

Unterschätze Formulare

Falsche Angaben zum Gesundheitszustand können später den Verlust des Krankenversicherungsschutzes bedeuten.

Vollständige Auskünfte Wer Angaben zum Gesundheitsstatus schön, schadet sich mehr, als wenn er umfassend antwortet und einen Zuschlag kassiert. Das gilt auch für Beschwerden, für die Kunden weder einen Arzt aufgesucht noch Arzneien eingenommen haben. Eine Gesprächstherapie beim Psychologen, Besuche beim Heilpraktiker oder Physiotherapeuten etwa sollten Patienten nicht verschweigen. Weist der Versicherer Folgeerkrankungen nach, deren Ursache bekannte, aber nicht genannte Krankheiten oder Beschwerden waren, darf er die Police in den ersten drei Jahren kündigen. Danach ist dies nur bei arglistiger Täuschung möglich.

Zeiträume Manche Unternehmen verlangen Informationen weit in die Vergangenheit zurück. Da sind bestenfalls noch Blinddarm- oder Meniskusoperationen präsent, aber längst nicht jeder Hausarztbesuch. Versicherer, die länger als zehn Jahre zurück abfragen sollten nicht zur ersten Wahl gehören.

Ratgeber Interessenten sollten Vermittlern, die zu schnellen oder bestimmten Antworten drängen, die rote Karte zeigen. Neutrale Hilfe gibt es bei Verbraucherzentralen oder Versicherungsberatern. Versicherungsberater Stefan Albers aus Montabaur rät: „Generell beim Hausarzt eine Kopie der Krankenakte oder ein Gesundheitsattest anfordern und dem Antrag beifügen.“ Vorher auf jeden Fall mit dem Arzt reden, um Verdachtsdiagnosen zu entschärfen, die aus abrechnungstechnischen Gründen in der Akte stehen, sich aber später nicht bewahrheitet haben.

Zuschlag Wer wegen eines Unfalls oder einer Operation bei Vertragsabschluss noch behandelt wird, sollte dafür einen befristeten Zuschlag aushandeln. Denn oft sind die Folgen nach einem Jahr ausgeheilt.

Scharfe Auslese Das Prinzip der Risikoeinschränkung ist schlicht. Wer kranker ist als der Durchschnittskunde, zahlt einen Zuschlag, um zusätzliche Krankheitskosten auszugleichen. „Für Antragsteller sind Zuschläge misslich“, sagt Verbraucherschützer Scholl, „aber das Kollektiv der Versicherten schützt die scharfe Auslese sogar.“ Grund: Allzu laxe Prüfungen erhöhen die Gefahr steigender Beiträge. Schon deshalb macht es wenig Sinn, den Anbieter allein nach der Höhe des Zuschlags auszuwählen. „Sind erst mal kranke Kunden ohne entsprechende Prämien im Bestand, ist die Beitragsspirale schwer in den Griff zu kriegen“, urteilt Assekurata-Analystin Kerstin Voß. So schoss in den 80er Jahren der Beitrag eines Alt-Tarifs der Halleschen in die Höhe, die dort Risikozuschläge nur pauschal eingerechnet hatte. Heute legt die Gesellschaft nach eigenem Bekunden „strenge Maßstäbe“ an. Unterdessen haben einige Versicherer ihre Risikoprüfung verschärft. Wer nicht kerngesund ist, zahlt – und sei es für Krampfadern. Wie hoch der Aufpreis ausfällt, lässt sich für Kunden kaum nachvollziehen. Die Sätze differieren – je nach Annahmepolitik und Schätzung der zu erwartenden Kosten. Hohe Zuschläge liegen bei 70 bis 80 Prozent. Bei Aufpreisen über 100 Prozent machen viele Versicherer allerdings kein Angebot mehr: „Wenn die Kosten nur mit hohen Zuschlägen abzudecken wären, macht der Abschluss weder für uns noch für den Kunden Sinn“, sagt Wilfried Johannßen, Vorstand der Allianz Private Krankenversicherung. Bei einigen Diagnosen winken die Prüfer sogar gleich ab: nicht versicherbar. Das Urteil trifft laut Branchenkennern etwa zehn bis 30 Prozent der Antragsteller, die Vollschutz wünschen.

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung, Pressespiegel Nr. 36 vom 10.09.2004