



PKV-trotz-Vorerkrankung.de

KOSTENLOSER FAHRPLAN

Der Risikovorfrage-Fahrplan

PKV trotz Vorerkrankung: Ablauf, Unterlagen, Musterbriefe,
Checkliste Gesundheitsfragen, Fristen und Ihre Rechte – erst anonym
prüfen, dann beantragen.

Auf einen Blick

Die sechs wichtigsten Punkte

- Eine private Krankenversicherung trotz Vorerkrankung ist häufig möglich – oft mit **Risikozuschlag** oder **Leistungsausschluss**. Laut Finanztip machen Zuschläge oft **10 bis 20 %** des Beitrags aus.
- Anzugeben ist alles, wonach der Antrag in Textform fragt (§ 19 Abs. 1 VVG). Typisch: ambulant meist **3 Jahre**, stationär **5 bis 10 Jahre**, Psyche häufig **5 bis 10 Jahre**.
- Fehlt etwas, kann der Versicherer in der PKV **drei Jahre** lang zurücktreten, kündigen oder anpassen – bei Vorsatz oder Arglist **zehn Jahre** (§§ 21, 194 VVG).
- Die **anonyme Risikovorabfrage** zeigt vorab, wie mehrere Versicherer entscheiden würden – ohne Antrag und ohne Ablehnung in Ihrer Antragshistorie.
- Die erste Kopie Ihrer Behandlungsakte ist seit **06.02.2026 kostenlos** (§ 630g BGB); Ihre Krankenkasse informiert auf Antrag über abgerechnete Leistungen (§ 305 SGB V).
- Fallen die Gründe für einen Zuschlag weg, können Sie eine **Herabsetzung nach § 41 VVG** verlangen – ab Zugang Ihres Antrags.

Inhalt

1. Ihre vier Wege in die Krankenversicherung
2. Die anonyme Risikovorabfrage in acht Schritten
3. Checkliste: Diese Unterlagen brauchen Sie
4. Musterbriefe: Behandlungsakte und Krankenkasse
5. Checkliste: Gesundheitsfragen richtig beantworten
6. Fristen und Ihre Rechte
7. Zuschlag oder Ausschluss? Entscheidungshilfe mit Rechenbeispiel
8. Nach dem Vertrag: Musterbrief Herabsetzung nach § 41 VVG

So nutzen Sie diesen Fahrplan

Arbeiten Sie die Kapitel der Reihe nach ab. Haken Sie in den Checklisten ab, was erledigt ist. Für die eigentliche Vorabfrage brauchen Sie einen Versicherungsmakler – Gesundheitsangaben gehören nicht in ein Website-Formular, sondern in einen geschützten Beratungsprozess mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung (Art. 9 DSGVO).

1. Ihre vier Wege in die Krankenversicherung

Kein Weg passt für alle. Welche Wege Ihnen offenstehen, hängt vor allem von Ihrem Status ab.

Weg	Für wen	Was Sie wissen sollten
Anonyme Risikovorabfrage	Angestellte über der Versicherungspflichtgrenze (2026: 77.400 €; 2027 laut Kabinettsbeschluss 84.150 €), Selbstständige, Gründer	Mehrere Versicherer geben vorab ein unverbindliches Votum – ohne Namen, ohne Antrag.
Öffnungsaktion	Beamte und Beamte auf Widerruf, sechs Monate nach der Verbeamtung	Zuschlag höchstens 30 %, keine Ablehnung, keine Ausschlüsse (PKV-Verband). Frist streng beachten.
Basistarif	Personen ohne Zugang zur GKV, PKV-Versicherte (Verträge ab 2009), freiwillig GKV-Versicherte im Sechs-Monats-Fenster	Kontrahierungszwang ohne Zuschlag (§ 152 VAG); Leistungen ähnlich der GKV; 2026 höchstens 1.017,18 € im Monat.
GKV + Zusatzschutz	alle, die in der GKV bleiben (müssen)	Die GKV nimmt ohne Gesundheitsprüfung. Auch für Zusatzversicherungen ist eine anonyme Vorabfrage möglich.

Ehrlich gesagt

Nicht jede Vorgeschichte gehört in die PKV. Kommen nur Ablehnungen, sehr hohe Zuschläge oder Ausschlüsse für Bereiche zurück, die Sie absehbar brauchen, ist die GKV oft die bessere Wahl – besonders, wenn Partner oder Kinder dort beitragsfrei mitversichert wären oder Sie 55 oder älter sind (§ 6 Abs. 3a SGB V).

Privat versichert und wechselwillig?

Mit Vorerkrankung ist ein Versichererwechsel selten sinnvoll: neue Gesundheitsprüfung, höheres Eintrittsalter, meist Verlust eines Teils der Alterungsrückstellung. Prüfen Sie zuerst einen Tarifwechsel beim eigenen Versicherer (§ 204 VVG) – ohne neue Prüfung, solange Sie keine Mehrleistungen wählen.

2. Die anonyme Risikovorabfrage in acht Schritten

- 1 Erstgespräch:** Ziel, Status, Zeitrahmen und Budget klären – noch ohne Diagnosen.
- 2 Einwilligung:** Maklervertrag und eine gesonderte, ausdrückliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO), jederzeit widerrufbar.
- 3 Unterlagen:** Behandlungsakten, Leistungsauszug der Krankenkasse, Arztbriefe, Krankenhausberichte, Medikamentenliste (Kapitel 3 und 4).
- 4 Fragebogen:** Gesundheitsfragen gemeinsam vollständig beantworten – mit Diagnose, Zeitraum, Behandlung und heutigem Stand.
- 5 Vorabfrage:** Die Angaben gehen ohne Namen und Anschrift an mehrere passende Versicherer.
- 6 Voten vergleichen:** Annahme, Zuschlag, Ausschluss, Zurückstellung oder Ablehnung – über die Jahre durchgerechnet.
- 7 Antrag:** Erst jetzt, beim gewählten Versicherer, mit exakt denselben Angaben plus allem, was seitdem hinzugekommen ist.
- 8 Danach:** Antrag und Unterlagen aufbewahren; einen Zuschlag später nach § 41 VVG überprüfen lassen.

Zeitplan

Phase	Typische Dauer
Unterlagen beschaffen	einige Tage bis mehrere Wochen
Fragebogen ausfüllen	ein bis zwei Termine
Antworten der Versicherer	nach Maklerangaben meist 5 bis 10 Werktage
Vergleich und Antrag	wenige Tage, danach die normale Antragsprüfung

Wichtig für Wechsler aus der GKV

Kündigen Sie die gesetzliche Kasse erst, wenn die Zusage der PKV schriftlich vorliegt. Die Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft wird nur wirksam, wenn Sie innerhalb der Kündigungsfrist eine anderweitige Absicherung nachweisen (§ 175 Abs. 4 SGB V).

3. Checkliste: Diese Unterlagen brauchen Sie

Für alle Zeiträume, nach denen die Anträge fragen – im Zweifel für die letzten zehn Jahre.

- ☐ **Behandlungsakten** aller Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte (Musterbrief 1). Erste Abschrift kostenlos (§ 630g Abs. 1 BGB).
- ☐ **Leistungsauszug der Krankenkasse** mit abgerechneten Leistungen und Diagnosen (Musterbrief 2, § 305 Abs. 1 SGB V).
- ☐ **Elektronische Patientenakte:** Abrechnungsdaten der Kasse, sofern Sie nicht widersprochen haben – ein schneller erster Überblick.
- ☐ **Krankenhaus- und Reha-Berichte** mit Anlass, Dauer, Behandlung und Ergebnis.
- ☐ **Arztbriefe und Befunde**, vor allem zu wiederkehrenden oder chronischen Beschwerden.
- ☐ **Aktueller Abschlussbericht** Ihres Arztes, der Behandlungsende, Verlauf und heutigen Zustand bestätigt.
- ☐ **Medikamentenliste:** Wirkstoff, Dosis, seit wann, bis wann.
- ☐ **Zahnstatus:** fehlende oder ersetzte Zähne, geplante oder angeratene Behandlungen.
- ☐ **Größe und Gewicht** (aktuell).
- ☐ **Frühere Versicherungsanträge** und deren Ergebnis – viele Anträge fragen danach.

Tipp: Abrechnungsdiagnosen prüfen

Stimmen Diagnosen im Kassenauszug nicht, können Sie mit einem ärztlichen Nachweis verlangen, dass die Kasse sie berichtigt verwendet. Die Kasse muss binnen vier Wochen entscheiden (§ 305 Abs. 1 SGB V). Klären Sie solche Abweichungen vor dem Antrag – nicht danach.

HIS – ein verbreiteter Irrtum

Das Hinweis- und Informationssystem der Versicherer ist laut GDV für alle Sparten außer der privaten Krankenversicherung konzipiert (Stand 01.10.2025). Eine PKV-Ablehnung wird dort nicht gespeichert – viele Anträge fragen aber nach früheren Ablehnungen.

4. Musterbriefe

Musterbrief 1: Abschrift der Behandlungsakte anfordern

[Vorname Name] · [Straße Nr.] · [PLZ Ort] · Geburtsdatum: [TT.MM.JJJJ]

An: [Praxis / Klinik, Anschrift]

Antrag auf Abschrift meiner Behandlungsakte (§ 630g BGB, Art. 15 DSGVO)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um eine vollständige Abschrift meiner Behandlungsakte für den Zeitraum vom [TT.MM.JJJJ] bis heute, einschließlich aller Diagnosen, Befunde, Arztbriefe, Therapie- und Medikationsangaben.

Nach § 630g Abs. 1 BGB ist mir die erste Abschrift unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Ergänzend mache ich mein Recht auf eine Kopie meiner personenbezogenen Daten nach Art. 15 Abs. 3 DSGVO geltend.

Bitte senden Sie mir die Unterlagen [elektronisch an: E-Mail-Adresse / per Post an die obige Anschrift]. Für Rückfragen erreichen Sie mich unter [Telefon].

Mit freundlichen Grüßen

[Ort, Datum, Unterschrift]

Hinweis: Die Einsicht ist „unverzüglich“ zu gewähren (§ 630g Abs. 1 BGB); Auskünfte nach der DSGVO sind spätestens innerhalb eines Monats zu erteilen (Art. 12 Abs. 3 DSGVO). Allgemeines Muster ohne Gewähr, keine Rechtsberatung.

Musterbrief 2: Leistungsauskunft der Krankenkasse anfordern

[Vorname Name] · [Anschrift] · Versichertennummer: []

An: [Krankenkasse, Anschrift]

Antrag auf Auskunft über in Anspruch genommene Leistungen (§ 305 Abs. 1 SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte senden Sie mir eine Übersicht über alle zu meinen Lasten abgerechneten Leistungen für den Zeitraum vom [TT.MM.JJJJ] bis heute – einschließlich der übermittelten Diagnosen, der Behandler und der Zeiträume (ambulante und psychotherapeutische Behandlungen, Krankenhausaufenthalte, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Arbeitsunfähigkeitszeiten). Ergänzend mache ich mein Auskunftsrecht nach Art. 15 DSGVO geltend.

Bitte senden Sie die Auskunft an die obige Anschrift [oder: in das Postfach meiner Online-Geschäftsstelle].

Mit freundlichen Grüßen

[Ort, Datum, Unterschrift]

5. Checkliste: Gesundheitsfragen richtig beantworten

- ☐ **Jede Frage einzeln lesen.** Wird nach Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen, Beschwerden oder Diagnosen gefragt? Der Wortlaut entscheidet.
- ☐ **Zeitraum je Frage notieren.** Er zählt vom Tag Ihrer Unterschrift zurück; maßgeblich ist der letzte Kontakt in der Sache.
- ☐ **Erst Unterlagen, dann Antworten.** Füllen Sie nichts aus dem Gedächtnis aus.
- ☐ **Alles Gefragte angeben** – auch kurze Episoden, Kontrollen und Folgeerzepte.
- ☐ **Präzise formulieren:** Diagnose, Zeitraum, Behandler, Behandlung, Medikamente, Ergebnis und heutiger Stand.
- ☐ **Im Zweifel angeben** und einen ärztlichen Bericht beilegen.
- ☐ **Abweichende Kassendiagnosen klären**, bevor Sie unterschreiben.
- ☐ **Jede Angabe selbst prüfen.** Sie unterschreiben – auch wenn jemand anderes ausgefüllt hat.
- ☐ **Kopie des vollständigen Antrags** mit allen Anlagen aufbewahren.
- ☐ **Bis zur Annahme nachmelden:** Fragt der Versicherer vor der Annahme nach, gilt die Anzeigepflicht auch dafür (§ 19 Abs. 1 S. 2 VVG). Fällt Ihnen später etwas ein, melden Sie es nach – vor einem Leistungsfall.

Typische Abfragezeiträume

Bereich	Typischer Zeitraum
Ambulante Untersuchungen und Behandlungen	meist 3 Jahre
Stationäre Behandlungen	5 bis 10 Jahre
Psychotherapie, psychische Erkrankungen	häufig 5 bis 10 Jahre (einzelne Anträge 3 Jahre)
Zähne	aktueller Zustand, geplante und angeratene Behandlungen
Bestehende Beschwerden, Dauermedikation	oft ohne Zeitgrenze

Spannen laut Versichererangaben (Allianz, 28.09.2026) und Maklerübersichten. Maßgeblich ist allein der Wortlaut des konkreten Antrags.

6. Fristen und Ihre Rechte

Situation	Frist / Regel	Norm
Anzeige der erfragten Umstände	bis zur Vertragserklärung; Nachfragen bis zur Annahme	§ 19 Abs. 1 VVG
Versicherer erfährt von einer Verletzung	muss binnen eines Monats schriftlich und begründet handeln	§ 21 Abs. 1 VVG
Rücktritt, Kündigung, Anpassung in der PKV	erlöschen drei Jahre nach Vertragsschluss	§ 194 Abs. 1 S. 4 VVG
Vorsatz oder Arglist	zehn Jahre	§ 21 Abs. 3 S. 2 VVG
Anfechtung wegen arglistiger Täuschung	ein Jahr ab Entdeckung, höchstens zehn Jahre	§ 22 VVG, § 124 BGB
Ihr Kündigungsrecht nach Anpassung (+10 % oder Ausschluss)	ein Monat ab Zugang	§ 19 Abs. 6 VVG
Widerruf eines neuen Vertrags	14 Tage ab Zugang der Unterlagen	§ 8 VVG
Herabsetzung eines Zuschlags	ab Zugang Ihres Verlangens	§ 41 VVG
Kindernachversicherung ohne Zuschlag	Anmeldung binnen zwei Monaten nach Geburt	§ 198 VVG
Öffnungsaktion für Beamte	Antrag binnen sechs Monaten nach Verbeamtung	PKV-Verband

Ihre Rechte

- ☐ Anzeigen müssen Sie nur, wonach in Textform gefragt wird (§ 19 Abs. 1 VVG).
- ☐ Rechte wegen einer Anzeigepflichtverletzung hat der Versicherer nur nach gesonderter Belehrung in Textform (§ 19 Abs. 5 VVG).
- ☐ Gesundheitsdaten bei Dritten darf der Versicherer nur mit Ihrer Einwilligung erheben; Sie können widersprechen (§ 213 VVG).
- ☐ Kein PKV-Unternehmen darf Sie allein wegen einer Behinderung ablehnen (PKV-Verband; § 20 Abs. 2 AGG).
- ☐ Bei Streit hilft der PKV-Ombudsmann kostenlos; in komplexen Fällen eine Fachanwältin oder ein Fachanwalt für Versicherungsrecht.

7. Zuschlag oder Ausschluss? Entscheidungshilfe

	Risikozuschlag	Leistungsausschluss
Schutz für die Vorerkrankung	vollständig	keiner für den ausgeschlossenen Bereich
Beitrag	höher, wächst mit jeder Anpassung mit	normal
Kostenrisiko im Ernstfall	keines	Behandlungen zahlen Sie selbst
Später änderbar	Herabsetzung nach § 41 VVG möglich	Aufhebung nur, wenn der Versicherer zustimmt
Passt eher bei	chronischen, wiederkehrenden oder teuren Erkrankungen	abgeschlossenen, eng umgrenzten, günstig behandelbaren Befunden

Rechenbeispiel: Was ein Zuschlag über die Jahre kostet

Zuschlag auf 600 €	pro Monat im 1. Jahr	Summe 10 Jahre	Summe 20 Jahre
10 %	60 €	8.408 €	20.153 €
20 %	120 €	16.815 €	40.307 €
30 %	180 €	25.223 €	60.460 €

Eigene Modellrechnung, Stand 10.10.2026: Beitragsanpassung 3,4 % pro Jahr (Ø je Versicherten 2006–2026 laut WIP/PKV-Verband), Summe ohne Arbeitgeberanteil. Angestellte tragen davon meist die Hälfte, solange der Beitrag unter dem doppelten Höchstzuschuss bleibt. Szenarien, keine Prognose.

Vergleichen lohnt sich

Rechnen Sie Ihr eigenes Szenario mit dem Risikozuschlag-Rechner – und prüfen Sie mit dem Vergleichsrechner, ob die PKV mit Zuschlag gegenüber dem GKV-Höchstbeitrag 2027 noch günstiger ist: pkv-trotz-vorerkrankung.de/rechner/

8. Nach dem Vertrag: Herabsetzung nach § 41 VVG

Ist ein Zuschlag wegen bestimmter Umstände vereinbart und sind diese weggefallen oder bedeutungslos geworden, können Sie verlangen, dass die Prämie ab Zugang Ihres Verlangens angemessen herabgesetzt wird (§ 41 VVG). Rückwirkend gibt es nichts – stellen Sie den Antrag, sobald Sie einen ärztlichen Nachweis haben.

Musterbrief 3: Antrag auf Herabsetzung des Risikozuschlags

[Vorname Name] · [Anschrift] · Versicherungsnummer: []

An: [Versicherer, Anschrift]

Antrag auf Herabsetzung des Risikozuschlags nach § 41 VVG

Sehr geehrte Damen und Herren,

in meinem Vertrag ist seit [Datum] ein Risikozuschlag von [] % vereinbart, der laut Versicherungsschein auf [Umstand] beruht. Diese Umstände sind inzwischen weggefallen bzw. bedeutungslos geworden. Als Nachweis lege ich [ärztlichen Bericht vom TT.MM.JJJJ] bei.

Ich beantrage, die Prämie ab Zugang dieses Schreibens angemessen herabzusetzen und den Zuschlag aufzuheben bzw. zu reduzieren. Bitte bestätigen Sie mir den Eingang und teilen Sie mir Ihre Entscheidung schriftlich mit.

Mit freundlichen Grüßen

[Ort, Datum, Unterschrift]

Allgemeines Muster ohne Gewähr, keine Rechtsberatung. Ob und wann ein Versicherer herabsetzt, ist Einzelfall; in der Regel verlangt er ärztliche Nachweise.

Erst anonym prüfen lassen

Auf Wunsch stellt ein spezialisierter Experte aus unserem Partnernetzwerk (Versicherungsmakler mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 1 GewO) die Risikovorabfrage bei mehreren Versicherern – ohne Ihren Namen und erst nach Ihrer ausdrücklichen Einwilligung. PKV-trotz-Vorerkrankung.de ist ein kostenloses Informations- und Rechnerportal und kein Versicherungsmakler. Der Service ist für Sie kostenlos. pkv-trotz-vorerkrankung.de

PKV-trotz-Vorerkrankung.de · pkv-trotz-vorerkrankung.de. Stand: 13. Oktober 2026. PKV-trotz-Vorerkrankung.de ist ein Informations- und Rechnerportal und kein Versicherungsmakler; eine individuelle Beratung erfolgt ausschließlich durch spezialisierte Kooperationspartner mit Erlaubnis nach § 34d GewO. Allgemeine Information, keine individuelle Beratung; Angaben ohne Gewähr. Rechenbeispiele sind unverbindliche Orientierungswerte.