delvist medhold	1	4,6	1	4,8
Klager medhold	2	9,1	1	4,8
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	9,1	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	4,6	2	9,5
I alt	22	100	21	100

## Ankenævnet for Forsikring

<b>Arbejdsløshedsforsikring</b>	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	13	65,0	21	84,0
Klager delvist medhold	1	5,0	0	0,0
Klager medhold	3	15,0	2	8,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	2	10,0	2	8,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	5,0	0	0,0
I alt	20	100	25	100

<b>Lystfartøjsforsikring</b>	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	9	64,3	8	80,0
Klager delvist medhold	2	14,3	1	10,0
Klager medhold	2	14,3	1	10,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	7,1	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	14	100	10	100

<b>Ansvarsforsikring</b>	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	4	80,0	3	75,0
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	1	20,0	0	0,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	1	25,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	5	100	4	100

## Ankenævnet for Forsikring

Diverse	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	2	66,7	1	100,0
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	1	33,3	0	0,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	3	100	1	100

Totalforsikring	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	1	33,3	1	100,0
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	1	33,3	0	0,0
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	1	33,4	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
I alt	3	100	1	100

Speciallæge	Antal	%	Antal	%
	2025		2024	
Selskab medhold	3	100,0	9	81,8
Klager delvist medhold	0	0,0	0	0,0
Klager medhold	0	0,0	1	9,1
Selskabet har opfyldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	0	0,0
Klageren har tilbagekaldt klagen, inden sagen er klar til nævnet	0	0,0	1	9,1
I alt	3	100	11	100

### 2.5. Internationalt samarbejde.

Ankenævnet for Forsikring er optaget på Europa-Kommissionens liste over alternative tvistbilæggelsesorganer (ATB-instanser).

Ankenævnet er tillige med i et fælleseuropæisk klagenetværk (FIN-NET). Netværket, der er beregnet på grænseoverskridende klager inden for det finansielle område, holder regelmæssigt møder, hvor de tilsluttede klageorganer og Europa-Kommissionen gør status og udveksler erfaring om brugen af netværket. Netværket kan findes på adressen

## **Ankenævnet *for* Forsikring**

[https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/fin-net-network/about-fin-net\\_da](https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/fin-net-network/about-fin-net_da)

Ankenævnet deltager også i international erfaringsudveksling gennem medlemskab af International Network of Financial Services Ombudsman Schemes. Netværket kan findes på <https://www.networkfso.org/>

# Ankenævnet for Forsikring

## 3. Efterlevelse af nævnets afgørelser/anfægtede sager.

Forsikringsselskaberne kan – i de første 30 dage efter modtagelsen af nævnets afgørelse – nægte at følge en afgørelse, der helt eller delvist har givet klageren medhold. I så fald orienterer nævnet klageren om muligheden for at indbringe sagen for domstolene og om at opnå retshjælpsdækning eller fri proces. Klageren informeres også om, at det er muligt at bede Nævnenes Hus om at udtage stævning på klagerens vegne, og at dette især er relevant, hvis klageren ikke har retshjælpsdækning på sin forsikring.

Forsikringsselskaberne meddelte i 17 tilfælde, at man ikke ønskede at følge den afgørelse, som nævnet har truffet i 2025. Det kaldes en anfægtet sag.

Nedenfor fremgår antallet af anfægtede sager pr. år:

	Anfægtede sager	% af sager, som klageren helt eller delvist har vundet
2000	15	4,7
2001	21	7,2
2002	8	3,0
2003	14	5,2
2004	10	3,7
2005	26*)	7,3
2006	16	6,1
2007	17	5,2
2008	16	5,3
2009	18	6,8
2010	19	7,1
2011	30	9,6
2012	28	8,2
2013	10	3,9
2014	18	7,4
2015	14	6,1
2016	9	4,5
2017	12	5,6
2018	18	7,9
2019	16	7,0
2020	33**) (17)	16,3 (9,1)
2021	13	7,1
2022	19	8,7
2023	27	12,7
2024	20	8,9
2025	17	7,1

\* heraf 7 sager vedrørende samme problemstilling.

\*\* heraf hhv. 16 sager (om byggeskade) og 2 sager (om præmieberegning) vedrørende samme problemstilling. Tælles hver af disse problemstillinger, som en anfægtet sag, fremkommer de tal, der ovenfor er angivet i parentes.

# Ankenævnet for Forsikring

## Anfægtelsesprocent for 2025

Branche	Antal anfægtede	Klager helt eller delvist medhold	Anfægtede i %
Sygdomsforsikring	4	14	28,6
Kritisk sygdom	1	7	14,3
Motorkøretøjsforsikring	3	24	12,5
Ejerskifteforsikring	4	53	7,5
Livs- og pensionsforsikring	3	46	6,5
Familieforsikring	1	18	5,6
Ulykkesforsikring	1	24	4,2

## Anfægtelsesprocent for 2015-25

Branche	Antal anfægtede	Klager helt eller delvist medhold	Anfægtede i %
Speciallægevalg	2	3	66,7
Livs- og pensionsforsikring	59	426	13,8
Husdyrforsikring	4	31	12,9
Sygeforsikring	8	70	11,4
Kritisk sygdom	4	40	10,0
Motorkøretøjsforsikring	21	226	9,3
Husejerforsikring	14	175	8,0
Ulykkesforsikring	21	307	6,8
Ejerskifteforsikring	31	534	5,8
Familieforsikring	10	209	4,8
Lystfartøjsforsikring	1	22	4,5
Byggeskadeforsikring	17*(2)	66 (50)	25,8 (4,0)
Retshjælpsforsikring	3	81	3,7
Arbejdsløshedsforsikring	1	45	2,2
Rejseforsikring	2	108	1,9

\* 16 sager vedrørende samme problemstilling. Regnes dette sagskompleks som en anfægtet sag, fremkommer de tal, der ovenfor er angivet i parentes.

De anfægtede sager har udviklet sig således:

Overførte, uafklarede sager ultimo 2024	52
Nytilkomne sager 2025	17
I alt	69
Afsluttede i 2025	18
Til rest, uafsluttede ultimo 2025	51

Fra 1/10 1980 til 31/12 2025 har selskaberne nægtet at efterleve 1004 afgørelser. Af de 1004 sager var 953 afsluttet ved udgangen af 2025, mens 51 var uafsluttede.

# Ankenævnet for Forsikring

For de ovenfor nævnte 953 anfægtede og afsluttede sager er det gået således:

	Antal i alt	%	Antal 2025
Klageren helt eller delvist medhold igen: Ved dom, ved forlig eller ved at selskab bet betalte pr. kulance	614	64,5	9
Selskab medhold	127	13,3	5
Klageren opgav sagen	212	22,2	4
I alt	953	100,0	18

Nævnet opfordrer selskaberne til at orientere nævnet om de domme, der afsiges i sager, som nævnet har afvist at afgøre, eller hvor klageren ikke får medhold i sin klage til nævnet. I afsnit 4 og 5 er omtalt 24 domme eller indenretlige forlig, som nævnet har fået kendskab til. I afsnit 6 omtales 4 domme, der ikke har verseret for nævnet, men er medtaget, da de vurderes at have bredere interesse.

I 2025 anfægtede selskaberne 17 sager. 2 sager var ved årets udgang indbragt for domstolene.

Af de tilbageværende 15 sager er 2 sager blevet opfyldt helt eller delvist af selskabet. De 2 sager, der er opfyldt af selskaberne (102152 og 103624), omtales i afsnit 3.2. I 13 sager er det uvist, om sagen videreføres for domstolene. Det drejer sig om sagerne 101481, 102008, 102526, 102665, 103056, 103082, 103137, 103231, 103643, 103882, 103955, 104025 og 104148.

### 3.1. Anfægtede sager. Afgjort ved dom i 2025.

7 anfægtede sager blev endelig afgjort ved dom i 2025. Klagerne fik medhold i 2 sager (se sag 3.1.3 og 3.1.6) og selskabet i 5 sager, som er omtalt i afsnit 3.1.1, 3.1.2, 3.1.4, 3.1.5 og 3.1.7.

#### 3.1.1. Sag 96893. Ulykkesforsikring. Bevis for ulykke og strakssymptomer. Tryk.

Klageren anmeldte den 12/10 2020, at hun den 16/8 2020 gled og faldt på et færgedæk. Klageren fik højresidige smerter i ben, balle- og rygregion. Klageren troede, at der var tale om følger af en diskusprolaps, men det blev den 16/3 2021 lægeligt vurderet, at klagerens gener kunne henføres til mindre partielle læsioner i obturator internus samt semimembranosus dx. ved hæfte på trochantermassivet og at dette kunne være en følge af den anmeldte ulykke. Nævnet fandt, at klageren var faldet på færgen den 16/8 2020. Nævnet lagde vægt på, at det af journalnotat fra fysioterapeut af 21/9 2020 fremgik, at klageren havde oplyst, at hun havde været udsat for et voldsomt styrt, og at hun mente, at hendes gener måske kunne stamme derfra. Nævnet lagde også vægt på, at klagerens første forklaringer i det lægelige materiale, hvor hun ikke nævnte faldet på færgen, kunne forklares ud fra klagerens oplysninger om, at hun havde andre smerteproblematikker, og at hun gik ud fra, at hun igen havde fået gener fra en ældre diskusprolaps. Nævnet fandt på baggrund af journalnotatet fra ortopædkirurgisk afdeling af 16/3 2021 godtgjort, at de mindre partielle læsioner i obturator internus samt semimembranosus dx. ved hæfte på trochantermassivet var en følge af det anmeldte ulykkestilfælde. Selskabet skulle derfor genoptage sagen på dette grundlag og betale eventuel méngodtgørelse.

# Ankenævnet for Forsikring

Selskabet anfægtede afgørelsen under henvisning til fraværet af tidsnære oplysninger om, at årsagen til generne skulle være et ulykkestilfælde. Ved Glostrup Rets dom af 27/11 2025 blev selskabet – efter sagen var blevet forelagt for Retslægerådet – frifundet. Af dommen fremgår:

## "Rettens begrundelse og resultat

Sagen vedrører spørgsmålet om, hvorvidt [klager] ved en hændelse den 16. august 2020 var udsat for en dækningsberettiget ulykke og som følge heraf har et berettiget krav for varigt mén på 20% mod hendes daværende ulykkesforsikringselskab, Tryg Forsikring A/S.

Der er således tvist i sagen om, hvorvidt forsikringsbetingelserne er opfyldt, herunder om der foreligger årsagssammenhæng mellem hændelsen og de gener, som ligger til grund for det påståede krav om godtgørelse for varigt mén.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 3, at forsikringen dækker ulykkestilfælde, som forstås som en pludselig hændelse, der forårsager personskade, og at for at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden.

[Klager] har bevisbyrden for, at disse betingelser er opfyldt.

Retten lægger efter bevisførelsen, herunder [klagerens] forklaring og vidneforklaringerne, til grund, at [klager] gled og faldt på et færgedæk den 16. august 2020.

Retten lægger endvidere til grund, at hun herefter blev tilset af en læge første gang den 24. august 2020, hvilket vil sige otte dage efter hændelsen på færgen.

Det er anført i journalnotatet, at hun "siden nogle uger" havde haft ondt i højre balde og indersiden af højre lår, og at hun tidligere havde haft en diskusprolaps i venstre side og var bange for, at hun har fået en ny i højre side. Hændelsen på færgen omtales ikke i journalnotatet.

Dagen efter blev [klager] tilset af en fysioterapeut, hvor det blev noteret, at hun havde smerter omkring lysken især i den højre side, hvor det trak ud i højre balle og lænd, og at smerterne nu havde været i 3 ugers tid.

Hændelsen på færgen omtales ikke i notatet.

Ved en behandling hos fysioterapeut den 21. september 2020 er noteret i journalen, at hun var "*Kommet i tanke om at hun inden første gang her havde et voldsomt styrt og tror måske når hun tænker tilbage at smerter kan komme derfra.*"

[Klager] anmeldte skaden til forsikringselskabet den 12. oktober 2020, og første nærmere beskrivelse af faldet på færgen i de lægelige akter er i et sygehusjournalnotat af 23. oktober 2020.

Retslægerådets flertal har med henvisning til de lægelige akter i besvarelsen af spørgsmål 1 udtalt, at der ikke foreligger tidstro klager efter ulykkestilfældet den 16. august 2020. Retslægerådets flertal har

# Ankenævnet for Forsikring

endvidere udtalt i svaret på spørgsmål 4, at det er mindre end 50 % sandsynligt, at sagsøgers symptomer fra højre hofte skyldes ulykkestilfældet den 16. august 2020. Der lægges vægt på, at der ikke er tidstro dokumentation for symptomernes opståen i forlængelse af ulykkestilfældet. Der lægges endvidere vægt på, at der ikke er fund ved MR-skanningen den 2. november 2020, der sandsynligt (med sandsynlighed over 50 %) er en følge af et traume. I svaret på spørgsmål A har flertallet udtalt, at der ud fra en vurdering af de lægefaglige akter ikke er holdepunkter for, at sagsøger var udsat for et enkeltstående traume. Der lægges vægt på, at der ikke er påvist fund, der sandsynligvis (over 50 %) er følger af et ryg- og hoftetraume.

Efter bevisførelsen, herunder indholdet af de lægelige akter og Retslægerådets udtalelse, finder retten, at [klager] ikke har godtgjort, at hun har pådraget sig en dækningsberettiget skade ved hændelsen på færgen den 16. august 2020, herunder at der er årsagssammenhæng mellem hendes varige gener og hændelsen.

Efter sagens udfald skal [klager] i sagsomkostninger betale 35.000 kr. til Tryg Forsikring A/S til dækning af udgifter til advokatbistand. Ud over sagens værdi er der ved fastsættelsen af beløbet taget hensyn til sagens omfang og forløb, herunder at sagen har været forelagt Retslægerådet samt hovedforhandlingens varighed.

### 3.1.2. Sag 98788. Fagspecifik erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. Illoyalitet. PFA.

Klageren, som var selvstændig erhvervsdrivende og havde tegnet fagspecifik erhvervsevnetabsdækning, blev den 11/5 2021 sygemeldt med aortadissektion. Den 12/7 2021 søgte klageren om erhvervsevnetabsydelse, idet han led af manglende luft og kondition. Den 31/1 2022 blev han raskmeldt i kommunalt regi. Efter observationer af klageren afviste selskabet at betale helbredsbetingede ydelser, og selskabet opsagde forsikringen pr. 1/3 2022. Selskabet anførte, at klageren bevidst havde afgivet urigtige oplysninger om omfanget af nedsættelsen af sin erhvervsevne, og at klageren væsentligt havde tilsidesat sine kontraktlige forpligtelser over for selskabet. Selskabet anførte, at det foreliggende observationsmateriale bekræftede, at klageren havde et betydeligt aktivitets- og funktionsniveau med erhvervsarbejde i virksomhed [2]. Nævnet fandt, at klageren ikke har bevist, at hans midlertidige erhvervsevne i perioden 12/10 2021 til 31/1 2022 havde været nedsat med halvdelen. Nævnet kunne ikke kritisere, at selskabet havde afvist at betale helbredsbetingede ydelser for den pågældende periode. Nævnet fandt, at selskabet ikke havde fremlagt tilstrækkeligt bevis for, at klagerens adfærd havde været af en sådan illoyal karakter, at selskabet havde været berettiget til at ophæve erhvervsevnetabsforsikringen.

Selskabet anfægtede afgørelsen under henvisning til, at man var uenig i, at selskabet ikke kunne ophæve forsikringen under henvisning til klagerens illoyalitet.

Ved Københavns Byrets dom af 17/10 2025 fik selskabet ret i, at selskabet kunne ophæve forsikringen fremadrettet under henvisning til klagerens illoyalitet. Selskabet blev derfor frifundet. Af dommen fremgår:

#### "Rettens begrundelse og resultat

Det er ubestridt, at Ft i perioden fra den 18. til den 23. december 2021 og igen fra den 27. til den 31. december 2021 opholdt sig på firmaadressen for [virksomhed], hvor han er medejer, i forbindelse med salg af [sæsonvare]. Der er enighed om, at de fremlagte observationsrapporter, der bygger på en fysisk

## Ankenævnet for Forsikring

overvågning af Ft i det offentlige rum og i salgslokalet hos [virksomhed], og som indeholder samtidige notater om hans færden og adfærd, kan lægges til grund ved sagens afgørelse.

Det følger af forsikringsbetingelsernes § 12, at forsikrede straks skal orientere PFA Pension om enhver ændring, der kan have betydning for blandt andet PFA Pensions vurdering af, om betingelserne for betaling af midlertidig fagrelateret erhvervsevnedssættelse efter § 9 er opfyldt. Det er udtrykkeligt angivet, at oplysningspligten indtræder ved hel eller delvis raskmelding og ved ændringer i arbejdstiden samt ændringer i øvrigt, der kan have betydning for aftaleforholdet med PFA Pension.

Det er ubestridt, at Ft hverken ved afgivelsen af helbredserklæringen den 12. marts 2020 eller ved skadesanmeldelsen den 12. juli 2021, skønt direkte forespurgt om bierhverv og ulønnet arbejde, har oplyst om den erhvervmæssige aktivitet, som han siden 2018 har udfoldet i [virksomhed].

Dette til trods for, at det efter de afgivne forklaringer i sagen må lægges til grund, at Ft i årene forud for skadestidspunktet har haft en væsentlig arbejdsbyrde i selskabet i løbet af perioden for salg af [sæsonvare].

Retten finder, at observationsrapporterne med tilhørende videooptagelser og observatørernes forklaringer giver et klart billede af et ubesværet fysisk aktivitets- og funktionsniveau hos Ft. På den baggrund lægges det til grund, at han har haft flere sammenhængende dage med en samlet erhvervsaktivitet, som væsentligt overstiger det timetal, han har oplyst til Jobcenter [by] og til PFA Pension. Det må endvidere lægges til grund, at Ft har undladt at oplyse PFA Pension om den bedring i hans funktionsniveau, der indtrådte siden afgivelsen af funktionsevneskemaet den 8. august 2021, og at han må have vidst, at dette havde betydning for PFA Pensions sagsbehandling.

Den omstændighed, at Ft den 6. januar 2022 meddelte jobcenteret, at han havde øget sit timetal til 25 timer pr. uge, underbygger, at de tidligere afgivne oplysninger var ufuldstændige og misvisende ved årets udgang, ligesom det svækker troværdigheden af forklaringerne fra Fts forretningspartner ... og hans kammerat [navn], som har forklaret, at Ft havde en beskeden arbejdssevne blot en uge tidligere.

Retten finder efter en samlet vurdering af bevisførelsen, at PFA Pension har godtgjort, at Ft bevidst har undladt at opfylde sin forpligtelse til loyalt at afgive korrekte og dækkende oplysninger om sin helbredsmæssige formåen og faktiske erhvervsaktivitet til PFA Pension i strid med forsikringsbetingelserne og den almindelige obligationsretlige loyalitetspligt over for PFA Pension; dels i forbindelse med tegningen af forsikringen og skadesanmeldelsen, og navnlig under samtalerne med sagsbehandleren den 7. og 16. december 2021, hvor Ft havde en særlig anledning til at berigtige de ufuldstændige og misvisende oplysninger om ham. Som følge heraf finder retten, at PFA Pension var berettiget til at ophæve Fts erhvervsevnetabsforsikring som sket med virkning fra den 1. marts 2022.

Sagsomkostningerne fastsættes efter sagens udfald, værdi og forløb, herunder at hovedforhandlingen har været halvanden retsdag, til dækning af PFA Pensions udgifter til advokatbistand med 45.000 kr."

# Ankenævnet for Forsikring

## 3.1.3. Sag 99161. Ejerskifteforsikring. Gjensidige.

Sagen angår manglende afløb i badeværelse uden for bruseniche. Klageren overtog ejendommen – der var fra 1959 – den 29/8 2021. Han anmeldte den 5/2 2022, at der manglede et gulv afløb i vådrum. Klageren anførte, at selskabet skulle dække udgifter til etablering af afløb i gulvet og nødvendig forandring af fald på badeværelsesgulvet, herunder vådrumsmembran, nye klinker mm., jf. forsikringsbetingelsernes punkt 18.2 vedrørende VVS-installationer. Han anførte, at badeværelset, som lå på etagedæk over kælderens, manglede et gulv afløb til afledning af vand uden for brusenichen, da brusenichen havde opkant, hvilket var ulovligt. Klageren var af sælger blevet oplyst om, at badeværelset var blevet udvidet og renoveret i 2009. Han anførte, at det siden BR08 - som var gældende på tidspunktet for renoveringen - og frem til det gældende BR18, havde været et krav for vådrum, at "vand på gulvet skal afledes til gulv afløb", jf. BR08, kapitel 4.6, stk. 5 og BR18, §339, stk. 5. Ifølge vejledningen til BR18 kan dette krav alene fraviges under nærmere omstændigheder, og hvis vådrummet er på terrændæk, hvilket ikke var tilfældet. Selskabet afviste at yde dækning med henvisning til, at manglende gulv afløb i et badeværelse uden for bruseniche med opkant i et etagedæk ikke udgjorde en ulovlig VVS-installation, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 18.2. Selskabet anførte, at BR18 kapitel 14, § 339, nr. 5, skulle tolkes således, at manglende gulv afløb i et badeværelse uden for bruseniche med opkant i et etagedæk ikke udgør en ulovlig VVS-installation, men at det i stedet udgør en ulovlig bygningsindretning. Nævnet fandt, at selskabet skulle dække udgiften til lovliggørelse af afløbsforholdene i badeværelset. Nævnet henviste til sag 99254.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Ved Aalborg Rets dom af 23/9 2025 fik klageren medhold i påstand 1 og selskabet blev frifundet for påstand 2 (påstand 2 havde ikke været en del af nævnssagen). Af dommen fremgår:

### "Påstand 1

[Selskabet] tilpligtes at anerkende, at ... skadesanmeldelse af den 5. februar 2022, om manglende gulv afløb i badeværelset på [adresse], er dækket under forsikringspolice ...

### Påstand 2

[Selskabet] tilpligtes at anerkende, at udbedring af det manglende gulv afløb, jf. skadesanmeldelsen af den 5. februar 2022, skal ske som anvist af skønsmanden, i dennes besvarelse af spørgsmål 1 og 2, og at sagsøgte er forpligtet til at dække omkostningerne hertil med fradrag af selvriskoen ifølge forsikringsaftalen.

...

### Retten begrundelse og resultat

Det kan som ubestridt lægges til grund, at det i sagen omhandlede badeværelse blev renoveret i 2009, at Ft. købte huset i sommeren 2021, og at der i forbindelse med handlen blev tegnet en ejerskifteforsikring med basisdækning hos [selskabet]. Ligesom det som ubestridt kan lægges til grund, at det anmeldte forhold også forelå, da, Ft. anmeldte det i begyndelsen af 2022.

Af forsikringsbetingelsernes punkt 18.2, som er enslydende med bekendtgørelse om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer i henhold til lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fastejendom m.v., bilag 1, punkt 2 b), fremgår, at forsikringen dækker udbedring af manglende eller væsentligt nedsat funktion af varme-, ventilations- og sanitetsinstallationer (vvs-installationer) i og under forsikrede bygninger (til ydersiden af bygningens fundament) samt lovliggørelse af ulovlige forhold ved sådanne installationer.

## Ankenævnet for Forsikring

Det fremgår videre af samme punkt i forsikringsbetingelserne, at dækning forudsætter, at det ulovlige forhold forelå både på opførelses- eller udførelsestidspunktet og på tidspunktet for anmeldelse af forholdet til forsikringselskabet.

Både af Bygningsreglementet for 2008, punkt 4.6, stk. 5, og af Bygningsreglementet for 2018, § 339, fremgår vedrørende vådrum, herunder baderum, at vand på gulvet skal afledes til gulv afløb.

Det fremgår videre af vejledningen til bygningsreglementet for 2018, at hvis der i vådrum på terrændæk er tilstrækkelig afskærmning af bruseniche, så der ikke forventes direkte vandpåvirkning på gulvet uden for brusenichen, er det ikke nødvendigt at have yderligere gulv afløb i rummet uden for brusenichen.

Parterne er enige om, at det i sagen omhandlede badeværelse ikke er beliggende på terrændæk, da der er kælder under huset.

Det fremgår af SBI-anvisning 252, som vejledningen til byggereglementet for 2018 henviser til, at opkanter som afgrænsning så vidt muligt bør undgås, og at det, hvis de anvendes, vil være nødvendigt med et ekstra afløb uden for brusenichen for at opfylde kravet om vandafledning fra gulvet. Parterne er enige om, at der på det i sagen omhandlede badeværelse er anvendt en opkant som afgrænsning af brusenichen.

Retten finder på den baggrund, at den omstændighed, at der ikke uden for brusenichen er etableret et gulv afløb, er et ulovligt forhold ved husets vvs-installationer, og at lovliggørelse af forholdet er omfattet af forsikringsdækningen, jf. forsikringsbetingelsernes pkt. 18.2.

Retten har herved bl.a. lagt vægt på, at det af bemærkningerne til forslag til lov om ændring af lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. af 2. december 2010 vedrørende den særskilte dækning for vvs-installationer fremgår, at dækningen i relation til sanitetsinstallationer omfatter både tilløb og fraløb af vand, herunder brugs- og afløbsvand i og under bygningen samt til ydersiden af bygningens fundament.

Retten tager derfor påstand 1 til følge som bestemt nedenfor.

Efter indholdet af skønserklæringen, herunder særligt svaret angivet som 1 b), skønsmandens forklaring, herunder om at han ikke kan anbefale en løsning, hvor der etableres yderligere et gulv afløb uden for brusenichen bl.a. af hensyn til lugtgener ved udtørring, og da det endvidere fremgår af både skønsmandens svar på spørgsmål 3 og 4 samt indholdet af SBI-anvisning 252, at der er andre mulige løsninger på lovliggørelse, finder retten ikke, at der er grundlag for at tage påstand 2 til følge.

[Selskabet] frifindes derfor for denne påstand.

Efter udfaldet af sagen, hvor Ft. har fået medhold i, at der er tale om et dækningsberettiget forhold, skal [selskabet] betale sagsomkostninger til Ft. Sagsomkostningerne fastsættes efter sagens værdi, forløb til dækning af advokatudgift med 35.000 kr. og af retsafgift med 1.500 kr., i alt 36.500 kr. ...

# Ankenævnet for Forsikring

Det gennemførte syn og skøn og den efterfølgende afhjemling af skønsmanden har i det væsentligste omhandlet udbedringsmetode og dermed den del af sagen, som Ft. ikke har fået medhold i. Ft. skal derfor selv endeligt afholde udgifterne hertil.

## THI KENDES FOR RET:

Påstand 1: [Selskabet] skal anerkende, at Ft's skadesanmeldelse af den 5. februar 2022 om manglende gulvafløb i badeværelset på [adresse] er dækket under forsikringspolice nr. ...

Påstand 2: [Selskabet] frifindes."

### 3.1.4. Sag 99716. Midlertidigt erhvervsevnetab. 18 måneders regel. Speciallægeerklæring. Danica.

Klageren blev sygemeldt i 2017 med stress og svimmelhed. Selskabet betalte helbredsbetingede ydelser fra 1/7 2017. Klageren blev udredt for ørestenssvimmelhed og afsluttet 18/5 2019. Ultimo 2019 fik hun pludselig debut af angstanfald og fik samtale- og medicinbehandling på en psykiatrisk klinik. Selskabet overgik til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevne i marts 2020 og meddelte klageren, at ydelserne ville ophøre fra 1/5 2020 med henvisning til, at hendes generelle erhvervsevne ikke er nedsat med halvdelen. Klageren gjorde indsigelse, og selskabet indhentede en psykiatrisk speciallægeerklæring af 23/5 2020, som anbefalede, at man afventede resultatet af medicinbehandlingen. Selskabet genoptog betaling af midlertidige ydelser, og klageren blev afsluttet fra klinikken den 3/5 2021. Selskabet foretog en ny vurdering af klagerens generelle erhvervsevne ultimo 2021 og meddelte den 6/12 2021, at de helbredsbetingede ydelser ophørte fra 1/2 2022. Klageren blev igen henvist til psykiater i januar 2022 og ønskede genoptagelse af ydelserne. Hun anførte, at hun var fortsat i behandling. Hun klagede over, at selskabets indhentelse af den psykiatriske speciallægeerklæring ikke var sket i overensstemmelse med Forsikring og Pensions principper for indhentelse af speciallægeerklæringer, og at speciallægen ikke i 2021 var blevet bedt om at vurdere, om der var indtruffet en bedring af hendes tilstand. Selskabet anførte, at klageren var velbehandlet for sine fysiske og psykiske lidelser. Selskabet anførte, at klageadgangen over speciallægeerklæringer i nævnets vedtægter § 2A gjaldt for erklæringer, som et selskab havde indhentet efter den 31/12 2020. Selskabet anførte, at selskabet havde overholdt Forsikring og Pensions principper ved indhentelse af speciallægeerklæringer. Nævnet bemærkede, at Forsikring og Pensions principper for indhentelse af speciallægeerklæringer ikke regulerede, hvornår et selskab skal indhente en speciallægeerklæring. Nævnet fandt på baggrund af de lægelige oplysninger frem til den 6/12 2021, at klagerens psykiske tilstand ikke havde været stabiliseret i et sådant omfang, at selskabet den 6/12 2021 havde været berettiget til at vurdere klagerens erhvervsevnetab i forhold til forsikringsbetingelsernes regler om længerevarende erhvervsevnetab. Nævnet fandt, at selskabet skulle betale helbredsbetingede ydelser for midlertidigt erhvervsevnetab også efter den 1/2 2022. Nævnet bemærkede, at selskabet ville være berettiget til at overgå til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevnetab, når hendes tilstand var stabil. Nævnet fandt, at selskabet skulle indhente en ny psykiatrisk speciallægeerklæring, som skulle indgå i selskabets fornyede behandling af klagerens erhvervsevnetab.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Ved Retten i Helsingørs dom af 19/2 2025 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår:

#### "Retten begrundelse og resultat

Sagen vedrører, om Danica Pension har været berettiget til at stoppe udbetalingerne af midlertidigt tab af erhvervsevne til Ft.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne om midlertidigt tab af erhvervsevne bl.a.:

## Ankenævnet for Forsikring

”Udbetaling efter reglerne om midlertidigt tab af erhvervsevne

Udbetalingen starter, når den forsikredes erhvervsevne har været sat ned uafbrudt i det antal måneder, der står i dækningsoversigten (karensperioden). Vi udbetaler ikke en dækning efter reglerne om midlertidigt tab af erhvervsevne, når en af de følgende betingelser gør sig gældende.

- Den forsikrede kan igen passe sit arbejde.
- Det midlertidige tab af erhvervsevne har været halvandet år fra karensperiodens start.
- Vi vurderer, at tabet af erhvervsevne er længerevarende, og at udbetalingen kan fortsætte efter reglerne herfor.
- Dækningen ophører.”

Ft. har fået udbetalt midlertidige ydelser fra den 1. juni 2017, og indtil Danica Pension stoppede udbetalingen 1. februar 2022.

Retten finder i lighed med Ankenævnet og af de af Ankenævnet anførte grunde, at de lægelige oplysninger frem til 6. december 2021, hvor Danica traf afgørelse om, at Ft's var tilstand tilstrækkelig stabiliseret til, at Danica Pension kunne vurdere hendes generelle erhvervsevne, ikke underbygger, at Ft's psykiske tilstand har været stabiliseret i et sådant omfang, at ft's længerevarende erhvervsevnetab efter forsikringsbetingelserne kunne vurderes.

Retten finder det heller ikke bevist, at Ft's erhvervsevne varigt var nedsat med mere end halvdelen.

Sagen vedrører herefter, om Danica Pension har været berettiget til at stoppe udbetalingen alene med henvisning til 18 måneders reglen.

Det er uomtvistet, at Ft. fik udbetalt midlertidige ydelser i 4 år og 8 måneder.

Retten må lægge til grund, at Ft's erhvervsevne i forhold til det generelle arbejdsmarked ikke i denne periode er vurderet, bl.a. fordi Ft. ikke har ønsket at modtage ydelser fra det offentlige, hvorfor der ikke er iværksat arbejdsprøvning.

Danica Pension har, efter de omgjorde deres beslutning af 31. marts 2020, om at stoppe udbetalingerne, i deres forlængelser af de midlertidige ydelser, jf. brev af 30. april 2020 og 8. juli 2020, anført, at forlængelsen er foretaget ud fra Ft's specifikke erhvervsevne, at Danica Pension ved længerevarende sygemelding ville vurdere den generelle erhvervsevne, og at de har udskudt denne vurdering i ca. 6 måneder.

Det fremgår af sagen, at der løbende er foretaget sagsbehandling på sagen, herunder blandt andet Danica Pensions anmodning af 11. december 2020 om indsendelse af funktionskema, frem til, at Danica Pension den 6. december 2021 traf afgørelse om at stoppe udbetalingerne pr. 1. februar 2022.

Det følger af forsikringsbetingelserne, at ydelserne for midlertidigt tab af erhvervsevne kan stoppes efter 18 måneder. Uagtet at Ft. har fået udbetalt ydelserne i mere end 3 år efter, at disse kunne være stoppet, finder retten, at det ikke er godtgjort, at Danica Pension – under de anførte omstændigheder – eksplicit eller implicit ved at fortsætte udbetalingen har påtaget sig en forpligtelse hertil.

# Ankenævnet for Forsikring

Retten bemærker i øvrigt vedrørende påstanden om tilbagebetaling af præmie, at da Ft. ikke har indbetalt præmien i den anførte periode, kan præmien allerede af den grund ikke kræves tilbagebetalt.

Herefter frifindes Danica Pension.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 70.000 kr. "

### 3.1.5. Sag 100155. Forsinket pensionsoverførsel. Erstatningsansvar. Analogi af renteaftalen. Danica.

Klagerens arbejdsgiver foretog leverandørskifte af firmapensionsaftalen. Den 27/9 2022 sendte klageren en begæring om pensionsordning samt anmodning om pensionsoverførsel fra pensionselskab1. Selskabet modtog den 28/10 2022 bestandslisten og oprettede nye policer den 14/11 2022, idet det skulle afklares, om nogle medarbejdere skulle beholde deres risikodækninger i pensionselskab1. Selskabet sendte de øvrige medarbejders overførselsanmodninger til pensionselskab1 primo december 2022, men ved en fejl blev klagerens overførselsanmodning først videresendt den 2/2 2023. Klagerens ordning blev herefter overført af pensionselskab1 den 30/3 2023. Nævnets flertal fandt, at selskabet ud fra en analogi til Renteaftalen skulle betale renter til klageren for 1 måneds sagsforsinkelse, idet selskabet burde have ekspederet overførselsanmodningen inden udgangen af 2022. Flertallet fandt ikke grundlag for at pålægge selskabet at betale erstatning for klagerens eventuelle investeringstab i overførselsperioden.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Ved Københavns Byrets dom af 18/11 2025 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår:

#### "Retten begrundelse og resultat

Der er under denne sag enighed mellem parterne om, at overførslen af [FT's] pensionsmidler fra [pensionselskab1] til Danica Pension, der først skete den 30. marts 2023 som følge af fejl begået under ekspeditionen hos Danica Pension, ikke var rettidig, og at Danica Pension er ansvarlig for et eventuelt tab lidt af [FT] som følge af den forsinkede overførsel af pensionsdepot. Det er omtvistet, hvornår i forløbet Danica Pension burde have ekspederet og afsendt en overførselsanmodning vedrørende pensionen, og dermed hvornår dette ville have været rettidigt.

Det kan ved sagens afgørelse lægges til grund, at Danica Pension efter den 26. oktober 2022 at have modtaget bestandslisterne for de pensioner i [pensionselskab1], der skulle overføres til Danica Pension, havde grundlag for at behandle overførslerne og afsende anmodningerne om overførsel af pensioner til [pensionselskab1] for de ansatte i ... Det kan videre lægges til grund, at Danica sendte anmodningerne vedrørende de øvrige ansatte i perioden fra den 30. november 2022 – 5. januar 2023, og at disse anmodninger blev modtaget i [pensionselskab1] via Pension Broker nogle få dage efter. På denne baggrund og efter afdelingschef i [pensionselskab1] ... besvarelse af spørgsmål 4 i notat af 27. juni 2025 lægger retten til grund, at såfremt anmodningen vedrørende [FT's] pension var blevet afsendt fra Danica Pension senest den 30. november 2022 og modtaget nogle få dage senere hos [pensionselskab1] ville overførslen være sket den 11. januar 2023 eller senest den 1. februar 2023, hvilket ville have været rettidigt. På denne baggrund og efter det i øvrigt oplyste finder retten ikke grundlag for at pålægge Danica Pension et erstatningsansvar forud for dette tidspunkt.

# Ankenævnet for Forsikring

Der er som en konsekvens heraf ikke grundlag for at pålægge Danica Pension at dække det tab på 677.928,09 kr., som [FT] har opgjort for december 2022.

Det kan videre lægges til grund, at [FT] den 3. december 2022 loggede ind på Pensionsinfo og så, at beholdningen fortsat stod i [pensionssselskab1], og at han igen i begyndelsen af januar 2023 blev klar over, at overførslen af pensionsbeholdningen ikke var sket endnu, hvilket han orienterede [forsikringsmægler] om. Det kan endvidere lægges til grund, at han ikke i den forbindelse tog skridt til at foretage en ændring af risikoprofilen hos [pensionssselskab1], hvilket retten efter afdelingschef i [pensionssselskab1] ... besvarelse af spørgsmål 6 i notat af 27. juni 2025 lægger til grund var muligt frem til realiseringsdatoen den 22. marts 2023.

Det af [FT] opgjorte tab for perioden februar 2023 til udgangen af marts 2023 på 388.618,45 kr. er et akkumuleret tab opgjort ud fra et tab på 677.918,09 kr. i december 2022, som retten ikke har fundet, at Danica Pension er ansvarlig for. Tabet er endvidere opgjort ud fra den fondssammensætning, som [FT] investerede sine pensionsmidler i den 3. maj 2023 efter, at disse var blevet overført til Danica Pension og endelig indsat på Select-ordningen den 13. april 2023. Efter de af [FT] og ... afgivne forklaringer finder retten det ikke bevist, at [FT] forud for overførslen af pensionsmidlerne havde lagt sig fast på, at det netop var den sammensætning af værdipapirer, som pengene skulle investeres i, når de var overført til Select-ordningen, ligesom det er usikkert, hvornår dette i så fald ville være sket.

Danica Pension frifindes på den baggrund for at betale erstatning til [FT].

## Rente

Retten finder ikke grundlag for at pålægge Danica Pension at betale renter i henhold til en analog anvendelse af § 4, jf. § 3 i Aftale om betaling af rente ved overførsel af pensionsmidler (Renteaftalen). Retten lægger i den forbindelse vægt på, at Danica Pension i denne sag er det modtagende pensionssselskab, og at formålet med rentebestemmelsen må antages at være at sikre, at et afleverende selskab ikke beholder rådigheden over kundernes pensionsmidler længere tid end højst nødvendigt, når der er fremsat en anmodning om overførsel til et andet selskab. I nærværende sag er der tale om en fejl begået i forbindelse med Danica Pensions behandling af [FT's] anmodning, hvilket medførte en forsinkelse i fremsendelse af overførselsanmodningen til [pensionssselskab1], hvilket efter rettens opfattelse ikke kan danne grundlag for en analog anvendelse af bestemmelserne i Renteaftalen.

Danica Pension frifindes derfor i det hele.

## Sagsomkostninger

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 86.250,00 kr. Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab er ikke momsregistreret.

### **3.1.6. Sag 101129. Indboforsikring. Bevis for indbrud. Sikkerhedsforskrift. Tryk.**

Klageren anmeldte den 3/7 2023, at han havde haft indbrud, imens han var på ferie. Klageren opgjorde sit krav for indbo, kontanter og guld/sølv og smykker til mere end 900.000 kr. Selskabet behandlede sagen efter reglerne om simpelt tyveri og afviste at dække kontanter, guld, sølv og smykker med henvisning til, at boligen

# Ankenævnet for Forsikring

ikke var forsvarligt aflåst. Klageren anførte, at han låste hoveddøren og at ægtefællen efterfølgende tog i håndtaget flere gange, at de havde alle 3 nøgler til hoveddøren med på rejsen, at politiet havde registreret hændelsen som et indbrud, at klageren mistænkte, at hans ekskone havde kopieret en af nøglerne, som deres fælles barn havde lånt. Selskabet anførte, at klageren ikke har bevist, at indbruddet var sket med rette nøgle, at klageren ikke har bevist, at ekskone havde kopieret en hoveddørnøgle og begået indbruddet, idet politiet valgte ikke at efterforske denne mistanke, at klagerens bolig på skadetidspunktet ikke var forsvarligt aflåst og at det kunne tilregnes klageren som uagtsomt at efterlade sin bolig uaf låst og tage på ferie. Det fremgik af en teknisk undersøgelse af låsecylinderen, som selskabet havde rekvireret fra et sikringsfirma, at man kunne "med meget stor sikkerhed sige, at den forelagte cylinder ikke har været opdirket". Nævnets flertal bemærkede, at det var selskabet, der skulle bevise, at klageren ikke havde overholdt sikkerhedsforskriften, jf. Højesterets dom gengivet i Ugeskrift for Retsvæsen (U1986.449H). Flertallet fandt, at selskabet ikke havde godtgjort, at klageren overtrådte sikkerhedsforskriften ved at tage på ferie uden at sikre sig, at døren var låst. Selskabet skulle derfor anerkende, at der forelå et dækningsberettigende indbrud.

Selskabet anfægtede afgørelsen under henvisning til den fremlagte låsecylinderundersøgelse, der viste, at låsen efter alt at dømme ikke var blevet opdirket. Ved Glostrup Rets dom af 30/9 2025 fik klageren medhold. Af dommen fremgår:

## **"Retten begrundelse og resultat**

Retten lægger til grund som ubestridt, at sagsøgeren har været udsat for tyveri. Retten lægger ligeledes til grund som ubestridt, at bestemmelsen om, at boligen skal være forsvarligt aflåst, er en sikkerhedsforskrift, samt at det følger af forsikringsaftalelovens § 51, at hvis sagsøgeren ikke overholder sikkerhedsforskriften, har sagsøgeren kun krav mod sagsøgte, hvis det må anses for bevist, at tyveriet ikke skyldes en uagtsom overtrædelse af sikkerhedsforskriften. Derudover lægger retten til grund som ubestridt, at det er sagsøgte der skal bevise, at sagsøgeren ikke har overholdt sikkerhedsforskriften.

Efter sagsøgerens forklaring, som støttes af vidnet [klagerens hustru], lægger retten til grund, at sagsøgeren låste døren til lejligheden, samt at hans hustru ... kontrollerede, at døren var låst ved at tage i håndtaget flere gange.

Retten lægger endvidere til grund, at der kun findes 3 nøgler til lejligheden, og at sagsøgeren og hustruen ... havde 2 nøgler med på deres bryllupsrejse, og at den sidste nøgle lå i lejligheden i en skuffe, samt at sagsøgeren og hustruen hentede en nøgle hos sagsøgerens datter i forbindelse med, at de skulle til luft-havnen på .... rejse, idet datteren tidligere havde lånt en nøgle, som hun ikke havde afleveret tilbage, hvilket støttes af vidneforklaringen fra ... Derudover lægger retten til grund, at vidnet [låsesmed] har bekræftet, at han har omkodet sagsøgerens lås til hans lejlighed, samt at han er 100% sikker på, at der ikke blev udleveret flere nøgler end 3 stk.

Efter bevisførelsen, herunder sagsøgerens og vidnernes troværdige forklaringer om, at døren var låst, og at det blev kontrolleret, at døren var låst ved at der blev taget i håndtaget flere gange, inden de tog på ....rejse, samt at der til lejligheden kun findes 3 nøgler, som sagsøgeren var i besiddelse af, finder retten, at sagsøgte ikke har ført bevis for, at sagsøgeren har overtrådt sikkerhedsforskriften ved at tage på ferie uden at sikre sig, at døren var låst, eller i øvrigt, at sagsøgeren havde flere nøgler end 3 stk., som

# Ankenævnet for Forsikring

sagsøgeren ikke var i besiddelse af. Det forhold, at politiet har henlagt anmeldelsen fra sagsøgeren kan ikke føre til at andet resultat.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 86.250,00 kr. og retsafgift med 1.500,00 kr. og af berammelsesafgift med 14.000,00 kr. i alt 101.750,00 kr."

### 3.1.7. Sag 101613. Ulykkesforsikring. Méngrad. Antageliggjort. Nævnets kompetence. Aros.

Klageren anmeldte, at han den 22/3 2023 faldt under arbejde og fik brud på 9. og 10. ribben i venstre side samt læsion af venstre nyre. I arbejdsskadesagen blev méngraden fastsat til 10 %. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at méngraden var mindre end 5 %. Selskabet anførte, at der i arbejdsskadesagen ikke var gjort brug af en lægekonsulent ved fastsættelse af méngraden, ligesom der ikke var indhentet en speciallægeerklæring. Selskabet anførte også, at den påviste nedsatte funktion af nyren var uden klinisk betydning, idet blodprøver viste normale nyre- og væsketal. Nævnets flertal fandt, at klageren havde antageliggjort, at han som følge af ulykken den 22/3 2023 kunne have et varigt men på 5 % eller derover. Selskabet skulle derfor genoptage sagen, indhente og betale for en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Nævnets flertal lagde vægt på, at klageren efter ulykken fik påvist let nedsat funktionsandel af nyren til 38 %, og smerter/murren i venstre side af brystkassen. Flertallet bemærkede, at "tab af nyre" var angivet til 10 % i méntabellens punkt F.3.1 og at "følger efter brud på et eller flere ribben med daglige smerter, uden nedsat lungefunktion" var angivet til 5-8 % i méntabellens punkt C.1.1. Disse punkter passede ikke direkte med klagerens gener, hvorfor klagerens méngrad måtte fastsættes ud fra en lægefaglig vurdering af klagerens gener. Dette kunne i den konkrete sag mest korrekt ske ved at indhente en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Ved Hillerød Rets dom af 15/12 2025 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår:

#### "Anbringender

Aros Forsikring skal til støtte for sin frifindelsepåstand henvise til, at der ikke er hjemmel i forsikringsaftalen eller forsikringsaftaleloven til at pålægge Aros Forsikring hverken at indhente eller betale for en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. ... Det fremgår således udtrykkeligt af forsikringsbetingelserne, at forsikringstageren i tilfælde af utilfredshed kan vælge at indhente en udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen (nu kaldet "Arbejdsmarkedets Erhvervssikring"), og at forsikringstageren skal betale gebyret for udtalelsen, idet Aros Forsikring dog refunderer gebyret til forsikringstageren, hvis Arbejdsmarkedets Erhvervssikring giver forsikringstageren medhold. ... Når Ankenævnet for Forsikring vælger helt at tilsidesætte den vurdering, som Aros Forsikring er kommet til ved bistand fra sin lægekonsulent, så "overruler" Ankenævnet for Forsikring den ellers fyldestgørende sagsbehandling, der er foretaget i forsikrings-selskabet. Aros Forsikring gør i den forbindelse gældende, at Ankenævnet for Forsikring herved går for langt i forhold til, hvad ankenævnet reelt har kompetence til, hvilket måske kan begrundes i, ankenævnet ikke bistås af lægefaglige repræsentanter.

...

#### Retten begrundelse og resultat

Det er på nuværende tidspunkt ikke fastslået, at A har krav på godtgørelse for varigt mén fra Aros Forsikring – Gensidigt forsikringsselskab. Retten finder derfor på det foreliggende grundlag, at A ikke har en

# Ankenævnet for Forsikring

konkret, aktuel retlig interesse i spørgsmålet om forrentningen af en eventuel erstatning. As påstand afvises derfor.

Af forsikringsbetingelserne og af Ankenævnet for Forsikrings vedtægter fremgår ikke en hjemmel til at pålægge Aros Forsikring – Gensidigt Forsikringsselskab at indhente og betale for en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring i en situation som den foreliggende. Herefter, og da der efter de oplysninger, der er fremlagt, sammenholdt med As anbringender ikke i øvrigt er godtgjort en sådan hjemmel, tager retten Aros Forsikring – Gensidigt Forsikringsselskabs frifindelsespåstand herom til følge.

Retten har herefter ikke anledning til at tage stilling til den del af As påstand, der vedrører anvendelsen af en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Efter sagens udfald skal A betale sagsomkostninger til Aros Forsikring – Gensidigt forsikringsselskab. Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af udgift til advokat 2.500 kr."

## **3.2. Anfægtede sager. Forligt i 2025.**

7 anfægtede sager blev i 2025 forligt i klagerens favør. Heraf er 2 af sagerne afgjort af nævnet i 2025, mens de øvrige 5 sager er afgjort i tidligere år.

### **3.2.1. Sag 90910. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. AP Pension.**

Klageren var utilfreds med, at selskabet pr. 1/2 2017 havde standset dækning ved tab af erhvervsevne med henvisning til, at hendes erhvervsevne ikke længere er nedsat i dækningsberettigende grad efter denne dato. Selskabet havde betalt fulde ydelser siden 2008 som følge af en piskesmældslæsion, klageren fik ved et trafikuheld i januar 2007. Hun var tilkendt førtidspension i 2008 Selskabet havde – på baggrund af offentligt tilgængelige oplysninger fra internettet og observationer af klageren – konstateret, at der ikke var overensstemmelse mellem det, som klageren havde oplyst til selskabet, og de faktiske forhold. Nævnets flertal fandt, at selskabet i den foreliggende situation – hvor selskabet i en årrække har ydet fuld dækning, og hvor det ikke var sandsynliggjort, at dette byggede på alt for lempelige vurderinger af erhvervsevnetabet – skulle godtgøre, at der var indtruffet en sådan bedring af klagerens tilstand, at klageren ikke længere havde et dækningsberettigende erhvervsevnetab. Flertallet fandt, at klagerens generelle erhvervsevne pr. 1/2 2017 er nedsat med halvdelen, men ikke længere med 2/3.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Klageren stævnedeselskabet. Selskabet har oplyst, at retssagen blev forligt svarende til flertallets afgørelse i nævnssagen.

### **3.2.2. Sag 97654. Ejerskifteforsikring. Tærede rør. ETU Forsikring.**

Klageren anmeldte kort efter overtagelse af hus fra 1945, at der var konstateret rust på 2 rør i kælderen, og at rørene var så tærede, at rørene burde udskiftes snarest. Selskabet afviste at yde dækning under henvisning til, at årsagen til det anmeldte forhold var nævnt i tilstandsrapporten. Nævnet fandt, at det anmeldte forhold ikke var omtalt med den fornødne klarhed i tilstandsrapporten, hvor det alene med anmærkningen gråt hus var anført, "I kælderen ses der ikke at være etableret en fast afløbsinstallation fra sikkerhedsventilen til det nærliggende gulv afløb. Der er opmuret en kant ved gulvet så vandet ikke løber ud over gulvet. Risiko: Risikoen

# Ankenævnet for Forsikring

ved forholdet er begrænset". Det kunne ikke føre til andet resultat, at vandet fra sikkerhedsventilen vurderedes at være årsagen til rustdannelserne på rørene. Nævnet fandt, at klageren havde antageliggjort, at de 2 rør på overtagelsestidspunktet var rustet i en sådan grad, at der var nærliggende risiko for skade i ejerskifteforsikringens forstand. Nævnet fandt, at selskabet skulle bekoste udgiften til, at selskabet og klageren i fællesskab indhentede en uvildig sagkyndig undersøgelse, der kunne be- eller afkræfte antagelsen. Nævnet lagde vægt på, at det af den af klageren indhentede VVS-udtalelse fremgik, at brud ikke kunne afvises inden for nær fremtid, at røret burde udskiftes, og at selskabet havde oplyst, at det ikke havde foretaget besigtigelse.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Klageren indbragte sagen for Retten i Hjørring. Af retsbogsudskrift af 22/11 2024 fremgår: "ETU Forsikring har den 26. september 2024 oplyst, at **Sag ...** er forligt således: "ETU Forsikring A/S betaler kr. 5.000,00 til [klageren] til fuld og endelige afgørelse. Beløbet forfalder til betaling senest 8 hverdage efter modtagelse af retsbogen indeholdende forliget. ... Det overlades til Retten med sædvanlig kæreadgang at træffe afgørelse om sagsomkostninger."

### **3.2.3. Sag 98755. Familieforsikring. Urigtige risikooplysninger. Antal skadeanmeldelser eller forespørgsler hos tidligere forsikringsselskab. Gjensidige.**

Klageren tegnede forsikringer hos selskabet og angav ved tegningen, at der i husstanden ikke havde været anmeldt mere end 3 skader på en enkelt forsikring inden for de sidste 3 år. Selskabet opsigte den 23/11 2021 de ikke-lovpligtige forsikringer med tilbagevirkende kraft og afviste at yde dækning for et anmeldt tyveri. Selskabet henviste til, at klageren havde afgivet urigtige oplysninger ved tegningen, idet hun ikke havde oplyst, at hun i fra 12/11 2016 til 10/12 2017 havde anmeldt 5 skader på sin tidligere hjem/indboforsikring. Det fremgik af oplysningerne fra klagerens tidligere forsikringsselskab, at der var registreret 5 skader på klagerens indboforsikring, hvoraf der var betalt erstatning til klageren ved 3 af skaderne. Klageren anførte, at to af de registrerede skader var generelle, telefoniske efterspørgsler, der ikke drejede sig om en konkret sag eller anmeldelse. Sagen var tidligere behandlet under sagsnummer 97763. Selskabet havde i forbindelse med nærværende sag bedt klagerens tidligere forsikringsselskab om at uddybe de to skader af 12/11 2016 og af 30/1 2017, som ikke medførte udbetaling. Selskabet fremlagde det tidligere forsikringsselskabs interne telefonnotater og anførte, at der ikke var tale om generelle overordnede forespørgsler, men derimod egentlige skadesanmeldelser, hvor der blev taget konkret stilling til dækning. Nævnet fandt, at selskabet ikke har bevist, at klageren ved tegningen af forsikringerne i 2019 uagtsomt afgav urigtige oplysninger. Selskabet var derfor ikke berettiget til at opsige de ikke-lovpligtige forsikringer fra tegningstidspunktet. Selskabet skulle genoptage sagsbehandlingen af den anmeldte tyveriskade. Selskabet måtte ved fremtidige forespørgsler fra andre forsikringsselskaber ikke oplyse, at klageren var blevet opsagt af selskabet på baggrund af afgivelse af urigtige oplysninger ved indtegningen. Nævnet lagde vægt på, at der på baggrund af det tidligere forsikringsselskabs telefonnotater og mail af 3/2 2017 ikke var fornødent grundlag for at statuere, at klageren burde have indset, at det tidligere forsikringsselskab betragtede henvendelserne som en egentlige skadesanmeldelse og foretog en egentlig skadesbehandling, som ville tælle med i klagerens skadeshistorik. Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at der var tale om ganske enkelte forespørgsler, som mere havde karakter af vejledning om dækningsomfanget på klagerens forsikringer. Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af vejledning nr. 9971 af 23/9 2016, at "det er således ikke enhver telefonisk forespørgsel om dækningsomfang, der har karakter af en anmeldelse".

## Ankenævnet for Forsikring

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, "Vi anerkender naturligvis, at forsikringstagere skal have mulighed for at henvende sig til selskaberne med forespørgsler om forsikringernes dækningsomfang, men i nærværende sag er der tale om konkrete og indtrufne skadessager, hvoraf mindst en af disse er afvist på et varigt medium. Det er fortsat vores vurdering, at det må tilregnes som uagtsomt, at hun afgav urigtige oplysninger ved indtegningen, hvorfor vi var berettiget til at annullere hendes ikke-lovpligtige forsikringer i medfør af FAL § 6, stk. 1. Sagen er principiel, især fordi vi må kunne lægge andet selskabs klare oplysninger til grund, når vi forespørger om nye forsikringstageres skadeshistorik i tidligere" forsikringsselskaber.

Selskabet har oplyst, at sagen er forliget.

### 3.2.4. Sag 99967. Erhvervsevnetab. Hjernerystelser. Belastningstilstand. PFA.

Klageren havde i 2002 og 2011 pådraget sig hjernerystelser med kognitive gener til følge. Klageren havde genoptaget arbejdet på fuld tid frem til 2018, hvor hun blev sygemeldt med stress. Hun arbejdede herefter 15 timer om ugen i sin hidtidige funktion. Selskabet betalte midlertidige ydelser fra 1/5 2018 til 31/8 2019, hvorefter selskabet standsede ydelserne med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke er nedsat med halvdelen. Klageren fik den 1/11 2022 fik tilkendt førtidspension. Nævnet fandt at klagerens generelle helbredsmæssige erhvervsevne efter den 31/8 2019 er nedsat med halvdelen. Selskabet skulle derfor genoptage sagen og yde dækning i overensstemmelse med aftalegrundlaget. Nævnet lagde vægt på, at klageren havde pådraget sig 2 hjernerystelser med betydelige kognitive gener til følge, og at hun havde udviklet en kronisk belastningstilstand. Nævnet lagde vægt på, at klagerens tilstand havde medført et væsentligt nedsat funktionsniveau, og at hun havde omfattende skånehensyn. Nævnet lagde videre vægt på, at klageren ikke havde været i stand til at arbejde mere end 15 timer om ugen uden forværring af tilstanden. Nævnet fandt at selskabet skulle dække klagerens advokatombkostninger med 10.000 kr. inkl. moms.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Selskabet anførte, at klageren, på trods af de angivne hovedtraumer, igennem flere år havde vist, at hun kunne arbejde langt over halv tid, og at afgørelsen efter selskabets opfattelse tilsidesatte normal lægefaglig evidens, hvorefter følger efter hovedtraumer ikke forværres over tid.

Selskabet har oplyst, at sagen blev indbragt for byretten af klageren, og at selskabet herefter har indgået forlig med klageren.

### 3.2.5. Sag 100512. Midlertidigt erhvervsevnetab. Stress og angst. PFA.

Klageren var utilfreds med selskabets afslag på dækning ved tab af erhvervsevne som følge af, at han var sygemeldt med stress og angst. Selskabet betalte midlertidige ydelser fra 1/3 2022 til 31/3 2023, hvorefter selskabet vurderede at klagerens generelle erhvervsevne ikke er nedsat med halvdelen. Klageren ønskede fuld dækning fra den 26/8 2019 og frem. Nævnet fandt, at klagerens midlertidige erhvervsevne var nedsat med halvdelen fra den 26/8 2019, hvor klageren blev sygemeldt. Nævnet fandt, at klagerens krav på ydelser – der var forfaldet før den 9/10 2020 – var forældet. Selskabet skulle derfor betale midlertidige ydelser fra den 9/10 2020 til den 28/2 2022. Nævnet fandt, at klagerens generelle helbredsmæssige erhvervsevne var nedsat med halvdelen pr. 1/4 2023. Selskabet skulle genoptage sagen og yde dækning i overensstemmelse med aftalegrundlaget. Nævnet lagde vægt på, at klageren var sygemeldt med stress og angst, at hans tilstand havde medført et væsentligt nedsat funktionsniveau, og at han havde omfattende skånehensyn. Nævnet

# Ankenævnet for Forsikring

lagde også vægt på, at klageren ikke havde været i stand til at arbejde mere end 6 timer ugentligt i eget erhverv med administrative opgaver.

Selskabet anfægtede afgørelsen under henvisning til, at det var selskabets opfattelse, at nævnet havde undladt at inddrage væsentlige forhold om klagerens virke i selvstændig virksomhed.

Selskabet har oplyst, at sagen er forliget.

### 3.2.6. Sag 102152. Bilforsikring. Bevis for brand. Gjensidige.

Klagerens bil brændte den 19/7 2023 kl. 05.45 på en parkeringsplads ved klagerens bopæl. Bilen var aflåst og havde sideruden på klem. Brandvæsnet oplyste klageren om branden og anmeldte branden til politiet. Politiet kom ikke til gerningsstedet. Bilen var fra 2015 og havde på skadetidspunktet en kilometerstand på 200.000 km. Bilen blev erklæret totalskadet og handelsværdien blev opgjort til 116.000 kr. Den 4/6 2024 var restgælden i bilen 105.000 kr. Selskabet fik udarbejdet brandrapport af 14/9 2023, som konkluderede, at det ikke var muligt at påvise en teknisk brandårsag. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klageren ikke havde løftet bevisbyrden for, at bilen var brændt ved en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed. Klageren anførte, at en ukendt gerningsmand havde sat ild til bilen gennem åbningen i bilruden, mens klageren sov, at han om sommeren som regel lod de to forreste bilvinduer være 4-5 cm. åbne på grund af varmen, at det mest sandsynlige scenarie var, at nogen havde hentet benzin fra en tankstation i nærheden, smidt det i f.eks. en vandflaske med hul i toppen, presset det ind på sæderne og smidt et brændende stykke papir ind i bilen. Selskabet anførte, at dørlåse og vinduer var intakte, at alle døre var låste, at klageren havde begge nøgler til bilen, at bilen kun kunne låses med rette nøgle, at der ikke var elektriske fejl eller skader på bilen, at arnestedet var 3 steder i bilen, som var opstået samtidigt, at åbningen i sideruden ikke var stor nok til at komme ind i bilen og antænde brand 3 steder, at hvis gerningsmanden havde smidt tændstik eller cigaretskod igennem åbningen i vinduet, ville branden hurtigt være gået ud eller spredt sig, og at arnestedet ville være 1 sted og ikke 3 forskellige steder, og at hvis en gerningsmand - med jammer eller andet værktøj - havde skaffet sig adgang til bilen, ville dørene ikke være låst. Nævnet bemærkede, at det var klageren, der skulle bevise, at der var indtrådt en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed, og at det herefter var selskabet, der skulle bevise, at en af forsikringens dækningsundtagelser fandt anvendelse. Efter en samlet vurdering fandt nævnet, at klageren havde godtgjort, at bilen var totalskadet ved ildspåsættelse, der som udgangspunkt er dækket af forsikringen. Nævnet fandt, at selskabet ikke har bevist, at en af forsikringens dækningsundtagelser fandt anvendelse, hvorfor selskabet ikke kunne afvise dækning.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Selskabet vurderede, at det var fuldstændig umuligt at kaste noget igennem den lille åbning i vinduet for at starte en brand 3 forskellige steder samtidig, og at en bilbrand normalt opstår et sted, hvorefter den breder sig.

Selskabet har oplyst, at sagen er forliget.

### 3.2.7. Sag 103624. Familieforsikring. Skærpede vilkår. Krav om tyverialarm. Tryg.

Klageren anmeldte, at der havde været indbrudstyveri, hvor der blev stjålet smykker og penge. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at det var en betingelse for dækning af tyveri, at der på forsikringsstedet var installeret et godkendt tyverialarmanlæg. Klageren anførte, at selskabet ved forhøjelse af

# Ankenævnet for Forsikring

dækningsmaksimum af designermøbler ikke havde oplyst, at vilkåret om tyverialarm ville blive indsat i policen. Nævnets flertal fandt, at selskabets indsættelse af vilkåret i policen den 7/11 2024 – med krav om installation af et godkendt tyverialarmanlæg som betingelse for dækning ved tyveri – indebar en så byrdefuld og væsentlig ændring af aftalens vilkår, at det krævede klagerens accept. Flertallet fandt, at selskabet ikke havde godtgjort, at klageren accepterede indsættelsen af alarmvilkåret, eller at han blev gjort bekendt med vilkåret, da han talte i telefon med selskabet den 7/11 2024. Flertallet fandt, at policen af 7/11 2024 ikke var gældende for aftaleforholdet på indbrudstidspunktet i 2025, hvorfor selskabet ikke kunne afvise at dække stjålne penge og smykker.

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at selskabet ubestridt fremsendte en ny forsikringsaftale og et følgebrev til klagerens E-boks med klar angivelse af det nye krav, og at klageren herefter betalte et krav på merpræmie til selskabet, hvorfor klageren gyldigt har accepteret vilkåret.

Selskabet har ud fra forretningsmæssige betragtninger besluttet at dække klagerens skade pr. kulance.

### 3.3. Anfægtede sager. Klagerne hævdede sagerne i 2025.

I 2025 var der 2 anfægtede sager, hvor klageren efter at have stævnet selskabet hævdede sagen.

#### 3.3.1. Sag 98634. Ulykkesforsikring. Årsagssammenhæng. Tjenestemændenes Forsikring.

Klageren anmeldte, at han den 1/9 2017 i forbindelse med sit arbejde affyrede en harpun, som gav et kraftigt rekyl, der medførte skade på venstre underarm, højre hånd, nakke og hoved. Klageren fik konstateret brud på venstre underarm efter ulykken. Klageren anførte, at han også blev påført et piskesmæld, og at Arbejdsmarkedets Erhvervssikring i arbejdsskadesagen havde vurderet det varige men til 8 procent. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klageren ikke har bevist, at der er årsagssammenhæng mellem den anmeldte hændelse og hans nakkegener. Selskabet lagde vægt på, at der ikke var dokumentation for strakssymptomer, idet klagerens gener i nakken først er beskrevet i journalnotatet af 14. november 2017, hvilket er 2 ½ måned efter skadedatoen. Selskabet anførte, at Arbejdsmarkedets Erhvervssikring i ulykkesagen havde vurderet klagerens méngrad til mindre end 5 procent med henvisning til manglende dokumentation for strakssymptomer. Nævnet fandt, at klageren har bevist, at der var medicinsk og tidsmæssig årsagssammenhæng mellem ulykken og klagerens nakkegener. Nævnet lagde vægt på den lægefaglige bedømmelse i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings afgørelse af 2/9 2019 i arbejdsskadesagen, hvor det vurderedes, at ulykkestilfældet var egnet til at forårsage klagerens nakkegener, og at der ikke var oplysninger, der umiddelbart understøttede tilstedeværelsen af andre samvirkende årsager. Nævnet fandt, at det ikke kunne føre til andet resultat, at der ikke var beskrevet nakkegener eller hovedpine ved undersøgelse på sygehus den 8/9 2017 eller hos egen læge den 26/9 2017, og at generne først var beskrevet i de lægelige bilag i november 2017.

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at udtalelsen som selskabet havde indhentet i den private ulykkesforsikrings sag, hvor méngraden var fastsat til under 5 % under henvisning til manglende dokumentation for strakssymptomer, måtte være afgørende bevisretligt.

Sagen blev indbragt for retten af klageren. Selskabet har oplyst, at klageren hævdede sagen efter, at Retslægerådet afgav udtalelse.

# Ankenævnet for Forsikring

Af Retslægerådets udtalelse fremgår bl.a.:

## " Spørgsmål 1:

Er der en tidsmæssig sammenhæng mellem uheldet og de forhold/symptomer/læsioner/påvirkninger ved sagsøgers nakke, herunder, men ikke begrænset til, ved området mellem 5. og 6. nakkehvirvel, som blev konstateret ved MR — scanningen?

*Der findes ikke i akterne en tidsmæssig sammenhæng mellem symptomerne fra nakken og ulykkestilfældet, idet symptomerne først beskrives senere i forløbet. De ved MR-skanning påviste lette degenerative forandringer er almindelige i baggrundsbefolkningen og kan ikke relateres til en traumatisk påvirkning af halsryggen.*

## Spørgsmål 2:

Er der en medicinsk sammenhæng mellem uheldet og de forhold/symptomer/læsioner/påvirkninger ved sagsøgers nakke, herunder, men ikke begrænset til, ved området mellem 5. og 6. nakkehvirvel, som blev konstateret ved MR — scanningen?

*Nej, for begrundelse se besvarelsen af spørgsmål 1.*

...

## Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse hvilke symptomer/gener/lidelser sagsøger angav at have efter uheldet den 1. september 2017, samt redegøre for, hvilke objektive fund, der er konstateret umiddelbart efter uheldet.

*Sagsøger oplever umiddelbart efter ulykkestilfældet symptomer svarende til brud ved håndled. Nakkesmerter beskrives første gang i fysioterapeutisk status og bekræftes i notat ved egen læge dateret den 22. november, hvor det noteres, at sagsøger efter episoden har haft mange smerter i nakken, særligt på venstre side. Samtidig får han hovedpine i forbindelse med bilkørsel, hvilket ikke var tilfældet tidligere. Der beskrives ikke objektive fund svarende til nakken umiddelbart efter ulykkestilfældet eller ved undersøgelsen den 22. november. Der foreligger attest fra den 6. november, hvor nakkesmerter og hovedpine beskrives.*

## Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt der er tilknytning til hændelsen den 1. september 2017 og/eller ved nogen af de øvrige tidsnære lægefaglige undersøgelser af sagsøger er beskrevet symptomer angående nakken.

*Retslægerådet resumerer ikke hele forløbet, men ud fra de lægelige oplysninger kan fremdrages, at der ikke foreligger lægelig dokumentation vedrørende nakkesmerter forud for ulykkestilfældet. Der beskrives ikke nakkesmerter i primærnotat fra skadestuen i [by]. Nakkesmerter beskrives første gang i lægelige akter i attest fra den 6. november og efterfølgende i journalnotat ved egen læge fra den 22. november 2017.*

## Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt der kan konstateres straks- og brosymptomer mellem hændelsen den 1. september 2017 og sagsøgers efterfølgende smerter/gener/lidelser i nakken.

*Der beskrives ikke straks-symptomer fra nakken i skadenotatet fra [by], se også besvarelsen af spørgsmål B.*

# Ankenævnet for Forsikring

*Brosymptomer er ikke et veldefineret begreb, men det kan oplyses at de symptomer, som beskrives ved kontakt til egen læge den 6. november er vedvarende efterfølgende.*

## **Spørgsmål D:**

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt de af sagsøger beskrevne symptomer/nakkegener kan opstå uden ydre årsag og/eller kendt traume.

*Stærke nakkesmerter og belastningsrelateret hovedpine opstår sjældent uden en provokerende hændelse.*

## **Spørgsmål E:**

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål D bedes det oplyst, hvorvidt de hos sagsøger konstaterede symptomer/nakkegener kan opstå i forbindelse med almindeligt arbejde som ... på skib eller i privatregi, f.eks. hvis der udføres uvant arbejde og/eller sker overanstrengelse.

*Uvant arbejde og/eller overanstrengelse giver oftest forbigående muskelsmerter og ikke vedvarende symptomer, som det beskrevne.*

## **Spørgsmål F:**

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1-6 og A-E bedes Retslægerådet oplyse, hvorvidt sagsøgerens nakkegener konstant og kontinuerligt ses at have været til stede siden hændelsen 1. september 2017.

*Retslægerådet henviser til besvarelsen af spørgsmål B, hvori det fremgår, at nakkesmerter første gang blev dokumenteret i de lægelige sagsakter den 6. november 2017 ved attest-udfyldelse og efterfølgende i journalnotat fra egen læge den 22. november 2017 (Bilag 8). Retslægerådet finder ikke, at der foreligger dokumentation for, at sagsøger havde nakkesmerter forud for disse datoer og ser sig derfor ikke i stand til at bekræfte, at disse symptomer var konstant og kontinuerligt til stede efter hændelsen den 1. september 2017 og frem til første dokumentation af gener den 6. november 2017. Sagsøger har jævnfør sagens akter fra den 22. november 2017 og fremadrettet haft tilbagevendende lægekontakter vedrørende nakkesmerter, hvorfor Retslægerådet vurderer, at nakkesmerterne er af længerevarende karakter.*

## **Spørgsmål G:**

Er det efter Retslægerådets opfattelse medicinsk sandsynligt, at nakkesmerter - som de af sagsøger beskrevne - først manifesterer sig 2-2½ måned efter en hændelse.

*Retslægerådet vurderer, at det er sandsynligt, at nakkesmerter som de beskrevne kan udvikle sig efter et traume, og at der kan gå uger til måneder inden symptomerne er manifesterede. Det bemærkes i aktuelle sag, at der ikke foreligger lægelig dokumentation for de beskrevne nakkesmerter før den 6. november, men undersøgelsen her er afledt af længere forløb hos fysioterapeut, hvor sagsøger er behandlet for følger efter håndledsfraktur og nakkesmerter."*

# Ankenævnet for Forsikring

### 3.3.2. Sag 101250. Ulykkesforsikring. Bevis for ulykke. Tryg.

Klageren anmeldte den 19/9 2023, at han den 1/4 2023 under en løbetur fik en meniskskade i venstre knæ efter et pludseligt vrid. Klageren havde for 20 år siden fået en menisklæsion i samme knæ. Selskabet afviste dækning med henvisning til manglende dokumentation for en ulykke den 1/4 2023. Selskabet anførte, at klageren ikke har bevist, at hændelsen den 1/4 2023 har forårsaget meniskskaden. Selskabet anførte, at der ikke var lægelige oplysninger, der dokumenterede den anmeldte hændelse. Nævnets flertal fandt, at klageren havde antageliggjort, at meniskskaden skyldtes en ulykke. Selskabet skulle derfor indhente og betale for en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervs sikring. Nævnets flertal lagde vægt på, at klagerens lægejournal hverken be- eller afkræftede, at knæskaden kunne være sket under en løbetur. Flertallet bemærkede, at journalnotatet alene var en kortfattet henvisning til en MR-skanning. Flertallet lagde til grund, at en henvisning til MR-skanning forudsatte gener af en vis varighed og alvorlighed, hvilket talte for, at klageren havde haft generne i nogle uger, da han gik til lægen.

Selskabet anfægtede afgørelsen og anførte, at der ikke tidsnære oplysninger, der understøttede, at klagerens gener kunne henføres til et ulykkestilfælde i 2023.

Sagen blev indbragt for retten af klageren. Selskabet har oplyst, at klageren efterfølgende har hævet sagen.

### 3.4. Anfægtede sager. Klagerne opgav sagerne uden at indbringe den for retten i 2025.

I 2025 var der 2 anfægtede sager, hvor det må lægges til grund, at sagen ikke fortsættes.

#### 3.4.1. Sag 96465. Ejerskifteforsikring. Ulovlig brændeovn. Gjensidige.

Ejendommen var opført i 1957 med tilbygninger fra 1970. I 2015 havde sælger skiftet gulve og etableret nyt køkken og bad. Nævnet fandt, at klageren ikke har bevist, at der var skævheder, eftergivenheder eller øvrige konstruktionsmæssige forhold ved trægulve, der udgjorde en dækningsberettigende skade henset til tilstandsrapportens oplysninger. Nævnet fandt, at bagfald på badeværelsesgulv ikke opfyldte forsikringens skadebegreb. Nævnet fandt det ikke bevist, at skimmel omkring fodlister og ved vindue i værelse 2 udgjorde en skade. Nævnet fandt, at selskabet skulle dække en udskiftning af brændeovn/pejseindsats, idet denne var ulovlig pga. manglende prøvningsattest og måtte anses for omfattet af forsikringens dækning for ulovlig VVS.

Selskabet anmodede om genoptagelse af sagen. Da genoptagelse blev afvist, anfægtede selskabet afgørelsen. Selskabet anførte, at pejsen havde en helt underordnet opvarmningsfunktion, og at den ikke kunne anses som en del af ejendommens VVS-installation, og at den derfor ikke var omfattet af ulovlighedsdækningen for VVS-installationer. Selskabet har oplyst, at klageren ikke har forfulgt sagen yderligere.

#### 3.4.2. Sag 101590. Retshjælpsforsikring. Aros.

Klageren var utilfreds med selskabets afslag på retshjælpsdækning til en ankesag mod ulykkesforsikringen i samme selskab. Sagen mod ulykkesforsikringen var afgjort af nævnet i sag 99211, hvor nævnet fandt, at selskabets brev af 6/12 2021 efter sit indhold havde karakter af en egentlig afgørelse, og at der var tale om et dækningstilsagn, som klageren kunne støtte ret på. Selskabet meddelte, at selskabet ikke ønskede at være bundet af kendelsen. Klageren indbragte sagen for byretten under småsagsprocessen, hvor klageren ikke fik medhold. Selskabet afviste retshjælpsdækning til ankesag ved landsretten under henvisning til, at der ikke

# Ankenævnet for Forsikring

var rimelig grund til at føre ankesagen. Nævnet fandt, at der var rimelig grund til at føre ankesagen. Selskabet skulle derfor give klageren retshjælpsdækning i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne.

Selskabet anfægtede afgørelsen. Selskabet har oplyst, at klageren ikke har forfulgt sagen yderligere.

## 4. Domme i sager, som nævnet afviste af træffe afgørelse i.

Nævnet har kendskab til 2 sager, der – efter at nævnet afviste at afgøre sagerne på grund af usikkerheden om den bevismæssige bedømmelse af sagerne – er blevet afgjort af domstolene. Klagerne fik i begge sager medhold ved landsretten.

### 4.1. Sag 94244. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. PFA.

Klager over ophævelse af erhvervsevnetabsforsikringer og afvisning af dækning fra den 1/12 2018. Klageren var i 2001 og 2002 udsat for trafikulykker, hvor hun fik piskesmæld og hjernerystelse. Selskabet havde ydet fulde ydelser siden 2004. Selskabet ophævede forsikringerne med henvisning til, at observationer af klageren i træningscenter og på cafe – hvor hun arbejdede med computer – samt oplysninger på sociale medier om hendes aktivitetsniveau var klart uforeneligt med hendes klager til selskabet og til speciallæger. Selskabet vurderede på den baggrund, at klageren havde handlet groft illoyalt. Nævnet fandt, at de fremlagte observationsoplysninger om klagerens fysiske funktionsevne var egnede til at skabe betydelig tvivl om hendes reelle, fysiske skånehensyn. Nævnet bemærkede dog, at klageren i funktionsevneskemaet af 25/12 2012 havde oplyst, at hun på anbefaling af læger gik til styrketræning, og i reumatologisk speciallægeerklæring af 24/5 2013 hed det, at klageren havde oplyst, at hun forsøgte at træne 2-3 gange om ugen. Selskabets observationer og fremfundne oplysninger fra sociale medier på internettet gav efter nævnets vurdering ikke et fornødent grundlag for, at nævnet ville kunne tage stilling til, i hvilket omfang klagerens erhvervsevne fortsat er nedsat som følge af væsentlige psykiske gener. Selskabet havde ikke foranlediget, at klagerens funktionsniveau i forhold til psykiske lidelser var blevet undersøgt nærmere af lægesagkyndige med relevante specialer før selskabets ophævelse af erhvervsevnetabsforsikringen pr. 1/12 2018, og sagen forelå således ikke godt oplyst, for så vidt angik klagerens aktuelle psykiske gener. Selskabet havde i sit brev af 31/3 2014 – hvor selskabet meddelte forlængelse af fuld dækning – henvist til psykiatriske diagnoser med svær depressiv tilstand og posttraumatisk stresstilstand. Subjektive tilkendegivelser om fysisk smerte og funktionelle begrænsninger indgik imidlertid som et væsentligt element i de psykiatriske lægevurderinger. Nævnet kunne på det oplyste grundlag ikke tage stilling til, om disse lægevurderinger ændres, hvis de fysisk betingede forudsætninger viste sig at være anderledes og mindre belastende for klageren. Endvidere gav det af selskabet fremlagte materiale ikke nævnet tilstrækkelig sikkerhed for på skriftligt grundlag at afgøre, i hvilken grad klageren måtte have udført konkrete aktiviteter, som udgjorde eller ville kunne sidestilles med erhvervsarbejde i nævneværdigt omfang. På den baggrund fandt nævnet, at sagen ikke forelå oplyst på en sådan måde, at det ville være forsvarligt, at nævnet traf afgørelse uden at have mulighed for indhentelse af yderligere oplysninger, herunder med mulighed for at foretage parts- og vidneafhøringer. Nævnet fandt herefter, at der til sagens afgørelse krævedes en nærmere bevisførelse, der måtte foregå ved domstolene.

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret. Ved dom af 31/10 2023 fik klageren ikke medhold i, at hendes erhvervsevne var nedsat med mere end 2/3. Klageren fik imidlertid medhold i, at hendes erhvervsevne pr. 1/12 2018 var nedsat med mellem halvdelen og 2/3 og i, at selskabet var uberettiget til at ophæve aftalen. Af dommen fremgår:

# Ankenævnet for Forsikring

## "Rettenns begrundelse og resultat

Retten finder, at PFA Pensions videooptagelser af [sagsøger] i blandt andet træningscenteret [...], der mod betaling er offentligt tilgængeligt, kan anvendes som bevis i sagen. Den omstændighed, at optagelserne er ensidigt tilvejebragt af PFA Pension, kan ikke føre til, at fremlæggelsen bør afskæres. Der er heller ikke i øvrigt anført omstændigheder, der kan begrunde, at materialet ikke tillades fremlagt. Retten bemærker, at [sagsøger] i forbindelse med hovedforhandlingen har haft mulighed for at forholde sig til materialet. Der er ikke herved taget stilling til bevisværdien af observationsmaterialet.

[Sagsøger] var i 2001 og 2002 udsat for to færdselsuheld. Hun er efterfølgende diagnosticeret med whiplash traume, kronisk smertetilstand, kronisk posttraumatisk stresstilstand samt depression. PFA Pension har med virkning fra 1. juni 2002 bevilliget først halv og siden fuld invalidepension og præmiefritagelse på baggrund af [sagsøgers] nedsatte erhvervsevne som følge af de fysiske og psykiske symptomer efter ulykkestilfældene.

PFA Pension vurderede i 2014 på baggrund af det af [sagsøger] udfyldte funktionsevneskema i 2012 og speciallægeerklæring af 24. maj 2013 fra reumatolog og psykiatrisk speciallægeerklæring af 4. februar 2014, at hendes erhvervsevne fortsat var nedsat.

I funktionsevneskemaet af 25. november 2012 og til de to speciallæger i 2013 og 2014 har [sagsøger] oplyst blandt andet, at hun havde daglige smerter, var plaget af lydoverfølsomhed, og at hun generelt var trist og ked af det uden energi og lyst til noget. Hun isolerede sig og var ikke i stand til at varetage et arbejde. Hun havde måtte overlade fysisk krævende aktiviteter i hjemmet til andre, herunder gulvvask, vinduespudsning, støvsugning og tøjvask. Om sin træning oplyste [sagsøger], at hun tidligere havde styrketrænet på eliteniveau og trænede op til fitnesskonkurrencer, men at hun efter ulykkerne måtte undlade at engagere sig i mere fysisk krævende fritidsaktiviteter. Hun var nødt til at styrketræne for at styrke muskulaturen, men tit måtte hun gå hjem efter 20 minutter på grund af stort ubehag, svimmelhed og smerter. Hun trænede maksimalt 2-3 gange om ugen, og hun kunne løfte 5-8 kg. Det er flere steder angivet, at nogle dage var værre end andre, og at hendes funktionsniveau afhang af dagsformen.

PFA Pension observerede [sagsøgers] færden to dage i oktober 2018 og fem dage i november 2018. Det fremgår af de fremlagte videooptagelser, at [sagsøger] trænede flere på hinanden følgende dage, herunder den 5., 6., 7. og 8. november 2018, med tung vægt. Af internetundersøgelsen fremgår det endvidere, at [sagsøger] hjalp sin ægtefælle/tidligere ægtefælle med at udarbejde pressemeddelelse og planlægge events, og hun karakteriserede sig på LinkedIn blandt andet som ... for [virksomhed]. Det fremgår endvidere, at hun i visse situationer fungerede som personlig træner, og at hun havde en omfattende rejseaktivitet til blandt andet [ni forskellige destinationer på tre kontinenter]. [Sagsøger] har ikke givet en plausibel forklaring på, hvorledes hendes aktiviteter var forenelige med oplysningerne om hendes helbredsgener, og har heller ikke i øvrigt fremlagt materiale, der modsiger oplysningerne i observationsrapporten og internetundersøgelsen.

Retten lægger på baggrund af PFA Pensions videooptagelser og observationer af [sagsøgers] funktionsevne, som er understøttet ved forklaringerne afgivet af vidnerne [Vidne 1], [Vidne 2] og [Vidne 3], samt internetundersøgelser fra sociale medier til grund, at [sagsøger] i hvert fald i 2018 ikke længere havde de

## Ankenævnet for Forsikring

samme fysiske skånehensyn som tidligere. Hendes særdeles veltrænede krop indikerer, at hun – med eller uden anabolske steroider – havde været i stand til at træne intensivt og med tunge vægte gennem en længere periode, hvilket også understøttes af hendes træningsopslag på sociale medier i perioden 2016-2018 og af hendes Instagram-postering af 13. juni 2018, hvor hun skrev, at hun trænede hårdt fem gange om ugen. Retten lægger endvidere til grund, at [sagsøger] i – i hvert fald i et vist omfang – udførte erhvervsrelateret arbejde i tilknytning til hendes ægtefælle/tidligere ægtefælles ...virksomhed og som personlige træner. Endvidere har [sagsøger] den 30. juli 2018 postet en film, hvor hun sprang et reverse bungee jump.

Uanset at videoptagelserne og oplysningerne fra de sociale medier er egnede til at skabe betydelig tvivl om [sagsøgers] reelle, fysiske skånehensyn, finder retten efter en samlet vurdering, at PFA Pension ikke har godtgjort, at [sagsøger] bevidst har afgivet urigtige eller mangelfulde oplysninger om omfanget af hendes erhvervsevne i de erklæringer, der ligger til grund for PFA Pensions stillingtagen til, om hun fortsat var berettiget til erhvervsevnetabsydelse og præmiefritagelse i 2014. Retten har navnlig lagt vægt på, at PFA Pensions observationer i 2018 er foretaget henholdsvis fire, fem og seks år efter [sagsøgers] beskrivelse af sine helbredsforhold i 2012, 2013 og 2014, og at oplysningerne i internetundersøgelsen om [sagsøgers] erhvervsrelaterede aktiviteter i 2012, 2013 og 2014 ikke er af et sådant omfang eller karakter, at det kan lægges til grund, at hun på daværende tidspunkt var i stand til at udføre erhvervsarbejde.

PFA Pension var herefter ikke efter forsikringsbetingelsernes punkt A, § 3, berettiget til at ophæve [sagsøgers] erhvervsevnetabsforsikringer hos PFA Pension med virkning fra den 1. december 2018 som sket.

Spørgsmålet er herefter, om [sagsøger] har løftet bevisbyrden for, at hendes erhvervsevne fortsat var nedsat med en tredjedel eller mindre, eller at hendes erhvervsevne var nedsat til halvdelen.

Retten finder efter det ovenfor anførte, at der pr. 1. december 2018 var sket en sådan forbedring af [sagsøgers] helbredsmæssige forhold, at hendes erhvervsevne ikke længere kunne anses for nedsat til en tredjedel eller mindre.

I vurderingen af, om [sagsøger] herefter fortsat kan anses for at have et dækningsberettigende erhvervsevnetab har retten lagt vægt på, at PFA Pension i en lang årrække har ydet dækning på baggrund af et omfattende lægemateriale. [Sagsøger] er bevilget offentlig førtidspension og har fået vurderet følgerne af ulykkerne i 2001 og 2002 af speciallæger og Retslægerådet. Det er ved psykiatrisk speciallægeerklæring af 26. april 2023 konkluderet, at hun fortsat er præget af depressionssymptomer, og at hun lider af post-traumatisk belastningsreaktion. Heroverfor er PFA Pensions observationer foretaget over få dage og samlet set over en kort periode på ca. to uger i oktober-november 2018, og omfanget af [sagsøgers] erhvervsrelaterede og sociale aktiviteter er begrænsede i forhold til den lange tidsperiode, som internetundersøgelserne afdækker. Materialet har ikke været forelagt Retslægerådet eller en speciallæge i psykiatri. Retten finder herefter, at det ikke kan lægges til grund, at observationerne og oplysningerne i internetundersøgelsen giver et fyldestgørende billede af [sagsøgers] erhvervsevne, herunder navnlig [sagsøgers] erhvervsevne som følge af psykiske gener.

# Ankenævnet for Forsikring

Herefter og efter en samlet vurdering finder retten, at [sagsøgers] erhvervsevne og indtjeningsevne pr. 1. december 2018 kan anses for nedsat til halvdelen som følge af færdselsuheldene.

[Sagsøger] var derfor pr. 1. december 2018 berettiget til halv invalidepension og halv præmiefritagelse, jf. forsikringsbetingelserne punkt C, § 1, stk. 2.

Retten tager på den baggrund [sagsøgers] mere subsidiære påstand til følge, mens [sagsøger] frifindes for PFA Pensions selvstændige påstand.

## *Sagsomkostninger*

PFA Pension skal betale sagsomkostninger til statskassen med 115.500 kr. inkl. moms, heraf er 100.000 kr. til dækning af udgifter til advokat og 15.500 kr. til dækning af den retsafgift, som skulle have været betalt, hvis der ikke var givet fri proces, jf. retsplejelovens § 332. Retten har ved fastsættelsen af beløbet til dækning af udgifter til advokatbistand lagt vægt på sagens udfald sammenholdt med parternes påstande, sagens forløb og tyngdepunkt samt hovedforhandlingens varighed."

Selskabet ankede sagen. Ved dom af 23/10 2025 stadfæstede Østre Landsret dommen. Af landsrettens dom fremgår bl.a.:

## **Supplerende sagsfremstilling**

Retslægerådet har den 16. juni 2025 afgivet følgende udtalelse i sagen:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet indledningsvist bemærke, at rådet har udtalt sig på baggrund af det forelagte materiale.

Retslægerådet skal herefter besvare de stillede spørgsmål således:

*I ovennævnte sag skal jeg på vegne af PFA bede Retslægerådet besvare følgende:*

*Det bemærkes, at Retslægerådet tidligere ved rådets udtalelse af 6. december 2006 har besvaret en række spørgsmål vedrørende [sagsøger] i forbindelse med en sag hos [forsikringsselskab] vedrørende [sagsøgers] erstatningskrav under en motoransvarsforsikring i anledning af et færdselsuheld. Retslægerådets udtalelse af 6. december 2006 indgår i sagen som bilag 8.*

*Nærværende sag derimod handler om, hvorvidt PFA har været berettiget til at ophæve [sagsøgers] erhvervsevnetabsforsikringer hos PFA med virkning fra den 1. december 2018, som følge af, at [sagsøger] efter PFAs opfattelse har afgivet urigtige oplysninger om omfanget af nedsættelsen af sin erhvervsevne til PFA i forbindelse med PFA's stillingtagen til, om [sagsøger] fortsat er berettiget til erhvervsevnetabsydelse og præmiefritagelse. Hvis landsretten måtte finde frem til, at PFA ikke har været berettiget til at ophæve erhvervsevnetabsforsikringen, herunder retten til præmiefritagelse, skal det i sagen afgøres, om [sagsøgers] generelle erhvervsevne er nedsat med mindst halvdelen i henhold til PFA's forsikringsbetingelser.*

*Da der er tale om to særskilte sager, og da der er gået lang tid (ca. 18 år) siden rådets besvarelsen fra 2006 samt er fremkommet nye oplysninger i sagen, er det relevant på ny at forelægge en række spørgsmål for Retslægerådet.*

# Ankenævnet for Forsikring

Retslægerådet anmodes om at besvare samtlige spørgsmål på baggrund af de fremsendte akter. Retslægerådet bedes samtidig begrunde sine svar. Spørgsmål relateret til [sagsøgers] fysiske smerter og gener

## Spørgsmål 1:

PFA bemærker, at [sagsøgers] erhvervsevnetabsforsikringer og retten til præmiefritagelse under hendes pensionsordning hos PFA blev ophævet med virkning fra den 1. december 2018.

På den baggrund anmodes Retslægerådet i forbindelse med besvarelsen af nærværende spørgsmål 1 samt spørgsmål 2-4 nedenfor at begrænse sin lægelige vurdering til de lægelige akter dateret frem til den 1. december 2018, dvs. følgende akter:

Bilag 5 - Journal fra Rygteam af 19. juni 2001

Bilag 6 - Speciallægeerklæring af 7. september 2004

Bilag 1 - Speciallægeerklæring af 24. maj 2013

Bilag 2 - Speciallægeerklæring af 4. februar 2014

Retslægerådet bedes herefter oplyse, om der - på baggrund af ovennævnte lægelige akter - efter Retslægerådets opfattelse er overensstemmelse mellem de objektive fund for så vidt angår [sagsøgers] whiplash-traume (piskesmælds-traume) og hoved- nakke-, skulderjournalmateriale af fysiske smerter og gener som ligeledes beskrevet og ryglidelser som beskrevet i ovennævnte og [sagsøgers] beskrivelse i det lægelige materiale.

I alle fire lægelige akter beskrives subjektive symptomer, som ikke direkte kan objektiviseres. Objektivt beskrives indskrænket bevægelighed i halshvirvelsøjlen og regionale muskelspændinger i nakke, venstre skulder og venstre arm, men uden tegn på neurologisk skade i armen.

Bilag 5, Journal fra Rygteam, er det tidsmæssigt nærmeste på ulykkestilfældet den 23. marts 2001, foreligger ikke aktiv beskrivelse af eventuelle symptomer forud for ulykkestilfældet.

Bilag 6, Speciallægeerklæring ved [...], anfører, at sagsøgte forud for ulykkestilfældet var sportsaktiv, at hun havde gennemført uddannelse og siden været fuldtidsansat, uden at være generet af de symptomer, der beskrives efterfølgende. Retslægerådet konkluderer, at der er tidsmæssig relation mellem ulykkestilfældet og udvikling af symptomer.

## Spørgsmål 2:

Under henvisning til PFA's indledende bemærkning i spørgsmål 1 anmodes Retslægerådet i forbindelse med besvarelsen af spørgsmål 2 at begrænse sin lægelige vurdering til de lægelige akter, der er dateret frem til den 1. december 2018, dvs. de akter, der oplistes samlet i spørgsmål 1.

PFA opfordrer Retslægerådet til at gennemse det fulde videomateriale i bilag G, som er fremsendt til Retslægerådet på et krypteret USB-stik, i forbindelse med rådets besvarelse af spørgsmål 2.

Retslægerådet bedes herefter oplyse, om det må anses for uforeneligt med [sagsøgers] piskesmælds-traume og [sagsøgers] oplyste fysiske smerter og gener som beskrevet i de lægelige akter dateret frem til

## Ankenævnet for Forsikring

den 1. december 2018, at [sagsøger] - efter PFA's opfattelse - konkret har været aktiv med følgende aktiviteter, jf. bilag G (USB-stikmed videomateriale, som det er afgørende, at Retslægerrådet gennemser i forbindelse med besvarelsen) og bilag E (PFA's observationsrapporter):

- I to videoer delt på de sociale medier den 7. oktober 2016 viser [sagsøger] en række forskellige træningsøvelser og giver råd herom. Der henvises til videoerne med filnavn "[sagsøger] – træningsvideo posteret 07.10.2016" og "[sagsøger] - diverse træningsøvelser 07.10.2016" på det fremsendte USB-stik, bilag G.
- I en video delt på de sociale medier den 10. oktober 2016 viser [sagsøgeren] en række forskellige træningsøvelser til skuldrene, som hun kalder "shoulderattacks", og giver råd herom. Der henvises til videoen med filnavn "[sagsøger] – træningsvideo posteret 10.10.2016" på det fremsendte USB-stik, bilag G.
- I en video delt på de sociale medier den 12. oktober 2016 viser [sagsøger] en række forskellige træningsøvelser med til armene og giver råd herom. Der henvises til videoen med filnavn "[sagsøger] – træningsvideo 2 posteret 12.10.2016" på det fremsendte USB-stik, bilag G.
- I en video delt den 13. oktober 2016 viser [sagsøger] en række forskellige træningsøvelser til ryggen og giver råd herom. Der henvises til videoen med filnavn "[sagsøger] – træningsvideo posteret 13.10.2016" på det fremsendte USB-stik, bilag G.
- I en video delt den 4. juni 2018 ses [sagsøger] at træne arme og ryg med. Der henvises til videoen med filnavn "[sagsøger] – træningsvideo posteret 04.06.2018" på det fremsendte USB-stik, bilag G.
- I en video delt den 11. juni 2018 ses [sagsøger] at træne ryg som hviler på hendes skuldre og nakke. Der henvises til videoen med filnavn "[sagsøger] – træningsvideo 2 posteret 11.06.2018" på det fremsendte USB-stik, bilag G.
- I en video posteret den 30. juli 2018 udfører [sagsøger] et "reverse bungee jump" i luften på en trampolin, hvor hun er fastspændt med elastikker. Der henvises til videoen med filnavn "[sagsøger] i reverse bungee 30.07.2018" på det fremsendte USB-stik, bilag G.
- I en træningsvideo delt den 13. september 2018 ses [sagsøger] at træne brystmuskler med vægte. Der henvises til videoen med filnavn "[sagsøger] – træningsvideo posteret 13.09.2018" på det fremsendte USB-stik, bilag G.
- I en video posteret på træningscenterets Facebook-side den 14. oktober 2018, ses [sagsøger] at udføre og vise træningsøvelser til en anden person, hvor hun ses at hænge i armene og løfte egen kropsvægt. Der henvises til videoen med filnavn "[sagsøger] på [træningscenters] Facebook-side 14.10.2018" på det fremsendte USB-stik, bilag G.
- I to træningsvideoer delt den 16. oktober 2018 ses [sagsøger] at træne henholdsvis ryggen og højre arm med vægte. Der henvises til videoerne med filnavnene "[sagsøger] – træningsvideo 2 posteret 16.10.2018" og "[sagsøger] – træningsvideo posteret 16.10.2018" på det fremsendte USB-stik, bilag G.
- Den 5. november 2018 blev [sagsøger] observeret at styrketræne i fitnesscenteret, [træningscenter], herunder ved en maskine, der træner ryg og overkrop samt ved en maskine, der træner overkrop/triceps. Der henvises til observationsrapporterne i bilag E, s. 7-9 samt bilag G, video 2018.05.11-5, -6, -7 og -8.
- [sagsøger] blev efterfølgende dag den 6. november 2018, observeret at udføre styrketræning i fitnesscenteret, [træningscenter], herunder "Chest Press", skulderpres, "butterflies", og "pec-deck fly"

# Ankenævnet for Forsikring

på flere forskellige træningsmaskiner. Der henvises til bilag E, s. 12-14, og bilag G, video 2018.11.06-6, 2018.11.06-7, 2018.11.06-8, 2018.11.06-9-12 og 2018.11.06-13.

- Den 7. november 2018 blev [sagsøger] observeret bære en sort træningstaske over skulderen, mens hun gik sammen med [ægtefælle] mod [træningscenter]. Der henvises til bilag E, s. 18-19 samt bilag G, video 2018.11.07-5.
- [sagsøger] blev den 9. november 2018 observeret, mens hun blev afhørt af/talte med politiet. Der henvises til bilag E, s. 25, samt bilag G, video 2018.11.09-3, -4, -5 og -6.

I forbindelse med besvarelsen af nærværende spørgsmål 2 bedes Retslægerrådet således også tage i betragtning, at [sagsøger] efter PFA's opfattelse har gennemført træningsaktiviteter af flere timers varighed og over flere på hinanden følgende dage.

PFA understreger på ny, hvor vigtigt det er, at Retslægerrådet gennemser det fulde videomateriale i bilag G, som er fremsendt til Retslægerrådet på et krypteret USB-stik, i forbindelse med rådets besvarelse af spørgsmål 2.

Retslægerrådet har ikke modtaget videomateriale og spørgsmålet kan derfor ikke besvares. Retslægerrådet kan supplerende oplyse, at et lægefagligt skøn kræver en klinisk vurdering ud fra lægefaglig viden om sygdomme, men også tilhørende symptomer og objektive fund. En simpel sammenholdning af beskrevne symptomer i lægefaglige dokumenter med videooptagelser har efter Retslægerrådet vurdering ikke karakter af et lægefagligt skøn, da der ikke er oplysninger om symptomer eller objektive fund i forbindelse med aktiviteterne. Som spørgsmålet er stillet, vil det derfor have karakter af bevisførelse og ikke indeholde et behov for et lægefagligt skøn, hvorfor det ikke vil kræve en fremlæggelse for Retslægerrådet.

### Spørgsmål 3

Retslægerrådet bedes vurdere, om skademekanismen for så vidt angår [sagsøgers] piskesmælds-traume som beskrevet i eksempelvis speciallægeerklæring af 24. maj 2013, bilag 1 (under afsnittene "Konklusion" og "Reumatologisk diagnose"), med overvejende sandsynlighed (mere end 50% sandsynligt) er egnet til at fremprovokere [sagsøgers] fysiske smerter og gener relateret til [sagsøgers] hovedpine, smerter i nakken, smerter i venstre skulderregion og føleforstyrrelser i venstre arm, som beskrevet i de akter, der oplistes samlet i spørgsmål 1.

I tillæg hertil bedes Retslægerrådet også oplyse, om [sagsøger]s smerter og gener relateret til hendes piskesmælds-traume som beskrevet i de akter, der oplistes samlet i spørgsmål 1, er en sædvanlig følge af det pågældende traume/syndrom.

I forbindelse med sin besvarelse af ovennævnte bedes Retslægerrådet ved angivelse i procenter og som et groft skøn oplyse, hvor mange patienter med den på -gældende type traume/syndrom efter piskesmæld/whiplash, der efter ca. henholdsvis 17 år (tidsrummet forløbet på ophævelsetidspunktet) og 23 år (tidsrummet forløbet frem til dags dato) har samme gener som [sagsøger] angiver, og hvor mange patienter, der efter ca. henholdsvis 17 år og 23 år har færre gener som følge af den samme type piskesmælds-læsion/traume.

# Ankenævnet for Forsikring

*I den forbindelse bedes Retslægerådet også vurdere, om skadesmekanismen i marts 2001 med overvejende sandsynlighed (mere end 50% sandsynligt) er egnet til at fremprovokere de fysiske smerter og gener, som [sagsøger] oplever ca. henholdsvis 17 år og 23 år efter piskesmældslæsionens debut i marts 2001.*

Retslægerådet vurderer, at sagsøgte efter ulykkestilfældet i 2001 har udviklet en kronisk smertetilstand med smerter i nakke, skulder og venstre arm, og at disse symptomer har været til stede siden ulykkestilfældet i 2001. Retslægerådet vurderer, at de længerevarende smerter med mere end 50 % sandsynlighed kan tilskrives ulykkestilfældet i 2001. For så vidt angår de mere kognitivt prægede symptomer omtalt i Bilag 5, 6, 1 og 2, skønner Retslægerådet, at der er et årsagsbidrag af ulykkestilfældet i 2001, men kan ikke nærmere angive sandsynlighedsgraden.

Kroniske symptomer som de omtalte i Bilag 5, 6, 1 og 2 ses skønsmæssigt blandt ca. 10 % af ulykkestilfældene som det beskrevne. Der er i den lægevidenskabelige litteratur ikke data, der tillader mere specifik besvarelse af spørgsmålet.

I forhold til om skadesmekanismen i marts 2001 med overvejende sandsynlighed (mere end 50 % sandsynligt) er egnet til at fremprovokere de fysiske smerter og gener, som sagsøgte oplever ca. henholdsvis 17 år og 23 år efter piskesmældslæsionens debut i marts 2001 henvises til svar i ovenstående. Af sagens Bilag 21 og 22, som er speciallægeerklæringer fra 2023, fremgår, at sagsøgte fortsat har klager over smerter fra især venstre arm og hoved og nakke, men de to sidstnævnte mindre end tidligere, samt at der foreligger tegn på en periodisk depression og belastningsreaktion.

## **Spørgsmål relateret til [sagsøger]s psykiske gener**

**Spørgsmål 4:** *Som anført under spørgsmål 1 anmodes Retslægerådet ved besvarelsen af nærværende spørgsmål 4 samt spørgsmål 5 nedenfor, ligeledes om at begrænse sin lægelige vurdering til de lægelige akter dateret frem til den 1. december 2018, dvs. følgende akter:*

*Bilag 5 - Journal fra Rygteam af 19. juni 2001*

*Bilag 6 - Speciallægeerklæring af 7. september 2004*

*Bilag 1 - Speciallægeerklæring af 24. maj 2013*

*Bilag 2 - Speciallægeerklæring af 4. februar 2014*

*Retslægerådet bedes herefter oplyse, om det må anses for uforeneligt med [sagsøger]s oplyste psykiske gener i form af social isolationstendens, lydoverfølsomhed, træthed, uoverkommelighedsfølelse og koncentrationsbesvær som beskrevet i de lægelige akter dateret frem til den 1. december 2018, at [sagsøger] - efter PFA's opfattelse - konkret har været aktiv med følgende aktiviteter, jf. bilag G (USB-stik med video-materiale), bilag E(PFA's observationsrapporter) og bilag H (PFA's internetrapport):*

- *I to Facebook-opslag af henholdsvis 2. juli og 11. oktober 2018, anfører [sagsøger], at hun har haft flere "klienter", som hun har hjulpet med livstilsændring i form af kostomlægning og træning, jf. bilag H, afsnit 7.2, s. 20 ff.*
- *I [sagsøgers] Instagram-opslag af 15. oktober 2018 anfører hun, at hun træner bagsiden af skulderen med sin klient, jf. formuleringen "Great day, showing my client ways to hit the back of shoulder". Der henvises til jf. bilag H, afsnit 7.2.2, s. 20.*

# Ankenævnet for Forsikring

- *Den 9. november 2018 opholdte [sagsøger] sig på caféen, [...], som spillede forholdsvis høj musik, hvor hun blandt andet talte med et par andre kvinder bagerst i caféen samt sad med [ægtefælle] og arbejdede på PC, talte i telefon med headset i ørene, og tog noter undervejs. Der henvises til observationsrapporterne i bilag E, s. 25-27 samt bilag G, video2018.11.09-8 og 2018.11.09-9.*
- *Det fremgår af observationsmaterialet, at [sagsøger] arbejder med at promovere hendes eksmand og hans ...karriere via pressemeddelelser og planlægning af events. Der henvises til bilag E, s. 25-27, bilag G, video 2018.11.09-9 samt videoen ved navn "[sagsøger] arbejder på pressemeddelelse26.10.2018", og bilag H, afsnit 7, s. 19 og s. 25, hvoraf det fremgår, at [sagsøger] på sin LinkedIn-profil har angivet at arbejde som Managing Director hos [...], hendes ... virksomhed, siden februar 2013.*
- *Er i stand til at opholde sig i fitnesscenteret, [...], og gennemføre træningsaktiviteter af flere timers varighed og over flere på hinanden følgende dage. Der henvises til spørgsmål 2 ovenfor, hvor de specifikke videoklip og observationsrapporter i bilag E og G, hvor [sagsøger] ses at udføre træningsaktiviteter, er nævnt.*
- *Ud fra PFA's internetundersøgelse er det PFA's opfattelse, at [sagsøger] flere gange har flyttet bopæl, mellem [tre forskellige lande på to forskellige kontinenter] med [ægtefælle] og sine børn, jf. bilag H, s. 14-16.*
- *Er i stand til at gennemføre diverse udlandsrejser med [ægtefælle] og sine børn, herunder til [7 forskellige destinationer på tre forskellige kontinenter]. Der henvises til PFA's internetrapport, bilag H, afsnit 4, s. 7 ff. og afsnit 5, s. 14 ff.*

Retslægerådet har ikke modtaget videomaterialet og kan derfor kun delvist besvare spørgsmålet. De beskrevne aktiviteter såsom rejser og flytninger vurderes ikke at være i modstrid med de stillede psykiatriske diagnoser, især ikke da det af Bilag 2 ses, at symptomerne kan fluktuere noget over tid.

## Spørgsmål 5:

*Retslægerådet bedes vurdere, om skademekanismen for så vidt angår [sagsøgers] piskesmældstraume og de deraf følgende oplyste fysiske gener som beskrevet i eksempelvis speciallægeerklæring af 24. maj 2013, bilag 1 (under afsnittene "Konklusion" og "Reumatologisk diagnose"), med overvejende sandsynlighed (mere end 50% sandsynligt) er egnet til at fremprovokere [sagsøgers] psykiske gener i form af isolations-tendens, lyd-overfølsomhed, træthed, uoverkommelighedsfølelse og koncentrationsbesvær, som er beskrevet i det lægelige materiale og oplyst i spørgsmål 4.*

*I tillæg hertil bedes Retslægerådet også oplyse, om [sagsøger]s psykiske gener relateret til hendes piskesmælds-traume som beskrevet i de akter, der oplystes samlet i spørgsmål 4, er en sædvanlig følge af det pågældende traume/syndrom.*

*I forbindelse med sin besvarelse af ovennævnte bedes Retslægerådet ved angivelse i procenter og som et groft skøn oplyse, hvor mange patienter med den pågældende type traume/syndrom efter piskesmæld/whiplash, der efter ca. henholdsvis 17 år (tidsrummet forløbet på ophævelsestidspunktet) og 23 år (tidsrummet forløbet frem til dags dato) har samme gener som [sagsøger], og hvor mange patienter, der efter ca. henholdsvis 17 år og 23 år har færre gener som følge af det samme type piskesmælds-traume.*

# Ankenævnet for Forsikring

*I den forbindelse bedes Retslægerådet også vurdere, om skadesmekanismen i marts 2001 med overvejende sandsynlighed (mere end 50% sandsynligt) er egnet til at fremprovokere de psykiske gener, som [sagsøger] oplever ca. henholdsvis 17 år og 23 år efter piskesmældslæsionens debut i marts 2001.*

Retslægerådet vurderer ulykkestilfældet i marts 2001 som egnet (mere end 50 % sandsynligt) til at udløse de psykiske symptomer, der ses beskrevet i akterne, senest i 2023 i Bilag 22. Den samtidige udvikling af fysiske symptomer kan ikke som sådan ses som en del af skadesmekanismen, men kan bidrage til at vedligeholde tilstanden.

Hvor mange patienter med den pågældende type traume/syndrom efter piskesmæld/whiplash, der efter ca. henholdsvis 17 år (tidsrummet forløbet på ophævelsestidspunktet) og 23 år (tidsrummet forløbet frem til dags dato) har samme gener som sagsøgte, er et spørgsmål af generel karakter og besvares derfor ikke af Retslægerådet.

## **Spørgsmål relateret til både fysiske og psykiske gener**

### **Spørgsmål 6:**

*Retslægerådet bedes besvare nærværende spørgsmål på baggrund af samtlige lægelige akter i sagen, dvs. følgende bilag:*

*Bilag 5 - Journal fra Rygteam af 19. juni 2001*

*Bilag 6 - Speciallægeerklæring af 7. september 2004*

*Bilag 1 - Speciallægeerklæring af 24. maj 2013*

*Bilag 2 - Speciallægeerklæring af 4. februar 2014*

*Bilag 7 - Journal fra egen læge af 31. juli 2019 til 12. august 2019*

*Bilag 21 - Speciallægeerklæring af 1. maj 2023*

*Bilag 22 - Speciallægeerklæring af 26. april 2023*

*Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt beskrivelsen af [sagsøger]s smerter, gener og funktions-begrænsninger, og de diagnoser, som er stillet på den baggrund, efter rådets opfattelse er baseret på objektive fund, eller på [sagsøger]s egne subjektive angivelser.*

*Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, hvorvidt [sagsøger] efter rådets opfattelse er konsistent i beskrivelserne af sine gener og smerter over for de respektive læger, der har undersøgt hende.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1, 3 og 5. Retslægerådet kan ikke uddybe besvarelsen yderligere

### **Spørgsmål 7:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om der efter rådets vurdering foreligger varige fysiske og/eller psykiske gener, som ud fra en lægelig vurdering kan forklare en varig nedsat arbejdsevne. Retslægerådet bedes i den forbindelse inddrage de aktiviteter, som fremgår af bilag E (observationsrapporterne) og bilag G (videomaterialet).*

*Det bemærkes særskilt, at Retslægerådet ikke anmodes om at tage stilling til graden af nedsat arbejdsevne.*

# Ankenævnet for Forsikring

Retslægerrådet udtaler sig ikke om arbejdsevne, og spørgsmålet kan derfor ikke besvares.

## Spørgsmål 8:

*Giver sagen i øvrigt Retslægerrådet anledning til bemærkninger?*

Nej.”

...

## Landsrettens begrundelse og resultat

Det tiltrædes som anført af byretten, at der ikke er materiale i sagen, som ikke kan anvendes som bevis i sagen.

Spørgsmålet er, om [sagsøger] i funktionsevneskemaet udfyldt af hende den 25. november 2012 og i forbindelse med lægeerklæringerne fra 2013 og 2014 bevidst har afgivet urigtige oplysninger om omfanget af hendes erhvervsevne, eller om hun efterfølgende har tilsidesat sin forpligtelse til at give PFA meddelelse om, at hendes erhvervsevne var blevet markant forbedret.

### *Funktionsevneskemaet fra 2012 og lægeerklæringerne fra 2013 og 2014*

Det fremgår af den seneste psykiatriske speciallægeerklæring af 26. april 2023, at [sagsøger] lider af en kronisk depressionstilstand af typen periodisk depression, aktuelt af let sværhedsgrad, samt en posttraumatisk belastningsreaktion.

PFA's observationsrapporter og internetundersøgelsesrapport, herunder videoklip, der vedrører [sagsøgers] sociale funktionsevne, har efter det oplyste ikke været undergivet en lægefaglig vurdering. Det pågældende materiale findes på denne baggrund ikke at give landsretten et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at vurdere, om [sagsøgers] fremtræden, som denne fremgår af rapporterne og på de foreviste videoer, er uforenelig med, at hun som angivet i speciallægeerklæringen fra 2023 lider af bl.a. en periodisk depression. PFA har derfor ikke løftet bevisbyrden for, at [sagsøger] skulle have afgivet urigtige oplysninger om sin psykiske tilstand.

Det fremgår af PFA's observationsrapporter og internetundersøgelsesrapport, herunder videoklip, der vedrører [sagsøgers] fysiske funktionsevne, at [sagsøger] i oktober 2015 kunne lave et ben-løft/pres på 325 kg. Det fremgår af efterfølgende træningsvideoer frem til udgangen af 2018, at hun trænede hårdt, var særdeles stærk, herunder i arme og overkrop, og kunne løfte særdeles mange kilo. Det kan ud fra den video, som blev lagt op på hendes Instagramprofil den ... 2018, lægges til grund, at hun i 2018 kunne udføre et reverse bungee jump.

Landsretten finder herefter, at [sagsøger] i hvert fald fra oktober 2015 ikke havde de fysiske gener, som hun i 2012, 2013 og 2014 oplyste om, bl.a. at hun ikke kunne strække armene over skulderen, at hun havde daglige smerter, at hun måtte overlade fysisk krævende arbejde i hjemmet til andre og kun kunne løfte en indkøbspose i højre hånd og en let pose i venstre hånd.

# Ankenævnet for Forsikring

Landsretten finder imidlertid henset til det tidsmæssige forløb fra 2012/2013/2014 og indtil oktober 2015, at PFA ikke har løftet bevisbyrden for, at [sagsøger] i 2012-2014 har afgivet urigtige oplysninger om sin fysiske formåen.

## *[sagsøgers] oplysningspligt*

Det fremgår af brev af 31. marts 2014 fra PFA til [sagsøger], hvor PFA meddelte, at hun fortsat ville få invalidepension og præmiefritagelse, at hun havde pligt til at kontakte PFA, hvis hendes erhvervsevne eller tilknytning til arbejdsmarkedet havde ændret sig.

Det fremgår af psykiatrisk speciallægeerklæring af 7. september 2004, at hoveddiagnosen for [sagsøger] var kronificeret, middelsvært posttraumatisk stressyndrom. Det fremgår af brev af 8. november 2004 fra PFA, at PFA under henvisning til denne erklæring tilkendte [sagsøger] fuld invalidepension og fuld præmiefritagelse. Det kan herefter og på baggrund af det omtalte opfølgingsbrev af 31. marts 2014 lægges til grund, at vurderingen af [sagsøgers] erhvervsevne primært var begrundet i hendes psykiske forhold.

Det fremgår af seneste psykiatriske speciallægeerklæring af 26. april 2023, at [sagsøger] fortsat lider af en kronisk depressionstilstand samt en posttraumatisk belastningsreaktion.

Landsretten finder herefter og efter Retslægerådets udtalelse af 16. juni 2025, at PFA, uanset [sagsøgers] fysiske helbredstilstand, ikke har løftet bevisbyrden for, at [sagsøger] har tilsidesat sin forpligtelse til at give PFA meddelelse om oplysninger, der kunne have betydning for hendes erhvervsevne.

På denne baggrund har PFA ikke været berettiget til at ophæve erhvervsevnetabsforsikringerne, herunder retten til præmiefritagelse, med virkning fra den 1. december 2018.

Efter de lægelige erklæringer, herunder den psykiatriske speciallægeerklæring af 26. april 2023 og Retslægerådets udtalelse af 16. juni 2025, tiltrædes det, at [sagsøgers] erhvervsevne og indtjeningssevne pr. 1. december 2018 er nedsat til det halve, og at hun derfor er berettiget til halv invalidepension og halv præmiefritagelse, jf. forsikringsbetingelserne punkt C, § 1, stk. 2.

Landsretten stadfæster herefter byrettens dom.

## **Sagsomkostninger**

Efter sagens udfald skal PFA Pension, Forsikringsaktieselskab, i sagsomkostninger for landsretten betale 118.750 kr. til statskassen. Beløbet dækker udgifter til advokatbistand med 100.000 kr. inkl. moms og 18.750 kr. i udlæg til oversættelse.

Ud over sagens værdi er der ved fastsættelsen af beløbet til advokat taget hensyn til sagens omfang og forløb, herunder at sagen har været forelagt Retslægerådet, samt hovedforhandlingens varighed."

## **4.2. Sag 95441. Motorkøretøjsforsikring. Bevis for brand. FAL § 22. Urigtige risikooplysninger. Tryk.**

Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klageren ikke har bevist, at bilen var brændt ved en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed. Klageren anførte, at der var tale om en dækningsberettigende

# Ankenævnet for Forsikring

forsikringsbegivenhed, som blev anmeldt til politiet, der stoppede efterforskningen, idet der ikke var yderligere relevante efterforskningsmuligheder. Klageren anførte, at der ikke var afgivet divergerende forklaringer, ligesom selskabets fremlægning af hændelsesforløbet ikke var korrekt beskrevet. Selskabet anførte, at der var afgivet divergerende forklaringer vedrørende klagerens færden, og at det ikke var sandsynliggjort, at klageren opholdte sig i by 2 den pågældende aften/nat. Selskabet anførte, at de involverede parter afgav forskellige forklaringer til politiet. Nævnet fandt, at der bestod en sådan usikkerhed om hændelsesforløbet og sagens faktiske omstændigheder, at der til en afgørelse kræves forklaringer fra de involverede parter og eventuelle vidner. Da en sådan bevisførelse ikke kunne finde sted for nævnet - men i givet fald burde foregå ved domstolene, hvor der var mulighed for parts- og vidneforklaringer - måtte nævnet med henvisning til § 4 i nævnets vedtægter afstå fra at afgøre sagen. § 4.

Klageren indbragte sagen for Retten i Svendborg. Ved dom af 28/2 2023 fik klageren medhold, og selskabet skulle anerkende, at der var tale om en dækningsberettigende brand. Af byrettens dom fremgår bl.a.:

## **Retten begrundelse og resultat**

A's bil brændte den 9. juni 2019, mens den holdt parkeret på ... Bilen var forsikret i Tryg Forsikring A/S, der har afvist, at der er tale om en dækningsberettiget skade.

Branden har været under politimæssig efterforskning, men efterforskningen er standset, idet yderligere efterforskning efter politiets opfattelse ikke ville føre til sigtelse.

Tryg Forsikring A/S har henvist til en række forhold, herunder at A og hendes kæreste, B, skulle have afgivet divergerende forklaringer om A's færden op til og efter brandtidspunktet, at der tidligere havde været anmeldt hærværk mod A's biler, at bilen, der stod for en større reparation, kort før episoden var sat til salg, og at A's indtægtsforhold tilsagde, at hun ikke havde økonomi til at betale for bilens drift.

Det er rettens opfattelse, at de forklaringer, der er afgivet til politirapport, og de forklaringer, der er afgivet til Tryg Forsikring A/S' efterforskere, ikke er divergerende vedrørende selve skaden, og at forklaringerne, vedrørende hvor A opholdt sig før og umiddelbart efter branden, ikke kan tillægges selvstændig betydning vedrørende vurderingen af, om der er tale om en dækningsberettiget skade.

Retten bemærker, at der er fremlagt overvågningsfotos fra stedet, hvor bilen brændte, og at det heraf fremgår, at en mand ses at bevæge sig i området bærende på en sæk.

Det kan lægges til grund, at bilen var vedligeholdt med service helt op til det tidspunkt, hvor bilen brændte. Det kan efter bevisførelsen ikke lægges til grund, at bilen stod for at skulle have udskriftet top-pakning med en udgift på ca. 19.000 kr. til følge.

Det er samlet set rettens opfattelse, at de af Tryg Forsikring A/S anførte forhold hverken i sig selv eller efter en samlet vurdering udgør et tilstrækkeligt bevis for, at der ikke er tale om en dækningsberettiget skade.

Tryg Forsikring A/S er på denne baggrund forpligtiget til at anerkende, at der er tale om en dækningsberettiget skade.

# Ankenævnet for Forsikring

A skal derfor have godtgjort bilens handelsværdi. Ved opgørelse af handelsværdien kan hverken den pris, som bilen er sat til salg for umiddelbart før branden, eller den værdi, som bilen uden ekstraudstyr måtte have godt 2 år efterbranden, lægges til grund.

Bilens værdi fastsættes derfor efter et samlet skøn til at udgøre 200.000 kr. Efter fradrag af selvrisko skal Tryg Forsikring A/S derfor betale 193.087 kr. til A.

Efter sagens resultat skal Tryg Forsikring A/S betale sagens omkostninger.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 40.000 kr. inkl. moms og af afholdte udgifter til vidneførsel med 2.256,06 kr., i alt 42.253,06 kr. A er ikke momsregistreret

A har retshjælpsdækning og har derfor ikke betalt retsafgift. Tryg Forsikring A/S skal godtgøre statskassen den beregnede retsafgift med i alt 4.500 kr.

Selskabet ankede sagen. Ved dom af 14/11 2024 stadfæstede Østre Landsret dommen. Dommen er trykt i FED 2025.123OE. Af landsrettens dom fremgår bl.a.:

## **Landsrettens begrundelse og resultat**

### *Spørgsmålet om nye anbringender*

Henset til karakteren af de nye anbringender, som A har protesteret mod, og således som sagen er blevet procederet, finder landsretten, at der er en nær sammenhæng mellem de nye anbringender og de anbringender, som tidligere har været fremsat, og at A i øvrigt har haft tilstrækkelig mulighed for at varetage sine interesser, jf. retsplejelovens § 383, stk. 2, jf. stk. 1. Landsretten tillader derfor, at anbringenderne fremsættes.

### *Hvorvidt skaden er dækningsberettiget, og hvorvidt Tryg Forsikring er ansvarsfri*

Det fremgår af forsikringsaftalen af 7. juni 2019, at A tegnede en kaskoforsikring hos Tryg Forsikring for sin bil af mærket ... med registreringsnummer .... Af forsikringsvilkårenes pkt. 4.3 fremgår, at kaskoforsikringen dækker »enhver skade på den forsikrede bil«.

Det er ubestridt, at bilen brændte den 9. juni 2019 med stor skade på bilen til følge. Der er således ifølge forsikringsvilkårene indtrådt en forsikringsbegivenhed.

Landsretten tiltræder som fastslået af byretten, at Tryg Forsikring, som nægter at udbetale forsikringssummen på bilen, har bevisbyrden for, at skaden ikke er dækningsberettiget. Af de grunde som byretten har anført, tiltræder landsretten endvidere, at de af Tryg Forsikring anførte forhold hverken i sig selv eller efter en samlet vurdering udgør et tilstrækkeligt bevis for, at der ikke er tale om en dækningsberettiget skade. Landsretten finder herudover, at Tryg Forsikring ikke har godtgjort, at A ikke har givet alle hende tilgængelige oplysninger om forhold, som kan være af betydning for bedømmelsen af forsikringsbegivenheden, jf. forsikringsaftalelovens § 22.

# Ankenævnet for Forsikring

Forsikringsaftalelovens §§ 4 og 6 bestemmer, at forsætlig eller uagtsom fortielse af væsentlige oplysninger ved indtegnning af en forsikring kan medføre, at forsikringsselskabet er fri for ansvar.

Det må lægges til grund, at Tryg Forsikring i forbindelse med indtegningen af forsikringen indhentede oplysninger hos [andet forsikringsselskab] om A's skadehistorik på bilen, og at [andet forsikringsselskab] i den forbindelse oplyste over for Tryg Forsikring bl.a., at A havde anmeldt tre skader i perioden fra 20. januar til 19. april 2019. Tryg Forsikring kendte dermed til grundlaget for [andet forsikringsselskabs] opsigelse af forsikringen. På denne baggrund, og efter bevisførelsen i øvrigt, herunder indholdet af den fremlagte korrespondance mellem A og Tryg Forsikring, lægger landsretten til grund, at A ikke fortiede oplysningen om opsigelsen, da hun indtegnede forsikringen hos Tryg Forsikring.

Landsretten tager på denne baggrund A's påstand om, at Tryg Forsikring er forpligtet til at anerkende, at der er tale om en dækningsberettiget skade, til følge.

## *Forsikringssummen*

Der er mellem parterne enighed om, at bilen herefter skal erstattes med kontanterstatning.

I henhold til forsikringsaftalen og de almindelige forsikringsvilkår fastsættes kontanterstatningen til det beløb, som en tilsvarende bil af samme alder og stand, inkl. ekstraudstyr, vil kunne anskaffes for mod kontant betaling. Det følger endvidere af forsikringsaftalen og de almindelige forsikringsvilkår, at selvriskoen på 6.913 kr. skal fratrækkes i erstatningsbeløbet.

Skønsmanden har fastsat bilens værdi på skadestidspunktet til 253.000 kr., og der ses ikke at være grundlag for at fastsætte bilens værdi lavere eller til den udbudspris, som A havde angivet i en salgsannonce kort tid før branden.

Landsretten tager på denne baggrund A's subsidiære betalingspåstand til følge med den ændring, at selvriskoen skal fradrages i beløbet. Tryg Forsikring skal herefter betale 246.087 kr. til A.

## *Sagsomkostninger*

Efter sagens udfald skal Tryg Forsikring i sagsomkostninger for landsretten betale 68.125 kr. til A. 60.000 kr. af beløbet er til dækning af udgifter til advokatbistand inkl. moms, og 8.125 kr. er til dækning af syn og skøn. Ud over sagens værdi er der ved fastsættelsen af beløbet til advokat taget hensyn til sagens omfang, hovedforhandlingens varighed og afholdelsen af syn og skøn.

## **5. Domme og indenretlige forlig i sager, hvor klagerne ikke fik medhold i nævnet.**

Nævnet har kendskab til 22 sager, der efter indbringelse for retten enten er forligt eller afgjort af domstolene, efter at nævnet gav selskabet medhold.

I 19 af de 22 sager blev selskabet frifundet for de krav som nævnet havde taget stilling til. I 3 sager – sag 95002, 95977 og 98799 – opnåede klageren et bedre resultat end i nævnet.

# Ankenævnet for Forsikring

I sag 93590, der er omtalt i afsnit 5.1, havde selskabet i såvel byretssagen som landsretssagen nedlagt en ny selvstændig påstand om, at klageren skulle tilbagebetale erhvervsevnetabsydelse. Selskabet fik ikke medhold i denne påstand.

I sag 95002, der er omtalt i afsnit 5.3, fandt Vestre Landsret i modsætning til nævnet og byretten, at selskabet var uberettiget til at ophæve klagerens erhvervsevnetabsforsikring, idet landsretten ikke fandt, at klageren havde handlet illoyalt. I øvrigt blev selskabet frifundet.

I sag 95977, der er omtalt i afsnit 5.5, fandt byretten det efter afholdelse af syn og skøn bevist, at der på overtagelsestidspunktet var forhold ved tagkonstruktionen, som opfyldte ejerskifteforsikringens skadebegreb.

I sag 98113, der er omtalt i afsnit 5.10, hævdede klageren sagen efter rettens tilkendegivelse af, hvilket udfald en dom ville få.

I sag 98274, der er omtalt i afsnit 5.11, blev klageren pålagt at tilbagebetale erhvervsevnetabsydelse fra medio 2019, idet selskabet under byretssagen havde nedlagt ny påstand om tilbagebetaling af ydelse, ligesom der var indhentet en udtalelse fra Retslægerådet.

I sag 98799, der er omtalt i afsnit 5.14, blev selskabet pålagt at anerkende, at klagerens erhvervsevne pr. 1/4 2024 er nedsat med halvdelen, hvorfor selskabet skulle betale helbredsbedingede ydelse fra dette tidspunkt. Klageren havde i første række krævet betaling fra et tidligere tidspunkt.

## **5.1. Sag 93590. Erhvervsevnetab. Observation. Tilbagebetalingskrav. Danica.**

Klageren var utilfreds med, at selskabet pr. 1/6 2018 havde standset ydelse og præmiefritagelse med henvisning til, at klagerens erhvervsevne ikke længere er nedsat i dækningsberettigende grad. Klageren var i 2007 tilkendt førtidspension og havde fået ydelse fra selskabet. Efter en opfølgning på klagerens tilstand i 2017 iværksatte selskabet observationer af klageren. Selskabet anførte, at de observerede aktiviteter, herunder sport, og omfanget heraf viste, at klagerens egne oplysninger om sine gener var klart uforenelige med hans faktiske aktivitetsniveau. Klageren fremlagde en erklæring fra en speciallæge, der anførte, at der var overensstemmelse mellem klagerens gener og de objektive fund. Klageren anførte, at selskabet ved visse observationer havde forvekslet ham med andre personer. Nævnets flertal fandt efter en samlet vurdering af klagerens betydelige aktivitetsniveau, omfanget og karakteren af hans aktiviteter og indholdet af observationsmaterialet sammenholdt med klagerens oplysninger om hans formåen, at der ikke var grundlag for at kritisere selskabets afgørelse.

Det fremgår af nævnets årsberetning for 2023, s. 58-60 fremgår, at byretten i dom af 30/6 2022 frifandt selskabet. Dommen blev medtaget i årsberetningen for 2023, idet nævnet ikke var opmærksom på, at dommen var anket. Der er nu faldet dom i ankesagen, der er afgjort af Østre Landsret den 27/3 2025. Efter indhentelse af bl.a. udtalelse fra Retslægerådet blev selskabet frifundet ved landsretten, og klageren blev pålagt at betale ydelse tilbage.

Af Østre Landsrets dom fremgår bl.a.:

# Ankenævnet for Forsikring

## "Landsrettens begrundelse og resultat

Sagen angår for landsretten dels spørgsmålet, om [klageren] i forbindelse med sin udfyldelse af funktionsevneskema af 28. januar 2018 afgav bevidst urigtige oplysninger over for Danica Pension Livsforsikringsaktieselskab, og i givet fald om Danica Pension Livsforsikringsaktieselskab var berettiget til at ophæve [klagerens] erhvervsevnetabsforsikring, dels spørgsmålet om [klageren] i tilfælde af Danica Pension Livsforsikringsaktieselskabs gyldige ophævelse skal tilbagebetale udbetalte ydelser og meddele præmiefritagelse i tre år fra ophævelsestidspunktet.

Af de af byretten anførte grunde tiltræder landsretten, at [klageren] ved udfyldelsen af funktionsevneskemaet af 28. januar 2018 bevidst har afgivet urigtige oplysninger, og at Danica Pension Livsforsikringsaktieselskab dermed har været berettiget til at ophæve forsikringsaftalen. Retslægerådets udtalelse af 16. august 2024 – hvoraf fremgår bl.a, at [klageren]s observerede aktiviteter i ”en overvågningsperiode på en time” ikke er uforenelig med den alvorlige og kroniske smertetilstand, som han ifølge de lægelige akter led af – kan ikke føre til en ændret vurdering af, at der foreligger bevidst afgivelse af urigtige oplysninger i omtalte skema.

Bevisbyrden for, at [klageren] heller ikke i perioden forud for den 16. april 2018 opfyldte betingelserne for udbetaling af forsikringen, og at Danica Pension Livsforsikringsaktieselskab kan kræve allerede udbetalte ydelser tilbagebetalt, påhviler som udgangspunkt Danica Pension Livsforsikringsaktieselskab.

Det fremgår imidlertid af de af [klageren] løbende udfyldte skemaer om fortsat nedsat funktionsevne, at [klageren]s funktionsevne i perioden 2015-2018 var uændret. Landsretten lægger herefter til grund, at [klageren] også forud for Danica Pension Livsforsikringsaktieselskabs ophævelse af 1. juni 2018 havde en sådan funktionsevne, at han ikke var berettiget til at modtage erhvervsevnetabsydelse og præmiefritagelse. Landsretten tiltræder af de grunde, der er anført af byretten, at [klageren] ikke har løftet bevisbyrden for, at han var i god tro herom.

Landsretten tiltræder på den baggrund tillige byrettens afgørelse om, at [klageren] til Danica Pension Livsforsikringsaktieselskab skal betale i alt 1.470.552 kr. med tillæg af procesrente fra den 25. februar 2020 i overensstemmelse med Danica Pension Livsforsikringsaktieselskabs påstand herom.

Som følge heraf er der ikke anledning til at tage stilling til den af [klageren] nedlagte påstand om forrentning af det tilbagebetalte beløb.

Efter sagens udfald skal [klageren] i sagsomkostninger for landsretten betale 225.000 kr. til Danica Pension Livsforsikringsaktieselskab til dækning af udgifter til advokatbistand inkl. moms. Ved fastsættelsen af beløbet er der ud over sagens værdi taget hensyn til hovedforhandlingens varighed og til, at der er sket forelæggelse for Retslægerådet."

## 5.2. Sag 94586. Motorkøretøjsforsikring. Dækningsberettigende tyveri af bil. Gjensidige.

Klageren anmeldte, at hendes bil blev stjålet den 24/11 2017. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at klageren ikke har bevist, at bilen er forsvundet ved en dækningsberettigende forsikringsbegivenhed. En udlæsning af klagerens to bilnøgler viste, at nøglerne senest var anvendt henholdsvis 8 måneder og 2 år og

# Ankenævnet for Forsikring

1 måned før bilens forsvinden. Nævnet kunne ikke kritisere selskabets afgørelse. Nævnet lagde lagt vægt på nøgleudlæsningen, der var uforenelig med klagerens oplysning om, at hun havde parkeret bilen den 23/11 2017 ved sin bopæl. Nævnet lagde vægt på, at bilen var forsynet med en fabriksmonteret startspærre, hvilket i betydelig grad vanskeliggjorde tyveri.

Klageren indbragte sagen for Byretten, der den 31/5 2023 gav klageren medhold. Af dommen fremgår bl.a.:

## **"Retten begrundelse og resultat**

Efter de almindelige forsikringsretlige principper er det FT, der skal sandsynliggøre, at der er indtrådt en dækningsberettiget begivenhed således, at det må anses for overvejende sandsynligt, at hendes bil blev stjålet.

Retten lægger som ubestridt til grund, at FT den 24. november 2017, hvor hun opdagede, at hendes [bil-model], var væk, anmeldte tyveriet til politiet og til hendes forsikringsselskab, Gjensidige.

Retten lægger videre til grund, at FT har forklaret, at der var to nøgler til bilen ligesom dette fremgår af salgsannoncen i sagens bilag 5. Heroverfor har [bilmærke] til Gjensidige oplyst, at bilen udover de to hovednøgler også har en værkstedsnøgle. Dette er ikke nærmere dokumenteret under sagen.

Det lægges efter skønsmand ... udtalelser til grund, at der kan være fejl i tidsudlæsningen i Key Scan-rapporten, da der ikke er kendskab til, hvordan bilens ur var indstillet.

Det lægges videre til grund, at det i 2017 var muligt at stjæle den pågældende bil uden brug af den originale nøgle samt at dette kunne ske ved brug af det rette multifunktionelle udstyr til en værdi af omkring 5000,00 kr., og at bilen kunne stjæles forholdsvis hurtigt og forholdsvis ukompliceret.

Retten lægger endeligt til grund, at der i følge [skønsmand] ikke vil være tydelige tegn på indbrud, når bilen dirkes op.

Retten finder det efter bevisførelsen, herunder særligt det af skønsmanden oplyste sammenholdt med bilens værdi og placering, godtgjort, at bilen blev stjålet den 24. november 2017, og at der er indtrådt en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed.

FT har herefter krav på erstatning, og retten tager derfor FT påstand til følge.

Efter sagens udfald og forløb sammenholdt med parternes påstande skal Gjensidige betale sagsomkostninger til FT med i alt 75.051,90 kr.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 45.000,00 kr. inklusive moms, og dækning af skønsmandens samlede honorar med 30.051,90 kr., i alt 75.051,90 kr."

Selskabet indbragte sagen for Vestre Landsret, der ved dom af 1/10 2025 frifandt selskabet. Af dommen fremgår bl.a.:

# Ankenævnet for Forsikring

## "Landsrettens begrundelse og resultat

Bevisbyrden for, at der foreligger en dækningsberettiget begivenhed i form af tyveri, påhviler FT.

Efter oplysningerne i sagen anmeldte FT den 24. november 2017, at bilen, en ... med registreringsnummer (nr.), var blevet stjålet fra parkeringspladsen ved ..., By A, i tidsrummet fra den 23. november 2017 kl. 21.30 til den 24. november 2017 kl. 11.00. Bilen var indregistreret første gang den 31. august 2012 og havde i november 2017 kørt mere end 190.000 km.

På baggrund af bevisførelsen, herunder forklaringen fra skønsmanden, lægger landsretten til grund, at det var teknisk muligt at starte bilen og køre bort med den uden original nøgle og uden at efterlade spor. Da bilen var udstyret med fabriksmonteret startspærre, ville det dog kræve, at der blev medbragt relativt dyrt specialudstyr, som var afpasset til den konkrete bil.

Efter [teknikers] og [skadekonsulents] forklaringer var bilen "født" med tre nøgler, to med fjernbetjening og en værkstedsnøgle. FT har hertil forklaret, at hun kun fik to nøgler udleveret, da hun købte bilen, og at hun aldrig har set en værkstedsnøgle.

FT har videre forklaret, at hun senest kørte i bilen den 23. november 2017, hvor hun parkerede den foran fælleshuset. Af nøgleudlæsningens krypterede data fremgår, at den ene nøgle senest havde været i brug den 18. oktober 2015 og den anden senest den 22. marts 2017.

FT har for landsretten afgivet en noget usikker forklaring, herunder om bl.a. tidspunktet for købet og indregistreringen af bilen. Hun har desuden forklaret, at det godt kan passe, at hun fra den 16. august 2016 til den 13. september 2016 kørte ca. 30.000 km, at hun herefter og frem til den 12. december 2016 kørte ca. 8.000 km, svarerende til den kilometerstand på 190.206, der fremgår af foto af instrumentbrættet, og at hun derefter frem til den 22. marts 2017 kørte ca. 2.300 km, svarende til den kilometerstand på 192.581, som fremgår af nøgleudlæsningen.

Skønsmanden har i sin supplerende skønserklæring udtalt, at nøgleudlæsningen burde kunne anses for retvisende, hvis der ikke har været foretaget en manuel ændring af bilens tidsindstilling. Efter bevisførelsen, herunder FT forklaring, lægger landsretten til grund, at tiden var indstillet korrekt i bilen den 12. december 2016, og at der ikke efterfølgende er sket en ændring eller nulstilling heraf.

På denne baggrund og sammenholdt med sagens øvrige oplysninger har FT ikke løftet bevisbyrden for, at der er sket en dækningsberettiget begivenhed i form af tyveri, og Gjensidige Forsikring frifindes derfor.

Efter sagens udfald skal FT i sagsomkostninger for begge retter betale 89.675 kr. til Gjensidige Forsikring. 80.000 kr. af beløbet er til dækning af udgifter til advokatbistand inkl. moms, 2.300 kr. er til dækning af udgift til vidneførsel, 2.375 kr. er til dækning af honorar til skønsmanden og 5.000 kr. er til retsafgift. Ud over sagens værdi og omfang er der ved fastsættelsen af beløbet til advokat taget hensyn til, at der for landsretten har været afholdt supplerende syn og skøn af begrænset omfang, og til hovedforhandlingens varighed."

# Ankenævnet for Forsikring

## 5.3. Sag 95002. Erhvervsevnetab. Ophævelse. Observation. Danica.

Klageren havde på grund af en skade i skulderen modtaget ydelser fra selskabet fra 2004. I 2019 standede selskabet udbetalingerne under henvisning til, at klagerens erhvervsevne var forbedret i en sådan grad, at han ikke længere havde et erhvervsevnetab på mindst 50 %. Selskabet havde iværksat observation af klageren. Selskabet anførte, at der var væsentlige uoverensstemmelse mellem klagerens oplysninger om funktionsniveau og observationerne, idet klageren havde oplyst, at han kunne arbejde 10-15 timer om ugen, men at han i den periode, hvor han blev observeret, havde opholdt sig i 6,5 time dagligt i gennemsnit i den virksomhed, hvor han arbejdede, og som han samtidig var medejer af. Nævnet fandt, at der var sket en sådan bedring af klagerens helbredsmæssige situation, at hans erhvervsevne ikke længere er nedsat i dækningsberettigende grad. Nævnet lagde vægt på, at klageren var observeret på virksomhedens adresse i ca. 6,5 time pr. dag, at han ejede 50 % af virksomheden, og at han havde en chefstilling i virksomheden. Nævnet lagde vægt, at klagerens skånehensyn var af fysisk karakter. Nævnet fandt, at selskabet var berettiget til at ophæve erhvervsevnetabsforsikringen, idet klageren havde handlet groft illoyalt.

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret. Byretten frifandt den 10/1 2024 selskabet. Af dommen fremgår bl.a.:

### "Rettens begrundelse og resultat

Det må efter bevisførelsen lægges til grund, at sagsøgte i flere år har godkendt, at sagsøgers erhvervsevne var nedsat på en sådan måde, at sagsøger opfyldte betingelserne for udbetaling af ydelser i henhold til hans erhvervsevnetabsforsikring samt præmiefritagelse.

Det må videre lægges til grund, at sagsøgte har godkendt dette på baggrund af, at sagsøger fra 2014 og fremefter har oplyst, at han alene havde mulighed for at arbejde 2-3 timer dagligt svarende til 10-15 timer ugentligt.

Retten lægger på baggrund af de foretagne observationer til grund, at sagsøger generelt har opholdt sig betydeligt længere tid på arbejdspladsen end 10-15 timer ugentligt. Retten bemærker i den forbindelse, at det ikke af sagsøger er godtgjort, at han kun var på arbejdspladsen den 14. august 2019 for at aflevere og hente bilen i forbindelse med, at han skulle til [by] med sin søn i sønnens bil.

Retten finder det ligeledes ikke godtgjort af sagsøger, at sagsøger i en betydelig del af hans opholdstid på arbejdspladsen har afholdt pauser i et sådant omfang, at hans reelle arbejdstid alene har været på 2-3 timer dagligt.

Retten lægger videre efter bevisførelsen til grund, at sagsøger via det af ham og hans tidligere ægtefælle ejede selskab, ... ApS, har været medejer af såvel ... A/S som ... ApS, og at det på tidspunktet for ophævelsen var ... ApS, som han udførte konsulentarbejde for. Retten lægger videre til grund, at sagsøger var registreret som direktør i ... ApS, og at det blev brugt i markedsføringen, at han var ... direktør i firmaet.

Retten finder, at dette dels giver en formodning for, at sagsøger har haft en betydelig interesse i at udføre arbejdstimer for det selskab, som han sammen med ... var medejer af, dels at en del af sagsøgers arbejde har været af ledelsesmæssig karakter.

# Ankenævnet for Forsikring

Retten lægger videre til grund, at sagsøgers primære arbejde udover ledelsesmæssigt arbejde har bestået i rådgivning af erhvervskunder samt udarbejdelse af tilbud til disse. Retten finder, at dette samlede arbejde ikke nødvendigvis har været specielt belastende for hans skade.

På den baggrund finder retten efter en samlet vurdering, herunder af oplysningerne fremkommet ved det afholdte syn og skøn, at sagsøgte har godtgjort, at sagsøger har afgivet væsentligt urigtige oplysninger om omfanget af nedsættelsen af hans erhvervsevne.

Herefter finder retten, at sagsøgte har godtgjort, at sagsøgte på baggrund af sagsøgers urigtige oplysninger om hans arbejdsfunktion har været berettiget til at ophæve sagsøgers erhvervsevnetabsforsikring som sket.

Herefter frifindes sagsøgte for sagsøgers påstande, og sagsøger dømmes i overensstemmelse med sagsøgtes påstand."

Klageren indbragte sagen for Vestre Landsret, der ved dom af 1/10 2025 frifandt selskabet for betaling af helbedsbetingede ydelser pr. 1/10 2019. Landsretten fandt, at selskabet var uberettiget til at ophæve klagerens erhvervsevnetabsforsikring, idet landsretten ikke fandt, at klageren havde handlet illoyalt.

Af dommen fremgår bl.a.:

## "Landsrettens begrundelse og resultat

[FT] var på ulykkestidspunktet forsikret mod erhvervsevnetab på 50 pct. eller mere hos Danica Pension. Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at forsikredes erhvervsevne anses for længerevarende at være nedsat til halvdelen eller mindre, hvis forsikrede blivende ikke længere er i stand til at tjene mere end halvdelen – bedømt under hensyn til forsikredes nuværende tilstand, uddannelse og tidligere virksomhed – af, hvad der i samme egn er almindeligt for fuldt arbejdsdygtige personer af tilsvarende uddannelse og alder.

Det lægges som ubestridt til grund, at [FT] siden faldulykken i 2002 har haft betydelige gener i sin højre skulder. Det lægges videre til grund, at [FT], som er venstrehåndet, har udført ikke fysisk belastende administrativt arbejde suppleret med kundemøder. [FT] har siden 2004 og senest ved skema af 25. februar 2019 og opfølgende mail af 5. maj 2019 over for Danica Pension angivet, at han som følge af skaden alene har været i stand til at arbejde i 10-15 timer om ugen.

Det må efter sagens lægelige oplysninger lægges til grund, at det ikke er muligt objektivt at fastslå, hvordan en skade som den, [FT] har pådraget sig, påvirker en persons erhvervsevne eller funktionsniveau, da smertepåvirkningen er individuel, og at der over tid har været en vis variation i [FT's] tilstand.

Det fremgår af sagen, at [FT] har været involveret i en række selskaber, herunder at han var medejer af [virksomhed1], for hvem han gennem sin enkeltmandsvirksomhed [virksomhed2] udførte konsulentarbejde. I forskellige sammenhænge har han over for offentligheden fremstået som ... direktør i [virksomhed1], og han lejede sig fra 1. april 2019 ind i et kontor på samme adresse som [virksomhed1]. Ved faktura af 1. september 2019 fakturerede [virksomhed2] således [virksomhed1] 59.468,75 kr. inkl. moms for 55 timers arbejde i august 2019.

# Ankenævnet for Forsikring

Det er ubestridt, at [FT] opholdt sig på sin arbejdsplads i de tidsrum, som fremgår af observationsrapporten, bortset fra den 14. august 2019, hvor han efter sin forklaring var i [by] med ... i privat ærinde. Det fremgår videre af observationsrapporten, at [FT] i perioden deltog i flere arbejdsrelaterede møder, samt at han den 29. august 2019 efter at være kørt til sit kontor om morgenen og i løbet af dagen at have foretaget forskellige ærinder da sidst på eftermiddagen sås læsse sin bil med adskillige rammer med drikkevarer. Selv hvis der bortses fra den 14. august 2019, har [FT] opholdt sig på arbejdsadressen i betydeligt længere tid end 10-15 timer om ugen.

Landsretten finder, at [FT] under de foreliggende omstændigheder må godtgøre, at han i en væsentlig del af den tid, hvor han opholdt sig på adressen, ikke arbejdede, fordi han ikke var i stand hertil.

[FT] fik i 2021 indopereret en skulderprotese. Overlæge ... har forklaret, at operationen havde en vis lindrende effekt, men at [FT] er en kronisk smertepatient.

På den anførte baggrund og sammenholdt med sagens øvrige oplysninger finder landsretten det ikke godtgjort, at [FT] erhvervsevne pr. 1. oktober 2019 var nedsat med 50 pct. eller mere i henhold til forsikringsbetingelserne. [FT] findes derfor fra og med denne dato ikke at være berettiget til erhvervsevnetabserstatning fra Danica Pension.

Efter en samlet vurdering af sagens oplysninger, herunder de oplysninger, som [FT] over årene har givet til Danica Pension, finder landsretten ikke fuldt tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at [FT] har handlet svigagtigt eller illoyalt tildesat sin kontraktmæssige forpligtelse over for Danica Pension på en sådan måde, at Danica Pension var berettiget til at ophæve forsikringen.

Landsretten tager herefter ikke Danica Pensions påstand om stadfæstelse til følge, men tager den subsidiære påstand om frifindelse til følge.

Efter sagens udfald skal statskassen i sagsomkostninger for landsretten betale 200.000 kr. til Danica Pension. Beløbet er til dækning af udgifter til advokatbistand inkl. moms. Ud over sagens værdi er der ved fastsættelsen af beløbet taget hensyn til sagens omfang og forløb."

## 5.4. Sag 95564. Erhvervsevnetab. PFA.

Klageren er utilfreds med, at selskabet afviste fortsat betaling af ydelser ved tab af erhvervsevne på grund af klagerens lænderygggener. Selskabet havde betalt midlertidige ydelser fra 1/10 2018 til 1/4 2019. Selskabet standsede herefter udbetalingen med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke er nedsat med halvdelen. Nævnet kunne ikke kritisere, at selskabet pr. 1/4 2019 overgik til en vurdering af den generelle erhvervsevne, idet det af forsikringsbetingelserne fremgår, at der maksimalt betales midlertidige ydelser i 6 måneder. Nævnet fandt, at klageren ikke har bevist, at hendes generelle erhvervsevne var nedsat med halvdelen. Nævnet lagde vægt på de lægelige oplysninger, hvor der ikke blev beskrevet helbredsgener uforenelige med varetagelsen af et erhverv på halvdelen. Nævnet lagde også vægt på de første arbejdsprøvninger, som viste en betydelig erhvervsevne.

# Ankenævnet for Forsikring

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret, der frifandt selskabet ved dom af 26/8 2025. Af dommen fremgår bl.a.:

## "Retten begrundelse og resultat

Det er ubestridt, at sagsøger ikke har sådanne følger af ulykkestilfældet den 24. januar 2016, at hun er berettiget til forsikringsudbetaling. Det afgørende er derfor, om sagsøger som følge af hendes samlede generelle sygdomsforhold opfylder betingelserne for at få forsikringsudbetaling, og at hun herunder har efterkommet givne lægelige råd og anvisninger.

Retten må særligt efter Retslægerådets udtalelser lægge til grund, at sagsøger har udviklet et smertesyndrom. Retten finder, at dette syndrom i nogen grad har været medvirkende årsag til, at sagsøger ikke har kunnet gennemføre praktikforløb og i øvrigt bevare sin fulde erhvervsevne, men at det også må lægges til grund, at sagsøger ikke har efterkommet alle de givne lægelige råd og anvisninger for en forbedring af hendes erhvervsevne.

Retten finder, at det efter en samlet vurdering særligt af de lægelige oplysninger i sagen, men også af oplysningerne om sagsøgers praktikforløb, må lægges til grund, at sagsøgers erhvervsevne ikke varigt er nedsat til under halvdelen af hendes fulde erhvervsevne som følge af smertesyndromet, når der samtidig kan tages relevante skånehensyn ved tilrettelæggelse af et arbejde for sagsøger.

På den baggrund, og da det i øvrigt af sagsøger anførte, ikke kan føre til et andet resultat, finder retten, at sagsøger ikke tilstrækkeligt har godtgjort, at hendes generelle sygdomsforhold har medført, at hendes arbejdsevne er nedsat på en sådan måde, at hun opfylder betingelserne for at få forsikringsudbetaling fra sagsøgte. Herefter tages sagsøgte frifindelsespåstand til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens oplyste værdi på 1.200.960 kr. og sagens forløb, herunder de udvekslede processkrifter, forelæggelser for Retslægerådet og en hovedforhandling som varede 1½ retsdag, samt efter sagens udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 125.000 kr."

## **5.5. Sag 95977. Ejerskifteforsikring. Dækningstilsagn. Forhold til stede på overtagelsestidspunktet. Påstandene. Dansk Boligforsikring.**

Klageren overtog et nedlagt landbrug den 1/6 2017 med en lade fra 1900, som på et tidspunkt havde fået nyt tegltag og tilføjet nye spær. Han indrettede tagetagen i laden til et hobbyrum og anmeldte den 19/7 2018, at muren på sydsiden af huset var skubbet ud foroven. Ved åbning af tagfoden blev det konstateret, at nye spær ikke var forankret til bjælkelaget og dermed afleverede en for stor vandret last på murkronen. Klageren oplyste til selskabet, at han ikke havde ændret i tagkonstruktionens spærfag, og selskabet anerkendte dækning. I forbindelse med en klage over erstatningsopgørelsen, indhentede selskabet fotos hos den bygningsagkyndige, der havde udfærdiget tilstandsrapporten, og konstaterede, at taget var lagt oven på den oprindelige spærkonstruktion med nye hjælpespær placeret mellem de oprindelige spær. Selskabet tilbagekaldte herefter dækningstilsagnet med henvisning til, at klageren havde afgivet urigtige oplysninger. Nævnet fandt det bevist, at klageren havde foretaget indgreb i spærkonstruktionen, og at han havde fjernet bjælkelag. Nævnet fandt, at klageren havde bevisbyrden for, at forholdet med manglende forankring af spærfoden havde været til stede ved hans overtagelse af ejendommen, og at han på det foreliggende grundlag ikke havde ført dette bevis. Nævnet kunne ikke kritisere, at selskabet havde tilbagekaldt dækningstilsagnet.

# Ankenævnet for Forsikring

Klageren indbragte sagen for Retten i Holbæk. Ved dom af 25/11 2025 fik klageren delvist medhold, idet retten efter syn og skøn fandt det bevist, at der på overtagelsestidspunktet var forhold ved tagkonstruktionen, der opfyldte ejerskifteforsikringens skadebegreb. Af dommen fremgår bl.a.:

"Sagsøgeren har nedlagt følgende endelige påstande:

**Principal:**

Sagsøgte, Dansk Boligforsikring A/S, tilpligtes at betale sagsøger, kr. 1.842.760,75 kr. inkl. moms med tillæg af sædvanlig procesrente, beregnet fra den 25. august 2024, og indtil betaling sker.

**Subsidiært:**

Sagsøgte, Dansk Boligforsikring A/S, tilpligtes at anerkende at skulle træde i dækning over for sagsøger, til dækning af ethvert tab, sagsøger måtte lide.

...

**Rettenes begrundelse og resultat**

Det lægges efter skønserklæringen til grund, at tagkonstruktionen på laden efter en af tidligere ejer foretaget renovering i 2002 ikke er udført håndværksmæssigt korrekt, idet spær og tagrem ikke har kontakt, og idet spær laster direkte ned på formuren og ikke på den bærende bagmur. Det lægges endvidere til grund, at formuren mod syd er skubbet ud i murens øverste del.

Sagsøgeren har efter sin overtagelse af ejendommen i 2017 påbegyndt renovering af ladens loftsrum og har i den forbindelse opsat indvendige gipsvægge, ovenlysvinduer og lagt spånpladegulv. Det lægges til grund, at sagsøgeren i forbindelse hermed i 2018 konstaterede, at muren mod syd var skredet ud. Det kan ikke på baggrund af sagens oplysninger lægges til grund, at sagsøgeren har fjernet eller skåret etagebjælker over, ligesom det heller ikke kan lægges til grund, at sagsøgeren har ændret på tagkonstruktionens styrke og stabilitet ved at fjerne løse, forkullede spær.

Efter skønsmandens erklæring og forklaring i retten må det lægges til grund, at tagkonstruktionen ville kunne holde til de udførte arbejder, såfremt den havde været håndværksmæssigt korrekt udført. Det må endvidere på samme grundlag lægges til grund, at muren under alle omstændigheder og også uden de af sagsøgeren udførte arbejder på et tidspunkt ville være skredet ud.

Uanset, at udskridningen skete i forbindelse med det af sagsøgeren iværksatte renoveringsarbejde, kan det herefter ikke lægges til grund, at disse arbejder har forårsaget udskridningen, men at de muligt må anses for at have været den udløsende faktor.

Under disse omstændigheder er det bevist, at der foreligger en dækningsberettigende skade på ejendommen.

Som følge heraf er sagsøgeren berettiget til udbedring af skaden. Ved opgørelsen heraf må der tages udgangspunkt i skønsmandens opgørelse i erklæringsbilag B, som korrigeret under afhjemlingen af skønsmanden, til i alt 394.687,50 kr.

## Ankenævnet for Forsikring

Hertil må dog tillægges yderligere poster, som er fremkommet under skønsmandens forklaring. Således skal beløbet tillægges de af skønsmanden anslåede udgifter til vvs-arbejder på 56.250 kr. med tillæg af moms eller 70.312,50 kr. og nødvendige udgifter til maling af facaden, som af skønsmanden er anslået til at udgøre 43.750 kr. med tillæg af moms eller 54.687,50 kr. Herefter udgør det samlede beløb i alt 519.687,50 kr.

Der er ikke grundlag for at pålægge sagsøgte at refundere udgifter til termografering og evt. efterfølgende efterisolering og ej heller for at medtage et beløb til dækning af uforudsete udgifter. Der er heller ikke grundlag for at medtage udgifter til foretagelse af statiske beregninger, da der alene skal ske udbedring af en eksisterende tagkonstruktion.

Sagsøgerens opgørelse af kravet i støttebilag 1 giver ikke grundlag for at regulere beløbet i opadgående retning, ligesom der heller ikke er grundlag for at indeksregulere beløbet.

Ejerskifteforsikringspolice indeholder en henvisning til sagsøgtes almindelige forsikringsbetingelser for ejerskifteforsikring, som derfor må anses for vedtaget mellem parterne og udgør en del af aftalegrundlaget. Det fremgår heraf i overensstemmelse med bestemmelserne i bekendtgørelse om dækningsomfang for ejerskifteforsikringer i henhold til lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. i vedtægternes punkt 5.5, at erstatning kun udbetales, hvis det pågældende forhold udbedres. Det fremgår endvidere af samme punkt, at forsikringen forfalder til udbetaling, når der er ført bevis for erstatningens anvendelse. Det lægges som ubestridt til grund, at der ikke er sket udbedring. Som følge heraf er er kravet ikke forfaldent til betaling, hvorfor sagsøgte frifindes for den af sagsøgeren principale påstand.

Da sagsøgerens subsidiære påstand efter sit indhold ikke egner sig til at danne grundlag for konklusionen i en dom, afvises denne.

Det følger af det ovenfor anførte, at sagsøgte i overensstemmelse med sin subsidiære påstand skal anerkende at dække udgifter til udbedring af skader med det ovenfor anførte beløb, der kommer til udbetaling med fradrag af selvrisiko, når der er udbedret, og der er fremsendt dokumentation for erstatningens anvendelse.

På denne baggrund tages sagsøgtes subsidiære påstand delvist til følge som nedenfor bestemt.

Efter sagens udfald har sagsøgeren vundet for en del af sagens spørgsmål og tabt for en del af sagens spørgsmål. Sagsøgeren må anses for at have haft grund til at føre proces, men har set i forhold til de nedlagte påstande beløbsmæssigt tabt noget mere, end han har vundet. Efter en samlet vurdering af disse omstændigheder skal ingen af parterne betale sagsomkostninger til den anden part til dækning af advokatudgifter. Som konsekvens heraf skal parterne ligeligt dele retsafgiften og udgiften til afhjæmning af skønsmanden. Sagsøgeren har afholdt retsafgifter med i alt 61.500 kr. og udgifter til afhjæmning af skønsmanden med 8.125 kr. inklusive moms, eller i alt 69.625 kr. Som følge heraf skal sagsøgte refundere sagsøgeren halvdelen heraf eller 34.812,50 kr.

# Ankenævnet for Forsikring

## 5.6. Sag 96044. Ejerskifteforsikring. Dansk Boligforsikring.

Klageren er utilfreds med selskabets afslag på dækning af flere forhold, herunder husets opbygning på beton- og syldkampstensfundament, porøst facademurværk, samt manglende fundering af bærende midtervæg. Ejendommen var fra 1877. Nævnet fandt, at klageren ikke har bevist, at der var forhold ved ejendommens fundering, som udgjorde skade eller nærliggende risiko for skade i ejerskifteforsikringens forstand. Nævnet lagde vægt på, at det af selskabets besigtigelsesnotater fremgik, at husets opbygning var sædvanlig byggeskik på opførelsestidspunktet, og at der ikke sås skader af konstruktiv betydning. Nævnet lagde vægt på, at konstruktionen havde været stabil i mange år, uden at der var sket skade, at revnerne først påstod i forbindelse med klagerens renovering af badeværelset, og at der ikke forelå byggesagkyndige vurderinger, der i sig selv kunne godtgøre, at der var fare for sammenstyrtning. Nævnet fandt, at de anvendte materialer på tidspunktet for renovering og reparation af husets udvendige facader ikke udgjorde en fejlbehandling, eller at murværkets tilstand under pudsen udgjorde en skade eller nærliggende risiko for skade. Nævnet lagde vægt på, at der var tale om et hus med pudsede facader, at der ikke sås revner eller afskalninger, der gik ud over, hvad der måtte forventes ved tilsvarende huse af samme alder, og at køber ikke kunne forvente, at vedligehold af pudset facader gennem årene var foretaget optimalt. Nævnet lagde vægt på, at det i tilstandsrapporten med K2 anmærkning var angivet, at pudsede facader sås med revner og afskalninger.

Klageren og ægtefællen (sagsøger 1 og 2) indbragte sagen for Retten i Holbæk. Ved dom af 17/6 2025 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår bl.a.:

### **"Retten's begrundelse og resultat**

Sagsøgerne gør gældende, at der er forhold ved ejendommens forskelligartede sokkel, manglende underfundering af indvendige vægge samt ved husets murværk og facade, der hver for sig udgør en dækningsberettiget skade i ejerskifteforsikringens forstand.

Det påhviler sagsøgerne at bevise, at der ved deres overtagelse den 15. december 2012, var forhold ved ejendommen, der udgjorde en skade i forsikringsbetingelsernes forstand.

Af forsikringsbetingelserne pkt. 3.1 fremgår bl.a., at forsikringen dækker udbedring af skader samt fysiske forhold ved bygningerne, der giver nærliggende risiko for skader på de forsikrede bygninger eller bygningsdele. Forsikringsbetingelsernes skadesbegreb er nærmere defineret i forsikringsbetingelserne.

Heraf fremgår bl.a., at skadesbegrebet omfatter brud, lækage, deformation, svækkelse, revnedannelser, ødelæggelse eller andre fysiske forhold i bygningen, der nedsætter bygningens værdi eller brugbarhed nævneværdigt i forhold til tilsvarende intakte bygninger af samme alder i almindelig god vedligeholdelsesstand.

Endvidere fremgår det af forsikringsbetingelsernes pkt. 4.1, at forsikringen ikke dækker forhold, der er anført i tilstandsrapporten, medmindre forholdet er klart forkert beskrevet.

### *Forskelligartet sokkel*

Skønsmanden har som svar på spørgsmål 1 anført, at der i murværket ved den ene gavl ses en mindre revne, der vurderes afstedkommet i forbindelse med støbning af ny fundament ved gavl. Skønsmanden

## Ankenævnet for Forsikring

har i svaret videre vurderet, at der ikke er risiko for sætningskader eller yderligere sætninger, og at udbedringsomkostningerne vedrørende den konstaterede revne udgør 3.500 kr. med tillæg af moms.

Skønsmanden har i svaret på spørgsmål SS 5 anført, at facademuren har haft belastning fra 1. salen/tagetagen i 27 år, og at der ikke ses markante svigt i form af revner eller sætninger. Han har videre anført, at det derfor antages, at facademuren og soklen kan optage belastninger fra tagetagen og har videre antaget, at det ikke er sandsynligt, at der på sigt vil ske yderligere svigt.

Skønsmanden har under afhjemlingen vedstået sin besvarelse af spørgsmål 1, og har gentaget, at det er hans vurdering, at den forskelligartede sokkel ikke medfører risiko for sætningskader. Han har videre forklaret, at det er forventeligt, at der vil opstå differencesætninger i så gammelt hus, som det i sagen omhandlede. Endelig har skønsmanden forklaret, at belastningen fra taget navnlig hviler på husets langsider, og at det i praksis er usandsynligt, at der kommer revner i murværket alene fordi taget ultimativt hviler på syldsten.

Skønsmanden har anslået, at udbedringsomkostningerne vedrørende den konstaterede mindre revne udgør 4.375 kr. inkl. moms. Ifølge forsikringsbetingelserne er forhold under 5.000 kr. ikke omfattet af ejerskifteforsikringen.

Under disse omstændigheder har sagsøgerne ikke bevist, at der på overtagelsestidspunktet var forhold ved ejendommens sokkelkonstruktion, der udgjorde en dækningsberettiget skade eller nærliggende risiko for en sådan skade i forsikringsbetingelsernes forstand.

### *Manglende underfundering af indvendige vægge*

Det må efter skønsmanden besvarelse af spørgsmål 2 og 4 lægges til grund, at husets indre forskallingsvægge ved ydermuren samt midterskillevæggen ikke er funderet til fast grund/bund. Det må efter svaret på spørgsmål 4 for så vidt angår midterskillevæggen endvidere lægges til grund, at kravene til kortidslast er opfyldt, mens kravene til langtidslast ikke er opfyldt.

Det bemærkes, at det ikke sig selv udgør en skade i forsikringsbetingelsernes forstand, at der påvises håndværksmæssige fejl, mangler eller uhensigtsmæssigheder ved udførelsen mv. af en bygningsdel. Afgørende er, om forsikringsbetingelsernes skadesbegreb er opfyldt.

Om de *indre forskallingsvægge* har skønsmanden ved sin besvarelse af spørgsmål IA oplyst, at der ved hans besigtigelse ikke kunne ses skader på de indre forskallingsvægge som følge af belastningen fra ejendommens 1. sal. Han har i svaret på spørgsmål SS 1 oplyst, at der ved hans besigtigelse ikke kunne konstateres skævheder på mur, vinduer eller døre. Hans videre svar på spørgsmål SS 1 må forstås sådan, at der ikke er sket differencesætninger mellem for- og bagmur som følge af manglende underfundering.

Skønsmanden har i sin besvarelse af spørgsmål 3 oplyst, at etagebjælkerne understøttes af ydermuren, og at det derfor må forventes, at last på terrændækket er minimalt. Han har på den baggrund vurderet, at der er minimal risiko for revnedannelse i terrændækket som følge af den manglende underfundering.

## Ankenævnet for Forsikring

Skønsmanden har i besvarelsen af spørgsmål SS IB vurderet, at langtidslasten ikke vil påvirke funktionsdygtigheden af forskallingsvæggene.

Skønsmanden har i svarene på spørgsmål 4 og 5 om midterskillevæggen anført, at den manglende underfundering og manglende overholdelse af kravene til langtidslast medfører, at der over tid må forventes deformation af isoleringslaget med deraf risiko for revner i væggen. Skønsmanden har i svarene på spørgsmål 5, IB, SS1 og SS IA dog oplyst, at der ved hans besigtigelse ikke kunne konstateres alvorlige revnedannelser, skader eller svigt i form af revner/sætninger i midterskillevæggen eller skævheder på mur, vinduer eller døre som følge af manglende underfundering.

Skønsmanden har i svaret på spørgsmål SS IB anført, at langtidslasten ikke vil påvirke funktionsdygtigheden af midterskillevæggen. Han har under afhjemlingen fastholdt sit svar på spørgsmål SS IA, hvor han har vurderet, at der, henset til, at midterskillevæggen har stået i 27 år, ikke vil være risiko for yderligere deformation af midterskillevæggen. Han har videre forklaret, at der er minimal risiko for, at væggen vil synke, og at det er mindre realistisk, at den manglende overholdelse af kravene til langtidslast vil medføre alvorlige skader. Han har hertil uddybende forklaret, at det er et teoretisk problem, at kravene til langtidslasten ikke er overholdt.

Retten finder på den baggrund, at sagsøgerne ikke har bevist, at der på overtagelsestidspunktet var forhold ved ejendommens underfundering, der udgjorde en dækningsberettiget skade eller nærliggende risiko for en sådan skade i forsikringsbetingelsernes forstand.

### *Murværk og facade*

På baggrund af skønsmandens besvarelse af spørgsmål 7 lægger retten til grund, at der ved skønsmandens besigtigelse i hvert fald visse steder udvendigt på huset blev konstateret porøse fuger og afskalninger. Retten lægger på baggrund af rapporten fra Teknologisk Institut endvidere til grund, at husets facade i hvert fald på visse steder består af ikke-diffusionsåbne lag. Endelig må det på baggrund af skønsmandens besvarelse af spørgsmål SS2 lægges til grund, at der er målt forhøjede fugtværdier i murværket.

Som anført ovenfor udgør det ikke i sig selv en skade i forsikringsbetingelsernes forstand, at der påvises håndværksmæssige fejl, mangler eller uhensigtsmæssigheder ved udførelsen mv. af en bygningsdel.

For at opfylde forsikringsbetingelsernes skadesdefinition skal det påberåbte forhold nedsætte bygningens værdi eller brugbarhed nævneværdigt i forhold til tilsvarende intakte bygninger af samme alder i almindelig god vedligeholdelsesstand.

Skønsmanden har i svaret på spørgsmål 7 anført, at de porøse fuger og afskalninger ikke adskiller sig fra andre huse af samme alder, og at de vurderes som tidstypiske. Hertil har han i svaret på spørgsmål IC, der vedrører murværkets stand, anført, at huset ikke adskiller sig fra andre huse af tilsvarende alder. Skønsmanden har i svaret på spørgsmål SS2 vurderet, at de forhøjede fugtværdier i murværket er tidssvarende, husets alder taget i betragtning. Endelig har skønsmanden som svar på spørgsmål SS4 anført bl.a., at den konstaterede afskalning er tidstypisk for et hus med den pågældende alder, og derfor forventelig. Han har

# Ankenævnet for Forsikring

videre anført, at det er alment kendt, at ældre huse har fugtphobning i murværk, og at overfladebehandling i form af puds og maling ikke altid er diffusionsåbent.

Retten har under disse omstændigheder ikke grundlag for at fastslå, at forsikringsbetingelsernes skadesbegreb er opfyldt for så vidt angår murværk og facade.

Hertil kommer, at forsikringen jf. forsikringsbetingelserne pkt. 4.1 ikke dækker forhold, der er anført i tilstandsrapporten, medmindre forholdet er klart forkert beskrevet. I tilstandsrapporten er oplyst, at husets pudsede overflader mod nord og syd har mangelfuld vedhæftning, afskalninger og revner, og at der er risiko for nedfald af puds og yderligere skadesudvikling. Forholdet er i rapporten karakteriseret som en alvorlig skade, der medfører, at bygningsdelens funktion svigter inden for overskuelig tid. Også på den baggrund dækker ejerskifteforsikringen ikke de påberåbte skader ved murværk og facade.

Som følge af det ovenfor anførte frifindes Dansk Boligforsikring A/S.

## *Sagsomkostninger*

Ved indlevering af stævningen nedlagde sagsøgerne påstand om betaling af 1.285.000 kr. Først i påstandsdokumentet, og således efter forberedelsens afslutning, blev påstanden nedsat til betaling af 468.287,50 kr. Sagsomkostningerne er herefter fastsat med udgangspunkt i en sagsværdi på 1.285.000 kr. På den baggrund og efter sagens forløb og udfald fastsættes beløbet til dækning af advokatudgift til 110.000 kr. mens beløbet til dækning af udgifter til syn og skøn udgør 13.897,50 kr., i alt 123.897,50 kr.

Ved fastsættelsen af beløbet til dækning af advokatudgift har retten lagt vægt på sagens langstrakte forløb samt den omstændighed, at der har været gennemført syn og skøn samt supplerende syn og skøn."

## **5.7. Sag 96797. Ejerskifteforsikring. Lovliggørelse af terrændæk. Udbedringsmetode. Dansk Boligforsikring.**

Klageren overtog ejendommen, der var opført i 1979, i 2008 og anmeldte i 2017, at han i forbindelse med en rørskade havde konstateret, at terrændækket var udført uden kapillarbrydende lag og fugtspærre på betondækket. Der var tegnet udvidet dækning. Selskabet anerkendte, at terrændækskonstruktion var ulovlig udført, jf. BR77 kapitel 7 om fugtisolering. Selskabet opgjorde en erstatning på baggrund af en konstruktion med 60-70 mm isolering ovenpå betondækket og med en radonmembran over isoleringen. Klageren ønskede en erstatning baseret på fjernelse af terrændækket og genskabelse af konstruktionen fra bunden med et kapillarbrydende lag på 15 cm leca eller sundolitt. Nævnet fandt, at det anmeldte forhold ikke var dækket af basisforsikringen, og nævnet havde ikke grundlag for at pålægge selskabet at dække en skimmelaflrensning af væggene i 50 cms højde. Nævnet kunne ikke kritisere selskabets lovliggørelsesmåde. Nævnet lagde vægt på, at forsikringen dækkede lovliggørelse, således at dækskonstruktionen opfyldte kravene i BR 77, og at forsikringen ikke dækkede, at bygningen blev opført i overensstemmelse med byggetilladelsen. Nævnet lagde vægt på, at det i BR 77, kap. 7.2 var beskrevet, hvorledes et kapillarbrydende lag kunne udføres og ikke, hvorledes det skulle udføres, og at Teknologisk Institut vurderede, at selskabets løsning opfyldte BR77's krav vedrørende fugtisolering. Nævnet fandt, at selskabet skulle dække visse af klagerens udgifter til teknisk bistand, men ikke advokatudgifter. Nævnet fandt, at klageren ikke kunne få dækket genhusning og opmagasiner og eventuelle merudgifter til forbrug ud over den periode, som selskabet havde dækket.

# Ankenævnet for Forsikring

Klageren og ægtefællen indbragte sagen for Retten i Esbjerg. Ved dom af 11/9 2025 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår bl.a.:

## "Rettenes begrundelse og resultat

Skønsmanden har i svaret på spørgsmål 7 anført, at det ved skønsforretningen blev konstateret, at der i tilbygningen er et kapillarbrydende lag letklinker under terrændækket, hvorfor denne del af bygningen skønnes at overholde krav om kapillarbrydende lag i BR77. Skønsmanden har desuden ved besvarelsen af spørgsmålet anført, at fugtspærren under skillevægselementerne skønnes at være kapillarbrydende, og at fugtspærren i den af Dansk Bygningsforsikring foreslåede lovliggørelsesmetode skønnes tilsvarende at være kapillarbrydende. Herudover har skønsmanden i svaret vurderet, at kravet til kapillarbrydning i BR77 punkt 7.2 og 7.5.2 er overholdt, hvis der udføres en fugttæt membran mellem disse 2 kapillarbrydende lag. Det er dog nødvendigt at udskifte eksisterende vand og varmerør med korrosionssikre rør, der kan tåle mulig fugtpåvirkning.

Dansk Boligforsikrings forslag til en løsning findes således i alt væsentligt at opfylde kravene til en lovliggørelse, jf. herved forsikringsbetingelsernes punkt 16.1. Retten finder dog ikke, at det efter bevisførelsen kan lægges til grund, at [klagerne] som en bygherreleverance ville betale for de pexrør, der vil skulle monteres. [klagerens] forklaring er således ikke alene imødegået ved, at pexrør i tilbuddet af 24. januar 2018 er opført som en bygherreleverance.

I overensstemmelse med forsikringsbetingelserne og skønsmandens svar på spørgsmål SSIA skal der fratrækkes 33.600 kr. af de udbedringsomkostninger, der kan henføres til udskiftningen af vand- og varmerørene.

Det forhold, at ... Kommune har bestemt, at der ikke kan gives dispensation til en løsning, som svarer til Dansk Bygningsforsikring forslag af 4. maj 2018, kan efter det anførte ikke føre til et andet resultat. Det afgørende er herefter, om Dansk Boligforsikrings tilbudte kontanterstatning den 4. maj 2018 på 218.815 kr. var tilstrækkelig til at betale for en lovliggørelse af terrændækket. Beløbet kan ifølge skønsmandens besvarelse af spørgsmål SSIIIC omregnes til 294.000 kr. per september 2023.

Skønsmanden har ved besvarelsen af spørgsmål 7 og SS 3.3. opgjort udgifterne til den i spørgsmål 7 nævnte lovliggørelsesmetode til i alt 380.000 kr. Herfra skal trækkes 50.000 kr., som [klagerne] har modtaget fra husforsikringen i anledning af rørskaden og udgiften på 60.000 kr. til udskiftning af de eksisterende vand- og varmerør, jf. ovenfor.

Retten kan herefter tiltræde Dansk Boligforsikrings opgørelse af de nødvendige udbedringsomkostninger således:

Lovliggørelse:	300.000,00 kr.
Følgearbejder:	80.000,00 kr.
Fradrag gulv dækket af husforsikring:	50.000,00 kr.
Afskrivning vand- og varmerør:	33.600,00 kr.
I alt:	296.400,00 kr.

## Ankenævnet for Forsikring

Som følge heraf har [klagerne] ikke ført bevis for, at den af Dansk Boligforsikring tilbudte kontanterstatning ikke var tilstrækkelig til at lovliggøre terrændækket. Retten lægger vægt på, at det manglende beløb er bagatelagtigt.

[Klagerne] har endvidere ikke bevist, at de krævede udgifter til skimmelsanering, affugtning mv. på 60.000 kr. kan henføres til den ulovlige bygningskonstruktion. Skønsmanden har ikke udtalt sig om dette punkt i sagsøgernes opgørelse, og retten finder, at udgifterne mest sandsynligt må henføres til den vandskade, der opstod som følge af rørskaden.

Som følge af det anførte har [klagerne] ikke krav på dækning af yderligere udgifter til genhusning og opmagasinering af møbler end de udgifter, Dansk Boligforsikring allerede har betalt. Sagsøgernes yderligere udgifter har således sammenhæng med, at sagsøgerne nægtede at acceptere Dansk Boligforenings tilbud om en kontanterstatning. For så vidt angår udgiften til indskud dækkes et sådant ikke, da det under forudsætning af lejers overholdelse af dennes vedligeholdelses- og istandsættelsespligt vil blive tilbagebetalt til lejer.

Ankenævnet for Forsikring har ved kendelsen af 5. januar 2022 bestemt, at Dansk Boligforsikring skulle dække [klagerens] udgifter til teknisk bistand med 1.875 kr. til rapport fra Teknologisk Institut, 3.125 kr. til hultagning af gulv for prøveudtagning og 30.000 kr. til konsulentbistand fra [sagsøgers rådgiver] for perioden november 2017 til den 4. maj 2018, hvor erstatningen blev opgjort. [Sagsøgers rådgiver] har ikke udstedt en faktura for sin bistand, og der findes ikke grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets vurdering af størrelsen af de nødvendige udgifter til sagkyndig bistand. Da [klagerne] nægtede at acceptere Dansk Boligforsikrings tilbud om en kontanterstatning den 4. maj 2018, er der desuden ikke grundlag for at fastsætte et yderligere beløb til sagkyndig bistand efter denne periode.

Som følge af det anførte tages Dansk Boligforsikrings frifindelsespåstand til følge.

Efter sagens udfald sammenholdt med parternes påstande skal [klagerne] solidarisk betale sagsomkostninger til Dansk Boligforsikring A/S med 100.000 kr. til dækning af udgifter til advokatbistand, og 4.218,75 kr. til dækning af udgifter til syn og skøn, i alt 104.218,75kr.

### 5.8. Sag 98067. Erhvervsevnetab. Observation. Danica.

Klageren var i 2011 udsat for en arbejdsskade, hvor han fik en hjernerystelse. Han blev tilkendt fleksjob i 2013, hvor han frem til 2018 arbejdede 10 timer om ugen. Herefter fortsatte han med at arbejde i egen virksomhed. Virksomheden gik konkurs i 2019, men blev opkøbt af en anden virksomhed i starten af 2020, hvorefter klageren i november 2020 blev ansat i virksomheden med en arbejdstid på 15 timer om ugen. Selskabet ydede dækning fra 2011, men standsede betalingerne i foråret 2019 på baggrund af observationer af klageren, som viste, at han opholdt sig i virksomheden i længere tid end de oplyste 15 timer. Nævnet fandt, at selskabet har bevist, at der var indtrådt en sådan bedring af klagerens tilstand, at han ikke længere har et erhvervsevnetab på mindst 50 %. Nævnet lagde vægt på, at klageren arbejdede 15 timer om ugen i en stilling, hvor hans skånehensyn ikke var tilstrækkeligt tilgodeset. Nævnet lagde vægt på, at klageren angiveligt var virksomhedens eneste ansatte, hvorfor en arbejdstid på 15 timer om ugen ikke stemte overens med, at

# Ankenævnet for Forsikring

virksomheden havde en åbningstid på 42 timer om ugen. Nævnet lagde vægt på, at klageren ikke var tilstrækkeligt arbejdsprøvet.

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret. Ved dom af 13/1 2026 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår bl.a.:

## "Retten begrundelse og resultat

Retten lægger efter sagens oplysninger til grund, at [FT] den 24. april 2011 var udsat for en ulykke på sin arbejdsplads, og at han som følge heraf pådrog sig en hjernerystelse (commotio cerebri), en forvridding af nakken (distortio columna cervicalis) samt kroniske smerter.

Det er ubestridt, at [FT] ifølge forsikringsbetingelserne er berettiget til udbetaling og præmiefritagelse fra den tegnede forsikring, hvis hans generelle erhvervsevne er nedsat med mindst halvdelen som følge af sygdom eller ulykke.

Sagen angår herefter, om [FT]s erhvervsevne pr. 1. maj 2019 og i tiden herefter var nedsat med mindst halvdelen.

Det fremgår af bl.a. Højesterets afgørelse af 19. januar 2011 (trykt i U.2011.1083), at vurderingen af en forsikringstagers generelle erhvervsevne skal baseres på en samlet vurdering, hvor der lægges vægt på bl.a. de lægelige akter, eventuelle psykologudtalelser, relevante oplysninger fra kommunen, samt resultater af eventuelle arbejdsprøvnings.

Retten finder efter en samlet vurdering, at det ikke er godtgjort, at [FT]s erhvervsevne pr. 1 maj 2019 eller i tiden herefter har været nedsat med mindst halvdelen.

Retten har lagt vægt på navnlig, at det efter bevisførelsen kan lægges til grund, at [FT] de senere år har haft en reel, effektiv arbejdsuge på ca. 20 timer eller mere uden tilstrækkelig iagttagelse af hans skånehensyn. Retten har herved lagt vægt på [FT]s egen forklaring om, at han aktuelt arbejder op mod 20 timer om ugen, at de observationer, der er foretaget af Danica i februar og marts 2019, og som dokumenterer en ugentlig arbejdstid på henholdsvis 17 timer og 34 minutter og 26 timer og 30 minutter, viser et realistisk og repræsentativt billede af hans hverdag, og at han typisk ikke holder pauser, når han er på arbejde. Dertil kommer, at ... Kommune i maj 2018 bevilligede [FT] 10 timers ugentlig personlig assistance på baggrund af en ugentlig arbejdstid på 25 timer, at han i den forbindelse selv anførte, at han ville kunne arbejde op til 5 timer om dagen, at ... Kommune i 2020 vurderede, at [FT] var jobparat, og skønnede det realistisk, at han ville kunne varetage et ordinært job inden for kort tid, samt at det fremgår af ... Kommunes skema af 20. juli 2021, at [FT] på daværende tidspunkt havde et ugentligt fremmøde i ... på ca. 20 timer. Endelig kan det efter bevisførelsen lægges til grund, at [FT] siden 2018 reelt har stået for den væsentligste del af driften af ..., idet ..., ... og selskabets øvrige medarbejdere efter de afgivne forklaringer hovedsageligt har monteret [biltilbehør], og at [FT] i det væsentligste har stået for selskabets salg og kundekontakt, og at han bl.a. har besvaret de telefoniske henvendelser fra selskabets kunder.

Retten har desuden lagt vægt på, at de lidelser, som har dannet grundlag for udbetalingerne – hjernerystelse (commotio cerebri), en forvridding af nakken (distortio columna cervicalis) og kroniske smerter – er

# Ankenævnet for Forsikring

af en sådan karakter, at de ikke lægeligt kan konstateres objektivt, men i al væsentlighed bygger på [FTs] egne oplysninger til lægerne. De lægelige vurderinger af, at [FTs] lidelser skønnes stationære, og at det ikke kan forventes, at [FT] kan øge sin arbejdstid udover 20 timer ugentligt, kan derfor ikke i sig selv godtgøre et erhvervsevnetab på mindst 50 pct. Retten bemærker hertil, at der ikke efter Retslægerådets udtalelse i sagen ses at være konkrete holdepunkter for at antage, at de aktiviteter, som retten har lagt til grund ovenfor, er uforenelige med de lægelige oplysninger.

Endelig har retten tillagt det vægt, at [FT] ikke er blevet tilstrækkeligt arbejdsprøvet, hvorfor det ikke er undersøgt nærmere, i hvilket omfang han ville være i stand til at arbejde inden for det bredere arbejdsmarked under iagttagelse af relevante skånehensyn.

[FT] har herefter ikke løftet bevisbyrden for, at han siden den 1. maj 2019 har været berettiget til udbetalinger fra den tegnede erhvervsevnetabsforsikring, hvorfor Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab frifindes.

## *Sagsomkostninger*

Efter sagens udfald skal [FT] betale sagens omkostninger, jf. retsplejelovens § 312, stk. 1. [FT] skal desuden endeligt afholde udgifterne til vidnerne ... og ...

Under hensyn til sagens værdi, karakter og omfang fastsætter retten udgifterne til dækning af advokatbi-stand inkl. moms til 137.500 kr."

## **5.9. Sag 98088. Ejerskifteforsikring. Afskrivning. Dansk Boligforsikring.**

Klageren overtog den forsikrede ejendom – der er fra 1975 – den 1/12 2020. Klageren anførte, at der ikke skulle ske afskrivning vedrørende radiatorer, "da der er tale om en manglende funktionsdygtighed som bevirkede, at de eksisterende radiatorer ikke kunne opvarme huset til normal beboelsestemperatur, hvorfor der ved montering af de nye radiatorer ikke er sket nogen former for værdiforøgelse". Selskabet fastholdt, at der kunne foretages afskrivning i erstatningssummen, hvis udbedringen indebar en levetidsforlængelse af den pågældende VVS-del, uanset at delen ikke var beskadiget, men blot ulovlig eller med væsentlig nedsat funktion. Nævnet kunne ikke kritisere, at selskabet foretog afskrivning i erstatningen for udskiftningen af radiatorerne i henhold til afskrivningstabel H. Nævnet lagde vægt på, at det fremgår af forsikringsbetingelserne, at en erstatning i henhold til ejerskifteforsikringen som udgangspunkt skal beregnes som en nyværdierstatning, medmindre der er tale om en bygningsdel omfattet af "afskrivningstabeller for udvalgte bygningsdele". Nævnet lagde vægt på, at ejendommens radiatorer var fra husets opførelse i 1975, og at det fremgår af forsikringsbetingelserne, at "radiatorer, pladejern" afskrives i henhold til tabel H, hvor det fremgår, at erstatningen udgør 20%, når alderen er mere end 40 år. Nævnet havde herved ikke taget stilling til erstatningsopgørelsen. Hvad angik advokatombudsninger ønskede klageren, at selskabet skal dække alle klagerens udgifter hertil. Selskabet havde opgjort erstatningen for advokatudgift til 20.000 kr. men havde afvist at dække klagerens udgift på i alt 36.450 kr. inkl. moms. Nævnet fandt ikke grundlag for at pålægge selskabet at dække yderligere advokatombudsninger.

# Ankenævnet for Forsikring

Klageren og ægtefællen (sagsøger 1 og 2) indbragte sagen for Retten i Horsens. Sælgeren (sagsøgte 2) af ejendommen blev i den forbindelse også stævnet. Ved dom af 19/3 2025 blev både sælgeren og selskabet (sagsøgte1) frifundet. Af dommen fremgår bl.a.:

## **"Rettes begrundelse og resultat**

Sagsøger 1 og 2 købte i 2020 ejendommen af sagsøgte2 med overtagelse den 1. december 2020.

Handlen er omfattet af lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom, og der er tegnet ejerskifteforsikring ved Dansk Boligforsikring A/S.

Der er enighed om, at der er en mangel ved ejendommens varmeinstallation, som ikke er i stand til at opretholde en normal rumtemperatur ved udetemperaturer under 8 grader, og som heller ikke er i overensstemmelse med ... Fjernvarmes tekniske bestemmelser.

### *Påstand 1 - Dansk Boligforsikring A/S*

Efter indholdet af skønserklæringen sammenholdt med skønsmandens forklaring lægger retten til grund, at manglen ved varmeinstallationen kan udbedres ved udskiftning af flere radiatorer, ændring af tilslutning til afkølingsradiatoren i spisestuen samt opsætning af en radiator i bryggers – alle forsynet med radiatortermostater og korrekt forindstilling i forhold til varmebehov. Skønsmanden har vurderet, at omkostningerne hertil skønsmæssigt udgør 42.250 kr. inkl. moms.

Retten finder på denne baggrund, at den af skønsmanden anviste udbedringsmetode, som er anerkendt af Dansk Boligforsikring A/S, er tilstrækkelig til udbedring af manglen, således at huset vil kunne opvarmes til sædvanlig opholdstemperatur og være i overensstemmelse med ... Fjernvarmes tekniske bestemmelser. Sagsøger 1 og 2 har herefter ikke krav på til udbedring i overensstemmelse med anbefalingen fra Ingeniørfirmaet ... til et beløb på 255.600 kr.

Der er ikke ved skønsforretningen konstateret ulovligt el på ejendommen. Det er herefter ikke bevist, at der er mangler ved elinstallationerne.

Herefter, og da der er i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne og kendelsen fra Ankenævnet for Forsikring skal ske afskrivning med 80 %, tager retten Dansk Boligforsikring A/S' frifindelsespåstand mod anerkendelse af dækning af 16.850 kr., når arbejdet er udført, til følge.

### *Påstand 2 - Sagsøgte 2*

...

Efter sagens udfald skal Sagsøger 1 og 2 betale sagsomkostninger til Dansk Boligforsikring A/S og Sagsøgte 2. Dog skal Dansk Boligforsikring selv afholde udgiften til skønsmandens besvarelse af spørgsmål 11, IA. Den omstændighed, at Dansk Boligforsikring A/S oprindeligt har anerkendt dækning på omkring 10.000 kr., og efter skønsmandens erklæring har anerkendt dækning på 16.850 kr., kan ikke føre til, at Dansk Boli forsikring skal betale sagsomkostninger til Sagsøger 1 og 2.

Sagsomkostningerne, der udgør dækning af udgift til advokat, er efter sagens værdi, forløb og omfang, fastsat til 35.000 kr. til hver af de sagsøgte."

# Ankenævnet for Forsikring

## 5.10. Sag 98113. Erhvervsevnetab. OSINT. Danica.

Klageren blev sygemeldt den 12/5 2016 på grund af hjernerystelse og hjerneblødning. Selskabet ydede dækning fra 12/8 2016 til 1/9 2021, hvor selskabet vurderede, at klageren ikke længere er berettiget til ydelser eller præmiefritagelse under henvisning til, at hun ikke længere har et erhvervsevnetab på 50 %. Klageren anførte, at hun er ansat i fleksjob 8 timer om ugen, og at hun maksimalt har en enkelt time som frivillig instruktør hver måned, således at hun kan have flest mulige timer i sit fleksjob. Årsagen til, at hun fortsat arbejdede som instruktør var, at hun på den måde havde mulighed for gratis styrketræning. Selskabet anførte, at klagerens beskrivelse af sine helbredsforhold af 18/11 2020 stod i kontrast til klagerens faktiske formåen, som udtrykt i klagerens aktiviteter på sociale medier og i de sundhedsfaglige journaler. Selskabet anførte, at OSINT-rapporten viste, at der var tale om aktiviteter, der kræver et højt mentalt og fysisk funktionsniveau, hvorfor det må lægges til grund, at klageren senest den 1/9 2021 havde genvundet erhvervsevnen i fornødent omfang ved iagttagelse af relevante skånebehov. Nævnet fandt, at klageren ikke har bevist, at hendes generelle erhvervsevne pr. 1/9 2021 er varigt nedsat med halvdelen, og at hun med de rette skånehensyn ikke vil være i stand til at arbejde og tjene mere end halvdelen af, hvad der var sædvanligt for fuldt arbejdsdygtige personer med tilsvarende uddannelse og alder. Nævnet bemærkede, at motion utvivlsomt var godt for klageren. Nævnet fandt dog, at omfanget og karakteren af klagerens aktiviteter – som vidnede om en ikke ubetydelig resterhvervsevne – ikke er forenelige med det symptombillede, der er beskrevet i de lægelige bilag og i de af klageren udfyldte erklæringer. Nævnet fandt, at klagerens generelle erhvervsevne var væsentlig bedre, end hvad der måtte antages på baggrund af hendes egne oplysninger i de udfyldte erklæringer, lægeerklæringer og kommunale akter.

Klageren indbragte sagen for Retten i Lyngby. Af retsbogsudskrift af 27/6 2024 fremgår det, at klageren hævede sagen efter rettens tilkendegivelse af, hvilket udfald en dom ville få. Klageren skulle betale 225.000 kr. i sagsomkostninger til selskabet.

## 5.11. Sag 98274. Erhvervsevnetab. Observation. OSINT. Ophævelse. Danica.

Klageren fik konstateret sukkersyge i 2006 og blev sygemeldt i 2013 på grund af skuldersmerter efter et fald. Klageren led af smerter i begge skuldre og diabetisk neuropati. Klageren var i virksomhedspraktik, hvor han arbejdede 2 timer om ugen, og han blev tilkendt førtidspension i 2020. Selskabet ydede dækning fra 2014 til 2022, hvor selskabet vurderede, at klageren ikke længere har et erhvervsevnetab på halvdelen. Selskabet ophævede klagerens erhvervsevnetabsforsikring. Selskabet havde observeret klageren i 17 dage fra august 2021 til januar 2022, hvilket ifølge selskabet viste, at klageren havde afgivet ukorrekte oplysninger om sit funktionsniveau. I observationsmaterialet sås klageren at kunne bevæge sig uden synlige smerter eller begrænsninger, og han var i stand til at cykle, gå på trapper, løbe kortvarigt, foretage indkøb, løfte en cykel, strække armen ud fra kroppen, og løfte armene over skulderhøjde. Selskabet anførte, at klagerens funktionsniveau og helbredsmæssige tilstand var bedre end, hvad han havde oplyst til selskabet. Selskabet fremlagde også internetfund, som viste, at klageren havde været på en 14-dages rejse i udlandet, hvilket stemte dårligt overens med, at han skulle bruge hjælpemidler ved toiletbesøg, hvilket havde betydet, at han alene kunne være i praktik tæt på sit hjem. Nævnet fandt, at der var indtruffet en bedring af klagerens helbredsmæssige situation, at hans erhvervsevne ikke er nedsat i dækningsberettigende grad. Nævnet fandt, at selskabet med henvisning til, at klageren havde handlet groft illoyalt i forhold til sine kontraktlige forpligtelser, var berettiget til at ophæve klagerens erhvervsevnetabsforsikring. Nævnet fandt, at observationsmaterialet kunne indgå i

# Ankenævnet for Forsikring

nævnets behandling og afgørelse af sagen, idet observationerne ikke var foretaget på sådanne steder eller måder, og idet rapporterne i øvrigt ikke indeholdt sådanne oplysninger, at det ville være betænkeligt for nævnet at lade disse rapporter indgå i sin helhed som bevismateriale.

Klageren indbragte sagen for Retten i Lyngby, der den 4/9 2025 frifandt selskabet og pålagde klageren at tilbagebetale ydelser fra medio 2019, idet selskabet under byretssagen havde nedlagt påstand om tilbagebetaling af ydelser, ligesom der var indhentet en udtalelse fra Retslægerådet. Af dommen fremgår bl.a.:

## **"Rettsens begrundelse og resultat**

### *Ophævelse af forsikringsaftalen*

I en sag med påstand om tilsidesættelse af et forsikrings-selskabs afgørelse om, at en forsikringsbegivenhed ikke er indtruffet eller ikke består, påhviler det som udgangspunkt forsikringstager at løfte bevisbyrden for, at forsikrings-selskabet tager fejl, men ved bevisets vurdering kan der lægges vægt på, at forsikrings-selskabet tidligere har anerkendt skaden som dækningsberettiget.

Ankenævnet for Forsikring har på grundlag af de oplysninger, som [klageren] har givet Danica, herunder i de besvarede funktionsskemaer, sammenholdt med det fremlagte observationsmateriale og klagerens aktivitetsniveau i øvrigt, tiltrådt Danicas vurdering, hvorefter [klageren] ikke har en erhvervsevneudsættelse, der medfører, at han ikke skulle kunne arbejde mere end halv tid på det brede arbejdsmarked. Nævnet har på samme grundlag videre vurderet, at [klageren] har handlet groft illoyalt i forhold til sine kontraktlige forpligtelser.

Efter at have set observationsmateriale, herunder den optagne video, og efter en gennemgang af [klagerens] aktiviteter, herunder udlandsrejser, tiltræder retten, at [klagerens] generelle funktionsniveau fremtræder væsentligt bedre, end hvad der må antages på baggrund af hans oplysninger i de udfyldte funktionsskemaer og erklæringer.

Den erklæring, der er indhentet fra Retslægerådet er ikke egnet til at anfægte den vurdering af [klagerens] erhvervsevne, som Danica og Ankenævnet for Forsikring er nået frem til, idet Retslægerådet ikke har ønsket at udtale sig om funktionsevne eller helbredstilstand. Den neurologiske speciallægeerklæring, og den supplerende afhjemling af neurologen ved sagens hovedforhandling indeholder heller ikke oplysninger, der er egnet til at anfægte vurderingen af [klagerens] erhvervsevne. Den neurologiske erklæring taler tværtimod til støtte for vurdering vedrørende [klagerens] illoyale adfærd. Retten lægger herved særlig vægt på neurologens oplysning om, at der ved undersøgelsen var intet hos hende, som pegede på, at [klageren] var smertepåget. Retten har videre lagt vægt på neurologens iagttagelse af diskrepans mellem, hvad [klageren] præsterer på vej til og fra lejet henholdsvis ved undersøgelsen.

Da bevisførelsen i øvrigt ikke kan føre til noget andet resultat, finder retten, at der ikke er ført bevis for, at Danicas vurdering af [klagerens] manglende erhvervsevnetab pr. 1. maj 2022 har været forkert. Retten tiltræder, at [klageren] har handlet groft illoyalt i forhold til sine kontraktlige forpligtelser. Danica har derfor været berettiget til at ophæve [klagerens] erhvervsevnetabsforsikring med virkning fra den 1. maj 2022.

Danicas frifindespåstand tages herefter til følge.

# Ankenævnet for Forsikring

## *Tilbagebetalingskrav*

Danicas krav om tilbagesøgning baserer sig på et anbringende om, at [klageren] aldrig har været berettiget til at modtage erhvervsenetabsydelse eller præmiefritagelse. Danica bærer bevisbyrden for, at [klageren] heller ikke i perioden før forsikringsaftalens ophør den 1. maj 2022 har været berettiget til erhvervsenetabsydelse eller præmiefritagelse.

Ved vurderingen af dette forhold finder retten det efter de lægelige oplysninger og retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 godtgjort, at [klageren] i dækningsperiodens begyndelse havde smerter i begge skuldre og antageligvis også smerter derudover. Det er Danicas bevisbyrde, at disse forhold ikke medførte, at [klageren] ikke kunne arbejde mere end halv tid på det brede arbejdsmarked, og retten finder, at denne bevisbyrde ikke er løftet. Retten finder det endvidere ikke med den fornødne sikkerhed bevist, at [klageren] har handlet groft illoyalt i forhold til sine kontraktlige forpligtelser allerede fra skadeforløbets begyndelse.

Af lægeattest af 8. juli 2019 fremgår, at [klageren] "klarere selv at komme på toilet, da han har bidet. Skal på toilet utallige gange på en dag. Klarer at komme i bad, men det er smertefuldt og tidskrævende. Klarer at få afleveret [barn] i skole gående, men sidder ellers i kørestol resten af dagen pga. smerter. Får hjælp til mange af de praktiske ting og ellers står [klagerens] hustru for det huslige. Er bevilget automatisk døråbner. ... Kan ikke selv køre sin kørestol pga. skuldernes nedsatte funktion og smerter og må derfor transporteres af andre overalt".

Af ... Kommunes rapport vedrørende [klagerens] praktikophold i perioden 5. december 2019 til 12. marts 2020 fremgår bl.a.: "... Plejecenter blev valgt, da det skulle ligge i gåafstand til hjemmet. Dette var en forudsætning for at praktikken ville kunne gennemføres. I samarbejde med Plejecenter ... blev det aftalt, at arbejdsopgaver, som tog hensyn for [klagerens] skånebehov, ville være omsorgsopgaver, som ville kunne gennemføres siddende. ... Der var ikke noget toilet med hjælpemidler på plejecenteret. Dette blev løst ved, at [klageren], i tilfælde af at skulle på toilettet i løbet af praktikken, ville kunne nå hjem, hvor [klageren] har de nødvendige hjælpemidler".

Disse oplysninger er i åbenbar modstrid med oplysningerne om de udlandsrejser, som [klageren] efter sin egen forklaring har gennemført, herunder en rejse til ... i 2019. [Klageren] sendte lægeattest af 8. juli 2019 til Danica sammen med funktionsskemaet af 24. april 2020. Retten finder det herefter bevist, at [klageren] har handlet groft illoyalt i forhold til sine kontraktlige forpligtelser fra senest medio 2019, hvor han burde have orienteret Danica om sine reelle helbredsforhold. Retten tager derfor Danicas betalingspåstand til følge med et beløb, der skønsmæssigt ansættes til 600.000 kr. med tillæg af rente som påstået.

## *Sagsomkostninger*

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift inklusive moms med 160.000 kr. Retten har ved udmålingen lagt vægt på, at Danica har opnået medhold i godt 60 % af den samlede sagsgenstand, og at der har været meromkostninger forbundet med den del af kravet, som Danica ikke har opnået medhold i. Retten har endvidere lagt vægt på, at der under sagens forberedelse har været indhentet erklæring fra Retslægerådet samt neurologisk speciallægeerklæring.

# Ankenævnet for Forsikring

Det er oplyst, at [klageren] har retshjælpsdækning i sagen, og at han opfylder betingelserne for fri proces. [Klageren] bærer omkostninger til vidnegodtgørelse og honorar til den udmeldte sagkyndige neurolog."

## 5.12. Sag 98300. Erhvervsevnetab. Danica.

Klageren, som var i midten af 60'erne, havde arbejdet med fysisk belastende håndværksmæssigt arbejde i mere end 45 år. Klageren led af gener i form af atrieflimren og slidgigt i knæ og skuldre. Han blev sygemeldt i februar 2021 og kort efter opsagt. Han blev tilkendt seniorpension i pr. 1/10 2021. Selskabet anførte, at klageren kunne varetage et arbejde på mindst 1/3 tid på det brede arbejdsmarked, hvis der blev taget de rette skånehensyn. Nævnets flertal fandt, at klageren ikke har bevist, at hans erhvervsevne er nedsat med 2/3. Flertallet lagde bl.a. vægt på, at klagerens skånehensyn var fysisk betingede, hvorfor der ikke var dokumentation for, at han ikke ville kunne passe et ikke fysisk belastende arbejde på mere end en tredjedel på det brede arbejdsmarked. Flertallet lagde vægt på, at klageren ikke var blevet arbejdsprøvet.

Klageren indbragte sagen for Retten i Lyngby. Byretten frifandt den 11/2 2025 selskabet. Af dommen fremgår bl.a.:

### "Retten begrundelse og resultat

Det følger af de i sagen gældende forsikringsbetingelser, at udbetaling af invalideydelse og/eller præmie-fritagelse, er berettiget, når den forsikrede ikke længere skønnes at være i stand til – bedømt under hensyn til hans nuværende tilstand, hans uddannelse og tidligere virksomhed – at tjene mere end 1/3 af, hvad der i samme egn er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse, alder og køn.

Parterne er enige om, at det er [klageren], der bærer bevisbyrden for, at forsikringsbetingelserne er opfyldt, og at [klageren] således skal bevise, at hans generelle erhvervsevne er nedsat med mere end 1/3.

Efter de lægelige oplysninger og [klagerens] forklaring lægger retten til grund, at [klageren] er svært plaget af gigt i både sine skuldre og sine knæ, ligesom han lider af atrieflimren, hvilket medfører funktionsnedsættelse og udmatning. Retten lægger som følge heraf til grund, at [klagerens] erhvervsevne som følge heraf er betydelig nedsat.

Retten finder det imidlertid ikke godtgjort, at [klagerens] generelle erhvervsevne er nedsat til 1/3 på grund af sygdommene og følgevirkningerne heraf. Retten har herved lagt vægt på, at oplysningerne herom ikke i sig selv støtter et erhvervsevnetab af den påberåbte størrelse og bemærker, at en arbejdsprøvning i andet regi end [klagerens] sædvanlige arbejde som [håndværker] med en række skånehensyn, de facto ikke er afprøvet.

Det kan således ikke udelukkes, at [klageren] med de rette skånehensyn og evt. efter omskoling ville kunne varetage et job på det generelle arbejdsmarked og tjene mere end 1/3 af, hvad der i samme egn er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse, alder og køn.

Oplysningerne om [klagerens] alder, og at han har arbejdet som [håndværker] i mere end 40 år, ændrer ikke herved.

# Ankenævnet for Forsikring

Det forhold, at [klageren] pr. 1. oktober 2021 blev bevilget seniorpension, og at det efter § 26 a, stk. 2, nr. 2 i lov om social pension, er en betingelse for at få tilkendt seniorpension, at personens arbejdsevne er varigt nedsat til højst 15 timer om ugen i forhold til seneste job, kan ligeledes ikke føre til et andet resultat.

Retten bemærker, at tilkendelse af seniorpension ikke i sig selv skaber en formodning for, at [klagerens] generelle erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad, ligesom vurderingen af arbejdsevnen ved tilkendelse af seniorpension alene skal ses i forhold til seneste job, og således ikke er udtryk for arbejdsevnen i ethvert job og på det generelle arbejdsmarked.

Da [klageren] ikke har løftet bevisbyrden for, at hans erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad, tager retten den af Danica Pension nedlagte frifindelsespåstand til følge.

Henset til sagens udfald skal [klageren] betale sagsomkostninger til Danica Pension. Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og omfang fastsat til 40.000 kr., der dækker Danica Pensions udgifter til advokatbistand."

## 5.13. Sag 98684. Erhvervsevnetab. PFA.

Klageren blev sygemeldt den 31/3 2020 på grund af rygsmerter efter en arbejdsskade. Selskabet betalte midlertidige ydelser og ydede præmiefritagelse ved tab af erhvervsevne fra 1/10 2020 til 31/12 2021, hvor selskabet stoppede med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke var varigt nedsat med halvdelen. Klageren anførte, at det var veldokumenteret, at den primære årsag til tilkendelsen af førtidspension skyldtes generne efter arbejdsskaden. Selskabet anførte, at klageren burde være i stand til at varetage et lettere fysisk arbejde på mere end halv tid, hvis han blev skånet for rygbelastende opgaver. Selskabet anførte, at klagerens eget ønske – herunder hensynet til sociale forhold – havde haft indflydelse på tilkendelsen af førtidspension. Nævnet fandt ikke anledning til at kritisere, at selskabet efter den 31/12 2021 overgik til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevne. Nævnet fandt, at klageren ikke har bevist, at hans generelle helbredsmæssige erhvervsevne er nedsat med halvdelen efter den 31/12 2021. Nævnet lagde vægt på de lægelige oplysninger, hvor der ikke er beskrevet helbredsmæssige gener, som ses at være uforenelige med varetagelsen af et relevant erhverv på halv tid, hvis der tages behørigt hensyn til klagerens skånebehov. Nævnet lagde vægt på karakteren af klagerens skånehensyn, og at klageren alene var arbejdsprøvet i en kortere virksomhedspraktik fra 12/7 2021 til 8/10 2021.

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret. Ved dom af 21/11 2025 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår bl.a.:

### "Retten begrundelse og resultat

Retten skal tage stilling til, om [sagsøger] har krav på udbetaling og præmie fritagelse i henhold til en erhvervsudygtighedsforsikring, som han har tegnet hos sagsøgte.

Parterne er enige om, at det afgørende for, om [sagsøger] kan få medhold i sin påstand, er, om hans generelle helbredsmæssige erhvervsevne er nedsat med mindst halvdelen, og at bevisbyrden herfor påhviler [sagsøgte].

# Ankenævnet for Forsikring

Retten lægger efter bevisførelsen til grund, at [sagsøger] alene er arbejdsprøvet i en kort periode i nogle få arbejdsfunktioner, som har involveret brugen af [sagsøgers] ryg og venstre arm, og at [sagsøgers] egen læge har anbefalet yderligere behandling i form af henvisning til smertecenter eller ... ryg- /gigtcenter, men at [sagsøger] ikke har ønsket dette, ligesom [sagsøger] i december 2021 ønskede sagen afsluttet snarest muligt uden yderligere tiltag.

På denne baggrund og efter de øvrige foreliggende oplysninger om [sagsøgers] helbredsforhold, herunder at det må lægges til grund, at [sagsøgers] rygsmerter ikke er kraftige, finder retten, at [sagsøger] ikke har løftet bevisbyrden for, at hans erhvervsevne er nedsat i dækningsberettiget omfang, hvorfor PFA Pension, Forsikringsaktieselskabs påstand om frifindelse tages til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 120.000 kr. Retten har herunder lagt vægt på, at sagen blev hovedforhandlet over 2 dage, og omfanget af skriftveksling."

## 5.14. Sag 98799. Erhvervsevnetab. Subjektive gener. Danica.

Klageren blev på cykel påkørt af en bil den 30/4 2019. Hun blev undersøgt på skadestuen samme dag, hvor hun klagede over smerter i hånd og fod. Hun kontaktede egen læge efter et par dage, hvor hun klagede over nakkespændinger. Hun genoptog arbejdet efter 14 dage med 10 timer om ugen. Hun var sygemeldt kortvarigt i efteråret 2019 og igen i foråret 2020. Hun havde over for egen læge oplyst, at hun startede op igen den 22/6 2020 med 15 timer om ugen, at hun i januar 2021 var oppe på 22 timer om ugen, at hun i marts 2021 var nede på 16 timer om ugen, og at hun i maj 2021 arbejdede 15-20 timer om ugen. Hun blev fuldtidssygemeldt i maj 2021. Hun blev opsagt med fratræden den 31/10 2021. Hun var i et praktikforløb fra 5/9 2023 til 24/12 2023, hvor hun arbejdede mellem 3 og 6 timer om ugen. Hun blev tilkendt førtidspension pr. 1/4 2024. Hun har gener i form af nakkesmerter, hovedpine, skuldersmerter, gener i to fingre, udtrætning samt kognitive gener i form af nedsat koncentration, hukommelse og læsevanskeligheder. Klageren har også diagnoserne Aspergers og ADHD, som hun fik diagnosticeret som voksen. Selskabet afviste at yde dækning under henvisning til, at selskabet var berettiget til at overgå til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevne ved hendes fratræden den 31/10 2021, og at denne ikke er nedsat med halvdelen. Nævnets flertal fandt, at selskabet var berettiget til at overgå til en vurdering af den generelle erhvervsevne. Nævnets flertal fandt, at klageren ikke har bevist, at hendes generelle erhvervsevne er nedsat med halvdelen efter den 31/10 2021. Nævnets flertal lagde vægt på de lægelige og kommunale oplysninger, hvor der var beskrevet begrænsede objektive fund, og hvor vurderingen af klagerens helbredstilstand i høj grad var baseret på hendes egne subjektive angivelser. Flertallet lagde vægt på, at der ikke var dokumentation for, at klageren havde fået en hjernerytelse. Flertallet lagde vægt på, at klageren havde været i stand til at genoptage sit arbejde i en længere periode, og at der ikke var dokumenteret en helbredsmæssig forværring, som kunne forklare, at hun i sin arbejdsprøvning alene kunne arbejde 3-6 timer. Flertallet fandt, at der ikke var grundlag for at pålægge selskabet at yde dækning for advokatbistand.

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret. Ved dom af 13/1 2026 fik klageren medhold i, at hendes erhvervsevne pr. 1/4 2024 er nedsat med halvdelen, hvorfor selskabet blev pålagt at betale helbredsbetingede ydelser fra dette tidspunkt. Af dommen fremgår bl.a.:

**"Retten begrundelse og resultat**

# Ankenævnet for Forsikring

Retten finder efter en samlet vurdering af de fremkomne oplysninger, at [sagsøger] har godtgjort, at hendes generelle erhvervsevne i hvert fald fra den 1. april 2024, hvor hun blev tilkendt offentlig førtids-pension, er nedsat med mindst halvdelen som følge af sygdom eller ulykke i overensstemmelse med betingelserne i forsikringspolice hos Danica Pension.

Retten har navnlig lagt vægt på, at det efter de lægelige og kommunale oplysninger i sagen, herunder forklaringen afgivet af vidnet, speciallæge i almen medicin ..., afslutningsattest af 10. marts 2022 fra speciallæge i reumatologi ..., statusattest af 13. december 2022 fra overlæge ... samt erklæring af 16. marts 2023 fra speciallæge i neurokirurgi ..., må lægges til grund, at [sagsøger] efter færdselsheldet den 30. april 2019, hvor hun som cyklist blev påkørt af en personbil i en højre-svingsulykke, har udviklet en kronisk smertetilstand uden udsigt til helbredelse, med udtalte skånebehov og med en væsentlig og varig nedsat funktionsevne.

Det forhold, at de subjektive gener, som beskrives af [sagsøger], ikke kan objektiviseres, kan under de foreliggende omstændigheder ikke føre til et andet resultat, da dette, som anført i speciallægeerklæringen af 16. marts 23 2023, ikke er det samme som, at hun ikke har gener som følge af uheldet, idet [sagsøger]s generelle helbredstilstand er væsentligt forringet.

Herudover har retten lagt vægt på, at det efter vidneforklaringen økonomichef ... må lægges til grund, at [sagsøger] efter ulykken og frem til opsigelsen den 28. juni 2021 ikke var i stand til at varetage sine arbejdsopgaver med den samme effektivitet og kvalitet, som før ulykken. Det må også lægges til grund, at ... i vidt omfang dækkede over [sagsøgers] stærkt forringede arbejdsevne i håbet om, at hun ville komme sig, og at det oplyste timeantal hos ... således ikke afspejlede hendes reelle erhvervsevne.

Endelig har retten lagt vægt på karakteren og omfanget af arbejdsprøvningen, der fandt sted hos ... frem til den 24. december 2023, hvor [sagsøger] havde en ugentlig arbejdstid på fire til seks timer med en anslået effektivitet på 70 % sammenlignet med andre medarbejdere med tilsvarende arbejdsopgaver.

På denne baggrund tages [sagsøger]s subsidiære påstand til følge, således at [sagsøger] er berettiget til udbetaling af forsikringsydelse og præmiefritagelse fra den 1. april 2024 at regne.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald, herunder at sagsøgeren ikke har fået medhold i sin principale påstand, og at hovedforhandlingen varede en dag, fastsat til dækning af advokatudgift med 225.000 kr., af retsafgift med 161.500 kr. og af øvrige udgifter til vidnegodtgørelse og transportomkostninger med 1.738,50 kr., i alt 388.238,50 kr.

## **5.15. Sag 99172. Rådgivning. Bortfald af forsikringsdækning ved pensionsudbetalingens start. Danica.**

Forsikringstageren blev syg med kræft i januar 2021. Den 6/8 2021 havde forsikringstageren et online rådgivningsmøde med selskabet om muligheden for at starte udbetalingen af sin pension fra den 1/1 2022. Den 8/9 2021 modtog forsikringstager et tilbud om udbetaling af pension, og den 9/9 2021 oplyste selskabet, at det var en forudsætning for accept af tilbuddet, at forsikringstager stoppede med at indbetale til pensionsordningen. Den 10/9 2021 accepterede forsikringstageren tilbuddet. Forsikringstageren døde i maj 2022. Klageren anførte, at selskabets rådgivning havde været mangelfuld, og at forsikringstageren ikke blev rådgivet

## Ankenævnet for Forsikring

om konsekvenserne ved at stoppe indbetalingerne til pensionsordningen på trods af, at selskabet var informeret om forsikringstagerens helbredsmæssige forhold. Selskabet anførte, at det med tilstrækkelig klarhed fremgik, at risikodækningerne ville bortfalde, når pensionsudbetalingen blev påbegyndt, og der ikke længere blev indbetalt til ordningen. Nævnets flertal fandt, at det var kritisabelt, at selskabets tilbud om udbetaling af pension fra september 2021 eller mail af 9/9 2021 ikke indeholdt informationer om, at visse forsikringer – herunder engangsudbetalingen ved død på 650.000 kr. – bortfaldt, hvis forsikringstageren påbegyndte udbetaling af sin pension. Trods dette fandt nævnets flertal, at det med tilstrækkelig tydelighed fremgik over for forsikringstageren, at risikodækningerne – herunder engangsudbetalingen ved død på 650.000 kr. – bortfaldt, hvis han begyndte at få sin pension udbetalt. Nævnets flertal lagde vægt på, at forsikringstageren i september 2021 modtog en udbetalingsoversigt, som ikke indeholdt oplysning om engangsudbetaling på 650.000 kr.

Klageren indbragte sagen for retten i Lyngby. Byretten frifandt den 12/6 2025 selskabet. Af dommen fremgår bl.a.:

### "Rettens begrundelse og resultat

Sagen drejer sig om, hvorvidt sagsøgte Danica Pension er erstatningsansvarlig i anledning af, at [klagerens] nu afdøde ægtefælle, ..., som var syg af kræft, påbegyndte udbetaling af sin pension hos Danica Pension pr. 1. januar 2022, hvorefter [klageren] ikke var berettiget til at modtage en engangsudbetaling på 650.000 kr. som følge af [forsikringstagerens] død den 13. maj 2022.

Efter bevistførelsen lægger retten til grund, at [forsikringstageren] i årene forinden, han anmodede Danica Pension om tilbud på udbetaling af sin pension pr. 1. januar 2022, havde indhentet adskillige pensionsrapporter og pensionstjek hos henholdsvis Pensionsinfo og Danica Pension, hvoraf dødsfaldsdækningen på 650.000 kr. fremgik. Retten lægger endvidere til grund, at [forsikringstageren] indhentede tilbuddet fra Danica Pension om førtidig udbetaling af pensionen på et tidspunkt, hvor han havde fået konstateret kræft, men ikke var erklæret terminal. Af tilbuddet fra Danica Pension om udbetaling af pensionen pr. 1. januar 2022 fremgik dødsfaldsdækningen på 650.000 kr. ikke. Af det samtidig indhentede tilbud fra [andet selskab] på udbetaling af pension pr. 1. januar 2022 fremgik det udtrykkeligt, at eventuelle engangsbeløb, der kommer til udbetaling ved død, bortfalder. Retten finder på denne baggrund, at [forsikringstageren] var nærmest til at påse konsekvenserne af hans ønske om pensionering pr. 1. januar 2022, og at det må have stået ham klart, at dødsfaldsdækningen ville bortfalde, når han ophørte med at betale til pensionsordningen og i stedet fik den udbetalt.

Endelig lægger retten til grund, at [forsikringstageren] den 7. juni 2021 i journalbladet oplyste, at han havde det godt, og at [klageren] har forklaret, at [forsikringstageren] i sommeren 2021 ikke så syg ud. Retten finder på denne baggrund, at Danica Pension under rådgivningsmødet den 6. august 2021 ikke har haft anledning til af egen drift at spørge til [forsikringstageren]s helbredsforhold eller årsagen til ønsket om udbetaling af pensionen pr. 1. januar 2022.

På denne baggrund og efter en samlet vurdering finder retten, at [klageren] ikke i tilstrækkelig grad har godtgjort, at Danica Pension har handlet ansvarspådragende.

# Ankenævnet for Forsikring

Det forhold, at Danica Pension i sit tilbud ikke udtrykkeligt anførte, at engangsudbetalinger, herunder ved dødsfald, ville bortfalde ved accept af tilbuddet, kan heroverfor ikke føre til andet resultat.

På denne baggrund tager retten Danica Pensions påstand til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 55.000 kr. Danica Pension er momsregistreret. "

## 5.16. Sag 99184. Husejerforsikring. Skjult rør. Gjensidige.

Klageren anmeldte den 27/3 2021 en siveskade fra en installation med fordelerrør, der befandt sig i væggen bag en inspektionslem i soveværelset. Klageren ønskede, at selskabet dækkede skaden. Subsidiært ønskede klageren, at stedet, hvor den største del af vandskaden var sket, blev betragtet som et selvstændigt skadested 2, der skulle dækkes af selskabet. Selskabet afviste dækning med henvisning til, at rørintallationen hverken var skjult eller utilgængelig, og at der derfor ikke var dækning for skade som følge af udsivning af vand. Nævnet bemærkede, at der ikke forelå belæg for at antage, at der er tale om flere selvstændige skadebegivenheder. Det må lægges til grund, at vandskadens årsag var vandudsivning fra rørintallationen bag installationslemmen i soveværelset. Nævnet fandt, at den skaderamte rørintallation ikke kan anses for en skjult rørintallation i henhold til forsikringsbetingelserne. Nævnet kunne derfor ikke kritisere, at selskabet havde afvist at yde dækning for den anmeldte siveskade. Nævnet lagde vægt på, at der var tale om udsivning fra en rørintallation med fordelerrør, der var indbygget bag en installationslem. Som forsikringsbetingelserne var affattet, var det en betingelse for dækning, at rørintallationen var utilgængelig, dvs. at der ikke var direkte adgang til rørene uden brug af værktøj. Nævnet lagde vægt på, at det ikke var godtgjort, at det krævede værktøj at få adgang til rørintallationen, eksempelvis fordi inspektionslemmen var fuget eller skruet fast. Nævnet bemærkede, at formålet med en inspektionslem var at sikre muligheden for nemt at kunne tilgå rørintallationerne, og at det derfor umiddelbart havde formodningen imod sig, at det var nødvendigt at bruge værktøj for at åbne inspektionslemmen.

Klageren indbragte sagen for Retten på Frederiksberg. Ved dom af 2/10 2025 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår bl.a.:

### "Retten begrundelse og resultat

#### *Spørgsmålet om forældelse*

Der er enighed om, at FT's eventuelle krav mod [selskabet] blev forældet, jf. forældelseslovens § 21, stk. 3, hvis ikke forældelsen blev afbrudt inden den 20. oktober 2024.

Spørgsmålet er herefter, om stævningen, der blev indleveret til retten den 9. oktober 2024, afbrød forældelsen.

Af forældelseslovens § 16, stk. 1, fremgår (bl.a.), at forældelse afbrydes, når fordringshaveren foretager retslige skridt mod skyldneren med henblik på at erhverve dom, og af § 16, stk. 2, nr. 1, fremgår (bl.a.), at afbrydelsen i givet fald sker ved indlevering af stævning til retten.

Da forældelsen herefter er afbrudt ved indleveringen af stævningen den 9. oktober 2024, er det eventuelle krav i sagen ikke forældet.

# Ankenævnet for Forsikring

## *Spørgsmålet om forsikringsdækning*

Sagen drejer sig herefter i første række om, hvorvidt skader som følge af lækage fra det omhandlede rør er dækket efter forsikringsbetingelsernes pkt. 2.4, hvoraf fremgår, at forsikringen dækker "Udsivning fra skjulte rørinstallationer".

"Skjulte rørinstallationer" er defineret i betingelsernes ordforklaring:

"Ved skjulte rørinstallationer forstås rør, der er indstøbt eller skjult under gulve, i kanaler, krybekældre, vægge, skunkrum og lignende permanent lukkede rum, samt rør der er indbyggede, så de er utilgængelige. Med utilgængelige menes, at der ikke er direkte adgang til rørene uden brug af værktøj. Isolering alene medfører ikke, at rørene er skjulte."

Retten bemærker, at selve ordlyden af forsikringsbetingelserne dermed efter omstændighederne kan give anledning til fortolkningstvivl, og at denne tvivl må komme forsikringsselskabet, der har konciperet ordlyden, til skade, hvis det ikke kan afvises, at betingelserne – når ordlyden sammenholdes med det, der må antages at være betingelsernes baggrund og formål – har givet forsikringstager en berettiget forventning om, at der i det givne tilfælde ville være forsikringsdækning.

Baggrunden for, og formålet med, forsikringsbetingelserne må antages at være en begrænsning i dækningen, hvorved forsikringen ikke dækker skader som følge af lækager m.v. fra rør, hvis stand - herunder eventuelle tæring og skader - uden videre besvær lader sig løbende kontrollere. Det må antages, at begrænsningen er fastsat ud fra en betragtning om, at skader som følge af sådanne rørs dårlige vedligeholdelsesstand m.v., alt andet lige vil være udtryk for egen skyld eller en så grov uagtsomhed, at selskabet ikke kan eller vil påtage sig at dække sådanne skader.

Det omhandlede rør er placeret inde ved en væg, og er anbragt i, hvad der fremtræder som en skunk eller et skab, bag en låge. Når lågen åbnes, er rørene frit og let tilgængelige for nærmere inspektion m.v.

Ud fra det foto, der er fremlagt i sagen, kan det lægges til grund, at den pågældende låge ikke nødvendigvis kan åbnes alene med hænderne, da lågen ses at være forsynet med en låse- eller lukkemekanisme. Hvis lågen er lukket med anvendelse af denne mekanisme, forudsætter åbning af lågen formentlig anvendelse af et "værktøj", eller en genstand, der kan fungere som værktøj. Det må imidlertid - i mangel af andre oplysninger - også lægges til grund, at det vil være tilstrækkeligt til at åbne lågen blot at avende en mønt eller lignende, der kan gå ind i den kile på den skrueanordning, der ses på lågen, og som udgør den mekanisme, der sikrer, at lågen er lukket, når skruen er drejet i "med uret".

Ud fra en samlet vurdering af ordlyden og det, der må formodes at være formålet med det omhandlede punkt i forsikringsbetingelserne, kan det pågældende rør herefter ikke anses for omfattet af den type "skjulte" rørinstallationer, som er dækket efter forsikringsbetingelserne.

Retten tager allerede af denne grund [selskabets] påstand om frifindelse til følge.

Ft. skal betale sagsomkostninger til [selskabet] med 20.000,00 kr.

# Ankenævnet for Forsikring

## 5.17. Sag 99560. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. Nordea Pension.

Klageren fik i 2010 piskesmæld efter et trafikuheld. Hun var i efteråret 2017 udsat for endnu en påkørselsulykke. Hun blev sygemeldt den 6/11 2017. Hun blev opsagt pr. 30/1 2018. Hun var i virksomhedspraktik i en administrativ stilling fra den 3/6 2019 til den 20/12 2019, hvor hun arbejdede 6 timer om ugen. Hun startede den 2/1 2020 i et praktikforløb med praktiske opgaver, som måtte afbrydes efter to uger, da hendes skånehensyn ikke kunne imødekommes. Klageren fortsatte herefter i et praktikforløb i den administrative stilling. Klageren blev pr. 27/10 2020 tilkendt fleksjob med en ugentlig arbejdstid på 6 timer. Hun blev efterfølgende ansat i et fleksjob i sin samlevers virksomhed, som blev drevet fra egen bopæl. Selskabet ydede dækning fra 1/2 2018 frem 1/9 2022, hvor selskabet vurderede, at klageren ikke længere havde et erhvervsevnetab på 1/2. Selskabet ophævede klagerens erhvervsevnetabsforsikring. Selskabet havde i 9 dage foretaget observation af klageren, hvilket ifølge selskabet viste, at klageren havde afgivet ukorrekte oplysninger om sit funktionsniveau. I det fremlagte observationsmateriale sås klageren at gå normalt uden synlige begrænsninger. De fremlagte internetfund viste, at klageren deltog i koncerter, shows, festival etc., og at klageren deltog i brætspilsturneringer. Nævnets flertal fandt, at klageren ikke havde bevist, at hendes erhvervsevne pr. 1/9 2022 er nedsat med halvdelen. Flertallet lagde vægt på observationsmaterialet og internetfundene. Flertallet lagde vægt på, at klageren efter ulykken i 2010 havde været i stand til at vende tilbage til arbejdsmarkedet, og at der i de lægelige akter ikke forelå tidsnære oplysninger, om at hun skulle have været udsat for endnu en ulykke i 2017. Flertallet fandt, at selskabet med henvisning til, at klageren havde handlet groft illoyalt i forhold til sine kontraktlige forpligtelser, var berettiget til at ophæve erhvervsevnetabsforsikringen.

Klageren indbragte sagen for Københavns Byret. Ved dom af 9/9 2025 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår bl.a.:

### "Rettens begrundelse og resultat

FT er ifølge den tegnede erhvervsevnetabsforsikring berettiget til udbetaling af ydelser og præmiefritagelse, hvis hendes generelle erhvervsevne er nedsat med 50 % eller mere som følge af sygdom eller ulykkestilfælde. FT har bevisbyrden for, at dette er tilfældet.

Efter bevisførelsen for retten, herunder FT's forklaring og vidnernes forklaring, finder retten det ikke bevist, at FT's erhvervsevne er nedsat i en sådan grad, at hun er berettiget til udbetaling af ydelser og præmiefritagelse.

Retten er enig i Ankenævnet for Forsikrings flertals vurdering af oplysningerne og finder ikke, at de for retten fremkomne nye oplysninger kan føre til et andet resultat, idet retten dog bemærker, at det forhold, at FT på observationerne og videooptagelserne ses bevæge sin nakke for at orientere sig og gå på trapper ikke ses at være i uoverensstemmelse med det i speciallægeerklæringerne anførte om hendes fysiske formåen, idet det heri er beskrevet, at hun går almindeligt, kan gå på trapper og kan dreje nakken. FT ses på videooptagelserne imidlertid bevæge sig helt ubesværet og ses ikke smertepåvirket i nogen grad på trods af, at hun har forklaret, at hun altid har smerter og ikke tager smertestillende medicin.

Retten lægger ved sin bedømmelse af sagens oplysninger også vægt på, at de smerter og kognitive lidelser, der danner grundlag for de lægelige erklæringer som anført af Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål 5 vanskeligt kan gøres til genstand for egentlig objektiv lægelig vurdering ud fra observation, men i al

# Ankenævnet for Forsikring

væsentlighed bygger på FT egne oplysninger og reaktioner under undersøgelserne. Retten lægger endvidere vægt på, at der er en betydelig uoverensstemmende mellem det i funktionsskemaerne til forsikrings-selskabet anførte af FT om hendes fysiske formåen og aktivitet og det, der fremgår af observationsrapporterne, på videoptagelserne og af oplysningerne fra sociale medier (OSINT-rapporter).

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 og 3 må det endvidere lægges til grund, at der ikke er den fornødne årsagsforbindelse mellem ulykkestilfældet den 21. december 2010 og FTs symptomer. Retten lægger endvidere vægt på, at der under bevisførelsen for retten ikke er fremkommet nye oplysninger udover FTs egen forklaring, der underbygger, at hun i november 2017 var involveret i en gokartulykke under et firmaarrangement med sin daværende arbejdsplads, der forværrede hendes gener og smerter.

Under henvisning til det ovenfor anførte har Nordea Pension, Livsforsikringsselskab A/S som følge af FT groft illoyale adfærd i forbindelse med afgivelse af oplysninger til forsikringsselskabet om hendes funktionsniveau været berettiget til at ophæve hendes erhvervsevnetabsforsikring.

På denne baggrund frifindes Nordea Pension, Livsforsikringsselskab A/S.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 121.875 kr.

## **5.18. Sag 99885. Erhvervsevnetab. Tilbagebetalingskrav. Modregning. Velliv.**

Klager over selskabets tilbagebetalingskrav for ydelser i perioden december 2018 til august 2021. Selskabet tilkendte pr. kulance præmiefritagelse fra 1/9 2018 og afviste betaling af ydelser, da klageren modtog sygedagpenge i kommunalt regi og derfor ikke opfyldte det økonomiske kriterium. I september 2018 indhentede selskabet kommunale akter, og på baggrund af oplysningerne anså selskabet klageren for omfattet af den supplerede dækning på grund af jobafklarings-/ressourceforløb. Selskabet meddelte den 23/1 2019, at klageren var berettiget til ydelser fra 1/12 2018. I juli 2021 oplyste klagerens ægtefælle, at klageren var blevet tilkendt førtidspension fra 1/8 2021, hvorefter selskabet skulle beregne klagerens nye ydelse. I efteråret 2021 indhentede selskabet opdaterede kommunale akter, hvor det fremgik, at klageren havde modtaget sygedagpenge frem til tilkendelsen af førtidspension. Selskabet rettede derfor et tilbagebetalingskrav på ca. 592.000 kr., idet klageren ikke havde været berettiget til ydelser fra december 2018 til august 2021. Nævnets flertal fandt, at klageren burde have indset, at udbetalingerne fra december 2018 til august 2021 var sket ved en fejl. Flertallet kunne derfor ikke kritisere, at selskabet krævede, at klageren tilbagebetalte de ydelser – som hun uberettiget modtog – og at selskabet kunne foretage modregning i klagerens aktuelle ydelser. Flertallet lagde vægt på, at selskabet den 13/9 2018 oplyste, at klageren ikke var berettiget til ydelser, da hun ikke havde et indtægtstab på mindst 1.000 kr. om måneder på grund af modtagelsen af sygedagpenge. Flertallet lagde vægt på, at selskabet den 23/1 2019 tilkendte klageren ydelser fra den 1/12 2018, og at forudsætnin-gerne for ydelserne var, at klageren var overgået til ressourceforløbsydelse. Flertallet lagde vægt på, at klageren modtog flere breve fra kommunen om forlængelse af sygedagpenge. Klageren burde derfor have været klar over, at hun modtog sygedagpenge i den omhandlede periode.

Klageren indbragte sagen for Retten i Glostrup. Ved dom af 17/11 2025 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår bl.a.:

# Ankenævnet for Forsikring

## "Rettens begrundelse og resultat

Der er enighed mellem parterne om, at de beløb, som [klageren] i perioden fra december 2018 til august 2021 har modtaget fra Velliv, Pension & Livsforsikring A/S, ved en fejl, og som samlet udgør 578.764,97 kr., er modtaget uberettiget, idet [klageren] ikke var berettiget til at modtage de udbetalte beløb, da hun ikke opfyldte betingelserne for udbetaling, fordi hun i den førnævnte periode fik udbetalt sygedagpenge.

Der er tillige enighed mellem parterne om, at såfremt Velliv, Pension & Livsforsikring A/S, har krav på tilbagebetaling, så har Velliv, Pension & Livsforsikring A/S, adgang til modregning i [klagerens] aktuelle ydelser.

Spørgsmålet er herefter, om betingelserne for tilbagesøgning af det omhandlede beløb har været opfyldt, dvs. om [klageren] har været i ond tro i forhold til, om hun var berettiget til at modtage det omhandlede beløb i form af de løbende ydelser fra Velliv, Pension & Livsforsikring A/S.

Det følger af almindelige forsikringsretlige principper, at et selskab, der har udbetalt erstatning, hvor selskabet ikke har været forpligtet til det, som hovedregel kan kræve den udbetalte erstatning tilbagebetalt. Dette udgangspunkt kan fraviges efter princippet om *condictio indebiti*, hvis modtageren har været i god tro om sin berettigelse til beløbet, og det må antages, at det udbetalte er gået til underhold.

Retten lægger efter bevisførelsen, herunder forklaringen fra ... til grund, at hun har været på sygedagpenge i hele den periode, hvor hun har modtaget ydelser fra Velliv, Pension & Livsforsikring A/S.

Det fremgår af sagen, at Nordea Liv & Pension i et brev af 13. september 2018 meddelte [klageren], at hun ikke var berettiget til udbetaling af ydelser, da hun ikke havde et indtægtstab på mindst 1.000 kr. om måneden på grund af modtagelse af sygedagpenge. I den beregning, der er angivet i brevet, fremgår det, at det årlige samlede indtægtstab er negativt med 11.059,69 kr., idet der i [klagerens] hidtidige årsløn på 240.648 kr. blandt andet er sket et fradrag på 223.600 kr., der udgør sygedagpenge.

Retten bemærker i tilknytning hertil, at [klageren] i brevet blev opfordret til at kontakte Velliv, Pension & Livsforsikring A/S, hvis hun f.eks. overgik til ressourceforløb eller blev godkendt/tilkendt fleksjob.

Det fremgår endvidere af brev af 23. januar 2019 fra Velliv, Pension & Livsforsikring A/S, til [klageren] dvs. ca. 4 måneder efter afslaget på udbetaling af ydelser fra samme, at man nu ville påbegynde udbetaling af invalidepension som en supplerende dækning, og at indtægtstabet nu udgjorde 212.540,31 kr., idet sygedagpenge nu ikke indgik i beregningen af indtægtstabet.

I brevet var det endvidere anført, at man – fejlagtigt har det efterfølgende vist sig – havde fået oplyst, at [klageren] var overgået til jobafklaring på ressourceforløbsydelse i ... Kommune, at hun på sin forsikringsordning havde en supplerende dækning under jobafklaring/ressourceforløb, at årsagen til, at hun modtog den supplerende dækning, var, at når hun modtog ressourceforløbsydelse, så ville der ske modregning i kommunens ydelse krone for krone, og at man havde modtaget oplysninger om, at hun var overgået til ressourceforløbsydelse fra den 1. december 2018.

# Ankenævnet for Forsikring

Det fremgår endvidere af sagen, at ... Kommune i breve af 30. oktober 2019 og 9. februar 2021 meddelte [klageren] at hendes periode med sygedagpenge blev forlænget, ligesom kommunen i breve af 23. januar 2020 og 4. november 2020 i forbindelse med, at ... bevilget et forløb i ..., meddelte hende, at hun ville modtage sygedagpenge, mens hun deltog i dette forløb.

Af de i sagen fremlagte udbetalingspecifikationer fremsendt til [klageren] af ... Kommune fremgår det tillige, at hun fra kommunen modtog sygedagpenge.

Retten bemærker i tilknytning til det ovenstående, at [klageren] ved udbetalingen af ydelser fra Velliv, Pension & Livsforsikring A/S, gik fra at få udbetalt ingenting til at få udbetalt ca. 18.000 kr. brutto om måneden på trods af, at hendes ydelser fra kommunen ikke havde ændret sig, idet hun – som ovenfor nævnt – og ifølge hendes egen forklaring har været på sygedagpenge i hele det forløb, hvor hun har fået udbetalt ydelser fra Velliv, Pension & Livsforsikring A/S.

Retten finder på baggrund af ovenstående, at [klageren] burde vide, at hun i perioden fra december 2018 til august 2021 fik udbetalt ydelser fra Velliv, Pension & Livsforsikring A/S, som hun ikke var berettiget til, og som samlet har udgjort 578.764,97 kr. Retten finder herefter ikke, at [klageren] har været i god tro i forhold til, om hun har været berettiget til at modtage de omhandlede ydelser fra Velliv, Pension & Livsforsikring A/S, idet retten samtidig på baggrund af forklaringerne fra ... og ... finder, at det må antages, at ydelserne er gået til [klagerens] underhold.

Det forhold, at [klageren] og hendes ægtefælle telefonisk rettede henvendelse til Velliv, Pension & Livsforsikring A/S, efter, at Velliv Pension & Livsforsikring A/S i forbindelse med en ny beregning med førtids-pension som beregningsgrundlag satte hendes ydelse ned, kan ikke føre til en anden vurdering i forhold til onde tro.

Retten tager herefter påstanden om frifindelse fra Velliv, Pension & Forsikring A/S, til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 47.500 kr. Velliv, Pension & Livsforsikring A/S, er ikke momsregistreret."

## **5.19. Sag 99932. Ejerskifteforsikring. Samme byggemåde. Tålegrænse. Dansk Boligforsikring.**

Den forsikrede ejendom var opført i 1961 med fladt tagpaptag på armerede gasbetonelementer. I 1996 blev der udført ny tagkonstruktion med høj rejsning oven på tagpappet. Kort efter overtagelsen i 2020 anmeldte klageren korrosionsskader på gasbetonelementerne, og selskabet afviste dækning. Nævnet fandt i sag 96363, at klageren havde antageliggjort, at det anmeldte forhold vedrørende gasbetonelementerne i husets lofts-konstruktion kunne indebære nærliggende risiko for skade, og at selskabet skulle bekoste en sagkyndig udtalelse vedrørende konstruktionen. Selskabet indhentede en udtalelse fra Teknologisk Institut og anerkendte derefter dækning. Selskabet opgjorde en erstatning for at nedtage betondækket og erstatte det med en lettere trækonstruktion, hvilket kunne gøres indefra. Klageren ønskede et nyt betondæk, hvilket indebærer fjernelse og genopbygning af den eksisterende tagkonstruktion. Klageren foranstaltede isoleret bevisoptagelse. Ifølge forsikringsbetingelserne blev erstatningen fastsat til det beløb, som det efter priserne på skadesdagen ville koste at reparere, genoprette eller genopføre det beskadigede ved brug af samme byggemåde og på

# Ankenævnet for Forsikring

samme sted. Nævnet fandt, at en klageren efter omstændighederne måtte tåle udbedringsmetoder, der medførte en vis ændring af den oprindelige konstruktion. Nævnet fandt med baggrund i vurderingerne fra Teknologisk Institut og skønsmanden, at en let trækonstruktion i stedet for et betondæk ikke oversteg, hvad klageren måtte tåle.

Klageren indbragte sagen for Retten i Holbæk. Ved dom af 21/7 2025 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår bl.a.:

## "Retten begrundelse og resultat

[Klagerne] erhvervede i 2020 en ejendom i ... De tegnede i den forbindelse ejerskifteforsikring hos Dansk Boligforsikring A/S. Efter overtagelsen af ejendommen blev det konstateret, at der var skade på bygningens gasbetondæk, hvilken skade Dansk Boligforsikring A/S har anerkendt at dække. En skønsmand har i forbindelse med en isoleret bevisoptagelse foretaget en vurdering af to forskellige metoder til udbedring af den konstaterede skade; en model hvor der etableres en ny konstruktion af gasbeton, og en model hvor der etableres en konstruktion af træ. Da bygningen nu er revet ned og erstattet af en ny bygning, handler sagen om, hvorvidt erstatningen for den anerkendte skade skal udmåles med udgangspunkt i den pris, som skønsmanden har vurderet, at en ny konstruktion med gasbeton ville koste, eller om den skal udmåles til den pris, som skønsmanden har vurderet, at en konstruktion med træ ville koste.

Af forsikringsbetingelsernes punkt 5.2 fremgår, at erstatningen fastsættes til det beløb, som det efter priserne på skadesdagen vil koste at reparere, genoprette eller genopføre det beskadigede ved brug af samme byggemåde og på samme sted.

Parterne er enige om, at en udbedring af skaden ved anvendelse af en konstruktion af træ fremfor en ny konstruktion af gasbeton ikke er en udbedring ved anvendelse af samme byggemåde. I stedet handler parternes uenighed om, hvorvidt [klagerne] inden for rammerne af forsikringsbetingelserne må tåle, at erstatningen udmåles på baggrund af prisestimatet for udbedringsmetoden med en konstruktion af træ.

Som sagen er oplyst, herunder ved skønsmandens besvarelse af spørgsmål IA, lægger retten til grund, at funktionen af det eksisterende gasbetondæk i bygningen var at sikre stabiliseringen af bygningen. Som sagen er oplyst lægger retten videre til grund, at rummet ovenpå gasbetondækket blev benyttet som tagrum for gitterspærkonstruktionen til taget.

Efter skønsmandens besvarelser, herunder af spørgsmålene 3 og SS 2 samt hans forklaring under hovedforhandlingen, lægger retten yderligere til grund, at den af skønsmanden skitserede konstruktion af træ vil kunne opfylde samme stabiliserende funktion for bygningen, som det eksisterende gasbetondæk gjorde. Der vil derimod være en vis forskel på bæreevnen ved en eventuel udnyttelse af overetagen til beboelse eller loftsrum, idet der vil være en større bæreevne ved en ny konstruktion af gasbeton frem for ved en konstruktion af træ. Der vil ved en konstruktion af træ dog kunne etableres gangbroer, således af der også ved en konstruktion af træ kan ske inspektion af taget og opbevares ting, der ikke er tunge. Endvidere vil rummet ovenpå det nye loft, der under alle omstændigheder ville skulle laves på [klagerne] regning, fortsat kunne fungere som tagrum for gitterspærkonstruktionen.

## Ankenævnet for Forsikring

Herefter, og efter skønsmandens øvrige besvarelser og bevisførelsen i øvrigt, finder retten, at der ved den skitserede konstruktion af træ i al væsentlighed sikres samme funktion som det eksisterende gasbetondæk såvel i forhold til stabilisering af bygningen som i forhold til den eksisterende anvendelse i øvrigt. Det bemærkes i den forbindelse, at det følger af punkt 4.11 i forsikringsbetingelserne, at forsikringstagerens individuelle ønsker om en særlig anvendelse af ejendommen ikke dækkes under ejerskifteforsikringen, hvorfor mulige overvejelser, om at overetagen kunne benyttes på andre måder, end den aktuelt blev, er forsikringen uvedkommende.

Retten finder på den baggrund, at en udmåling af erstatningens størrelse med udgangspunkt i udbedringsmetoden med en konstruktion af træ fremfor med en ny konstruktion af gasbeton ikke ligger ud over, hvad [klagerne] må tåle i henhold til forsikringsbetingelserne.

Det kan ikke føre til anden vurdering, at skønsmanden under sin forklaring i retten har forklaret, at der er en vis usikkerhed ved hans vurdering af, at den fornødne stabilisering af bygningen ville kunne "regnes hjem" ved udbedringsmetoden med konstruktionen af træ.

Det kan heller ikke føre til en anden vurdering, at forsikringsbetingelsernes punkt 5.2 har et indhold, som svarer til 1. pkt. i punkt 9 i bilag 1 til bekendtgørelse nr. 13 af 12. januar 2012 om dækningsomfanget for ejerskifteforsikringer i henhold til lov om forbrugerbeskyttelse ved erhvervelse af fast ejendom m.v. Den anførte bestemmelse i bekendtgørelsen ses således ikke at være til hinder for, at erstatningen under visse omstændigheder udmåles på baggrund af en udbedringsmetode, der medfører en vis ændring af den oprindelige konstruktion og byggemåde, men som sikrer udbedring af skaden. Bestemmelsens formål må således antages at være at fastslå, at ejerskifteforsikringen - i overensstemmelse med almindelige forsikringsretlige principper - som altovervejende hovedregel kun skal dække omkostningerne til udbedring eller reetablering i henhold til de krav, som gjaldt på opførelsestidspunktet, jf. også s. 142 i betænkning nr. 1520/2010 om huseftersynsordningen.

Dansk Boligforsikring A/S' påstand om frifindelse tages derfor til følge.

Dansk Boligforsikring A/S er vinder af sagen, og [klagerne] skal derfor betale sagsomkostninger til Dansk Boligforsikring A/S. Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 60.000 kr. Med hensyn til Dansk Boligforsikring A/S anmodning om som sagsomkostning at blive tilkendt et beløb svarende til de udgifter, som man har måtte afholde som følge af Retten i Glos-trups omkostningsafgørelse vedrørende den isolerede bevisoptagelse, bemærkes følgende. Det følger af retsplejelovens § 312, stk. 1, at den tabende part skal erstatte modparten de udgifter, som retssagen har påført modparten. Retten finder efter de foreliggende oplysninger, at den isolerede bevisoptagelse var bredere funderet end det spørgsmål, som nærværende sag omhandler. Det fremgår videre af Ankenævnet for Forsikrings afgørelse, at Dansk Boligforsikring A/S forud for den isolerede bevisoptagelse alene havde tilbudt en erstatning på 235.093,75 kr., hvilken erstatning Dansk Boligforsikring A/S efter den isolerede bevisoptagelse anerkendte skulle opgøres til 1.218.750 kr. Det fremgår videre af ankenævnets afgørelse, at parternes tvist først undervejs i ankenævnets behandling indsnævredes til alene at omhandle den tvist, som denne sag handler om. Retten finder på denne baggrund, at Dansk Boligforsikring A/S ikke har godtgjort, at det, som denne retssag omhandler, har forårsaget de udgifter, som Dansk Boligforsikring

# Ankenævnet for Forsikring

A/S har måttet afholde i forbindelse med den isolerede bevisoptagelse. Retten har på den baggrund ikke fundet grundlag for at bestemme, at som sagsomkostning skal betale et beløb til Dansk Boligforsikring A/S svarende til det beløb, som blev tilkendt i forbindelse med den isolerede bevisoptagelse ved Retten i Glostrup. [Klagerne] skal derimod endeligt selv bære de omkostninger, som de har afholdt til afhjælpningen af skønsmanden i forbindelse med hovedforhandlingen.

## 5.20. Sag 98993. Erhvervsevnetab. Fibromyalgi. PFA.

Klageren lider af fibromyalgi og har gener i form af smerter og træthed. Den 8/2 2019 blev klageren fuldtids-sygemeldt, hvorefter hun i maj 2019 genoptog sit arbejde inden for uddannelse<sup>2</sup> på deltid 12 timer om ugen. Den 20/3 2020 blev klageren visiteret til fastholdelsesfleksjob 12 timer om ugen hos sin hidtidige arbejdsgiver. Fra 1/1 2021 til 15/2 2021 var klageren i et andet fleksjob inden for uddannelse 1 med 12 timer om ugen. Selskabet betalte midlertidige ydelser ved tab af erhvervsevne fra 1/6 2019 til 31/2 2020 til klagerens arbejdsgiver, idet klageren modtog fuld løn under deltidssygemeldingen. Selskabet afviste at betale helbreds-betingede ydelser med henvisning til, at klageren ikke har bevist, at hendes generelle erhvervsevne er nedsat med halvdelen. Klageren anførte, at diagnosen fibromyalgi er stillet af en af Danmarks førende speciallæger på området, at hun er blevet tilstrækkeligt arbejdsprøvet, og at hun er bevilliget fleksjob. Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere, at selskabet pr. 1/4 2020 overgik til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevne. Nævnet fandt, at klagerens erhvervsevne er nedsat som følge af fibromyalgi, men at klageren ikke har bevist, at den generelle erhvervsevne ud fra en helbredsmæssig betragtning er nedsat med halvdelen.

Klageren indbragte sagen for Retten i Kolding. Byretten frifandt den 8/12 2025 selskabet. Af dommen fremgår bl.a.:

### "Rettens begrundelse og resultat

Efter de lægelige oplysninger i sagen lægger retten til grund, at [klager] lider af fibromyalgi, og at hendes generelle erhvervsevne som følge heraf er nedsat.

Det påhviler [klager] at godtgøre, at hendes generelle erhvervsevne er nedsat med mindst 50% som følge af hendes sygdom. Kommunens bevilling af fleksjob til [klager], hvorefter hun skal arbejde 12 timer om ugen, skaber ikke i sig selv nogen formodning for, at hendes erhvervsevne er nedsat med mindst 50 %.

Omstændighederne ved bevillingen af fleksjobbet og dets forløb må dog indgå i vurderingen heraf. Det fremgår af de kommunale akter samt partsforklaringen fra [klager], at der i forbindelse med tildelingen af fleksjobbet ikke blev foretaget arbejdsprøvning inden for andre erhverv eller uden for den hidtidige arbejdsplads, og at hun fortsatte med at arbejde med sine hidtidige arbejdsopgaver.

Der blev dermed heller ikke foretaget arbejdsprøvning med en kortere transporttid til arbejdspladsen til trods for, at dette i jobafklaringsforløbet af kommunen den 15. oktober 2019 blev vurderet som værende afgørende.

Under disse omstændigheder, og idet det af [klageren] vedrørende den foretagne arbejdsprøvning [anførte] ikke kan føre til et andet resultat, har [klageren] efter den skete bevisførelse ikke godtgjort, at hendes generelle erhvervsevne er nedsat med mindst 50%.

# Ankenævnet for Forsikring

PFA Pension, Forsikringsaktieselskabs påstand om frifindelse tages herefter til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 55.000 kr. inkl. moms."

## 5.21. Sag 100463. Ægtefællepension. Vejledning om bedre ordning. Rådgivningsansvar. P+.

Den nu afdøde forsikrede havde ophørende ægtefællepension med 40 % dækning af alderspensionen. Hun fik i 2019 dækning ved kritisk sygdom. I 2020 fik hun recidiv, og hun afgik ved døden i april 2023. Klageren (forsikredes efterlevende ægtefælle) anførte, at selskabet har ydet mangelfuld rådgivning, da forsikrede henvendte sig til selskabet i oktober 2020 angående sine forsikringsdækninger. Forsikrede burde have været vejledt om, at ægtefællepensionen kunne gøres livsvarig og kunne øges til 60 % med 2 års klausuleringsperiode. Klageren anførte, at selskabet havde oplysninger om, at forsikrede var syg. Nævnet fandt, at klageren ikke har bevist, at selskabet har ydet ansvarspådragende mangelfuld vejledning. Nævnet lagde vægt på, at selskabet havde besvaret forsikredes henvendelse af 1/10 2020 den 8/10 2020 og vejledt om invalidepension og opfordret forsikrede til at ringe. Forsikredes henvendelse den 1/10 2020 var kortfattet og indeholdt ikke spørgsmål om dødsfaldsdækning. Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af brev/pensionsoversigt af 1/3 2021, at der var mulighed for at tilpasse dødsfaldsdækningen, hvilket også fremgik af pensionsvilkårene. Nævnet bemærkede, at forsikrede ikke havde henvendt sig til selskabet igen efter selskabets mail af 8/10 2020.

Klageren indbragte sagen for Retten på Frederiksberg. Ved dom af 1/10 2025 blev selskabet frifundet. Af dommen fremgår bl.a.:

### "Retten begrundelse og resultat

Sagen rejser spørgsmål om, hvorvidt [nu afdøde] som forsikringstager hos P+ havde ret til at ændre sin pension, således at hun efter at være blevet livstruende syg kunne tegne livsvarig ægtefællepension, og hvorvidt det i givet fald er ansvarspådragende, at P+ ikke vejledte hende om denne mulighed i forbindelse med de drøftelser, P+ havde med [nu afdøde].

Det er ubestridt, at [nu afdøde] efter at være blevet bekendt med sin sygdom rettede henvendelse til P+ for at få rådgivning. Retten lægger til grund, at [nu afdøde] i hvert fald i den telefoniske drøftelse med P+ den 8. oktober 2020 meddelte, at hun formentlig højst havde 5 år tilbage at leve i, men at P+' medarbejder ikke vejledte hende om muligheden for at ændre sin pension, således at [sagsøger] som ægtefælle kunne få livsvarig ægtefællepension.

Retten finder, at det følger af et pensionsselskabs almindelige vejledningspligt loyalt at gøre opmærksom på de muligheder, en forsikringstager har, så forsikringstageren har forudsætninger for at vælge den bedste forsikring. Spørgsmålet om, hvorvidt denne vejledning burde være givet, hænger derfor sammen med, om [nu afdøde] på tidspunktet for samtalerne havde ret til at ændre sin pensionsdækning.

Det følger af forsikringsbetingelsernes § 1, at jurister og økonomer med ret til medlemskab i DJØF kan optages som medlemmer i P+. Det følger af § 7 a, stk. 1, i forsikringsbetingelserne, at et medlem kan vælge mellem tre muligheder for ægtefællepension. Medlemmer kan efter stk. 3 endvidere vælge forsikringens størrelse, herunder størrelsen af den livsvarige eller 10-årige ægtefællepension. Det følger af stk. 2, at

# Ankenævnet for Forsikring

ønske om ændring skal meddeles pensionskassen, og at ændringen får virkning fra det tidspunkt, hvor pensionskassen har bekræftet anmodningen.

Retten bemærker, at såvel ændring af pensionens størrelse som valg af ægtefællepension efter disse bestemmelser er et ønske og således kræver forsikringselskabets bekræftelse. Retten finder derfor, at bestemmelserne ikke kan fortolkes således, at de giver et terminalt sygt medlem ubetinget ret til at ændre sin pension, herunder til at fastsætte højere dækning eller længere ægtefællepension. Retten finder derimod, at dette i overensstemmelse med almindelige aftaleretlige grundsætninger er et forhold, som forudsætter parternes aftale.

Bestemmelsen i regulativets § 7 a stk. 4, hvorefter ændringer, som forøger risikoen med mere end 25% er omfattet af en klausulperiode på 2 år, jf. § 2, stk. 1, kan heller ikke forstås sådan, at P+ ikke ville være beføjet til at nægte ændring af forsikringen. Omtalen af klausuleringsperioden i [nu afdødes] pensionsoversigt pr. 1. marts 2021 kan ikke føre til et andet resultat.

Under disse omstændigheder, og da [sagsøger] ikke har bevist, at P+ med viden om [nu afdødes] sygdom ville have tilladt ændring af pensionen, finder retten, at det ikke var ansvarspådragende, at P+ ikke vejledte [nu afdøde] om mulighed for at ændre ægtefællepension.

P+ frifindes derfor for sagsøgerens påstand. Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 55.000 kr. P+

## 5.22. Sag 100537. Pensionsordning. Investering. Effektuering af salgsordre. Danica.

Klageren accepterede den 26/7 2023 et tilbud på omlægning fra Danica Balance til Danica Select pr. 1/8 2023. Selskabet iværksatte ændringen den 4/8 2023 og igangsatte salg af fondsandele. Fondsværdier pr. 7/8 2023 (bankdagen efter) blev herefter afgørende for opgørelsen af Balance-opsparingen. Klageren anførte, at selskabet havde lovet at opgøre ordningen pr. 1/8, og at han havde lidt kurstab fra 1/8 til 7/8. Nævnet fandt ikke grundlag for at pålægge selskabet at foretage en ny opgørelse eller at betale kompensation. Nævnet lagde vægt på, at klageren bar investeringsrisikoen frem til det faktiske salg. Nævnet fandt, at selskabet ikke havde givet klageren et løfte om, at fondsandelene blev solgt den 1/8 2023. Nævnet bemærkede, at der ikke var tale om en sagsforsinkelse af et omfang, der kunne begrunde et erstatningsansvar.

Klageren indbragte sagen for Retten i Lyngby. Byretten frifandt den 24/6 2025 selskabet. Af byretsdommen fremgår bl.a.:

### "Retten's begrundelse og resultat

[Klageren] har ved underskrift af dokumentet om ændring af sin pensionsordning fra Danica Balance til Danica Select accepteret som en betingelse for ændringen, at der på grund af afviklingstiden af handelsordrer var en kursrisiko ved skift mellem ordningerne.

Retten lægger herefter og efter forklaringerne fra [klageren] og [medarbejder i Danica Pension] om deres forudgående drøftelser om forskellene på de to ordninger til grund, at [klageren], som efter egen forklaring har en mangeårig viden om investeringer, var bekendt med, at ændringen af ordningen indebar et

# Ankenævnet for Forsikring

salg af fondsandelene i Danica Balance ordningen, og at der ville være en vis afviklingstid herfor, og at han havde accepteret den kursrisiko, der var herved.

Retten finder ikke, at Danica Pension, ved at angive ændringsdatoen den 1. august 2023 i mailen af 26. juli 2023 og på ændringsdokumentet, har afgivet et aftaleretligt forpligtende løfte om, at salget af fondsandelene skulle ske den 1. august 2023. Retten finder, at ændringsdatoen, set i lyset af parternes mailkorrespondance i øvrigt og [klageren] og [medarbejderen i Danica Pensions] forklaringer for retten om deres forudgående drøftelser om skiftet, må forstås som den dato, ændringen, herunder salget af fondsandele, skulle iværksættes. Retten finder det herefter endvidere ikke godtgjort, at [klageren] har haft en berettiget forventning om, at salget skulle være effektueret og depotet handelsklart den 1. august 2023, eller at dette har været bestemmende eller afgørende for hans beslutning om at skifte til Danica Select ordningen.

Danica Pension iværksætter først salget af fondsandelene den 4. august 2023, efter [Klageren] har rykket herfor, og kursfastsættelsen sker den næstkommende bankdag, som var den 7. august 2023. Retten finder, at der herved ikke er tale om en forsinkelse af et sådant omfang, at Danica Pension kan pålægges erstatningsansvar herfor.

På den baggrund frifindes Danica Pension.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 25.000 kr. Danica Pension, Livsforsikringsaktieselskab er ikke momsregistreret. "

## 6. Domme i sager, der ikke har været indbragt for nævnet.

Dommene, der er omtalt i dette afsnit, har ikke verseret for nævnet, men er medtaget, idet de vurderes at have bredere interesse.

### 6.1. Københavns Byret dom af 20/1 2021. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. Illoyalitet.

Sekretariatet har ikke fået oplyst, hvilket selskab sagen vedrører. Dom fra Københavns Byret om spørgsmålet, om FT var berettiget til erhvervsevnetabsydelse, og om selskabet havde været berettiget til at ophæve forsikringen, der var tegnet i 1995, pr. 1/4 2017 under henvisning til, at FT havde afgivet usandfærdige oplysninger om sine gener og funktionsevne.

Af Københavns Byrets dom af 20/1 2021 fremgår:

#### Retten begrundelse og resultat

Retten må efter indholdet af de foreviste videooptagelser og de dokumenterede observationsrapporter lægge til grund, at FT på de observerede datoer har opholdt sig i betydelig længere tid på arbejdspladsen end, hvad han dels har oplyst i forbindelse med, at han foretog anmeldelse til S, dels har oplyst i forbindelse med, at han udfyldte et skema om "Din funktionsevne i hverdagen". Retten må videre lægge til grund, at FT's beskrivelse af sin egen funktionsevne, herunder hans muligheder for at kunne løfte på ting, stemmer dårligt overens med, hvad der fremgår af enkelte af videooptagelserne.

# Ankenævnet for Forsikring

FT har ikke bestridt, at han har været i længere tidsrum på arbejdspladsen, men har forklaret blandt andet, at han alene anførte han faktiske arbejdstid. Han har nærmere forklaret, at han har holdt flere pauser, herunder umiddelbart efter at han var kommet kørende til arbejdspladsen, idet selve det at føre bil til arbejdspladsen var udmattende for ham, men også flere pauser i løbet af den tid, som han var på arbejdspladsen.

Retten finder, at FT's forklaring herom ikke er bestyrket ved forklaringen afgivet af ..., der eksempelvis ikke have kendskab til, at FT have et rum, hvor han kunne slappe af.

FT har videre forklaret, at det var de ansatte, som primært udførte det praktiske arbejde, mens han mere ledte og fordelte arbejdet. Retten finder, at FT's forklaring herom er bestyrket ved forklaringen afgivet af ..., der har forklaret om, at FT ikke kunne klare tunge løft og fysisk hårdt arbejde.

Retten må lægge til grund, at FT var indehaver af ..., og at han tidligere var den, der stod for meget af kokkearbejdet. Retten må videre lægge til grund, at der blev ansat medarbejdere for at aflaste ham fra det mere fysisk hårde arbejde. Retten finder, at det at lede og fordele arbejdet til medarbejderne må anses for at være en naturlig del af det arbejde, som en ejer/chef normalt udfører. Retten finder endvidere, at FT som ejer af ... også må have haft administrativt arbejde i forbindelse hermed.

FT's oplysninger om hans helbreds – og funktionsforhold blev afgivet væsentligt forud for, at S iværksatte observation af ham. Retten må efter de foreliggende lægelige oplysninger lægge til grund, at FT's helbreds- og funktionsforhold ikke er blevet bedret i den mellemliggende periode.

På denne baggrund finder retten efter en samlet vurdering, at de af FT afgivne oplysninger om hans helbreds- og funktion forhold, herunder tillige i forbindelse med afgivelse af lægelige oplysninger i sagen, var i væsentlig modstrid med, hvad der efter de foreviste videooptagelser og de dokumenterede observationsrapporter må lægges til grund, var de reelle daværende faktiske forhold.

Retten finder endvidere, at der var tale om forholdsvis enkle spørgsmål, og at der var plads til nærmere at præcisere og uddybe svarene på disse, såfremt FT anså dette for nødvendigt.

På denne baggrund finder retten, at har godtgjort, at S på baggrund af FT's afgivelse af urigtige oplysninger om hans helbreds - og funktionsforhold har været berettiget til at ophæve forsikringen. Herefter tages S's påstand om frifindelse til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi og udfald samt forløb, herunder at sagen har været forelagt for Retslægerådet, at der flere gange har været berammet hovedforhandling og at hovedforhandlingen varede 1 ½ retsdag, fastsat til dækning af advokatudgift med 100.000 kr.

## 6.2. Københavns Byrets dom af 12/1 2022. Erhvervsevnetab. Observation.

Sekretariatet har ikke fået oplyst, hvilket selskab sagen vedrører. Dom fra Københavns Byret om spørgsmålet, om FT's erhvervsevnetab er nedsat med mindst 2/3 eller om det er nedsat med mellem halvdelen og 2/3.

# Ankenævnet for Forsikring

Af Københavns Byrets dom 12/1 2022 fremgår:

## **Retten's begrundelse og resultat**

Efter bevisførelsen, herunder særligt på baggrund af observationerne, lægger retten til grund, at FT mandag den 22. oktober 2018 var på arbejde for Håndboldklubben i hvert fald fra kl. 11.00 og indtil kl. 16.20. Retten lægger derfor til grund, at FT's samlede arbejdstid den nævnte dag var 5 timer og 20 minutter.

Efter bevisførelsen, herunder særligt på baggrund af observationerne, lægger retten til grund, at FT onsdag den 24. oktober 2018 var på arbejde for Håndboldklubben fra kl. 9.00 og indtil kl. 11.45. Retten lægger derfor til grund, at FT's samlede arbejdstid den nævnte dag var to timer og 45 minutter.

Efter bevisførelsen, herunder særligt på baggrund af observationerne, lægger retten til grund, at FT torsdag den 25. oktober 2018 var på arbejde for Håndboldklubben fra kl. 9.23 og indtil kl. 13.29. Retten lægger derfor til grund, at FT's samlede arbejdstid den nævnte dag var lidt over 4 timer.

Efter bevisførelsen, herunder særligt på baggrund af observationerne, lægger retten til grund, at fredag den 26. oktober 2018 var FT på arbejde for Håndboldklubben fra kl. 12.52 og indtil kl. 14.05. Retten lægger derfor til grund, at FT's samlede arbejdstid den nævnte dag var godt en time.

Efter bevisførelsen, herunder særligt på baggrund af observationerne, sammenholdt med FT's egne oplysninger lægger retten til grund, at FT søndag den 28. oktober 2018 om aftenen var på arbejde for Håndboldklubben i omkring 3 timer.

Efter bevisførelsen, herunder særligt på baggrund af observationerne, lægger retten til grund, at FT mandag den 29. oktober 2018 var på arbejde for Håndboldklubben fra omkring kl. 8.30 til kl. 13.10. Retten lægger derfor til grund, at FT's samlede arbejdstid den nævnte dag var ikke under 4 timer og 40 minutter.

Efter bevisførelsen, herunder særligt på baggrund af observationerne, lægger retten til grund, at FT tirsdag den 30. oktober 2018 var på arbejde for Håndboldklubben fra omkring kl. 10 til omkring kl. 14. Retten lægger derfor til grund, at FT's samlede arbejdstid den nævnte dag var ikke under 4 timer.

Efter bevisførelsen, herunder særligt på baggrund af observationerne, lægger retten til grund, at onsdag den 31. oktober 2018 var FT på arbejde for Håndboldklubben fra omkring kl. 9 til omkring kl. 14. Retten lægger til grund, at FT's samlede arbejdstid den nævnte dag var knap 4 timer, idet der fratrækkes omkring en time, hvor FT var til frisør.

Efter bevisførelsen, herunder særligt på baggrund af observationerne, lægger retten til grund, at FT torsdag den 1. november 2018 var på arbejde for Håndboldklubben fra kl. 15.20 til kl. 17.15. Retten lægger derfor til grund, at FT's samlede arbejdstid den nævnte dag var knap to timer.

Efter bevisførelsen, herunder særligt på baggrund af observationerne, lægger retten til grund, at FT fredag den 2. november 2018 var på arbejde for Håndboldklubben fra kl. 9.25 til kl. 13.25. Retten lægger derfor til grund, at FT's samlede arbejdstid den nævnte dag var 4 timer.

# Ankenævnet for Forsikring

Efter bevisførelsen, herunder særligt på baggrund af observationerne, lægger retten til grund, at FT lørdag den 3. november 2018 var på arbejde for Håndboldklubben fra omkring kl. 18 til omkring kl. 20. Retten lægger derfor til grund, at FT's samlede arbejdstid den nævnte dag var to timer.

Efter bevisførelsen, herunder særligt på baggrund af observationerne, lægger retten til grund, at søndag den 4. november 2018 var FT på arbejde for Håndboldklubben fra omkring kl. 13.30 til omkring kl. 20. Retten lægger derfor til grund, at FT's samlede arbejdstid den nævnte dag var 6½ time.

På denne baggrund lægger retten til grund, at FT i perioden fra mandag den 22. oktober 2018 til søndag den 4. november 2018 var FT på arbejde for Håndboldklubben i alt i ikke under 40 timer, hvilket svarer til en gennemsnitlig ugentlig arbejdstid på ikke under 20 timer.

Aktiviteterne fremstår som værende i overensstemmelse med de arbejdsopgaver, som var en del af ansættelsesforhold, jf. ansættelsesaftalerne i bilag 8 og 10.

Retten finder ikke grundlag for at antage, at aktiviteterne ikke skulle udgøre et repræsentativt billede af FT's generelle aktivitetsniveau og funktionsevne.

Som følge heraf lægger retten til grund, at FT ikke har de af ham oplyste funktionsindskrænkninger med den virkning, at hans erhvervsevne skulle være reduceret med mindst totredjedele, og retten lægger derfor til grund, at FT ikke har et erhvervsevnetab på mindst totredjedele, men at han derimod alene har et erhvervsevnetab på mellem halvdelen og totredjedele. S's påstande tages derfor til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, udfald og forløb over knap halvanden retsdag fastsat til dækning af S's udgift til advokat med 200.000 kr.

## **6.3. Østre Landsrets dom af 8/2 2023. U2023.1916Ø. Erhvervsevnetab. Observation. Ophævelse. Danica.**

Dom fra Retten i Lyngby om selskabet var berettiget til at standse de helbredsbedingede ydelser pr. 1/9 2019, om selskabet kan kræve tilbagebetaling af ydelser fra 1/11 2016, om selskabet kan ophæve erhvervsevnetabsforsikringen, og om et forlig indgået i 2016 er bortfaldet. Byretten frifandt Danica og pålagde forsikringstageren at tilbagebetale ydelser fra 1/11 2016.

Af Retten i Lyngbys dom af 9/2 2024 fremgår:

### **Retten's begrundelse og resultat**

[Forsikringstageren] har fra den 23. august 2006 og indtil Danica Pension stoppede udbetalingerne pr. 1. september 2019 modtaget månedlige ydelser for tabt erhvervsevne samt præmiefritagelse.

De spørgsmål, der skal tages stilling til i denne sag, er, om Danica Pension har krav på tilbagebetaling af de ydelser, der er udbetalt fra 1. november 2016 og frem, om [forsikringstageren] har ret til at modtage ydelser fra 1. september 2019 og fremefter, og om Danica Pension har været berettiget til at ophæve [forsikringstagerens] forsikringsordning. Der skal endvidere tages stilling til, om et i 2016 indgået forlig mellem [forsikringstageren] og SEB Pension, (nu Danica Pension), er bortfaldet.

# Ankenævnet for Forsikring

Danica Pensions anbringender er i al væsentlighed, at [forsikringstageren] ikke har godtgjort, at [forsikringstageren] opfylder forsikringsbetingelsernes krav om, at [forsikringstageren] af helbredsmæssige grunde ikke er og var i stand til at have en indtjening, der overstiger grænserne i forsikringsbetingelserne. Danica Pension har videre gjort gældende, at [forsikringstageren] har handlet illoyalt.

I det seneste spørgeskema, som [forsikringstagerens læge] har udfyldt med helbredsoplysninger til Danica Pension dateret den 16. maj 2018, oplyste [lægen] at [forsikringstageren] havde ”problemer med hukommelse og koncentration, rygsmerter/skuldersmerter og mangel på søvn pga. rls tarmproblemer”.

De lidelser, som har dannet grundlag for udbetalingerne, nemlig smerter, manglende bevægelighed i nakke og skulder samt koncentrations- og hukommelsesproblemer er af en sådan karakter, at de ikke lægeligt kan konstateres objektivt, men i al væsentlighed bygger på [forsikringstagerens] egne oplysninger til lægerne og på [forsikringstagerens] reaktioner under undersøgelserne. De fremlagte speciallægeerklæringer, der vurderer, at [forsikringstageren] har væsentlig nedsat erhvervsevne, kan derfor kun tillægges betydning, hvis der er tillid til, at [forsikringstageren] loyalt har oplyst lægerne om sin tilstand.

Den seneste speciallægeerklæring er udarbejdet af speciallæge i neurokirogi ... den 3. maj 2017. Erklæringen er udarbejdet efter [forsikringstageren] samme dag var til undersøgelse hos speciallægen på ... Hospital.

Om dette hospitalsbesøg og de følgende dage ved vi følgende:

Ved besøget på hospitalet gik [forsikringstageren] langsomt, let forarbejdet støttet af en ... Efter besøget satte [forsikringstageren] sig meget forsigtigt og med besvær ind på førersædet i sin bil.

SEB Pension modtog kort tid efter et brev underskrevet af en ... til [forsikringstageren] som oplyste, at [forsikringstageren] efter besøget på hospitalet havde måtte ligge i sengen.

Ugen efter oplyste [forsikringstageren] telefonisk til en medarbejder fra SEB Pension, at [forsikringstageren] efter hospitalsbesøget var blevet rigtigt dårlig og havde kastet op på vej ud til sin bil, og at ... der havde støttet [forsikringstageren] havde passet [forsikringstagerens] barn den følgende uge, da [forsikringstageren] selv havde det så skidt, at [forsikringstageren] lå i sengen.

En i retten forevist video viser, at [forsikringstageren] ikke kastede op på vej ud til bilen.

... har under denne sag forklaret, at ... ikke så [forsikringstageren] de følgende dage, men [forsikringstageren] havde sagt, at [forsikringstageren] lå i sengen.

Det fremgår af overvågningsvideoer og observationsrapporter fra de følgende dage, at [forsikringstageren] den 4. maj 2017 gik ubesværet og i rask gang bærende på forskellige kasser herunder flyttekasser foran sin bopæl, at [forsikringstageren] den 5. maj 2017 gik ubesværet tur med sin ... og ubesværet bøjede sig ned for at samle hundeefterladenskaber op, samtidig med at [forsikringstageren] talte i mobiltelefon, og at [forsikringstageren] samme dag deltog i et 6 timers kursus i ..., at [forsikringstageren] den 6. maj 2017 igen bar flyttekasser foran sin bopæl, og at [forsikringstageren] den 9. maj 2017 deltog i et årsmøde

# Ankenævnet for Forsikring

i ... hvorefter i en lille time gik omkring på iført ... med en pose og rygsæk og meget af tiden talte i mobiltelefon.

Som det fremgår af præmisserne til Højesterets dom U2017.214 er det et spørgsmål af lægefaglig karakter, om de aktiviteter, som en forsikringstager har foretaget, er uforenelige med oplysningerne i erklæringerne fra speciallægerne, og at Retslægerådets vurdering heraf må lægges til grund.

I denne sag har Retslægerådet imidlertid ikke udtalt sig.

Retten finder herefter på grundlag af de foreviste overvågningsvideoer, at der er en sådan diskrepans mellem [forsikringstagerens] egne oplysninger om sin tilstand givet til lægerne og til forsikringsselskaberne og det, der fremgår af overvågningerne, at [forsikringstageren] ikke har løftet bevisbyrden for, at [forsikringstageren] fortsat har krav på udbetaling af ydelser for tab af erhvervsevne.

Retten finder videre, at [forsikringstageren] både som følge af denne diskrepans og som følge af, at [forsikringstageren] ikke har informeret Danica Pension om, at [forsikringstageren] i 2016 indgik en forligsmæssig aftale med SEB Pension om, at udbetalingen af erhvervsudygtighedsydelse fra dette selskab skulle ophøre, har handlet illoyalt i et sådant omfang, at Danica Pension har været berettiget til at ophæve pensionsaftalen.

Spørgsmålet er herefter, om [forsikringstageren] er forpligtet til at tilbagebetale allerede udbetalte ydelser modtaget frem til den 1. september 2019 og i bekræftende fald fra hvilken periode. Danica Pension har krævet tilbagebetaling fra den 1. november 2016, som er sammenfaldende med, at [forsikringstageren] første gang af SEB Pension blev observeret under et besøg på ... Hospital, hvor [forsikringstageren] sås meget dårligt gående i langsomt tempo med let forover bøjning, ligesom holdt sig på maven med den ene hånd, medens [forsikringstageren] i takt med, at [forsikringstageren] kom længere og længere væk fra den afdeling, hvor undersøgelsen fandt sted, gik mere normalt. Ved den følgende observation den 1. december 2016 gik [forsikringstageren] ubesværet og uhindret og i rask tempo.

Retten finder derfor, at [forsikringstageren] ikke har løftet bevisbyrden for, at [forsikringstageren] fra dette tidspunkt stadig har været berettiget til at modtage erhvervsudygtighedsydelse. Selv om det normalt påhviler forsikringsselskabet at godtgøre, at der er indtruffet en bedring af forsikringstagerens forhold, som fører til, at forsikringstageren ikke længere har et dækningsberettiget erhvervsevnetab, findes dette ikke at være tilfældet i en situation, hvor standsningen af udbetalingen skyldes forsikringstagerens illoyalitet. Retten finder derfor, at der er tilstrækkeligt grundlag for at pålægge [forsikringstageren] at tilbagebetale ydelser som krævet af Danica Pension.

Det sidste spørgsmål, der skal tages stilling til, er, om det forlig, der blev indgået den 12. januar 2018 mellem SEB Pension (nu Danica Pension) og [forsikringstageren] er bortfaldet som følge af Danica Pensions brud på forligets bestemmelse, hvorefter: "Såvel forligets baggrund og indhold er for begge parter fortroligt." Forliget er af Danica Pension påberåbt i denne sag.

# Ankenævnet for Forsikring

Retten finder, at da SEB Pension er fusioneret ind i Danica Pension, er det ikke et brud på fortrolighedsbestemmelsen, at Danica Pension er blevet bekendt med og har påberåbt sig forliget, der ikke dermed er blevet kendt af tredjemænd.

Af disse grunde afsiges der i dom i overensstemmelse med Danica Pensions påstande.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 300.000 kr. og af retsafgift med 21.560 kr. i alt 321.560 kr."

## **6.4. Højesterets dom af 5/2 2026. Præmiestigning ud over indeksregulering. Varsling. Væsentlig prisændring. AL § 36. AL § 38 c. Tryg.**

Tryg ændrede i 2016 sine forsikringsvilkår, så det kun var væsentlige ændringer af betingelserne eller prisen, der skulle varsles senest 30 dage før hovedforfald. Fra marts 2016 til februar 2020 gennemførte Tryg prisstigninger til hovedforfald over for privatkunder uden varsel, der oversteg den årlige inflationsbaserede indeksregulering. Sagen for Højesteret angik, om aftalevilkåret skal tilsidesættes som ugyldig, og om prisstigninger gennemført fra marts 2016 til februar 2020 uden varsel kan opretholdes. Højesteret fandt, at de gennemførte prisstigninger ikke var væsentlige og derfor kunne gennemføres til hovedforfald uden varsel. SØ- og Handelsretten var nået til at et andet resultat.

Af Højesterets dom af 5/2 2026 fremgår:

### **Højesterets begrundelse og resultat**

#### *Sagens baggrund og problemstillinger*

Med virkning fra 2016 ændrede Tryg Forsikring A/S sine forsikringsvilkår, således at det kun var væsentlige ændringer af betingelserne eller prisen, der skulle varsles senest 30 dage før forsikringsperiodens udløb (hovedforfald). I perioden fra marts 2016 til februar 2020 gennemførte Tryg Forsikring prisstigninger til hovedforfald over for privatkunder uden varsel.

Forbrugerombudsmanden har anlagt denne sag for at få Tryg Forsikring til at anerkende, at det indførte vilkår skal tilsidesættes som ugyldigt efter aftalelovens § 38 c og § 36, at selskabet ikke med bindende virkning for privatkunderne kunne gennemføre prisstigninger uden varsel, at selskabet handlede i strid med redelig forretningsskik og god praksis for finansielle virksomheder (forsikringsvirksomheder), og at de berørte privatkunder har krav på tilbagebetaling.

Tryg Forsikring har overordnet gjort gældende, at Forbrugerombudsmanden ikke har søgsmålskompetence, at de nedlagte anerkendelsespåstande er uegnede til at blive taget til følge, at forsikringsvilkåret er gyldigt, at de gennemførte prisstigninger ikke var væsentlige, og at eventuelle tilbagebetalingskrav under alle omstændigheder er bortfaldet som følge af forældelse eller passivitet.

#### *Forbrugerombudsmandens søgsmålskompetence*

Efter aftalelovens § 38 e fører Forbrugerombudsmanden tilsyn med bl.a., om erhvervsdrivende anvender urimelige aftalevilkår. Denne bestemmelse trådte i kraft den 28. maj 2022, dvs. efter sagens anlæg. Som det fremgår af forarbejderne, kunne Forbrugerombudsmanden imidlertid også forud for, at bestemmelsen trådte i kraft, gribe ind over for overtrædelse af den civile retlige forbrugerbeskyttelseslovgivning,

# Ankenævnet for Forsikring

herunder over for urimelige aftalevilkår, efter reglerne i markedsføringsloven, jf. Folketingstidende 2021-22, tillæg A, lovforslag nr. L 16, s. 38, 51 og 92.

Efter lov om finansiel virksomhed § 348, stk. 1 (nu § 283, stk. 1, i lov om forsikringsvirksomhed), kan Forbrugerombudsmanden over for et forsikringselskab bl.a. anlægge sag vedrørende handlinger, der strider mod redelig forretningsskik og god praksis (god skik), jf. lovens § 43, stk. 1 (nu § 67, stk. 1, i lov om forsikringsvirksomhed), herunder sag om forbud, påbud, erstatning og tilbagesøgning af uretmæssigt opkrævede beløb.

Efter de foreliggende oplysninger må det lægges til grund, at Finanstilsynet har besluttet ikke at tage sagen om Tryg Forsikrings prisstigninger op, og at tilsynet har lukket sagen, fordi Forbrugerombudsmanden har taget den under behandling. I denne sag er Forbrugerombudsmanden dermed ikke begrænset af Finanstilsynets primære myndighedsudøvelse, jf. herved Højesterets dom af 12. november 2024 (UfR 2025.384).

Højesteret finder herefter, at Forbrugerombudsmanden har søgsmålskompetence med hensyn til de nedlagte påstande.

## *Forsikringsvilkåret*

Som nævnt ændrede Tryg Forsikring med virkning fra 2016 selskabets forsikringsvilkår for privatkunder vedrørende ændring af betingelser eller pris. Efter det nye vilkår skal Tryg Forsikring varsle væsentlige ændringer af betingelser eller pris senest 30 dage før forsikringsperiodens udløb (hovedforfald).

Højesteret finder, at vilkåret må forstås sådan, at selskabet kun skal varsle væsentlige ændringer af betingelser eller pris til hovedforfald, hvorimod uvæsentlige ændringer ikke skal varsles. At vilkåret ikke præciserer, hvornår en ændring af betingelser eller pris er væsentlig, gør efter Højesterets opfattelse ikke vilkåret uklart og arbitrært. Der er tale om en sædvanlig retlig standard også inden for forbrugerretten. Der er herefter ikke grundlag for at bringe aftalelovens § 38 b, stk. 1, i anvendelse.

Forsikringsvilkåret om, at det kun er væsentlige ændringer, der skal varsles til hovedforfald, svarer til § 34, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 1406 af 20. december 2012 om god skik for finansielle virksomheder, investeringsforeninger mv. (nu § 19, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 1557 af 6. december 2024 om god skik for forsikringsdistributører). Efter denne bestemmelse skal et forsikringselskab således senest 30 dage inden forsikringsperiodens udløb varsle enhver væsentlig ændring af forsikringsaftalen, der er til ugunst for forbrugeren.

God skik-bekendtgørelsens krav om, at det kun er de væsentlige ændringer, der skal varsles i forbindelse med forsikringsperiodens udløb, afspejler den balance mellem hensynet til forsikringstagerne og hensynet til forsikringselskaberne, som ressortmyndigheden anser for at være rimelig og passende. I lyset heraf finder Højesteret, at forsikringsvilkåret ikke kan anses for at bevirke en betydelig skævhed i parternes rettigheder og forpligtelser, men ligesom god skik-bekendtgørelsens § 34, stk. 1 (nu § 19, stk. 1), er udtryk for en rimelig og passende balance af de modstående hensyn.

# Ankenævnet for Forsikring

Højesteret finder herefter, at forsikringsvilkåret ikke skal tilsidesættes som ugyldigt, jf. aftalelovens § 38 c, stk. 1, jf. § 36, stk. 1.

## *Prisstigningerne*

Spørgsmålet er herefter, om de gennemførte prisstigninger i perioden fra marts 2016 til februar 2020 var væsentlige og dermed ifølge forsikringsvilkåret skulle varsles, eller om de kunne gennemføres til hovedforfald uden varsel.

Efter god skik-bekendtgørelsen gælder der ikke en fast procentgrænse for, hvornår en prisstigning er væsentlig.

I forbindelse med indførelsen af god skik-bekendtgørelsens regel om varsling af væsentlige ændringer til hovedforfald oplyste Forsikring & Pension i informationsbrev af 11. januar 2013, at selv om vejledningen til bekendtgørelsen fastslog, at væsentlige ændringer typisk ville være præmiestigninger, havde Finanstilsynet mundtligt oplyst, at meget små præmiestigninger ikke skulle varsles. Tilsynet havde ikke ønsket at sætte en specifik procentgrænse for, hvornår en præmiestigning måtte anses for så stor, at der er tale om en væsentlig ændring, men tilsynet havde tilkendegivet, at en procentvis ændring på 5 % ville være væsentlig.

Efter de foreliggende oplysninger lægger Højesteret til grund, at de gennemførte prisstigninger varierede fra under 1 % og ikke oversteg 4 %. I gennemsnit udgjorde prisstigningerne 3,1 % - 3,8 %, svarende til ca. 105 kr. Størstedelen af de berørte policer blev kun pålagt én uvarslet prisstigning fra 2016 til 2020, og kun ca. 4,9 % af de berørte policer var genstand for to på hinanden følgende prisstigninger.

Højesteret lægger endvidere til grund, at Tryg Forsikring ikke havde en politik om systematisk at gennemføre prisstigninger, men årligt vurderede, om der var behov for ændringer i prisen med henblik på at risikofærdække ændrede forudsætninger, som ikke kunne afdækkes via den årlige inflationsbaserede indeksregulering.

Højesteret finder herefter, at prisstigningerne, som Tryg Forsikring gennemførte i perioden fra marts 2016 til februar 2020, ikke var væsentlige. De kunne derfor efter forsikringsvilkårene gennemføres til hovedforfald uden varsel.

## *Konklusion*

Det følger af det ovenfor anførte, at det omtvistede forsikringsvilkår ikke skal tilsidesættes som ugyldigt, og at Tryg Forsikring kunne gennemføre de omhandlede prisstigninger i forbindelse med forsikringsperiodens udløb uden varsel. Tryg Forsikring har endvidere ikke overtrådt § 43, stk. 1, i lov om finansiel virksomhed (nu § 67, stk. 1, i lov om forsikringsvirksomhed) eller markedsføringslovens § 3 og § 4.

Højesteret frifinder derfor Tryg Forsikring.

Højesteret har herefter ikke anledning til at tage stilling til Tryg Forsikrings formalitetsindsigelser vedrørende Forbrugerombudsmandens anerkendelsespåstande.

## **Ankenævnet *for* Forsikring**

Efter sagens udfald, karakter og omfang skal Forbrugerombudsmanden betale sagsomkostninger for Sø- og Handelsretten og Højesteret med i alt 208.500 kr. til Tryg Forsikring. Heraf er 200.000 kr. til dækning af advokatudgift i begge instanser og 8.500 kr. til dækning af retsafgift for Højesteret.