

PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over præ-eksisterende lidelser i sundheds- og ulykkesforsikring

Kausalitet, forværringsdoktrinen, oplysningspligt og bevisbyrde

Version 2 Opdateret 16. jul. 2026 41 afgørelser · 1998-2025

[Læs online](#)

INTRODUKTION

Undtagelsen for præ-eksisterende lidelser er den mest anvendte afvisningsgrund i dansk personforsikring, og den hviler ikke på én regel, men på tre lag: forsikringstidens afgrænsning i [forsikringsaftaleloven § 120](#) og [§ 120 a](#), policernes egne undtagelsesklausuler om "forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse", og oplysningspligten i [§§ 4-10](#). Praksis – navnlig fra Ankenævnet for Forsikring – viser et konsekvent mønster: den sikrede bærer bevisbyrden for årsagssammenhæng, degenerative forandringer og manglende strakssymptomer fører rutinemæssigt til afslag, og kun merinvaliditeten dækkes. Omvendt slår nævnet ned, når selskabet strækker en uklar undtagelse for vidt, eller når det afviser hele aftalen, hvor en klausul havde været tilstrækkelig.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

- 01** Præ-eksisterende lidelser rammes ikke af én regel, men af tre selvstændige lag: forsikringstidens afgrænsning (FAL § 120 og § 120 a), policens undtagelsesklausuler og oplysningspligten i FAL §§ 4-10.
- 02** Efter skadesårsagsprincippet er en sygdom, hvis årsag ligger før forsikringens ikrafttræden, udækket – også selv om de skadelige følger først viser sig i forsikringstiden.
- 03** Tidspunktet for sygdommens opståen, ikke tidspunktet for diagnosen, afgør om en lidelse er præ-eksisterende.
- 04** FAL § 120 a lægger risikoen for urigtige eller ufuldstændige lægeerklæringer på selskabet – men kun når en læge eller anden sagkyndig har afgivet helbredsoplysninger med henblik på selskabets vurdering af netop den pågældende sygdom.
- 05** FAL § 120 a er præceptiv, men afskærer ikke aftalte karenstider, der blot udskyder forsikringstiden.
- 06** Bestemmelsen finder ikke anvendelse, hvor selskabet har nøjedes med forsikringstagerens egne helbredsoplysninger uden at indhente en sagkyndig erklæring.
- 07** Standardklausulen om forudbestående sygdom gælder efter sin ordlyd også, når lidelsen ikke har været symptomgivende før ulykken.

- 08 I privat ulykkesforsikring bærer den sikrede bevisbyrden for årsagssammenhæng – modsat formodningsreglen i arbejdsskadesikringslovens § 12, stk. 2, hvor myndigheden skal bevise det modsatte.
- 09 Manglende strakssymptomer og lang tid mellem hændelse og første lægekontakt vejer tungt imod årsagssammenhæng.
- 10 Kun merinvaliditeten dækkes: forudbestående mén fratrækkes, og en bestående lidelse kan aldrig bevirke, at méngraden ansættes højere.
- 11 Selskabet kan ikke alene støtte fradragets størrelse på egne lægekonsulenter, når Arbejdsmarkedets Erhvervssikring er rette instans til at vurdere omfanget af forudbestående degenerative forandringer.
- 12 Uagtsom fortællelse af helbredsoplysninger fører kun til fuldt bortfald, hvis selskabet godtgør, at det slet ikke ville have tegnet forsikringen; ville det have tegnet med klausul, skal aftalen opretholdes med klausulen.
- 13 Uklare undtagelses- og fristbestemmelser fortolkes mod selskabet – skal en behandling være afsluttet inden for en frist, skal det fremgå "endog meget klart og tydeligt".
- 14 Selskabet må ikke indhente oplysninger om arveanlæg, jf. FAL § 3 a, men må spørge til nuværende og tidligere helbredstilstand.

§ 1 Tre dækningsprincipper afgør, hvornår en lidelse er præ-eksisterende

Spørgsmålet om, hvornår en lidelse er "præ-eksisterende", besvares ikke af loven alene, men af hvilket dækningsprincip policen bygger på. Forarbejderne til [forsikringsaftaleloven § 120 a](#) opstiller tre modeller, der er den nødvendige nøgle til hele området:

Ved forsikring mod sygdom er det sædvanligt at aftale, at forsikringsbegivenheden er sygdom eller nærmere angivne sygdomme, således at forsikringen dækker, hvis en omfattende sygdom indtræder i forsikringstiden (skadesårsagsprincip). (...) I nogle tilfælde aftales det, at forsikringsbegivenheden ikke er sygdom eller nærmere angivne sygdomme, men de skadelige følger af en sygdom, således at forsikringen dækker, hvis følgerne af en sygdom konstateres i forsikringstiden (skadevirkningsprincip). (...) Ved sygeforsikringer aftales det også i nogle tilfælde, at forsikringsbegivenheden er sygdom, der diagnosticeres medicinsk i forsikringstiden (diagnoseprincip).

Forarbejderne tilføjer den afgørende præcisering: **"Ved sygeforsikring anses en sygdom for indtrådt, når den er brudt ud."** Vælger policen skadesårsagsprincippet – hvilket er det normale – er en lidelse, hvis årsag ligger før ikrafttrædelsen, udækket, uanset at følgerne først materialiserer sig senere. Til gengæld følger det af [§ 120](#), at selskabet så også hæfter for følger, der først viser sig efter forsikringstidens udløb, medmindre andet er aftalt.

Ankenævnet anvender princippet direkte. I [AK 99424](#) havde klageren fået foretaget en refraktiv øjenoperation i november 2018 og fik nethindeløsning i maj 2020. Forsikringen trådte i kraft 1. januar 2019 – altså efter operationen, men før skaden. Nævnet afviste dækning under henvisning til skadesårsagsprincippet og [§ 120](#):

Nævnet har lagt vægt på, at øjenoperationen, som klageren anfører som årsag til nethindeløsningen, fandt sted i november 2018. Forsikringen trådte først i kraft den 1. januar 2019. Eventuelle følger af øjenoperationen er derfor ikke dækket af forsikringen, selvom de måtte være indtrådt efter forsikringens ikrafttræden.

At det er **opståenstidspunktet** og **ikke diagnosetidspunktet**, der er afgørende, blev udtrykt skarpt i [AK 96761](#). Sagen angik en sygeforsikring for en hund, men principafgrænsningen er den samme som ved personforsikring: selskabet gjorde gældende, at "tidspunktet for en eksakt diagnose ikke er afgørende, men derimod tidspunktet for sygdommens opståen", og nævnet fandt, at lidelsen "må anses for at have været til stede", inden forsikringen trådte i kraft – afgørende var et dyrlægenotat om halten "i flere måneder" forud. Samme resultat i [AK 99750](#).

Det er derfor første analysetrin i enhver sag: hvilket princip bygger policen på, og hvornår brød lidelsen ud?

LOV	Forsikringsaftaleloven § 120	Forsikringsaftaleloven § 120a, stk. 1	
PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for kattesygdomsforsikring grundet eksisterende lidelse før forsikringens ikrafttræden		23.08.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for nethindeløsning efter øjenoperation		09.08.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for operation af hunds overrevne korsbånd - eksisterende lidelse før forsikringens ikrafttræden		06.10.2021

§ 2 FAL § 120 a: selskabet bærer risikoen for urigtige lægeerklæringer

Den eneste bestemmelse i forsikringsaftaleloven, der direkte adresserer præ-eksisterende sygdom, er [§ 120 a](#). Den blev indsat ved lovforslag nr. L 246, fremsat 29. marts 2000 af justitsministeren, og er en direkte lovgivningsmæssig reaktion på [U.1998.1380H](#) – sklerosesagen. Af de almindelige bemærkninger til lovforslaget fremgår baggrunden:

Ved Højesterets dom af 29. juni 1998, som er gengivet i Ugeskrift for Retsvæsen 1998, side 1380, blev et forsikringsselskab frifundet for et krav om dækning i henhold til en sygeforsikring. (...) I forbindelse med, at forsikringen blev tegnet, udarbejdede en speciallæge i neurologi på forsikringsselskabets foranledning en erklæring til brug for selskabets vurdering af skadelidtes helbredsmæssige forhold, og lægen anførte bl.a., at der ikke var grund til at tro, at skadelidte led af sklerose. Forsikringstageren selv var i god tro. (...) Højesteret gav selskabet medhold i, at sygdommen måtte anses for opstået inden forsikringstidens begyndelse.

Folketinget pålagde ved beslutning af 18. december 1998 regeringen at nedsætte et udvalg, og Forsikring & Pension udsendte i februar 1999 en medlemshenstilling om at anvende skadevirkningsprincippet. Udvalget overvejede fem modeller og anbefalede model 5 – at selskabet bærer risikoen for urigtige lægeerklæringer:

Hvis forsikringstagerens forventning om, at forsikringen dækker skadelige følger af de omfattede sygdomme, er baseret på, at der er foretaget lægelige vurderinger af forsikringstagerens helbredstilstand i forhold til netop de af forsikringen omfattede sygdomme, kan forventningen siges at være særligt begrundet.

Bestemmelsen stiller **to kumulative betingelser**: følger af sygdommen skal vise sig, eller sygdommen skal diagnosticeres i forsikringstiden, og en læge eller anden sagkyndig skal have afgivet helbredsoplysninger med henblik på selskabets vurdering af den pågældende sygdom. Er de opfyldt, stilles forsikringstageren som om sygdommen var indtrådt i forsikringstiden. Efter [stk. 3](#) er reglen præceptiv, og ved en konsekvensændring blev [§ 10, stk. 2](#) samtidig suppleret, så selskabet ikke kan forbeholde sig ansvarsfrihed for urigtige lægeerklæringer.

Paragraf-bemærkningerne trækker fire grænser, som er afgørende i praksis:

- **Årsagen til fejlen er ligegyldig.** "At en lægeerklæring således har været fejlagtig eller ufuldstændig, kan enten skyldes et forkert lægefagligt skøn, eller at det med den lægevidenskabelige viden på det pågældende tidspunkt ikke var muligt at konstatere sygdommen. Bestemmelsen finder anvendelse, uanset hvad årsagen er."
- **God tro er en betingelse.** "Var forsikringstageren ved aftalens indgåelse i god tro om den pågældende sygdom, vil selskabet efter den foreslåede bestemmelse bære hele risikoen (...) Var forsikringstageren ikke i god tro, vil selskabet derimod normalt ikke hæfte for sygdommen, jf. forsikringsaftalelovens almindelige regler om urigtige helbredsoplysninger m.v."
- **Egne helbredsoplysninger er ikke nok.** "Bestemmelsen finder ikke anvendelse i tilfælde, hvor selskabet har »nøjedes« med den pågældendes egne helbredsoplysninger, og hvor der således ikke er fremlagt lægeerklæringer eller andre sagkyndige erklæringer." Dette er den praktisk vigtigste begrænsning: langt de fleste ulykkes- og sundhedsforsikringer tegnes på en helbredserklæring udfyldt af kunden selv – og dér gælder § 120 a ikke.
- **Karenstid består.** "Dette begrænser ikke adgangen til i forsikringsaftalen at aftale en såkaldt karenstid (...) En sådan karenstid udskyder forsikringstiden, og et vilkår herom vil (...) medføre, at selskabet ikke hæfter, hvis den pågældende sygdom diagnosticeres i karenstiden."

Endelig er anvendelsesområdet snævert afgrænset: bestemmelsen er placeret i lovens afsnit IV og "får således ikke betydning ved andre former for personforsikring, f.eks. livsforsikring". Efter [stk. 2](#) viger den desuden, hvis et andet selskab hæfter efter § 120.

LOV

Forsikringsaftaleloven § 10, stk. 2

Forsikringsaftaleloven § 120a, stk. 1-3

Forsikringsaftaleloven § 120

§ 3 Forværringsdoktrinen: policeklausulernes fem standardtyper

Fordi loven kun regulerer randområdet, ligger tyngden i **policevilkårene**. Nævnspraksis afdækker et sæt klausultyper, der går igen på tværs af selskaber. Vilkårene citeres her ordret fra de sager, hvor de er gengivet:

Klausultype	Ordlyd	Sag
Hovedårsagsklausul	"Følger af ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg" (dækkes ikke)	AK 84561
Symptomneutral klausul	"Dette gælder også, selvom den forudbestående sygdom, sygdomsanlægget eller lidelsen ikke har været symptomgivende før ulykkestilfældet"	AK 90448
Forværringsklausul	"Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, medmindre det lægeligt kan påvises, at ulykkestilfældet er den direkte årsag"	AK 81472

Latensklausul	"Begivenheder, der skyldes sygdom eller udløsning af latente sygdomsanlæg, selvom sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde, eller forværring af følgerne af et ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom"	AK 99424
Fradragsklausul	"Der betales ikke erstatning for en før ulykkestilfældet bestående invaliditet, og en sådan kan ikke bevirke, at invaliditeten ansættes højere, end hvis den forsikrede før ulykkestilfældet havde sin fulde førlighed"	AK 84561

Den mest indgribende – og den, der bærer flest afslag – er den **symptomneutrale** formulering. I [AK 95398](#) sammenfattede nævnet vilkårets pkt. 15.5.4.1 således, at forsikringen "ikke dækker gener, der skyldes en i forvejen bestående mén eller lidelse, herunder degenerative forandringer, selvom disse ikke tidligere har været symptomgivende". Konsekvensen er, at en asymptomatisk slidgigt eller senedegeneration – som statistisk findes hos en stor del af voksne – kan afskære dækning, selv om den sikrede aldrig har mærket noget.

Dobbeltvirkningen af forværrings- og fradragsklausulen fremgår af [AK 81472](#), hvor policen både undtog forværring og tilføjede:

En bestående sygdom eller lidelse kan ikke medføre, at erstatningen ansættes højere, end hvis en sådan sygdom eller lidelse ikke havde været til stede.

En beslægtet mekanik gælder ved **individuelle forbehold (klausuler)**. I [AK 102431](#) fastslog nævnet, at et varslet forbehold også omfatter "komplikationer/følger" til den undtagne lidelse – en byld opstået ved et bedøvelseskanyleindstik uden for mundhulen var undtaget, fordi bedøvelsen kun var nødvendig for at behandle en tand, der var flækket allerede før tegningen. Kausalkæden tilbage til det præ-eksisterende forhold er dermed afgørende, ikke skadens anatomiske placering.

PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Hesteforsikring: Afvisning af dækning for byld efter tandudtrækning grundet præeksisterende forhold og forbehold	27.08.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for nethindeløsning efter øjenoperation	09.08.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af skulderskade efter trafikulykke pga. manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	20.01.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af ulykkesforsikringsdækning efter biluheld forårsaget af træthed	17.05.2017
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for ankelskade under fodbold: Tvist om forældelse, ulykkestilfælde og årsagssammenhæng	20.01.2014
	Ankenævnet for Forsikring · Uenighed om fastsættelse af méngrad for knæskade med fradrag for forudbestående lidelse	02.05.2012

Kausalitetsvurderingen: strakssymptomer, tidsmæssig nærhed og egnet

§ 4

Når den præ-eksisterende lidelse er konstateret, flytter tvisten sig til kausaliteten: skyldes generne ulykken eller sliddet? Praksis arbejder med tre gennemgående kriterier.

1. Strakssymptomer. Fraværet af tidsnære symptomer er det tungeste enkeltmoment. I [AK 104021](#) faldt klageren ned ad en trappe og ramte ryggen mod en sten; vagtlægenotatet to dage efter beskrev alene gener fra thorax/ribben. Klageren havde en dokumenteret svær degenerativ rygtilstand med spinalstenose, opereret i 2017, med tiltagende faldtendens og balancebesvær helt frem til ulykken. Nævnet lagde vægt på, at det tidsnære vagtlægenotat kun dokumenterede thoraxgener, og at CT-scanninger umiddelbart efter faldet ikke viste traumatiske skader, men alene de kendte degenerative forhold – faldet havde "i bedste fald blot aktiverede forudbestående symptomer". Tilsvarende i [AK 95398](#), hvor skuldergener først blev nævnt otte måneder efter en trafikulykke.

2. Tidsmæssig afstand til første lægekontakt. I [AK 103280](#) gik der to måneder fra et vrid under et løft til første lægebesøg, og journalen beskrev da alene myoser uden omtale af noget traume. Selv en vidneforklaring, der bekræftede selve hændelsen, kunne ikke opveje de manglende medicinske beviser; nævnet fremhævede, at diskusprolaps "ikke entydigt [kan] henføres til ét akut tidspunkt, men peger ofte mod progressive forhold". I [AK 84561](#) omtalte speciallægejournalerne slet ikke den anmeldte hændelse, men derimod en skade "for 6-7 år siden", og nævnet fandt det ikke godt gjort, at den anmeldte ulykke var hovedårsagen.

3. Belastningens egnethed. At tidsmæssig sammenhæng ikke er nok, er formuleret klart i arbejdsskadepraksis, som ulykkesforsikringsselskaberne i vidt omfang spejler. Ankestyrelsen fastslog i [principmeddelelse 61-19](#):

Ved vurderingen af årsagssammenhæng mellem hændelsen/påvirkningen og forværringen indgår, om den tilskadekomne har været udsat for en belastning, som er egnet til at forårsage den beskrevne forværring. Det er ikke tilstrækkeligt, at der er tidsmæssig sammenhæng mellem hændelsen/påvirkningen og forværringen.

Afgørelsen illustrerer skellet med to sager: en refleksmæssig undvigebevægelse hos en person med massive degenerative nakkeforandringer var ikke en egnet belastning (afslag), mens et akavet løft af en 30 kg sav hos en tidligere skulderopereret tømrer var det (anerkendelse). Samme egnethedstankegang bærer [principmeddelelse 71-13](#) om tandskader, hvor røntgenbilleder viste, at frakturerne sandsynligvis var sket før ulykken: "Det afgørende for anerkendelse af en tandskade er, om der kan konstateres en skade eller en indtrådt forværring, som følge af den skadelige påvirkning."

Et fjerde, mere lægefagligt kriterium optræder ved forværring efter stationærtidspunktet. I [AK 92640](#) tiltrådte nævnet Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vurdering af, at "skader på bløddele i almindelighed ikke forværres i tiden efter tilstanden er blevet stationær", hvorfor en senere tilkommet bevægeindskrænkning ikke kunne tilskrives ulykken.

Mønsteret gentages i en lang række afslagssager om degenerative forandringer i skulder og ryg: [AK 102576](#), [AK 101297](#), [AK 102151](#), [AK 93320](#), [AK 99038](#), [AK 92092](#) og [AK 98942](#).

LOV

[Arbejdsskadesikringsloven § 6](#)

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for skuldergener og diskusprolaps grundet manglende bevis for ulykkestilfælde	17.12.2025
Ankenævnet for Forsikring · Ulykkesforsikring: Afvisning af Rygskade grundet Manglende Årsagssammenhæng og Forudbestående Degenerativ Sygdom	05.11.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for skulderskade efter skifald på grund af forudgående degenerative lidelser	11.06.2025
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning for lænderygskade: Ulykkestilfælde eller forudbestående degenerative forandringer?	14.05.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afvist dækning for skulderskade under vægttræning grundet forudbestående degenerative forandringer	15.05.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for varigt mén i ryggen som følge af manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	07.06.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af ménerstatning for skulderskade som følge af forudbestående degenerative forandringer og sygdomsanlæg	15.02.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af skulderskade efter trafikulykke pga. manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	20.01.2021
Ankenævnet for Forsikring · Manglende årsagssammenhæng mellem faldulykke og degenerative skuldergener	21.08.2019
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om méngrad efter to skulderskader: Uenighed om årsagssammenhæng mellem forværring og ulykkestilfælde	09.01.2019
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning for ryggene efter faldulykke grundet manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	15.08.2018
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for ankelskade under fodbold: Tvist om forældelse, ulykkestilfælde og årsagssammenhæng	20.01.2014
Ankestyrelsen · Anerkendelse af forværring af forudbestående sygdom som ulykke: Krav om egnethed og årsagssammenhæng	01.01.2019
Ankestyrelsen · Arbejdsskade: Krav til årsagssammenhæng ved tandskader og forudbestående lidelser	01.01.2013

Bevisbyrden hos den sikrede – det skarpe modstykke til

§ 5 arbejdsskadesystemet

Den mest konsekvensrige forskel mellem privat ulykkesforsikring og arbejdsskadesikring er bevisbyrdens placering. Nævnet formulerede kontrasten eksplicit i [AK 104021](#), hvor det fandt, at bevisbyrden for årsagssammenhæng hviler på klageren – "i modsætning til den mere lempelige standard under arbejdsskaderegeringen".

I ulykkesforsikring gælder derfor det almindelige forsikringsretlige udgangspunkt. Nævnet indledte i [AK 84561](#) med:

Indledningsvis bemærker nævnet, at det i henhold til almindelige forsikringsretlige principper påhviler forsikrede at sandsynliggøre, at han har et krav mod selskabet.

I arbejdsskadesystemet gælder derimod **formodningsreglen** i [arbejdsskadesikringsloven § 12, stk. 2](#): en påvist skade anses for en følge af arbejdsskaden, medmindre overvejende sandsynlighed taler herimod. Ankestyrelsen præciserede i [principmeddelelse 9-23](#):

Tilskadekomnes samlede tab af erhvervsevne er en følge af den anerkendte arbejdsskade, medmindre oplysninger i sagen godtgør, at hele eller dele af erhvervsevnetabet med overvejende sandsynlighed skyldes andre forhold end arbejdsskaden.

Det er altså **myndigheden**, der skal bevise, at et fradrag er berettiget – det modsatte af, hvad der gælder over for et forsikringsselskab. Afgørelsen viser samtidig, hvilke momenter der indgår i vurderingen af konkurrerende årsager: tidsmæssig sammenhæng, skadens karakter, konkurrerende belastninger i livssituationen og forudbestående sygdom. I den ene sag blev et erhvervsevnetab på 85 % nedsat til 45 %, fordi PTSD-symptomerne centrerede sig om forhold fra fortiden og et senere overfald; i den anden blev der ikke foretaget fradrag, selv om borgeren havde haft depressive symptomer forud for skaden – de var blot ikke erhvervshindrende.

Forskellen har praktisk betydning, fordi den samme skade ofte behandles i begge spor samtidig. En tilskadekomne kan få anerkendt forværring som arbejdsulykke efter [arbejdsskadesikringsloven § 6](#) – hvor forudbestående sygdom efter [principmeddelelse 61-19](#) alene har betydning ved den senere erstatningsudmåling og ikke ved anerkendelsen – og alligevel få afslag på den private ulykkesforsikring, fordi bevisbyrden dér er hans egen.

Grænsen for skadelidtes bevisbyrde ved konkurrerende lidelser illustreres af [principmeddelelse 75-19](#), hvor risikoen for manglende afklaring blev lagt på tilskadekomne:

Tilskadekomne har ikke ret til erstatning for tab af erhvervsevne, hvis tilskadekomne udelukkende på grund af en konkurrerende sygdom midlertidigt eller varigt bliver forhindret i at vende tilbage til arbejdsmarkedet, før arbejdsskaden har manifesteret sig i et sikkert erhvervsevnetab.

Og i [principmeddelelse 195-09](#) frifandt Vestre Landsret Ankestyrelsen, fordi skadelidte ikke havde løftet bevisbyrden for, at indtægtstab skyldtes arbejdsskadens begrænsede følger snarere end de forudbestående rygforhold.

LOV	Arbejdsskadesikringsloven § 6	Arbejdsskadesikringsloven § 12, stk. 2	
PRAKSIS	Ankestyrelsen · Erstatning for tab af erhvervsevne: Anvendelse af formodningsreglen ved psykiske symptomer efter fysisk arbejdsskade		01.01.2023
	Ankestyrelsen · Anerkendelse af forværring af forudbestående sygdom som ulykke: Krav om egnethed og årsagssammenhæng		01.01.2019
	Ankestyrelsen · Erstatning for tab af erhvervsevne ved konkurrerende sygdom: Skadelidte bærer risikoen for afklaring		01.01.2019
	Ankestyrelsen · Erstatning for tab af erhvervsevne – Bevisbyrden for årsagssammenhæng mellem arbejdsskade og indtægtsnedgang		01.01.2009
	Ankenævnet for Forsikring · Ulykkesforsikring: Afvisning af Rygskade grundet Manglende Årsagssammenhæng og Forudbestående Degenerativ Sygdom		05.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for ankelskade under fodbold: Tvist om forældelse, ulykkestilfælde og årsagssammenhæng		20.01.2014

§ 6 Fradrag for forudbestående mén – merinvaliditetsprincippet

Selv når ulykken anerkendes, afskærer den præ-eksisterende lidelse ofte erstatningen gennem fradrag. Princippet er, at **kun merinvaliditeten dækkes**.

[AK 101078](#) viser mekanikken i renkultur. Klageren fik i 2016 en korsbånds- og ledbåndsskade vurderet til 12 % varigt mén. I 2021 skadede hun samme knæ igen, og det samlede mén blev nu opgjort til 15 %. Selskabet fratrak det forudbestående mén, så det selvstændige mén for 2021-ulykken blev 3 % – under policens minimumsgrænse på 5 %, hvorfor der intet blev udbetalt. Nævnet tiltrådte, at der var tale om to selvstændige

ulykkestilfælde på samme knæ, og at betingelserne "klart foreskriver fradrag for eksisterende tilstande". Sagen rummer samtidig en vigtig procesretlig lære: klagerens forsøg på at få 2016-vurderingen nedsat var **forældet**, jf. [forsikringsaftaleloven § 29](#) og [forældelsesloven § 3](#) – den, der accepterer en méngrad, binder sig også for fremtidige skader på samme legemsdel.

I [AK 81472](#) havde en tømmer en symptomfri meniskskade fra 2006 og faldt i 2009 ned fra et bord. Selskabet anerkendte ulykken, men fastsatte méngraden til 5 % efter et skønsmæssigt fradrag for den forudbestående skade. Nævnet fandt – "henset til den tidligere beskadigelse af menisken" – ikke en højere méngrad godtgjort. At den tidligere skade havde været symptomfri, var altså ikke i sig selv nok.

Men fradragsadgangen er ikke ubegrænset. [AK 102348](#) er den vigtigste nyere korrektion. Selskabet havde fastholdt 10 % mén, selv om Arbejdsmarkedets Erhvervssikring efter en dokumenteret forværring havde hævet méngraden til 25 %, og selskabets egne lægekonsulenter havde halveret et samlet skøn på 20 % med henvisning til forudbestående lidelse. Nævnet gav klageren medhold:

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring er rette instans til at afgøre, i hvilket omfang der foreligger forudbestående degenerative forandringer, som selskabet kan foretage fradrag for, når méngraden fastsættes.

Nævnet lagde vægt på, at der var dokumenteret forværring, at operationsfundene (synovitis, irritation) kunne være traumeudløste, og at der ingen oplysninger var om skuldergener før ulykken. Selskabet blev pålagt at betale for og indhente en vejledende AES-udtalelse. Kernen er, at **selskabet ikke må lade egne lægekonsulenter sætte fradragets størrelse**, når en officiel instans er nærmere til at vurdere det.

Til sammenligning er fradragsprøvelsen i arbejdsskadesystemet strengere mod myndigheden. I [principmeddelelse U-6-98](#) underkendte Højesterets flertal et fradrag for en forudbestående rygdefekt (arkolyse/olistese), fordi den smertebetingede nedsatte bevægelighed måtte henføres til ulykken:

Der havde derfor ikke været grundlag for ved fastsættelsen af méngraden at foretage noget fradrag i anledning af den forudbestående rygdefekt.

Méngraden skulle derfor forhøjes fra 12 % til 15 %. Omvendt blev fradrag opretholdt i [principmeddelelse U-2-99](#), hvor Ankestyrelsen fandt det "overvejende sandsynligt", at symptomerne "helt overvejende skyldtes følger af det private ulykkestilfælde samt følger af ikke-arbejdsbetinget slidgigt".

LOV	Forsikringsaftaleloven § 29	Forældelsesloven § 3	
PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Tvist om forværring af skulderskade og betydningen af forudbestående degenerative forandringer		03.12.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav om nedsættelse af méngrad og betydningen for efterfølgende ulykkesskade på samme knæ		07.08.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Uenighed om fastsættelse af méngrad for knæskade med fradrag for forudbestående lidelse		02.05.2012
	Ankestyrelsen · Nedsættelse af erstatning for arbejdsskade grundet forudbestående svær håndledsskade og slidgigt		01.01.1999
	Ankestyrelsen · Højesterets afgørelse om méngrad og fradrag for forudbestående rygdefekter i arbejdsskadesager		01.01.1998

§ 7 Oplysningspligten om tidligere sygdomsforløb: FAL §§ 4-10

Det tredje lag er oplysningspligten. Her afskæres dækningen ikke, fordi lidelsen er præ-eksisterende, men fordi den blev fortiet ved tegningen. Systemet er trinvist:

- [§ 4](#): **svigagtig** urigtig oplysning eller fortielse – aftalen er ikke bindende for selskabet.
- [§ 5](#): oplysning givet i **god tro** – selskabet hæfter, som om urigtig oplysning ikke forelå.
- [§ 6, stk. 1](#): **uagtsom** urigtig oplysning – selskabet er frit for ansvar, hvis det kan antages ikke at ville have overtaget forsikringen.
- [§ 6, stk. 2](#): ville selskabet have tegnet på **andre vilkår**, hæfter det i det omfang, det mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig (pro rata-reglen).
- [§ 7](#): ved ren **undladelse** kræves grov uagtsomhed.
- [§ 8](#): selskabet skal reagere **uden unødigt ophold**.
- [§ 9](#): selskabet kan ikke påberåbe sig forholdet, hvis det vidste eller burde vide besked, eller omstændigheden var uden betydning.

Særligt for personforsikring gælder ventilen i [§ 6, stk. 3](#), hvorefter selskabet helt eller delvist kan hæfte, hvis særlige omstændigheder taler herfor – med vægt bl.a. på, om det fortiede forhold har haft indflydelse på forsikringsbegivenhedens indtræden, uagtsomhedsgraden og den forløbne tid.

At selskabet ikke kan springe fra [§ 6, stk. 1](#), til fuldt bortfald uden at bevise sin tegningspraksis, er kernen i [AK 102521](#). Klageren havde ved en forhøjelse af erhvervsevnetabsdækningen undladt at oplyse om en knæundersøgelse og om antallet af skulderepisoder. Nævnet fandt fortielserne uagtsomme, men gav alligevel klageren medhold:

Nævnet finder, at selskabet – hvis selskabet havde modtaget korrekte oplysninger i helbredserklæringen – alene havde været berettiget til at tilbyde forhøjelse med klausuler for skulder-/nakkegener og venstresidige knægener. Selskabet har derfor ikke kunnet afvise at indgå aftale med klageren om forhøjelse af dækningen for erhvervsevnetab.

Afgørende var selskabets egne tegningsregler: de tillod op til to klausuler, og de korrekte oplysninger ville kun have udløst to. Nævnet afviste desuden, at nakkegener konstateret som objektivt bifund ved en skulderundersøgelse skulle oplyses som et selvstændigt problem. Sagen viser, at **klausul går forud for afslag**, når selskabets eget regelsæt tillader det.

Modsat, hvor selskabet dokumenterer sin tegningspraksis, fører fortielsen til bortfald. I [AK 91518](#) fandt nævnet, at klageren "objektivt har afgivet urigtige oplysninger", at dette var "afgivet med mindst uagtsomhed", og at selskabet "med fremlæggelsen af sine tegningsregler har bevist, at selskabet ikke ville have tilbudt klageren at tegne forsikringer" – hvorefter afvisning og opsigelse med tilbagevirkende kraft blev tiltrådt efter [§ 6, stk. 1](#). Samme mønster går igen i en stribe erhvervsevnetabssager: [AK 102165](#), [AK 102497](#), [AK 100736](#), [AK 94156](#), [AK 84404](#) og [AK 94635](#).

Højesteret har trukket den principielle grænse for, hvad selskabet overhovedet må spørge om, i [BS-14231/2020-HJR](#) om oplysningspligt og arvelige sygdomme, afgjort efter [§ 6](#) og [§ 3 a](#). Sidstnævnte forbyder selskabet at anmode om, indhente eller bruge oplysninger, "der kan belyse en persons arveanlæg og risiko for at udvikle eller pådrage sig sygdomme" – men undtager udtrykkeligt oplysninger om "nuværende eller tidligere helbredstilstand". Grænsen mellem lovlig spørgen til sygehistorie og ulovlig genetisk kortlægning er dermed netop den, denne praksisoversigt kredser om.

Aktualitetsforbehold: § 3 a er ændret ved **lov om ændring af lov om forsikringsaftaler og lov om tilsyn med firmapensionskasser af 8. juni 2016** (lovforslag L 157, folketingsåret 2015-16), hvorved ordene om *andre personers* helbredstilstand udgik af 2. pkt. Ændringen trådte i kraft 8. juni 2016, men er endnu ikke konsolideret ind i den gældende lovbekendtgørelse fra 12. november 2015 – den offentliggjorte paragraftekst er derfor på dette punkt ikke ajour.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 3a	Forsikringsaftaleloven § 4	Forsikringsaftaleloven § 5
	Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 1-3	Forsikringsaftaleloven § 7	Forsikringsaftaleloven § 8
	Forsikringsaftaleloven § 9		
PRAKSIS	Højesteret · Højesterets dom om oplysningspligt og arvelige sygdomme i forsikringsaftaler		26.02.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Uagtensom fortælle af helbredsoplysninger ved forhøjelse af erhvervsevnetabsforsikring		17.12.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på erhvervsevnetabsforsikring grundet fortælle af helbredsoplysninger		05.03.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning ved tab af erhvervsevne: Fortælle af helbredsoplysninger ved tegning af forsikring		19.02.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om ophævelse af dækning ved tab af erhvervsevne grundet urigtige helbredsoplysninger		21.02.2024
	Ankenævnet for Forsikring · If Skadeforsikring: Opsigelse af forsikringer grundet mangelfulde oplysninger ved tegning		02.09.2020
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om ophævelse af forsikring ved tab af erhvervsevne grundet manglende helbredsoplysninger		22.01.2020
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for tandskade grundet urigtige oplysninger ved forsikringstegning		25.04.2018
	Ankenævnet for Forsikring · Sag om ophævelse af forsikring ved tab af erhvervsevne grundet urigtige helbredsoplysninger		30.12.2013

God skik-reglerne: selskabet bærer ansvaret for spørgsmålenes udformning

Oplysningspligten suppleres af en tilsynsretlig ramme, der i praksis flytter en del af risikoen tilbage på selskabet. [Vejledningen til bekendtgørelse nr. 330 af 7. april 2016 om god skik for finansielle virksomheder](#) fastslår i [bemærkningerne til § 22](#):

Det påhviler som udgangspunkt selskabet at udforme spørgsmålene til kunden, på en sådan måde, at det sikres, at kunden får afgivet de oplysninger, som er nødvendige for selskabets vurdering af, om forsikringen kan antages og på hvilke vilkår. Hvorvidt selskabet efterfølgende kan gøre gældende, at der er afgivet urigtige eller mangelfulde oplysninger, er reguleret af forsikringsaftalelovens §§ 4-10.

Vejledningen tilføjer to skærper: "Kundevejledning om konsekvenserne af urigtige oplysninger skal gives, hver gang der afgives helbredsoplysninger", og de indhentede helbredsoplysninger "må ikke omfatte mere, end hvad der er nødvendigt" – de skal være "saglige og relevante for at afdække den forsikringsrisiko, som selskabet kommer til at påtage sig".

Dette har direkte betydning for præ-eksisterende lidelser: rejser selskabet et ja/nej-spørgsmål om lægebesøg så bredt, at trivielle bifund formelt skulle oplyses, kan det ikke uden videre bygge et fuldt bortfald på undladelsen

– jf. netop nævnets vurdering i [AK 102521](#), hvor nakkemyoser konstateret som objektivt bifund ved en skulderundersøgelse ikke skulle oplyses selvstændigt.

Særligt vigtigt ved **selskabsskift** er **bemærkningerne til § 23**, der udtrykkeligt kodificerer nævnets egen praksis:

Efter Ankenævnet for Forsikrings praksis gælder der allerede i dag en forpligtelse for det modtagende selskab til, inden det opsiges forsikringen i det gamle selskab, at sikre sig, at der er fuld klarhed over, på hvilke vilkår forsikringerne kan antages i det modtagende selskab.

Vejledningen fremhæver, at bestemmelsens stk. 2 "alene vedrører personforsikring, det vil bl.a. sige ulykkes-, syge- og sundhedsforsikring, kritisk sygdom samt livs- og pensionsforsikring", og at selskabet skal gøre kunden opmærksom på, at "en forværring af helbred kan have negative konsekvenser for kundens muligheder for at få de samme eller bedre dækninger hos den nye udbyder". Det er præcis den fælde, en forsikringstager med en begyndende lidelse går i ved skift: det gamle selskabs dækning ophører, og det nye tegner med klausul eller afslår.

Endelig kræver **bemærkningerne til § 24**, at kundens valg skal fremgå – udtrykkeligt med det eksempel, "om kunden på en kritisk sygdomsforsikring har karenperiode". Da karenstid efter forarbejderne til [§ 120 a](#) er den lovlige måde at udskyde forsikringstiden på, er oplysningen om karen et centralt bindeled mellem tilsynsret og dækningsret.

LOV

[Forsikringsaftaleloven § 120a, stk. 3](#)

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Uagtens fortælle af helbredsoplysninger ved forhøjelse af erhvervsevnetabsforsikring

17.12.2025

§ 9 Kendskabsklausuler i sundheds-, løn- og rejseforsikring

Uden for ulykkesforsikringen bruger selskaberne typisk ikke en kausalitetsklausul, men en **kendskabsklausul**, der knytter undtagelsen til, hvad den sikrede vidste eller burde vide ved ikrafttrædelsen.

Standardformuleringen er gengivet i [AK 94238](#) om en lønsikring:

Forsikringen dækker ikke uarbejdsdygtighed, hvis der er tale om: Sygdom, sygdomstilstand eller tilskadekomst, som du på ikrafttrædelsestidspunktet var eller burde have været bekendt med, eller som du søgte læge for inden for 12 måneder før forsikringens ikrafttræden.

Klageren havde haft lænde- og hoftesmerter siden 2017, tegnede lønsikring i marts 2018, blev hofteopereret i november 2018 og opsagt i maj 2019 på grund af sygefravær. Nævnet fandt klausulen "klar", lagde til grund, at klageren var bekendt med problematikken før ikrafttrædelsen, og at uarbejdsdygtigheden skyldtes netop disse forhold. Bemærkelsesværdigt afviste nævnet argumentet om, at de senere konstaterede rygproblemer var en "ny opdagelse" – journalerne viste, at de indgik i det samlede smertebillede, der havde eksisteret siden 2017. **Et nyt diagnostisk navn på et gammelt symptombillede skaber altså ikke en ny lidelse.**

En beslægtet konstruktion optræder i rejseforsikring, hvor eksisterende lidelser kombineres med en oplysningsforpligtelse – jf. [AK 96775](#), afgjort med henvisning til bl.a. [forsikringsaftaleloven § 22](#) og [§ 32](#). De rejsespecifikke afbestillingsspørgsmål behandles nærmere i [rejseforsikring og sygdom/afbestilling](#).

I sundhedsforsikring optræder undtagelsen ofte som en **tidsbegrænsning for kroniske lidelser** frem for en egentlig præ-eksistensklausul – men virkningen er den samme, fordi kroniske lidelser næsten altid er anlagt før behandlingsbehovet. Her har nævnet sat en klar grænse; se næste afsnit.

Afgrænsningen til de tilstødende temaer bør holdes for øje: selve fastsættelsen af méngraden behandles i [ulykkesforsikring og méngradsfastsættelse](#), mens dækningsudløsningen ved kritisk sygdom hører under [kritisk sygdom-forsikring](#).

LOV	Forsikringsaftaleloven § 22	Forsikringsaftaleloven § 32
PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for behandlingsudgifter under rejseforsikring grundet eksisterende lidelse og manglende oplysninger	18.05.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning fra lønsikring grundet præeksisterende lænd- og hofteproblematik	01.04.2020

Uklarhedsprincippet som modvægt: uklare undtagelser fortolkes § 10 mod selskabet

Fordi undtagelsen for præ-eksisterende lidelser er aftalebaseret, er **uklarhedsprincippet** (contra proferentem) den sikredes vigtigste modvægt. Praksis viser, at nævnet og domstolene håndhæver det med betydelig konsekvens.

Den klareste illustration er [AK 101281](#) om en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring. Vilkåret lød: "Behandling og/eller operation af kroniske sygdomme og lidelser dækkes i op til 6 mdr. fra diagnositidspunktet, hvis behandling og/eller operation kan kurere eller bedre tilstanden væsentligt og varigt." Klageren fik konstateret hofteartrose 26. juli 2023, fulgte de nationale kliniske retningslinjer med træning og blokade først, og anmodede om operation 25. januar 2024 – inden for seks måneder, men operationen var ikke udført. Selskabet afviste. Nævnet gav medhold:

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at det ikke med tilstrækkelig klarhed fremgår af forsikringsbetingelserne, at operationen skal være foretaget inden for 6 måneder fra diagnositidspunktet. Nævnet finder, at bestemmelsen må forstås således, at forsikringstageren skal have anmodet om dækning af den ønskede behandling/operation inden for 6-måneders-fristen.

To begrundelser bærer resultatet. For det første **risikofordelingen**: selskabets fortolkning ville lægge risikoen for selskabets egen sagsbehandlingstid og for ventetider på privathospitaler over på forsikringstageren. For det andet et skærpet **klarhedskrav**: vil et selskab håndhæve, at en behandling skal være endeligt afsluttet inden for en frist, skal det fremgå "endog meget klart og tydeligt". Afgørelsen har en videre pointe: en vilkårskonstruktion, der presser patienter til hurtig operation frem for konservativ behandling efter lægefaglige retningslinjer, kan ikke opretholdes på et uklart grundlag.

Højesteret har anvendt samme princip på en klassisk præ-eksistensproblemstilling i [BS-29825/2020-HJR](#) om fortolkningen af forsikringsbetingelser ved skade på **parrede organer** (øjne) – netop den situation, hvor en forudbestående svækkelse af det ene organ gør skaden på det andet langt mere indgribende. Dommen bekræfter, at uklarhedsprincippet er det bærende fortolkningsredskab, når betingelserne ikke utvetydigt fordeler risikoen.

Mønsteret på tværs af medholdssagerne er entydigt: den sikrede vinder ikke på lægelig uenighed, men på **vilkårenes uklarhed** og på **selskabets processuelle skridt** – som i [AK 102348](#), hvor selskabet blev pålagt at

indhente en AES-udtalelse, og i [AK 102521](#), hvor selskabets eget klausulregelsæt afskar det fra at annullere aftalen.

PRAKSIS	Højesteret · Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet	12.05.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Uagtsom fortielse af helbredsoplysninger ved forhøjelse af erhvervsevnetabsforsikring	17.12.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Tvist om forværring af skulderskade og betydningen af forudbestående degenerative forandringer	03.12.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Fortolkning af 6-måneders frist for behandling af kroniske lidelser i sundhedsforsikring	30.10.2024

§ 11 Forældelse og anmeldelse: den skjulte faldgrube ved langsomt udviklende lidelser

Præ-eksisterende lidelser udvikler sig typisk langsomt, og netop derfor rammes de ofte af **forældelse**, inden tvisten om kausalitet overhovedet bliver prøvet. Kravet er underlagt 3-årig forældelse, jf. [forsikringsaftaleloven § 29](#) og [forældelsesloven § 3](#).

Nævnet formulerede standarden i [AK 90280](#):

Fristen regnes fra det tidligste tidspunkt, hvor klageren har haft rimelig anledning til og mulighed for at gøre kravet gældende over for selskabet. Det er ikke en betingelse, at omfanget af skaden skal have været klageren bekendt på dette tidspunkt.

Klageren faldt 2,5 meter ned fra et stillads i august 2009, gik til fysioterapi månedligt fra oktober 2009 til februar 2011, men anmeldte først i maj 2016. Nævnet fandt, at han "senest ved de fysiurgiske behandlinger fra oktober 2009 til februar 2011 burde have været klar over, at ulykkestilfældet (...) havde medført sådanne følger, at det kunne danne grundlag for et krav". Kravet var forældet, og nævnet tog derfor slet ikke stilling til årsagssammenhængen.

Dette er en systemisk fælde: den sikrede, hvis gener gradvist forværres på baggrund af en degenerativ grundlidelse, venter typisk med at anmelde, indtil det står klart, at skaden er varig – men netop den venten udløser forældelsen. Samme mekanik i [AK 84561](#), hvor selskabet gjorde forældelse gældende ved en anmeldelse godt tre et halvt år efter hændelsen.

[AK 101078](#) viser en anden og mindre intuitiv variant: her var det ikke selve skadeskravet, men **retten til at anfægte en tidligere méngradsvurdering**, der var forældet – med den konsekvens, at det gamle mén på 12 % lå fast som fradragsgrundlag ved den senere skade. Nævnet fastslog, at kravet på ændring "er forældet senest den 16/2 2019". Den, der accepterer en méngrad i tillid til, at den ikke får betydning fremadrettet, binder sig altså også for fremtidige skader på samme legemsdel.

Praktisk følger heraf, at anmeldelse bør ske ved første lægelige kontakt efter hændelsen – både fordi strakssymptomer er det tungeste kausalitetsbevis, og fordi forældelsesfristen løber fra det tidspunkt, hvor generne gav rimelig anledning til at rejse kravet.

LOV

[Forsikringsaftaleloven § 29](#)[Forældelsesloven § 3](#)

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Forældelse af krav om nedsættelse af méngrad og betydningen for efterfølgende ulykkesskade på samme knæ	07.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Alka Forsikring: Afvisning af ulykkesforsikringskrav grundet forældelse og manglende årsagssammenhæng	14.06.2017
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for ankelskade under fodbold: Tvist om forældelse, ulykkestilfælde og årsagssammenhæng	20.01.2014

§ 12 Sammenfatning: hvor sagerne vindes og tabes

Praksis på området er bemærkelsesværdigt stabil, og udfaldene fordeler sig efter et forudsigeligt mønster.

Den sikrede taber typisk, når:

- Der ikke er dokumenterede strakssymptomer, og der går uger eller måneder til første lægekontakt ([AK 104021](#), [AK 103280](#), [AK 95398](#)).
- Billeddiagnostik viser degenerative forandringer, og policen indeholder den symptomneutrale klausul.
- Lidelsen brød ud før forsikringstidens begyndelse – uanset hvornår den blev diagnosticeret ([AK 99424](#), [AK 96761](#)).
- Han var eller burde have været bekendt med lidelsen ved tegningen, og policen har en kendskabsklausul ([AK 94238](#)).
- Selskabet dokumenterer tegningsregler, der viser, at forsikringen slet ikke ville være tegnet ([AK 91518](#)).
- Han har ventet med at anmelde ([AK 90280](#)).

Den sikrede vinder typisk, når:

- Vilkåret er uklart om, hvad fristen eller undtagelsen egentlig kræver – klarhedskravet er "endog meget klart og tydeligt" ([AK 101281](#), [BS-29825/2020-HJR](#)).
- Selskabet lader egne lægekonsulenter fastsætte fradraget, hvor Arbejdsmarkedets Erhvervssikring er rette instans ([AK 102348](#)).
- Selskabet annullerer hele aftalen, hvor dets eget klausulregelsæt kun berettigede til klausuler ([AK 102521](#)).
- Der ingen forhistorie er om gener i den skadede legemsdel, og operationsfund peger på traume.

Den strukturelle observation er, at [forsikringsaftaleloven § 120 a](#) – den eneste bestemmelse, der udtrykkeligt beskytter mod præ-eksistensundtagelsen – har et **meget snævert anvendelsesområde**. Den forudsætter en sagkyndig erklæring indhentet med henblik på vurdering af netop den pågældende sygdom, og forarbejderne understreger, at den ikke gælder, hvor selskabet har "nøjedes" med kundens egne helbredsoplysninger. Da langt de fleste ulykkes-, sundheds- og lønsikringer tegnes netop sådan – med en helbredserklæring udfyldt af kunden – falder hovedparten af sagerne uden for lovbeskyttelsen og afgøres alene på policevilkårene og bevisbyrden. Udvalget bag reformen forudså dette og bemærkede selv, at bestemmelsen "vil have et snævert anvendelsesområde".

Den praktiske konsekvens er, at tyngden i rådgivningen ligger tre steder: **anmeld straks og få strakssymptomerne journalført; læs klausultypen** – hovedårsag, latens eller symptomneutral gør en reel forskel; og **kontrollér selskabets processuelle grundlag**, herunder om fradraget hviler på en kompetent instans, og om tegningsreglerne faktisk bærer et fuldt bortfald frem for en klausul.

PRAKSIS

Højesteret · Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet	12.05.2021
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for skuldergener og diskusprolaps grundet manglende bevis for ulykkestilfælde	17.12.2025
Ankenævnet for Forsikring · Uagtsom fortielse af helbredsoplysninger ved forhøjelse af erhvervsevnetabsforsikring	17.12.2025
Ankenævnet for Forsikring · Tvist om forværring af skulderskade og betydningen af forudbestående degenerative forandringer	03.12.2025
Ankenævnet for Forsikring · Ulykkesforsikring: Afvisning af Rygskade grundet Manglende Årsagssammenhæng og Forudbestående Degenerativ Sygdom	05.11.2025
Ankenævnet for Forsikring · Fortolkning af 6-måneders frist for behandling af kroniske lidelser i sundhedsforsikring	30.10.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for nethindeløsning efter øjenoperation	09.08.2023
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for operation af hunds overrevne korsbånd - eksisterende lidelse før forsikringens ikrafttræden	06.10.2021
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af skulderskade efter trafikulykke pga. manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	20.01.2021
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning fra lønsikring grundet præeksisterende lænd- og hofteproblematik	01.04.2020
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for tandskade grundet urigtige oplysninger ved forsikringstegning	25.04.2018
Ankenævnet for Forsikring · Alka Forsikring: Afvisning af ulykkesforsikringskrav grundet forældelse og manglende årsagssammenhæng	14.06.2017

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Forsikringsaftaleloven § 3a		Forsikringsaftaleloven § 4	
Forsikringsaftaleloven § 6	stk. 3	Forsikringsaftaleloven § 10	stk. 2
Forsikringsaftaleloven § 120a	stk. 1	Forsikringsaftaleloven § 120	

MATERIALE Citerede afgørelser

41 afgørelser

HØJESTERET · ØVERSTE INSTANS

2

12.05.2021	Forsikringsbetingelsers fortolkning ved skade på parrede organer (øjne) og anvendelse af uklarhedsprincippet	bs-29825-2020-hjr
26.02.2021	Højesterets dom om oplysningspligt og arvelige sygdomme i forsikringsaftaler	bs-14231-2020-hjr

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS

32

17.12.2025	Uagtsom fortielse af helbredsoplysninger ved forhøjelse af erhvervsevnetabsforsikring	102521
17.12.2025	Afvisning af dækning for skuldergener og diskusprolaps grundet manglende bevis for ulykkestilfælde	103280

03.12.2025	Tvist om forværring af skulderskade og betydningen af forudbestående degenerative forandringer	102348
05.11.2025	Ulykkesforsikring: Afvisning af Rygskade grundet Manglende Årsagssammenhæng og Forudbestående Degenerativ Sygdom	104021
27.08.2025	Hesteforsikring: Afvisning af dækning for byld efter tandudtrækning grundet præeksisterende forhold og forbehold	102431
11.06.2025	Afvisning af dækning for skulderskade efter skifald på grund af forudgående degenerative lidelser	102576
14.05.2025	Tvist om dækning for lænderygskade: Ulykkestilfælde eller forudbestående degenerative forandringer?	102151
05.03.2025	Afslag på erhvervsevnetabsforsikring grundet fortielse af helbredsoplysninger	102165
19.02.2025	Afslag på dækning ved tab af erhvervsevne: Fortielse af helbredsoplysninger ved tegning af forsikring	102497
30.10.2024	Fortolkning af 6-måneders frist for behandling af kroniske lidelser i sundhedsforsikring	101281
07.08.2024	Forældelse af krav om nedsættelse af méngrad og betydningen for efterfølgende ulykkesskade på samme knæ	101078
15.05.2024	Afvist dækning for skulderskade under vægttræning grundet forudbestående degenerative forandringer	101297
21.02.2024	Afgørelse om ophævelse af dækning ved tab af erhvervsevne grundet urigtige helbredsoplysninger	100736
23.08.2023	Afvisning af dækning for kattesygdomsforsikring grundet eksisterende lidelse før forsikringens ikrafttræden	99750
09.08.2023	Afvisning af dækning for nethindeløsning efter øjenoperation	99424
07.06.2023	Afslag på dækning for varigt mén i ryggen som følge af manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	98942
15.02.2023	Afvisning af ménerstatning for skulderskade som følge af forudbestående degenerative forandringer og sygdoms anlæg	99038
18.05.2022	Afvisning af dækning for behandlingsudgifter under rejseforsikring grundet eksisterende lidelse og manglende oplysninger	96775
06.10.2021	Afvisning af dækning for operation af hunds overrevne korsbånd - eksisterende lidelse før forsikringens ikrafttræden	96761
20.01.2021	Afgørelse om afvisning af skulderskade efter trafikulykke pga. manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	95398
02.09.2020	If Skadeforsikring: Opsigelse af forsikringer grundet mangelfulde oplysninger ved tegning	94635
01.04.2020	Afslag på dækning fra lønsikring grundet præeksisterende lænde- og hofteproblematik	94238

22.01.2020	Afgørelse om ophævelse af forsikring ved tab af erhvervsevne grundet manglende helbredsoplysninger	94156
21.08.2019	Manglende årsagssammenhæng mellem faldulykke og degenerative skuldergener	93320
09.01.2019	Twist om méngrad efter to skulderskader: Uenighed om årsagssammenhæng mellem forværring og ulykkestilfælde	92640
15.08.2018	Afvisning af erstatning for ryggener efter faldulykke grundet manglende årsagssammenhæng og degenerative forandringer	92092
25.04.2018	Afgørelse om afvisning af dækning for tandskade grundet urigtige oplysninger ved forsikringstegning	91518
14.06.2017	Alka Forsikring: Afvisning af ulykkesforsikringskrav grundet forældelse og manglende årsagssammenhæng	90280
17.05.2017	Afgørelse om afvisning af ulykkesforsikringsdækning efter biluheld forårsaget af træthed	90448
20.01.2014	Afvisning af dækning for ankelskade under fodbold: Twist om forældelse, ulykkestilfælde og årsagssammenhæng	84561
30.12.2013	Sag om ophævelse af forsikring ved tab af erhvervsevne grundet urigtige helbredsoplysninger	84404
02.05.2012	Uenighed om fastsættelse af méngrad for knæskade med fradrag for forudbestående lidelse	81472

ANKESTYRELSEN · NÆVN / KLAGEINSTANS

7

01.01.2023	Erstatning for tab af erhvervsevne: Anvendelse af formodningsreglen ved psykiske symptomer efter fysisk arbejdsskade	9-23
01.01.2019	Anerkendelse af forværring af forudbestående sygdom som ulykke: Krav om egnethed og årsagssammenhæng	61-19
01.01.2019	Erstatning for tab af erhvervsevne ved konkurrerende sygdom: Skadelidte bærer risikoen for afklaring	75-19
01.01.2013	Arbejdsskade: Krav til årsagssammenhæng ved tandskader og forudbestående lidelser	71-13
01.01.2009	Erstatning for tab af erhvervsevne – Bevisbyrden for årsagssammenhæng mellem arbejdsskade og indtægtsnedgang	195-09
01.01.1999	Nedsættelse af erstatning for arbejdsskade grundet forudbestående svær håndledsskade og slidgigt	U-2-99
01.01.1998	Højesterets afgørelse om méngrad og fradrag for forudbestående rygdefekter i arbejdsskadesager	U-6-98