

Neues Produkt auf dem deutschen Versicherungsmarkt – der Krebsbrief

Nach wie vor sind Herz-Kreislaufkrankungen in Deutschland die häufigste Todesursache. Krebs ist allerdings auf dem Vormarsch. Mit rund 490.000 Krebs-Neuerkrankungen ist hierzulande dieses Jahr zu rechnen. Da kommt ein neuer Versicherungsschutz, der Krebsbrief der FG FinanzService AG gerade recht. Was die Police kann und was nicht, das lesen Sie hier.

Nach wie vor sind Herz-Kreislaufkrankungen in Deutschland die häufigste Todesursache. Krebs ist allerdings auf dem Vormarsch. Mit rund 490.000 Krebs-Neuerkrankungen ist hierzulande dieses Jahr zu rechnen. Da kommt ein neuer Versicherungsschutz, der Krebsbrief der FG FinanzService AG gerade recht. Was die Police kann und was nicht, das lesen Sie hier.

40,2 Prozent der Sterbefälle in Deutschland waren 2011, das ist die letzte bekannte Statistik, auf Herz-Kreislaufkrankungen zurückzuführen. Zweithäufigste Todesursache waren Krebserkrankungen mit 221.500 Todesfällen. Etwa 490.000 neue Krankheitsfälle werden gezählt. „Experten schätzen, dass die Zahl der Krebserkrankungen bis zum Jahr 2050 um 30 Prozent zunehmen wird. Der Grund: Die Menschen werden immer älter und Krebs ist eine Erkrankung, von der insbesondere ältere Menschen betroffen sind.“ So steht es auf den Internetseiten der [Deutschen Krebshilfe](#) zu lesen.

Neues Produkt zahlt im Falle der Krebsdiagnose eine Sofortleistung

Die FG FinanzService AG bringt jetzt ein neues Produkt auf den Markt, den [Krebsbrief](#). Der Unisex-Tarif sieht für einen 20-jährigen Versicherten einen Jahresbeitrag von 85 Euro vor, bei einer Versicherungssumme von 75.000. Ein 40-jähriger zahlt jährlich 386 Euro, ein 50-jähriger ist mit 871 Euro dabei. Die Bedingungen sehen übersichtlich aus. Jedenfalls auf den ersten Blick. Risikoträger ist die Komunalna Poistovna, die Vienna Insurance Group. Die Police umfasst gerade einmal fünf Seiten.

Die Versicherungssumme kann auf 150.000 Euro verdoppelt werden, sie wird ergänzt durch eine Unfallversicherung für den Todesfall in Höhe von 10.000 Euro. Der Sinn dieser Ergänzung erschließt sich nicht. Bei stationärem Krankenhausaufenthalt infolge einer Krebserkrankung gibt es 100 Euro Tagegeld für 30 Tage.

Wartezeit 60 Tage

Die Wartezeit nach Vertragsabschluss beträgt 60 Tage. Danach wird geleistet, wenn eine Krebserkrankung nach den Definitionen des Vertrages diagnostiziert wird. Gezahlt wird nicht, wenn der Versicherte innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose an den Folgen dieser Erkrankung verstirbt.

Wirklich sinnvoll?

Aber es gibt noch weitere Punkte, auf die Kunden und Vermittler genau achten sollten. Gezahlt wird nicht für Patienten jenseits einer Altersgrenze von 60 Jahren. Wie bereits eingangs beschrieben, sind jedoch insbesondere ältere Menschen betroffen. Die Deutsche Krebshilfe schreibt auf deren Internetseiten, dass der Prostatakrebs mit 67.600 Fällen die häufigste Krebsart beim Mann ist. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 70 Jahren. Bei Frauen nimmt diesen Platz der Brustkrebs ein, 74.500 Frauen sind jährlich betroffen, mittleres Erkrankungsalter 65.

Ausschlüsse und Haftungsfallen

Viele Krebserkrankungen sind auf übermäßigen Alkoholenuss zurückzuführen. Wenn das als

Ursache feststeht, besteht Leistungsfreiheit. Welcher Vermittler möchte darüber mit seinem Kunden diskutieren? Vor allem im strittigen Leistungsfall? AIDS und HIV-Infektionen sind generell ausgeschlossen. Früher Drogenabhängige, die mit Medikamenten behandelt wurden, um von den Drogen wegzukommen, haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko und auch hier besteht ein Ausschluss, analog zu Alkohol.

Und zuletzt zwei weitere Punkte, die für Vermittler unübersichtlich und damit eine potenzielle Haftungsfalle sind: Die Police unterliegt österreichischem Recht und es erfolgt ein Hinweis auf ein Dokument, das auf den Internetseiten des Anbieters nicht zu finden ist: „Das englische Original dieses Dokuments gilt als Basis über dessen Auslegung und hat Vorrang vor jeder anderen Sprachversion dieses Dokuments.“

Kontakt:

Max Schreiber