

PRAKSISOVERSIGT · FORSIKRINGSRET

Praksisoversigt over tand- og privat sundhedsforsikring

Dækningsundtagelser, forudbestående behandlingsbehov, nødvendighedsvurdering og fortolkning af forsikringsbetingelser

Version 2 Opdateret 24. jun. 2026 26 afgørelser · 2013-2026

[Læs online](#)

INTRODUKTION

Privat tand- og sundhedsforsikring tegnes typisk som tillæg til den offentlige sygesikring og dækker udgifter til tandbehandling, operation på privathospital og lignende ydelser. Forsikringerne er reguleret af forsikringsaftaleloven og forsikringsselskabernes konkrete forsikringsbetingelser, hvor de hyppigste tvistpunkter er afvisning af dækning for forudbestående behandlingsbehov, karenstperioder, krav om forhåndsgodkendelse af behandlingssted, afgrænsningen mellem kurativ behandling og kosmetisk/forebyggende indgreb samt kroniske lidelsers tidsmæssige dækningsbegrænsning. Praksis fra Ankenævnet for Forsikring viser et klart mønster, hvor bevisbyrden for dækningsberettigelse ligger hos forsikringstageren, og hvor tandlægejournaler og lægejournaler spiller en afgørende rolle i nævnets vurdering.

PRINCIPPER UDLEDT AF PRAKSIS

- 01** Forsikringstageren bærer bevisbyrden for, at en skade eller et behandlingsbehov er dækket af forsikringen – dette gælder både ved tandforsikring og sundhedsforsikring.
- 02** Tandlægens journalnotater er afgørende: en anbefaling om protetisk behandling (krone, implantat, bro) noteret før forsikringens ikrafttræden medfører som hovedregel, at senere protetik på samme tand er undtaget fra dækning.
- 03** Forsikringsbetingelsernes undtagelse for forudbestående behandlingsbehov gælder objektivt – forsikringstagerens manglende kendskab til en registreret anbefaling i tandlægejournalen ændrer ikke afgørelsen.
- 04** En tandforsikring dækker kun behandlingsbehov, der er opstået efter forsikringens ikrafttræden, og karenstperioden (typisk 2-6 måneder) skal være udløbet, før behandling kan dækkes.
- 05** Ved tyggeskader under ulykkesforsikring kan erstatningen nedsættes eller bortfalde, hvis tændernes tilstand inden ulykken var væsentligt forringet af caries, parodontose, fæstetab eller lignende.
- 06** Sundhedsforsikringsselskaber kan kræve forhåndsgodkendelse af behandling og behandlingssted – behandling påbegyndt uden forhåndsgodkendelse kan afvises, selv når behandlingsbehovet er akut.

- 07** Kroniske lidelser dækkes typisk kun i en begrænset periode (fx 6 måneder) fra diagnosetidspunktet – denne tidsfrist er objektiv og gælder uanset, om lidelsen var behandlingskrævende ved diagnosen.
- 08** En hofteoperation med totalprotese er ikke blot 'midlertidig symptombehandling' af artrose – et afslag med denne begrundelse er åbenbart urigtigt og kan udløse erstatningsansvar for forsikringsselskabet.
- 09** 5-års-reglen for omlavning af protetisk tandarbejde gælder uafhængigt af årsagen til det nye behandlingsbehov – også ny sygdom inden for perioden udløser reglen.
- 10** Oplysninger på forsikringsselskabets digitale kundeportal kan skabe en berettiget forventning om dækning, hvis de fremstår som en endelig opgørelse uden klare forbehold.
- 11** Forsikringsbetingelser, der ikke med fornøden klarhed udelukker et dækningsscenario, kan fortolkes til forbrugers fordel – men koncipistreglen er sjældent afgørende alene.
- 12** Ved vilkårsændringer under en igangværende skadessag gælder de vilkår, der var gældende på tidspunktet for forsikringsbegivenhedens indtræden.
- 13** Sundhedsstyrelsens specialevejledning kan berettige et sundhedsforsikringsselskab til at afvise dækning for højt specialiserede indgreb på privathospital og i stedet anvise offentlig behandling.
- 14** En arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring er ikke nødvendigvis en forbrugerforsikring, og de særlige forbrugerbeskyttelsesregler i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6, finder da ikke anvendelse.

Retsgrundlag: Forsikringsaftalelov, forsikringsbetingelser og god skik-regulering

§ 1

Privat tand- og sundhedsforsikring er reguleret af [Forsikringsaftaleloven \(FAL\)](#), der fastlægger de overordnede rammer for forholdet mellem forsikringsselskab og forsikringstager. Det konkrete dækningsomfang beror dog på de individuelle forsikringsbetingelser, som – inden for lovens rammer – kan fastsætte karensperioder, undtagelser for forudbestående lidelser, krav om forhåndsgodkendelse og tidsmæssige begrænsninger for kroniske sygdomme.

Efter [FAL § 3](#) gælder lovens bestemmelser kun, hvor andet ikke er aftalt. Forsikringsbetingelserne har dermed vid autonomi til at definere dækningens grænser, herunder undtagelser for kosmetiske indgreb, forebyggende behandling og allerede diagnosticerede lidelser.

[FAL § 6](#) regulerer konsekvenserne af urigtige helbredsoplysninger ved tegning. Ved personforsikring – herunder sundhedsforsikring – kan det efter stk. 3 bestemmes, at selskabet hæfter helt eller delvis, selv om urigtige oplysninger er givet, hvis særlige omstændigheder taler herfor.

[FAL § 24](#) regulerer forsikringsydelsens betalingstidspunkt og forrentning. Bestemmelsen påberåbes rutinemæssigt i forsikringsnævnets afgørelser, hvor selskabet pålægges forrentning af erstatningsbeløb.

Hertil kommer [Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører](#), der i § 20 pålægger forsikringsdistributøren at fastlægge kundens krav og behov inden aftalens indgåelse. Ankenævnet har dog

i flere sager fastslået, at denne bestemmelse **ikke** indebærer en pligt til særskilt at oplyse om sædvanlige dækningsundtagelser såsom forringede tænder – denne forpligtelse påhviler forsikringstageren selv ved gennemlæsning af betingelserne.

Endelig spiller [Aftaleloven § 38 b](#) (koncipistreglen) en rolle i fortolkningstvister: tvivl om en forbrugerkontrakts indhold fortolkes til fordel for forbrugeren. I praksis har Ankenævnet dog kun sjældent tillagt reglen selvstændig betydning.

LOV

[Aftaleloven § 38b](#)[Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20](#)[Forsikringsaftaleloven § 3](#)[Forsikringsaftaleloven § 6, stk. 3](#)[Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1-2](#)

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Sag om afvist dækning for tandskade under ulykkesforsikring 13.11.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af tandskade grundet eksisterende paradentose; manglende oplysning om forsikringsbetingelser 28.08.2024

Forudbestående tandlidelser som afvisningsgrund ved tandforsikring

Den hyppigste tvistårsag ved tandforsikring er selskabets afvisning med henvisning til, at behandlingsbehovet var til stede før forsikringens ikrafttræden. Tandforsikringens betingelser indeholder typisk en bestemmelse (ofte kaldet punkt 6.2 hos Dansk Tandforsikring), der undtager "allerede igangværende, planlagte eller anbefalede protetiske behandlinger". Praksis viser, at denne undtagelse håndhæves strengt.

I [sag 100269](#) havde tandlægen den 20. februar 2018 noteret en anbefaling om krone på tand +6. Forsikringen trådte i kraft i 2020, og implantatet blev først nødvendigt i 2023. Nævnet afviste dækning, idet en protetisk anbefaling forelå i journalen før forsikringens start – **uanset** at klageren hævdede aldrig at være informeret om anbefalingen.

Tilsvarende i [sag 94741](#), hvor et implantat var varslet i journalen i 2014-2015, og tandforsikringen først blev tegnet i 2017. En bro udført i 2019 blev sidestillet med det oprindeligt anbefalede implantat og afvist.

I [sag 96516](#) viste røntgenbilleder fra 2017 betændelse ved tandroden. Selvom behandlende tandlæge ikke diagnosticerede betændelsen korrekt dengang, fandt nævnet, at det objektive behandlingsbehov eksisterede, og at klagerens manglende kendskab var uden betydning.

Også i [sag 96385](#) og [sag 101569](#) blev dækning afvist, fordi caries eller defekte fyldninger var journalført kort tid inden forsikringens ikrafttræden. Det afgørende er tidspunktet for konstatering i journalen – ikke om patienten havde smerter.

Mønsteret er entydigt: tandlægejournalen er den primære beviskilde, og en journalført anbefaling om protetisk arbejde før forsikringsdatoen udelukker som hovedregel dækning af den pågældende tand.

PRAKSIS **Ankenævnet for Forsikring** · Afgørelse om afvisning af dækning for kronebehandling på tand 1+ 21.08.2024

Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af tandimplantat grundet anbefaling om krone før forsikringens ikrafttræden 15.11.2023

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for tandbehandling pga. forudbestående behandlingsbehov 24.11.2021

Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvisning af dækning for implantat grundet eksisterende betændelse ved forsikringstegning 30.06.2021

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for brobehandling grundet tidligere anbefalet implantat

27.05.2020

§ 3 Karensperioder og afvisning for tand- og tyggeskader

Tandforsikringer opererer typisk med karensperioder (2-6 måneder) efter tegning, inden for hvilke nye behandlingsbehov ikke dækkes. Formålet er at forhindre spekulation i at tegne forsikring efter et allerede konstateret behov.

I [sag 100456](#) handlede tvisten om, hvorvidt behandlingsbehov konstateret inden karensperiodens udløb var dækket. Klageren hævdede et mundtligt dækningstilsagn og klagede over, at selskabets telefonoptagelser var slettet. Nævnet fandt ikke grundlag for at fravige den skriftlige aftale.

Ved **ulykkesforsikringer med tandskadedækning** gælder særlige regler for tyggeskader.

Forsikringsbetingelserne indeholder typisk en bestemmelse om, at erstatningen kan nedsættes eller bortfalde, hvis tændernes tilstand inden ulykken var forringet. Denne undtagelse er efter nævnets praksis "sædvanlig" og kræver ikke særskilt oplysning ved tegning.

I [sag 101252](#) bød klageren i et rundstykke og sprængte en tand. Tandlægeundersøgelse samme dag viste akut betændelse og omfattende caries – tilstande der umuligt kunne være opstået momentant. Nævnet afviste dækning.

Tilsvarende i [sag 101300](#), [sag 101381](#) og [sag 101960](#) – i alle tre sager blev dækning afvist med henvisning til forudbestående parodontose, caries eller svækkede tænder. I [sag 101381](#) og [101960](#) kritiserede klagerne, at de ikke var oplyst om undtagelsen ved salget. Nævnet fastslog, at [Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20](#) ikke kræver særskilt oplysning om sædvanlige undtagelser.

I [sag 100036](#) faldt en stifttand ud under brug af tandtråd. Nævnet fandt hverken et ulykkestilfælde eller en tyggeskade, og tabet skyldtes forudbestående parodontitis og rodbetændelse.

LOV

[Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20](#)

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Tandforsikringsdækning og mundtligt tilsagn: Tvist om karensperiode og slettede telefonsamtaler	19.02.2025
Ankenævnet for Forsikring · Sag om afvist dækning for tandskade under ulykkesforsikring	13.11.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af tandskade grundet forudbestående caries og rodspidsbetændelse	11.09.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af tandskade grundet eksisterende parodontose; manglende oplysning om forsikringsbetingelser	28.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af kronebehandling til tand +5 grundet forudbestående behandlingsbehov	07.08.2024
Ankenævnet for Forsikring · Afgørelse om afvist dækning for tandskade efter stifttand faldt ud under brug af tandtråd	29.11.2023

§ 4 Tandforsikringens 5-års-regel og nyt behandlingsbehov på tidligere dækket tand

Tandforsikringer opererer ofte med en 5-års holdbarhedsregel for protetisk arbejde. Spørgsmålet er, om reglen også gælder, når det nye behandlingsbehov skyldes en helt ny sygdom – ikke mangelfuld holdbarhed.

I [sag 104294](#) havde klageren fået refusion for en krone i 2023. I 2025 opstod ny tandrodsbetændelse, og kronen måtte erstattes med et implantat. Klageren argumenterede for, at reglen kun vedrørte fysisk holdbarhed, ikke ny sygdom. Nævnet afviste dette:

"Nævnet bemærker, at forsikringsbetingelsernes punkt 6.5 kunne være formuleret mere klart. Dette kan dog ikke føre til andet resultat."

Klagerens påberåbelse af [Aftaleloven § 38 b](#) (koncipistreglen) førte heller ikke til et andet resultat. Reglen er dermed **objektiv** og gælder uanset den konkrete årsag til det nye behandlingsbehov.

Modsat dette strenge udgangspunkt viste [sag 100156](#), at nævnet skelner skarpt mellem årsagen til behandlingsbehovet. Selskabet afviste plastbehandling med henvisning til slidskader diagnosticeret før tegningen. Nævnets tandlægesagkyndige vurderede dog, at behandlingen var indiceret af **parodontitis** diagnosticeret *efter* forsikringens start. Selskabet blev pålagt fuld dækning på 9.096 kr. – uanset at tandlægen havde valgt en "utraditionel" behandlingsmetode.

LOV

[Aftaleloven § 38b](#)

PRAKSIS

Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning til implantatbehandling grundet 5-års regel om omlavning af protetisk arbejde 17.12.2025

Ankenævnet for Forsikring · Dansk Tandforsikring: Afvisning af dækning for plastbehandling - Betændelse vs. Slid 06.03.2024

Forhåndsgodkendelse og valg af behandlingssted ved sundhedsforsikring

Ved privat sundhedsforsikring (helbredsforsikring) er **forhåndsgodkendelse** og krav om brug af selskabets **behandlingsnetværk** blandt de hyppigste afvisningsgrunde. Forsikringsbetingelserne kræver typisk, at forsikringstageren kontakter selskabet, inden behandling påbegyndes, og at behandlingsstedet er godkendt.

I [sag 102267](#) afviste Tryg dækning af en grå stær-operation til 20.000 kr., fordi øjenlægen ikke var i selskabets netværk, og klageren ikke havde søgt forhåndsgodkendelse. Klageren kritiserede, at der ikke fandtes en tilgængelig oversigt over godkendte behandlere. Nævnet gav ikke medhold – selskabet havde tilbudt et alternativ i netværket, som klageren selv havde afvist.

I [sag 95792](#) blev et behandlingsforløb for en 18-årig (122.600 kr.) på et privat center afvist. PFA Pension havde i en telefonsamtale advaret klagerens mor om risikoen for manglende dækning. Behandlingsstedet var ikke længere i PFA's netværk, og forløbet var påbegyndt uden godkendelse.

I [sag 103615](#) afviste PFA dækning af en kompleks revisionsoperation i nakken (65.000 kr.) med henvisning til **Sundhedsstyrelsens specialevejledning**, der kun godkender fire offentlige universitetshospitaler til sådanne indgreb. Nævnet anerkendte selskabets ret til at følge [Sundhedsloven § 208](#) og anvise det korrekte behandlingssted ud fra behandlingens kompleksitet.

Praksis viser, at forhåndsgodkendelseskravet håndhæves strengt – også i akutte situationer. Forsikringstagere, der selv vælger behandler uden for netværket, bærer den fulde risiko for afvisning.

LOV	Sundhedsloven § 208, stk. 1	
PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · PFA afviser dækning af kompleks nakke-revisionsoperation – helbredssikring og Sundhedsstyrelsens specialevejledning	04.02.2026
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning for grå stær operation grundet manglende forudgående kontakt til forsikringsselskab	08.01.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af behandlingsforløb på privat center grundet manglende forhåndsgodkendelse	05.05.2021

Kroniske lidelser, tidsbegrænsninger og afgrænsningen behandling § 6 vs. symptomlindring

Sundhedsforsikringsbetingelser begrænser typisk dækningen af kroniske sygdomme til en periode (ofte 6 måneder) fra diagnosetidspunktet. Denne regel giver anledning til tvister om, hvornår en tilstand diagnosticeres, og om en operation er kurativ eller blot symptomlindrende.

I [sag 99844](#) krævede klageren dækning af en hofteoperation i 2023. Let artrose var imidlertid diagnosticeret allerede i 2013. Nævnet fastslog, at 6-måneders-fristen er en **objektiv tidsmæssig afgrænsning**, der gælder uanset om lidelsen var behandlingskrævende ved diagnosen, og uanset klagerens alder.

I [sag 102952](#) nåede nævnet derimod det modsatte resultat og gav klageren principielt medhold. PFA Pension havde afvist en hofteoperation med totalprotese som blot "midlertidig symptombehandling" af kronisk artrose. Nævnet fandt denne vurdering **åbenbart urigtig** og fastslog, at en totalprotese giver en væsentlig forbedring af førlighed i mange år, hvilket overskrider den almindelige forståelse af symptomlindring. Selskabet blev gjort erstatningsansvarligt for det fejlagtige afslag.

Sammenholdt viser de to sager, at:

- 6-måneders-fristen fra diagnosetidspunktet gælder som udgangspunkt objektivt
- Men en operation, der giver varig funktionsforbedring (fx totalprotese), kan **ikke** kvalificeres som blot midlertidig symptomlindring – et forsikringsselskab, der afviser med denne begrundelse, handler på egen risiko

Afgrænsningen mellem kurativ behandling og symptomlindring er dermed central og kan få stor økonomisk betydning for begge parter.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 24, stk. 1	
PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Uberettiget afslag på dækning af hofteoperation under helbredsforikring hos PFA Pension	10.09.2025
	Ankenævnet for Forsikring · Afslag på dækning af kronisk slidgigt grundet 6-måneders frist fra diagnosetidspunkt	30.08.2023

§ 7 Berettiget forventning, dækningstilsagn og uklare betingelser

I et mindretal af sager har klagerne fået medhold, fordi forsikringsselskabets kommunikation eller betingelsernes formulering ikke med fornøden klarhed udelukkede dækning.

Berettiget forventning fra digital kundeportal: I [sag 100176](#) viste Dansk Tandforsikrings kundeportal en behandlingsgodtgørelse på 18.737 kr. med specificerede beløb. Selskabet hævdede, at visningen blot var en "midlertidig registrering". Nævnet fastslog:

"Oplysningerne på klagerens personlige profil på selskabets hjemmeside har et udvisende, der har været egnet til at give klageren en berettiget forventning om, at selskabet ville dække klagerens udgifter."

Selskabet blev pålagt at dække behandlingen – præstationens definitive karakter bandt selskabet, uanset dets interne hensigt.

Uklare forsikringsbetingelser om psykiatrisk indlæggelse: I [sag 84158](#) afviste Tryg dækning af indlæggelse for spiseforstyrrelse med henvisning til, at psykiatrisk behandling kun dækkede 12 ambulante konsultationer. Nævnet fandt, at den relevante bestemmelse *"ikke med den fornødne klarhed udelukker forsikringsdækning for en indlæggelse, hvor psykiatrisk og/eller psykologisk behandling indgår"* – selskabet blev pålagt at anerkende dækningen.

Vilkårsændring under igangværende skadessag: I [sag 98312](#) godkendte selskabet i februar 2021 et behandlingsoverslag med 100 % dækning. Grundet COVID blev behandlingen udskudt, og selskabet indførte pr. 1. juli 2021 lavere takster. Nævnet fastslog det forsikringsretlige princip:

"Det følger af forsikringsretlig teori og praksis, at det er forsikringsbetingelserne, der var gældende på tidspunktet for forsikringsbegivenhedens indtræden, der skal lægges til grund."

Disse sager viser, at forsikringsselskaber bindes af den forventning, deres kommunikation skaber – men at forsikringstageren i hovedreglen ikke kan påberåbe sig en mundtlig aftale uden dokumentation.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 24	
PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Berettiget forventning om dækning af tandbro efter visning på forsikringsselskabets hjemmeside	15.11.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Krav på fuld dækning af tandimplantat trods varslede vilkårsændringer under coronaforsinkelse	04.01.2023
	Ankenævnet for Forsikring · Tryg Forsikring A/S: Afvisning af dækning for spiseforstyrrelsesbehandling på privathospital	23.09.2013

§ 8 Fortsættelsesforsikring, forsikringsophør og overgang fra kollektiv til individuel ordning

Mange privat sundhedsforsikringer tegnes via arbejdsgiveren som kollektive ordninger. Ved fratrædelse tilbydes ofte en fortsættelsesforsikring – men vilkårene kan afvige fra den oprindelige ordning.

I [sag 95514](#) ønskede klageren at videreføre sin Danica-sundhedsforsikring efter arbejdsgiverens leverandørskifte. Nævnet fastslog, at fortsættelsesforsikringen oprettes efter de tarif- og forsikringsbetingelser, der gælder for individuelle forsikringer på fratrædelsestidspunktet – der er ingen ret til identiske vilkår.

I [sag 98322](#) var en tandskade godkendt under en erhvervssundhedsforsikring med dækning frem til 4. februar 2022. Klageren fratrådte den 30. september 2021, og betingelserne fastsatte en 3-måneders efterløbsperiode. Da behandlingen først blev afsluttet i februar 2022, lå den uden for dækningen. Nævnet fandt, at forsikringen

ikke var en forbrugerforsikring efter [FAL § 2, stk. 4](#), og de særlige forbrugerbeskyttelsesregler i [FAL § 29, stk. 6](#) fandt derfor ikke anvendelse.

I [sag 100880](#) opstod tvist om ophør af en individuel tandforsikring tegnet i tilknytning til en kollektiv ordning. Da den kollektive ordning blev opsagt af virksomheden, ophørte den individuelle forsikring. Klageren, der ikke modtog direkte information om ophøret, fik ikke medhold.

Praksis viser, at forsikringstagere ved overgang fra kollektiv til individuel ordning bør sikre sig skriftlig bekræftelse af de nye vilkår – og at den korte efterløbsperiode (typisk 3 måneder) nøje bør planlægges efter.

LOV	Forsikringsaftaleloven § 2, stk. 4	Forsikringsaftaleloven § 29, stk. 6
PRAKSIS	Ankenævnet for Forsikring · Tryg Forsikring A/S: Tvist om dækning af tandlægeregninger efter ophør af kollektiv tandforsikring 17.04.2024	
	Ankenævnet for Forsikring · Afvisning af dækning til tandbehandling efter fratræden og udløb af dækningsfrist i erhvervssundhedsforsikring 14.12.2022	
	Ankenævnet for Forsikring · Danica Pension: Uenighed om vilkår for fortsættelsessundhedsforsikring efter arbejdsgiverskifte 02.12.2020	

§ 9 Sammenfatning: Hovedmønstre i nævnspraksis

Gennemgangen af praksis fra Ankenævnet for Forsikring tegner et klart billede af de retlige rammer for privat tand- og sundhedsforsikring:

- **Bevisbyrden er forsikringstagerens.** Det er gennemgående, at klageren skal bevise, at et behandlingsbehov er dækket – ikke selskabet, der skal bevise en undtagelse.
- **Journalen er afgørende.** Ved tandforsikring er tandlægejournalen det vigtigste bevis. En anbefaling om protetisk arbejde noteret blot én gang før forsikringsstart kan udelukke dækning i årevis fremover.
- **Selskabernes afvisningsgrunde er standardiserede.** Forudbestående behandlingsbehov, manglende forhåndsgodkendelse, karenperiode, kronisk-sygdoms-begrænsning og 5-års-reglen for omlavning er de fem hyppigste afvisningsgrunde. Nævnet giver som hovedregel selskaberne medhold.
- **Undtagelserne er få, men vigtige.** Selskaber bindes af deres digitale kommunikation (portalvisning), af det forsikringsretlige princip om, at vilkår på skadetidspunktet gælder, og af kravet om klarhed i betingelserne. En operation, der giver varig funktionsforbedring, kan ikke afvises som blot "symptomlindring".
- **Forbrugerens oplysningspligt.** Nævnet placerer konsekvent en forventning om, at forsikringstageren selv gennemlæser betingelserne. [Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20](#) skaber ikke en udvidet mundtlig oplysningspligt om sædvanlige undtagelser.

For yderligere information om præ-eksisterende lidelser som generelt undtagelsestema ved sygdomsforsikring henvises til [præ-eksisterende lidelser ved sygdomsforsikring](#). Spørgsmål om patientskade efter behandling behandles i [patientforsikring](#).

LOV	Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20
-----	--

REFERENCE Lovgrundlag

6 paragraffer

Aftaleloven § 38b		Bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører § 20	
Forsikringsaftaleloven § 2	stk. 4	Forsikringsaftaleloven § 6	stk. 1-3
Forsikringsaftaleloven § 24	stk. 1-2	Forsikringsaftaleloven § 29	stk. 5-6

MATERIALE Citerede afgørelser 26 afgørelser

ANKENÆVNET FOR FORSIKRING · NÆVN / KLAGEINSTANS 26

04.02.2026	PFA afviser dækning af kompleks nakke-revisionsoperation – helbredssikring og Sundhedsstyrelsens specialevejledning	103615
17.12.2025	Afvisning af dækning til implantatbehandling grundet 5-års regel om omlavning af protetisk arbejde	104294
10.09.2025	Uberettiget afslag på dækning af hofteoperation under helbedsforsikring hos PFA Pension	102952
19.02.2025	Tandforsikringsdækning og mundtligt tilsagn: Tvist om karenperiode og slettede telefonsamtaler	100456
08.01.2025	Afvisning af dækning for grå stær operation grundet manglende forudgående kontakt til forsikringsselskab	102267
13.11.2024	Sag om afvist dækning for tandskade under ulykkesforsikring	101960
11.09.2024	Afslag på dækning af tandskade grundet forudbestående caries og rodspidsbetændelse	101252
28.08.2024	Afslag på dækning af tandskade grundet eksisterende paradentose; manglende oplysning om forsikringsbetingelser	101381
21.08.2024	Afgørelse om afvisning af dækning for kronebehandling på tand 1+	101569
07.08.2024	Afslag på dækning af kronebehandling til tand +5 grundet forudbestående behandlingsbehov	101300
29.05.2024	Afslag på dækning af skulderskade opstået før tegning af sundhedsforsikring	100758
17.04.2024	Tryg Forsikring A/S: Tvist om dækning af tandlægeregninger efter ophør af kollektiv tandforsikring	100880
06.03.2024	Dansk Tandforsikring: Afvisning af dækning for plastbehandling - Betændelse vs. Slid	100156
29.11.2023	Afgørelse om afvist dækning for tandskade efter stifttand faldt ud under brug af tandtråd	100036
15.11.2023	Berettiget forventning om dækning af tandbro efter visning på forsikringsselskabets hjemmeside	100176
15.11.2023	Afslag på dækning af tandimplantat grundet anbefaling om krone før forsikringens ikrafttræden	100269
30.08.2023	Afslag på dækning af kronisk slidgigt grundet 6-måneders frist fra diagnosetidspunkt	99844

04.01.2023	Krav på fuld dækning af tandimplantat trods varslede vilkårsændringer under coronaforsinkelse	98312
14.12.2022	Afvisning af dækning til tandbehandling efter fratræden og udløb af dækningsfrist i erhvervssundhedsforsikring	98322
24.11.2021	Afvisning af dækning for tandbehandling pga. forudbestående behandlingsbehov	96385
30.06.2021	Afgørelse om afvisning af dækning for implantat grundet eksisterende betændelse ved forsikringstegning	96516
16.06.2021	Afvisning af dækning for tyggeskade under ulykkesforsikring	95914
05.05.2021	Afslag på dækning af behandlingsforløb på privat center grundet manglende forhåndsgodkendelse	95792
02.12.2020	Danica Pension: Uenighed om vilkår for fortsættelsessundhedsforsikring efter arbejdsgiverskifte	95514
27.05.2020	Afvisning af dækning for brobehandling grundet tidligere anbefalet implantat	94741
23.09.2013	Tryg Forsikring A/S: Afvisning af dækning for spiseforstyrrelsesbehandling på privathospital	84158