

Leitfaden zur medizinischen Risikoprüfung für Lebens- und Arbeitsunfähigkeits- versicherung

Dieser Leitfaden gibt einen Überblick über die häufigsten Fragen zur medizinischen Risikoprüfung.

1. Was ist eine medizinische Risikoprüfung?

Eine medizinische Risikoprüfung ist die Beurteilung des Versicherungsrisikos auf der Grundlage der Informationen, die Versicherte uns beim Antrag auf Versicherungsschutz bereitstellen.

Zweck der medizinischen Risikoprüfung ist es, die Vorerkrankung(en) des Versicherten zu beurteilen, um festzustellen,

- ob wir bereit sind, den vollständigen beantragten Leistungsbetrag zu versichern
- und die Bedingungen für unser Angebot festzulegen.

2. Wer unterliegt einer medizinischen Risikoprüfung?

Die Unternehmensversicherung versichert alle Leistungen (oder Versicherungssummen) für anspruchsberechtigte Versicherte bis zu einem vorher festgelegten Schwellenwert, der auch als automatische Annahmegrenze (AAG) bezeichnet wird.

Wenn der Leistungsumfang eines Versicherten im Rahmen des Versicherungsschutzes (z. B. Lebensversicherung und/oder Berufsunfähigkeitsversicherung des Unternehmens) über

der entsprechenden AAG liegt, muss sich der Versicherte einer medizinischen Risikoprüfung unterziehen.

Gibt es für die Versicherung keine AAG, unterliegt die volle Versicherungssumme einer medizinischen Risikoprüfung.

Erhöht sich die Versicherungssumme des Versicherten während der Laufzeit des Versicherungsvertrags, kann ebenfalls eine medizinische Risikoprüfung erforderlich sein.

Wenn eine medizinische Risikoprüfung notwendig ist, müssen die Versicherten alle Vorerkrankungen angeben. Falls keine Vorerkrankungen angegeben werden, können künftige Erstattungsansprüche abgelehnt werden.

Beispiel:

AAG der Lebensversicherung für das Unternehmen:	€ 500.000
Versicherte Summe der Unternehmens-Lebensversicherung für den Versicherten:	€ 600.000
Betrag, der über der AAG liegt und medizinisch risikoprüft wird:	€ 100.000

3. Was passiert, wenn der Antragsteller die medizinische Risikoprüfung nicht abschließt?

- a) Wird das ausgefüllte Antragsformular nicht innerhalb von 30 Tagen nach Ausstellung des Antrags eingereicht, beschränkt sich die Leistung des Versicherten auf die entsprechende AAG der Gruppenversicherung des Unternehmens. Wenn für die Versicherung des Unternehmens keine AAG besteht und wir das ausgefüllte Antragsformular nicht innerhalb von 30 Tagen nach Ausstellung des Antrags erhalten, gehen wir davon aus, dass der Versicherte/das Unternehmen diesen Antrag auf Versicherungsschutz nicht mehr weiterverfolgen möchte.
- b) Legt der Versicherte die angeforderten Nachweise nach der Prüfung des Antragsformulars nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist vor, wird die Leistung auf die entsprechende AAG beschränkt. Besteht für die Versicherung des Unternehmens keine AAG und legt der Versicherte die geforderten Nachweise nach der Prüfung des Antragsformulars nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist vor, gehen wir davon aus, dass die versicherte Person/das Unternehmen diesen Antrag auf Versicherungsschutz nicht mehr weiterverfolgen möchte.

4. Was umfasst die medizinische Risikoprüfung?

Schritt 1: Der Antragsteller füllt ein Antragsformular aus und sendet es innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Benachrichtigung an underwriting@e.allianz.com.

Schritt 2: Wir prüfen das Antragsformular. Je nach Alter des Antragstellers, der Versicherungssumme, die über der AAG liegt, und den angegebenen Informationen, setzen wir uns mit dem Antragsteller in Verbindung und fordern gegebenenfalls zusätzliche medizinische Nachweise und/oder weitere Informationen an.

Schritt 3: Der Antragsteller kümmert sich um die zusätzlichen Informationen, die unser Risikoprüfungsteam angefordert hat.

Schritt 4: Nach Prüfung der Anforderungen und/oder medizinischen Nachweise, entscheiden wir über das Ergebnis der Risikoprüfung und teilen es dem Antragsteller mit. Das Unternehmen wird ebenfalls über das Ergebnis der Risikoprüfung informiert (jedoch werden keine medizinischen Informationen an das Unternehmen weitergegeben).

5. Für welche Leistungen ist der Antragsteller während der medizinischen Risikoprüfung versichert?

Solange die medizinische Risikoprüfung läuft, ist die Leistung für den Antragsteller auf die AAG beschränkt (oder auf die zuvor genehmigte Versicherungssumme, falls das Unternehmen/der Antragsteller eine Erhöhung der Versicherungssumme beantragt). Sobald die Risikoprüfung abgeschlossen ist und wir die Bedingungen des zusätzlichen Versicherungsschutzes akzeptieren, passen wir die Versicherungssumme für den Antragsteller ab dem Datum an, an dem das Ergebnis der Risikoprüfung vorliegt.

Besteht für die Unternehmensversicherung keine AAG, gilt der Versicherungsschutz für den Antragsteller erst, wenn die medizinische Risikoprüfung abgeschlossen ist.

6. Welche möglichen Ergebnisse gibt es bei der medizinischen Risikoprüfung?

Genehmigung der Standardbedingungen: Der Antragsteller ist für den vollen Leistungsanspruch zu den Standardtarifen der Unternehmensversicherung versichert.

Genehmigung mit Beitragszuschlag: Der Antragsteller ist für den vollen Leistungsanspruch versichert. Für die Versicherungssumme, die über der AAG liegt, gilt ein Beitragszuschlag.

Ablehnung: Der Antragsteller ist nur bis zur AAG der entsprechenden Versicherung versichert (sofern in der Unternehmensversicherung vereinbart).

Ausschluss: Der Antragsteller ist für den vollen Leistungsanspruch zu den Standardtarifen der Unternehmensversicherung versichert, außer für Erkrankungen/Aktivitäten, die vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Diese Ausschlüsse gelten nur für die Versicherungssumme, die über der AAG liegt.

Aufschub: Es kann keine endgültige Entscheidung über das Ergebnis der medizinischen Risikoprüfung getroffen werden. In einem solchen Fall beschränkt sich die Leistung für den Antragsteller auf die AAG und unser Risikoprüfungsteam informiert über die weiteren notwendigen Schritte zur Risikoprüfung.

7. Können Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt wieder medizinisch risikoprüft werden?

Bedingungen für eine zukünftige Risikoprüfung: Wenn ein versicherter Mitarbeiter medizinisch risikoprüft und zu den Standardbedingungen versichert wurde, gewähren wir Ihnen, die Leistungen für alle Versicherungsfälle in einem Kalenderjahr um 20 % zu erhöhen, ohne dass eine weitere medizinische Risikoprüfung erforderlich ist. Während der Laufzeit des Versicherungsvertrags des versicherten Mitarbeiters ist der Höchstbetrag für eine zukünftige Risikoprüfung auf € 250.000 für die Lebensversicherung oder dauerhafte vollständige Arbeitsunfähigkeitsversicherung, und auf € 20.000 für die langfristige oder kurzfristige Berufsunfähigkeitsversicherung begrenzt, sofern in der Unternehmensvereinbarung nichts anderes festgelegt ist. Eine zukünftige Risikoprüfung gilt nicht für Versicherte, die zu Nicht-Standardbedingungen versichert wurden, oder die mit einem Zuschlag und/oder Ausschlüssen angenommen wurden. Sobald die Höchstgrenze erreicht ist oder der Versicherte keinen Anspruch hat, unterliegt jede Erhöhung der Versicherungssumme einer medizinischen Risikoprüfung. Eine zukünftige Risikoprüfung ist für freiwillige Anträge nicht möglich.

Die Bedingungen für die Risikoprüfung gelten, solange das Gehalt und/oder die Leistung des Versicherten nicht um mehr als 20 % steigt. In einem solchen Fall erfolgt eine medizinische Risikoprüfung für den Versicherungsbetrag, der 20 % übersteigt.

Beispiel:

2024	
Versicherungssumme der Lebensversicherung für den Antragsteller:	€ 600.000
Risikogeprüfter Betrag:	€ 600.000
Ergebnis der Risikoprüfung: Genehmigung des Versicherungsschutzes für € 600.000 (und bis zu € 720.000)	
2025	
Die Versicherungssumme der Lebensversicherung des Versicherten erhöht sich auf € 650.000. Da dies ein Anstieg von weniger als 20 % ist, ist keine medizinische Risikoprüfung notwendig und der volle Leistungsanspruch ist versichert.	
2026	
Die Versicherungssumme der Lebensversicherung des Versicherten erhöht sich auf € 730.000. Da dies ein Anstieg von mehr als 20 % ist, ist eine medizinische Risikoprüfung für den Betrag von € 10.000 notwendig. Das Ergebnis der Risikoprüfung von 2024 gilt bis zu dem Betrag von € 720.000, und es ist eine zusätzliche Risikoprüfung für den Betrag notwendig, der über € 720.000 liegt.	

8. Keine schlechteren Bedingungen

Bei der Angebotserstellung für ein neues Unternehmen prüfen wir, ob wir keine schlechteren Bedingungen anbieten oder nicht. „Keine schlechteren Bedingungen“ bedeutet, dass wir weiterhin die gleichen Versicherungsbedingungen für eine medizinische Risikoprüfung und die automatische Annahmegrenze (AAG) anbieten werden, die das Unternehmen mit seinem derzeitigen Versicherer hat.

9. Wer trägt die Kosten der medizinischen Risikoprüfung?

Kosten, die durch die medizinische Risikoprüfung entstehen, müssen an den medizinischen Dienstleister zum Zeitpunkt der Konsultation für eine medizinische Untersuchung und jegliche weitere Untersuchungen/Tests gezahlt werden. Die Kosten können von uns erstattet werden, je nachdem ob der Versicherungsschutz genehmigt wurde. Außerdem erstatten wir die Kosten nur, wenn diese angemessen sind und ihre Höhe den üblichen Gebühren für standardmäßige und allgemein anerkannte medizinische Verfahren entspricht. Für Erstattungen benötigen wir eine Rechnung vom medizinischen Dienstleister, auf der alle vom Versicherten zu tragenden Kosten aufgeführt sind.

10. Welche zusätzlichen Untersuchungen können als Teil der Beurteilung nach Eingang des Antragsformulars notwendig sein?


Mögliche zusätzliche Angaben*	Definition
Bericht des Hausarztes	Medizinischer Bericht des Hausarztes: Dies ist ein ärztliches Gutachten nach den Aufzeichnungen des Hausarztes des Antragstellers. Der Antragsteller muss nicht persönlich beim Arzt untersucht werden. Auch: Hausarztbericht.
Ärztliches Gutachten	Ärztlicher Bericht zur medizinischen Untersuchung: Dies ist eine körperliche Untersuchung bei einem vom Antragsteller benannten Arzt oder beim Hausarzt des Antragstellers.
Nüchternblutzucker	Messung des Blutzuckerspiegels in nüchternem Zustand: Bei dieser Untersuchung muss der Patient 12–16 Stunden vor dem Test fasten. Es werden die Fettwerte im Blut gemessen, einschließlich Cholesterin, HDL, LDL und Triglyceride.
Blutbild	Großes Blutbild (einschließlich biochemische und hämatologische Untersuchung).
PSA	Prostata-spezifischer Antigen-Test (nur bei Männern).
HIV	Serologische Untersuchung zu HIV und Hepatitis B und C.
EKG	Klassisches und Belastungs-EKG (Elektrokardiogramm).

*Als Teil der medizinischen Risikoprüfung können weitere Untersuchungen oder ärztliche Gutachten erforderlich sein. Unser Risikoprüfungsteam informiert über die genauen Angaben, die gemacht werden müssen, während der Fall für den Antragsteller geprüft wird.

Sprechen Sie mit uns, **wir helfen Ihnen gerne weiter!**

Bei Fragen können Sie sich jederzeit mit uns in Verbindung setzen:

Helpline rund um die Uhr für allgemeine Fragen und Hilfe im Notfall

	Telefonnummer:	
	Englisch:	+ 353 1 630 1301
	Deutsch:	+ 353 1 630 1302
	Französisch:	+ 353 1 630 1303
	Spanisch:	+ 353 1 630 1304
	Italienisch:	+ 353 1 630 1305
	Portugiesisch:	+ 353 1 645 4040

Gebührenfreie Rufnummern: www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html

Wenn Sie von Ihrem Mobiltelefon aus die gebührenfreien Nummern nicht wählen können, wählen Sie bitte eine der oben aufgeführten Helpline-Nummern.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Helpline-Anrufe aufgezeichnet und zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überwacht werden.

Bitte beachten Sie, dass nur der Versicherungsnehmer (oder eine autorisierte Person) oder der Gruppenversicherungsverantwortliche Änderungen am Versicherungsvertrag vornehmen kann. Anrufern werden Sicherheitsfragen gestellt, um deren Identität zu bestätigen.

✉ E-Mail: disability.services@e.allianz.com
VAE: disability.services@e.international-healthcare.com

🏠 Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus,
Nangor Road, Dublin 12, Irland

🌐 www.allianzcare.com