

PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over kritisk sygdom-forsikring (FAL §§ 18-22, §§ 120-130)

Diagnosekrav, karenstid, diagnosetidspunkt og forudbestående sygdom i nævns- og domstolspraksis

Version 2 · Opdateret 24. jun. 2026 · 34 afgørelser · 2009-2026

[Læs online](#)

INTRODUKTION

Kritisk sygdom-forsikring (diagnoseforsikring) er en personforsikring, der udløser en engangsudbetaling – typisk 100.000-500.000 kr. – hvis forsikringstageren i forsikringsperioden får stillet en diagnose, som policen udtrykkeligt opregner. Retsgrundlaget er forsikringsaftaleloven (FAL) §§ 18-22 om den sikredes pligter og §§ 120 ff. om personforsikring, herunder § 120 om sygdom og ulykke i forsikringstiden. Praksis fra navnlig Ankenævnet for Forsikring viser, at tvister samler sig om fire hovedtemaer: (1) opfyldelse af de kontraktslige diagnosekrav (stadiekrav, biomarkør-krav, varige neurologiske udfald), (2) diagnosetidspunktet i forhold til forsikringsperioden, (3) karenstidens rækkevidde og den objektive symptomvurdering, samt (4) undtagelsen for forudbestående eller tidligere diagnosticerede lidelser, herunder kræftkarenstiden på typisk 7-10 år.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

- 01** Forsikringstageren bærer bevisbyrden for, at forsikringsbetingelsernes præcise diagnosekrav er opfyldt; det er ikke tilstrækkeligt blot at have en alvorlig sygdom.
- 02** For kræft anses diagnosen i forsikringsmæssig forstand først for stillet, når en speciallæge i patologisk anatomi har vurderet en histologisk eller cytologisk vævsprøve – ikke ved den kliniske mistanke eller operationsdatoen.
- 03** Carcinoma in situ (forstadier til kræft) er generelt undtaget fra dækning, også selvom den pågældende kræfttype (fx malignt melanom) i invasiv form er dækket.
- 04** Modernærkekræft (malignt melanom) dækkes typisk kun fra stadie 1B og opefter; stadie 1A falder uden for de fleste policers dækningsområde.
- 05** Blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt) kræver typisk troponinstigning PLUS mindst to yderligere kriterier (vedvarende brystmerter, EKG-forandringer, billeddiagnostik, koronartromber); opfyldes kun ét tillægskriterium, afvises dækning.

- 06** Blodprop i hjernen (apopleksi) kræver objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, påvist ved CT/MR-scanning; forbigående symptomer (TIA/TCI) og kognitive gener alene dækkes ikke.
- 07** Karensbestemmelser fortolkes objektivt: det afgørende er, hvornår symptomerne faktisk viste sig – ikke om forsikringstageren eller den behandlende læge vidste, at symptomerne var udtryk for den senere diagnosticerede sygdom.
- 08** Diagnosen skal stilles inden for forsikringstiden; diagnoser stillet efter forsikringens ophør – fx ved jobskifte, alderspensionering eller opsigelse – er ikke dækket, selv om sygdommen utvivlsomt var til stede i dækningsperioden.
- 09** En 10-års (eller 7-års) karensperiode for ny kræftdiagnose efter tidligere kræft er et sædvanligt og ikke urimeligt vilkår; det kan ikke tilsidesættes efter aftalelovens § 36, selv ved to medicinsk uafhængige kræfttyper.
- 10** Selskabets rådgivningsfejl – fx mangelfuld information i salgsmails om undtagelser for tidligere sygdom – medfører kritik fra nævnet, men fører sjældent til erstatningspligt, når betingelserne er klart formuleret i policen.
- 11** Ved dissemineret sklerose (MS) kræves typisk mere end ét attack eller opfyldelse af McDonald-kriterierne; diagnosen anses for stillet, når disse kriterier er opfyldt, uanset om forsikringstageren er informeret herom.
- 12** En forværring af en eksisterende diagnose kan ikke sidestilles med en ny diagnosticering i forsikringstiden; alle grundlidelser skal være nyopstået efter forsikringens ikrafttræden.
- 13** Dilateret kardiomyopati, pacemaker-indsættelse og hjertestop er typisk ikke selvstændigt dækkede diagnoser under kritisk sygdom-forsikring; kun de specifikt opregnede hjertesygdomme med præcise EF- og behandlingskrav dækkes.
- 14** Forældelsesfristen for krav under kritisk sygdom-forsikring kan suspenderes efter forældelseslovens § 3, stk. 2, hvis forsikringstageren beviseligt var i undskyldelig uvidenhed om diagnosen.

§ 1 Retsgrundlag og forsikringens karakteristika

Kritisk sygdom-forsikring er en personforsikring, der udløser en aftalt engangsudbetaling, hvis den forsikrede i forsikringsperioden får stillet en af de diagnoser, som policens betingelser udtrykkeligt opregner.

Forsikringstypen er reguleret af [forsikringsaftaleloven \(FAL\)](#), navnlig:

- [FAL § 18](#) om den sikredes fremkaldelse af forsikringsbegivenheden
- [FAL §§ 21-22](#) om den sikredes oplysningspligter ved skadesanmeldelse
- [FAL § 120](#), der fastslår, at selskabet ved sygdom eller ulykke i forsikringstiden også hæfter for skadelige følger, der først viser sig senere

- [FAL § 29](#) om forældelse af forsikringskrav

Modsat ulykkesforsikring (se [ulykkesforsikring-mengradsfastsaettelse](#)) er udbetalingen ved kritisk sygdom uafhængig af varig méngrad eller erhvervsevnetab. Den udløses alene af, at en kontraktligt defineret diagnose stilles i forsikringsperioden og opfylder de præcise medicinske krav, som betingelserne foreskriver.

Forsikringen tegnes oftest som led i en arbejdsmarkedspensionsordning (gruppelivsforsikring via fx Forenede Gruppeliv, PFA, Danica, PenSam, Velliv eller Sampension) eller som tilvalg til en privat ulykkes- eller sundhedsforsikring. Forsikringssummen varierer typisk mellem 100.000 kr. og 655.000 kr. Gruppelivsordningen for statsansatte og tjenestemænd er reguleret i [Cirkulære om gruppelivsordning for tjenestemænd m.fl.](#), hvor forsikringssummen ved kritisk sygdom udgør 150.000 kr.

Et grundprincip i nævnspraksis er, at **bevisbyrden for dækning påhviler forsikringstageren**: det er klageren, der skal bevise, at forsikringsbetingelsernes konkrete diagnosekrav er opfyldt. Denne bevisbyrde-regel er formuleret konsekvent i Ankenævnets afgørelser.

LOV

[Forsikringsaftaleloven § 18](#)[Forsikringsaftaleloven § 22](#)[Forsikringsaftaleloven § 29](#)[Forsikringsaftaleloven § 120](#)

§ 2 Diagnosekrav ved kræft: Stadietkrav og in situ-undtagelsen

Kræft er den hyppigste årsag til krav om udbetaling ved kritisk sygdom, men betingelserne stiller præcise stadietkrav. Praksis viser tre centrale begrænsninger:

1. Histologisk verifikation som diagnosetidspunkt

En kræftdiagnose anses i forsikringsmæssig forstand først for stillet, når en speciallæge i patologisk anatomi har vurderet en histologisk eller cytologisk vævsprøve. Hverken den kliniske mistanke, operationsdatoen eller CT-scanningsfund er tilstrækkelige. I [sag 96823](#) fik en forsikringstager bortopereret et modermærke den 26. januar 2021, men den mikroskopiske undersøgelse blev først foretaget den 3. februar 2021 – efter forsikringens ophør den 31. januar. Nævnet fastslog, at diagnosetidspunktet var den 3. februar, og afviste dækning.

Tilsvarende i [sag 92734](#), hvor nyrekræft blev mistænkt ved CT-scanning i marts 2018, men histologisk først bekræftet den 11. april – 11 dage efter forsikringens ophør.

2. Carcinoma in situ (forstadier) undtaget

Forsikringsbetingelserne undtager generelt alle forstadier til kræft, herunder carcinoma in situ, svær dysplasi og tumorer med lavt malignt potentiale. Denne undtagelse gælder også for malignt melanom in situ, selvom modermærkekræft i invasiv form er dækket. I [sag 79067](#) afviste PensionDanmark udbetaling for superficielt spredende malignt melanom in situ med den begrundelse, at in situ-tilfælde er specifikt undtaget i betingelsernes bilag 2. Nævnet gav selskabet medhold.

Samme resultat i [sag 97435](#) (Forenede Gruppeliv, 2022) og [sag 98597](#) (Danica Pension, 2022).

3. Stadietkrav for modermærkekræft: stadiet 1B-4

Hvor modermærkekræft er dækket, kræver betingelserne typisk minimum stadiet 1B. I [sag 104414](#) (2026) fik klageren fjernet et modermærke, hvor hospitalet angav stadiet som TX (tykkelse ikke målbar). En uafhængig

vurdering fra Videncenter for Helbred & Forsikring (HEFO) klassificerede imidlertid tilstanden som stadie 1A. Nævnet accepterede HEFOs vurdering og fastslog, at stadie 1A falder uden for dækningsområdet (1B-4). TX-betegnelsen ændrede ikke ved det faktiske lægelige billede af en mindre aggressiv svulst.

PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for kritisk sygdom ved modermærkekræft pga. manglende opfyldelse af stadiet (1B-4)	21.01.2026
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom (malignt melanom in situ)	16.11.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på forsikringsdækning for modermærkekræft in situ (forstadie) som kritisk sygdom	02.03.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom efter forsikringens ophør	10.11.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling ved kritisk sygdom som følge af diagnosetidspunkt efter forsikringsophør	17.12.2018
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for 'malignt melanom in situ' under forsikring for kritisk sygdom	04.05.2011

§ 3 Diagnosekrav ved hjertesygdomme: Biomarkører, EF-krav og behandlingsformer

Hjertesygdomme udgør en anden væsentlig diagnosegruppe, hvor betingelserne stiller stringente kumulative krav.

Blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt)

Forsikringsbetingelserne kræver typisk en klar og entydig diagnose baseret på en stigning og fald i kardielle biomarkører (troponin), kombineret med mindst to af fire tillægskriterier: vedvarende brystmerter, EKG-forandringer, billeddiagnostisk evidens og identifikation af koronartromber ved KAG.

I [sag 97967](#) (Velliv, 2022) havde klageren troponinstigning, men brystmerterne ophørte ved ankomst til sygehuset, EKG var normalt, ekkokardiografi var normal, og KAG viste ingen signifikante stenoser. Da kun ét tillægskriterium (biomarkører) var opfyldt, afviste nævnet dækning – uanset at et andet selskab havde udbetalt for samme hændelse efter sine egne betingelser.

I [sag 100258](#) (Forenede Gruppeliv, 2024) blev der slet ikke taget blodprøver for troponin på grund af personalemangel. Selvom flere kardiologer efterfølgende bekræftede, at klageren havde haft en blodprop, fastslog nævnet, at forsikringsbetingelsernes specifikke krav om målbar troponinstigning var ufravigelige.

Bypassoperation og ballonudvidelse

Dækningen for koronarsklerose kræver typisk, at patienten enten er opereret eller optaget på officiel venteliste. I [sag 97151](#) (Danica Pension, 2021) blev kranspulsåreforsnævring verificeret ved CT-scanning den 5. januar 2021, men forsikringen var ophørt den 1. januar. Nævnet fastslog, at dækning kræver optagelse på venteliste, hvilket først skete efter ophøret.

Kardiomyopati og pacemaker

Dilateret kardiomyopati og pacemaker-indsættelse er typisk ikke selvstændigt dækkede diagnoser. I [sag 91794](#) (Alka, 2018) blev dækning afvist for kardiomyopati diagnosticeret i 2011, da diagnosen ikke stod på den udtømmende liste. En senere ballonudvidelse i 2018 blev dog anerkendt som en ny, selvstændig

dækningsberettiget begivenhed. I [sag 97758](#) (2022) havde klageren arytmogen kardiomyopati med bevaret pumpefunktion (EF 60-70 %) – dette opfyldte ikke kravet om EF på højst 40 % for dilateret kardiomyopati.

PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom (blodprop i hjertet) grundet manglende dokumentation for opfyldelse af forsikringsbetingelser	07.02.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for bypassoperation efter tidligere blodprop i hjertet – Forsikrings-Aktieselskabet Alka	29.11.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afslag på udbetaling for kritisk sygdom (blodprop i hjertet) grundet manglende opfyldelse af forsikringsbetingelser	14.09.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom (kardiomyopati) grundet manglende opfyldelse af diagnosekriterier	18.05.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Tvist om dækning for kritisk sygdom: Betydningen af diagnosetidspunkt ved forsnævret kranspulsåre	24.11.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for forstørret hjerte og pacemaker under forsikring for kritisk sygdom	20.06.2018

§ 4 Diagnosekrav ved blodprop i hjernen (apopleksi): 24-timers varighed og blivende udfald

Betingelserne for dækning af apopleksi stiller typisk krav om:

- Akut beskadigelse af hjernen med objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed
- Påvist ved hjernescanning (CT/MR) med fund svarende til infarkt, trombose eller blødning
- Blivende følger (vurderet efter 3 måneder) svarende til den påviste hjernebeskadigelse
- Følger i form af kognitive gener eller træthed alene er **ikke** tilstrækkelige

I [sag 101520](#) (Sampension, 2024) havde klageren små infarkter i lillehjernen bekræftet ved MR, men synsforstyrrelserne varede kun ca. 30 minutter (TIA). Nævnet afviste dækning, da 30 minutters varighed ikke opfylder 24-timers-kravet.

I [sag 103761](#) (AP Pension, 2025) havde klageren et venstresidigt lillehjerneinfarkt, men klagede over **højresidige** styringsbesvær. Nævnet afviste dækning, da symptomerne var anatomisk inkongruente med den påviste skade.

I [sag 95719](#) (2021) fastslog nævnet eksplicit, at tinnitus er en subjektiv lydoplevelse og ikke kan klassificeres som et objektivt neurologisk udfaldssymptom.

I [sag 95807](#) (PenSam, 2021) blev apopleksimistanken frafaldet efter normal CT/MR-scanning, selvom klageren initialt havde klassiske symptomer (højresidig lammelse, ansigtslammelse, taleforstyrrelser). Nævnet understrejer, at en klinisk mistanke ikke er tilstrækkelig – selve beskadigelsen skal være påvist ved scanning.

PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for kritisk sygdom (apopleksi) grundet manglende sammenhæng mellem symptomer og hjernebeskadigelse	19.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af erstatning for kritisk sygdom ved blodprop i hjernen uden varige neurologiske udfald	09.10.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afslag på udbetaling for kritisk sygdom (apopleksi) grundet manglende opfyldelse af diagnosekrav	11.08.2021

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for kritisk sygdom (apopleksi) grundet manglende påvisning af hjerneblødning eller blodprop 17.02.2021

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afslag på udbetaling for kritisk sygdom (blodprop i hjernen) pga. manglende påvisning af varige neurologiske udfaldssymptomer 25.01.2021

Diagnosekrav ved dissemineret sklerose (MS): McDonald-kriterier og symptomdebut

For dissemineret sklerose (MS) kræver forsikringsbetingelserne typisk mere end ét veldefineret attack eller et fremadskridende forløb. Diagnosen skal understøttes af MR-fund (multiple affektioner af den hvide substans) og/eller oligoklonale bånd i rygmarvsvæsken. Hvis der kun har været ét attack, kræves opfyldelse af McDonald-kriterierne.

I [sag 93282](#) (PenSam, 2019) havde klageren fået stillet diagnosen dissemineret sklerose i 2007, men forsikringen hos PenSam trådte først i kraft i 2014. Et nyt attack i 2017 ændrede ikke ved, at grunddiagnosen var stillet syv år før ikrafttræden. Nævnet fandt, at:

"PenSam udbetaler ikke forsikring ved visse kritiske sygdomme, hvis ... kunden har fået stillet samme eller tilsvarende diagnose, inden forsikringen trådte i kraft."

I [sag 93587](#) (PFA Pension, 2019) fik klageren delvist medhold: nævnet fastslog, at forældelsesfristen var suspenderet efter forældelseslovens § 3, stk. 2, fordi klageren var i undskyldelig uvidenhed om diagnoseændringen fra CIS (forstadie) til MS. Krav under den ældre police var derfor ikke forældet – men krav under en nyere police faldt uden for dækningsperioden.

I [sag 101223](#) (2024) afviste nævnet dækning for MS diagnosticeret i september 2022, fordi MR-scanninger fra 2014 og 2015 allerede opfyldte to af McDonald-kriterierne, og klageren havde haft progressive kognitive vanskeligheder siden 2018 – alt sammen før forsikringens tegning i december 2021.

LOV

[Forældelsesloven § 3, stk. 2](#)

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for Multipel Sklerose (MS): Tvist om symptomdebut før karenperiodens udløb 05.11.2025

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for dissemineret sklerose grundet symptomdebut før forsikringstegning 26.06.2024

Ankenævnet for Forsikring · Kritisk sygdom: Forældelse af krav ved dissemineret sklerose og betydningen af diagnosetidspunkt 04.09.2019

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling for kritisk sygdom (sklerose) grundet diagnose før forsikringens ikrafttræden 15.05.2019

§ 6 Karenperiodens rækkevidde: Objektiv symptomvurdering

Forsikringsbetingelserne indeholder typisk en karenperiode på 2-4 måneder efter tegning, inden for hvilken diagnoser ikke dækkes. Et centralt tvistspørgsmål er, om symptomdebut faldt før eller efter karenperiodens udløb. Nævnets faste praksis er, at karenbestemmelsen er **objektivt formuleret**: det afgørende er, hvornår symptomerne faktisk viste sig – ikke om den forsikrede eller den behandlende læge vidste, at symptomerne var udtryk for den senere diagnosticerede sygdom.

I [sag 104401](#) (Alm. Brand, 2026) tegnede klageren forsikring med ikrafttræden 1. maj 2025. Allerede i marts 2025 op søgte han speciallæge med globulusførnemmelse og murrende ubehag i mandlerne. Kræftdiagnosen (planocellulært karcinom) blev stillet histologisk den 15. august 2025 – efter karensperiodens udløb den 11. august. Alligevel afviste nævnet dækning:

"Nævnet bemærker, at det efter forsikringsbetingelsernes ordlyd ikke er afgørende, om klageren har haft viden om, hvilken sygdom hun har haft, så længe hun har været vidende om symptomerne."

Klagerens behandlende speciallæge erklærede, at symptomerne i marts ikke gav mistanke om kræft – men nævnet fastslog, at den behandlende læges subjektive mistanke var irrelevant. Det afgørende var, at symptomerne *objektivt set* viste sig at tilhøre den sygdom, der blev diagnosticeret.

I [sag 92917](#) (If Skadeforsikring, 2020) var indikation for bypassoperation fundet den 20. juli 2015 – før forsikringens ikrafttræden den 1. august. Operationen skete den 30. september, inden karenstidens udløb den 1. november. Nævnet afviste dækning.

I [sag 96225](#) (Velliv, 2021) blev forhøjelse af dækningen behandlet som nytægning med egen karenperiode på 1 måned. Klageren, der forhøjede fra 100.000 til 655.000 kr. den 1. april 2020 og fik kræft diagnosticeret den 28. april, fik kun udbetalt basisdækningen.

I [sag 103779](#) (Tryg, 2025) havde klageren selv oplyst til neurologen, at hun i 2 år havde haft vandladningsproblemer (urge) – et anerkendt MS-debutsymptom. Nævnet accepterede klagerens eget udsagn som sandfærdigt og afviste dækning, trods hendes argument om, at oplysningen var givet i "choktilstand".

PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Halskræft diagnosticeret efter karenperiode – symptomer fra marts 2025 udelukker kritisk sygdomsdækning (AK 104401)	18.03.2026
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for Multipel Sklerose (MS): Tvist om symptomdebut før karenperiodens udløb	05.11.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Tvist om karenperiode for børneforsikring ved diagnosticering af hjernetumor	30.10.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Velliv: Afvisning af forhøjet dækning ved kritisk sygdom pga. karenperiode	30.06.2021
	Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for kritisk sygdom grundet diagnose inden for karenperiode	18.03.2020

Forudbestående sygdom og kræftkarenperioden (7- og 10-års-reglen)

Et grundvilkår i kritisk sygdom-forsikring er, at diagnoser stillet **før** forsikringens ikrafttræden ikke dækkes. For kræft opererer de fleste selskaber med en særlig karenperiode (typisk 7 eller 10 år), der giver en begrænset mulighed for dækning ved ny kræftdiagnose, hvis der er forløbet mindst 7-10 år uden kræftdiagnose, symptomer eller behandling.

I [sag 102032](#) (Forenede Gruppeliv, 2025) havde klageren brystkræft i 2015 og modermærkekræft i 2024 – under 10 år mellem diagnoserne. Nævnet afviste dækning og fastslog, at 10-års karensen er et **sædvanligt** og ikke urimeligt aftalevilkår:

"Nævnet finder, at vilkåret om de 10 års karens for nye kræftdiagnoser i forsikringsbetingelsernes § 7 A ikke udgør et urimeligt aftalevilkår. Nævnet finder derfor, at der ikke er grundlag for at anvende [aftalelovens § 36](#)."

Nævnet lagde vægt på, at der var tale om en obligatorisk gruppelevsfor sikring, og at det er overenskomstparterne, der bestemmer indholdet. Det er uden betydning, om der er tale om to medicinsk uafhængige kræftdiagnoser. Selskabet oplyste, at karensen fra 1. januar 2025 blev nedsat til 5 år, men dette gjaldt ikke for diagnoser stillet før denne dato.

I [sag 100504](#) (Danica Pension/FG, 2024) spurgte klageren eksplicit ved tegning, om hun var dækket ved tilbagefald af kræft (brystkræft 4 år tidligere). Selskabets medarbejder svarede generelt, at der ikke ville være "klausuler". Nævnet bemærkede, at svaret reelt ikke besvarede spørgsmålet, men fandt ikke grundlag for erstatningspligt.

I [sag 101776](#) (Alm. Brand, 2024) kritiserede nævnet selskabets salgsemail for kun at nævne 3 måneders karenstid – ikke undtagelsen for tidligere kræft – men fastslog alligevel, at dette ikke udgjorde en erstatningspådragende rådgivningsfejl.

I [sag 97616](#) (2022) blev alle klagerens diagnoser (blodprop 1994, bypass 2004, ICD 2008, ballonudvidelse 2015) afvist, fordi de var stillet før fagforeningens selskabsskifte i 2020. En forværring i 2021 kunne ikke sidestilles med en ny diagnose.

LOV

[Aftaleloven § 36](#)

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Karensperiode ved Kritisk Sygdom: Tvist om 10-årig Kræftkarens og Aftalelovens § 36	19.03.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for kritisk sygdom (kræft) grundet tidligere diagnose	05.02.2025
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling for kritisk sygdom ved tilbagevendende kræft trods påstand om mangelfuld rådgivning ved salg	09.10.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling for kritisk sygdom ved tilbagefald af brystkræft trods spørgsmål om dækning ved tegning	07.02.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling for kritisk sygdom grundet præeksisterende hjertelidelser ved selskabsskifte	29.06.2022

Diagnosetidspunkt ved forsikringsophør: Jobskifte, § 8 alderspensionering og selskabsskifte

Et hyppigt tvistpunkt opstår, når den forsikrede fratræder sin stilling – og dermed mister gruppelevsdækningen – kort før eller under en sygdomsudredning. Forsikringsdækningen for kritisk sygdom ophører typisk ved udgangen af fratrædelsesmåneden eller 1-3 måneder derefter.

I [sag 76045](#) (Kommunernes Pensionsforsikring, 2009) ophørte dækningen den 31. december 2008. Klageren var opereret og fik udtaget væv den 22. december, men histologisvaret forelå først den 8. januar 2009. Nævnet fastslog, at diagnosetidspunktet var den 8. januar:

"Uanset at klageren fik fjernet væv til videre undersøgelse i forsikringstiden, kan nævnet ikke pålægge selskabet at betale erstatning, da det ifølge forsikringsbetingelserne er diagnosetidspunktet, der er afgørende for dækningen."

Klagerens argument om, at forsinkelsen skyldtes ferie og personalemangel, kunne ikke føre til et andet resultat.

I [sag 97729](#) (AP Pension, 2022) var klageren under udredning for kræft i øjet og fratrådte sin stilling, hvorefter dækningen ophørte den 31. oktober 2020. Den kliniske diagnose var stillet den 29. september, men den histologiske bekræftelse forelå først den 19. november. Nævnet lagde afgørende vægt på, at betingelserne kræver histologisk verifikation.

Nævnet fandt heller ikke grundlag for rådgivningsansvar, idet klagerens medarbejder korrekt rådgav om sundhedsforsikringens videreførelse, og fratrædelsesbrevet tydeligt oplyste om, at kritisk sygdom-dækningen ville bortfalde.

I [sag 102457](#) (TJM Forsikring, 2025) var dækningen for kritisk sygdom under børneulykkesforsikringen begrænset til diagnoser stillet inden det fyldte 25. år. Klageren, der var i 50'erne, havde derfor aldrig kunnet tegne dækningen.

PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for kritisk sygdom grundet forsikringstagers alder og policevilkår	14.05.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning for kritisk sygdom efter jobskifte - tvist om diagnosetidspunkt og rådgivningsansvar	29.06.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling ved kritisk sygdom som følge af diagnosetidspunkt efter forsikringsophør	17.12.2018
	Ankenævnet for Forsikring · Tidspunkt for kræftdiagnose afgørende for dækning ved kritisk sygdom	04.11.2009

§ 9 Rådgivningsansvar, berettiget forventning og uklarhedsreglen

Klagere gør hyppigt gældende, at selskabets rådgivning ved tegning var mangelfuld eller vildledende, eller at forsikringsbetingelserne bør fortolkes til forbrugerens fordel efter [aftalelovens § 38 b](#) (uklarhedsreglen). Nævnets praksis viser imidlertid, at:

- **Policen og betingelserne** udgør det juridiske grundlag for aftalen, ikke salgsemails eller mundtlige tilsagn
- Undtagelser for tidligere sygdom er **sædvanlige vilkår** i kritisk sygdom-forsikring
- Klageren bærer bevisbyrden for, at selskabet har givet vildledende oplysninger af en karakter, der er egnet til at skabe berettiget forventning

I [sag 101776](#) udtalte nævnet:

"Nævnet bemærker, at det havde været ønskeligt – når selskabet vælger at sende mailen af 15/3 2023 – at selskabet tillige medtager en oplysning om, at visse sygdomme ikke dækkes, hvis kunden tidligere har haft den pågældende sygdom. Trods dette finder nævnet efter en samlet vurdering, at der ikke er grundlag for at statuere, at selskabet har ydet en sådan fejlagtig/mangelfuld information ved salget af forsikringen, at selskabet ifalder erstatningsansvar herfor."

I [sag 92917](#) påberåbte klageren sig [FAL § 34 e](#) (oplysning om ydelsens karakter) og [aftalelovens § 38 b](#). Nævnet fandt karensbestemmelsen tilstrækkeligt klart formuleret og afviste begge anbringender.

I [sag 98580](#) nævnte selskabets medarbejder "sygdom/kritisk sygdom" i en email, men policen indeholdt ikke dækning for kritisk sygdom. Nævnet fandt ikke, at emailens formulering skabte en berettiget forventning, men bemærkede, at selskabet med fordel kunne have præciseret.

For fortolkningsspørgsmål der falder uden for selve diagnosedefinitionen, kan [forsikringspolice-uklarhed](#) konsulteres.

LOV	Aftaleloven § 38b	Forsikringsaftaleloven § 34e	
PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling for kritisk sygdom ved tilbagevendende kræft trods påstand om mangelfuld rådgivning ved salg		09.10.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på udbetaling for kritisk sygdom ved tilbagefald af brystkræft trods spørgsmål om dækning ved tegning		07.02.2024
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse vedrørende afvisning af dækning for kritisk sygdom		16.11.2022
	Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvisning af dækning for kritisk sygdom grundet diagnose inden for karenperiode		18.03.2020

§ 10 Sammenfatning og praktiske konsekvenser

Praksis fra Ankenævnet for Forsikring tegner et klart billede af retsstillingen ved kritisk sygdom-forsikring:

- **Diagnosekravene er bindende og ufravigelige:** Forsikringstageren skal opfylde de præcise, kontraktligt definerede medicinske kriterier for hver enkelt diagnose. At have en alvorlig sygdom er ikke i sig selv tilstrækkeligt.
- **Diagnosetidspunktet er afgørende – ikke sygdommens tilstedeværelse:** For kræft er det den histologiske verifikation, der tæller. For apopleksi er det objektive neurologiske udfald af over 24 timer påvist ved scanning. Forsinkelser i sundhedsvæsenet (ferie, ventetid) ændrer ikke ved dette.
- **Karenperioden fortolkes objektivt:** Den sikredes uvidenhed om symptomernes årsag suspenderer ikke karen. Symptomer, der retrospektivt viser sig at skyldes den diagnosticerede sygdom, placerer symptomdebut i karenperioden – uanset den kliniske vurdering på tidspunktet.
- **Kræftkarenen (7-10 år) er sædvanlig og ikke urimelig:** Nævnet har konsekvent afvist at tilsidesætte karensvilkår efter [aftalelovens § 36](#), også når to medicinsk uafhængige kræfttyper er involveret.
- **Rådgivningsfejl medfører sjældent erstatning:** Selvom nævnet jævnligt kritiserer selskabernes informationsniveau, er det polisen og betingelserne – ikke salgsemails – der udgør aftalegrundlaget.
- **Forældelse kan suspenderes ved uvidenhed:** Når forsikringstageren bevisligt var i undskyldelig uvidenhed om diagnoseændringen (fx fra forstadie til sikker MS), regnes forældelsesfristen først fra tidspunktet for kendskab.

For emner der grænser op til kritisk sygdom-forsikring, se de tilstødende praksisoversigter: [eksisterende-lidelser-sygdomsforsikring](#) (ren oplysningspligt uden diagnosesag), [ulykkesforsikring-mengradsfastsættelse](#) (méngradsbaseret udbetaling), [forsikringspolice-uklarhed](#) (generel uklarhedsregel), og [livsforsikring-pension](#) (løbende pensionsudbetaling).

LOV	Aftaleloven § 36	Forsikringsaftaleloven § 120	
PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Halskræft diagnosticeret efter karenperiode – symptomer fra marts 2025 udelukker kritisk sygdomsdækning (AK 104401)		18.03.2026
	Ankenævnet for Forsikring · Karenperiode ved Kritisk Sygdom: Tvist om 10-årig Kræftkaren og Aftalelovens § 36		19.03.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom efter forsikringens ophør		10.11.2021

Ankenævnet for Forsikring · Kritisk sygdom: Forældelse af krav ved dissemineret sklerose og betydningen af diagnosetidspunkt 04.09.2019

Ankenævnet for Forsikring · Tidspunkt for kræftdiagnose afgørende for dækning ved kritisk sygdom 04.11.2009

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Aftaleloven § 36	Aftaleloven § 38b
Forsikringsaftaleloven § 18	Forsikringsaftaleloven § 22
Forsikringsaftaleloven § 29	Forsikringsaftaleloven § 120

MATERIALE Citerede afgørelser

34 afgørelser

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS		34
18.03.2026	Halskræft diagnosticeret efter karenperiode – symptomer fra marts 2025 udelukker kritisk sygdomsdækning (AK 104401)	104401
21.01.2026	Afslag på dækning for kritisk sygdom ved modermærkekræft pga. manglende opfyldelse af stadiekrav (1B-4)	104414
19.11.2025	Afslag på dækning for kritisk sygdom (apopleksi) grundet manglende sammenhæng mellem symptomer og hjernebeskadigelse	103761
05.11.2025	Afslag på dækning for Multipel Sklerose (MS): Tvist om symptomdebut før karenperiodens udløb	103779
14.05.2025	Afvisning af dækning for kritisk sygdom grundet forsikringstagers alder og policevilkår	102457
19.03.2025	Karenperiode ved Kritisk Sygdom: Tvist om 10-årig Kræftkarens og Aftalelovens § 36	102032
05.02.2025	Afvisning af dækning for kritisk sygdom (kræft) grundet tidligere diagnose	102536
30.10.2024	Tvist om karenperiode for børneforsikring ved diagnosticering af hjernetumor	101568
09.10.2024	Afvisning af erstatning for kritisk sygdom ved blodprop i hjernen uden varige neurologiske udfald	101520
09.10.2024	Afslag på udbetaling for kritisk sygdom ved tilbagevendende kræft trods påstand om mangelfuld rådgivning ved salg	101776
26.06.2024	Afgørelse om afvisning af dækning for dissemineret sklerose grundet symptomdebut før forsikringstegning	101223
07.02.2024	Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom (blodprop i hjertet) grundet manglende dokumentation for opfyldelse af forsikringsbetingelser	100258
07.02.2024	Afslag på udbetaling for kritisk sygdom ved tilbagefald af brystkræft trods spørgsmål om dækning ved tegning	100504

29.11.2023	Afvisning af dækning for bypassoperation efter tidligere blodprop i hjertet – Forsikrings-Aktieselskabet Alka	100261
16.11.2022	Afgørelse vedrørende afvisning af dækning for kritisk sygdom	98580
16.11.2022	Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom (malignt melanom in situ)	98597
14.09.2022	Afgørelse om afslag på udbetaling for kritisk sygdom (blodprop i hjertet) grundet manglende opfyldelse af forsikringsbetingelser	97967
29.06.2022	Afslag på udbetaling for kritisk sygdom grundet præeksisterende hjertelidelser ved selskabsskifte	97616
29.06.2022	Afslag på dækning for kritisk sygdom efter jobskifte - tvist om diagnosetidspunkt og rådgivningsansvar	97729
18.05.2022	Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom (kardiomyopati) grundet manglende opfyldelse af diagnosekriterier	97758
02.03.2022	Afslag på forsikringsdækning for modernærkekræft in situ (forstadie) som kritisk sygdom	97435
24.11.2021	Tvist om dækning for kritisk sygdom: Betydningen af diagnosetidspunkt ved forsnævret kranspulsåre	97151
10.11.2021	Afgørelse om afvisning af dækning for kritisk sygdom efter forsikringens ophør	96823
11.08.2021	Afgørelse om afslag på udbetaling for kritisk sygdom (apopleksi) grundet manglende opfyldelse af diagnosekrav	96710
30.06.2021	Velliv: Afvisning af forhøjet dækning ved kritisk sygdom pga. karenperiode	96225
17.02.2021	Afslag på dækning for kritisk sygdom (apopleksi) grundet manglende påvisning af hjerneblødning eller blodprop	95807
25.01.2021	Afgørelse vedrørende afslag på udbetaling for kritisk sygdom (blodprop i hjernen) pga. manglende påvisning af varige neurologiske udfaldssymptomer	95719
18.03.2020	Sag om afvisning af dækning for kritisk sygdom grundet diagnose inden for karenperiode	92917
04.09.2019	Kritisk sygdom: Forældelse af krav ved dissemineret sklerose og betydningen af diagnosetidspunkt	93587
15.05.2019	Afslag på udbetaling for kritisk sygdom (sklerose) grundet diagnose før forsikringens ikrafttræden	93282
17.12.2018	Afslag på udbetaling ved kritisk sygdom som følge af diagnosetidspunkt efter forsikringsophør	92734
20.06.2018	Afslag på dækning for forstørret hjerte og pacemaker under forsikring for kritisk sygdom	91794
04.05.2011	Afvisning af dækning for 'malignt melanom in situ' under forsikring for kritisk sygdom	79067
04.11.2009	Tidspunkt for kræftdiagnose afgørende for dækning ved kritisk sygdom	76045