

Risiko & Vorsorge

10. Jahrgang
Ausgabe 1-2011
4,90 Euro

Private Krankenversicherung, Teil 1

Typische Beratungsfehler &
Grundlagenwissen für die
Vermittlung privater
Krankenvollversicherungen

- ▶ **Dread Disease**
Der ganz große Marktüberblick
- ▶ **Pflegeversicherung, Teil 2**
Aktuelle Pflege-Tarife in der Übersicht
- ▶ **Interviews**
Barmenia
Friends Provident
Heidelberger Leben
Standard Life
Universa
- ▶ **Jahres-Sieger 2010**

Risiko & Vorsorge

Bester Makler-Versicherer 2010

Standard Life

Transparent – Finanzstark – Fair



Vorurteile bestätigt

Drei Meldungen dokumentieren aktuell, in was für einer absolut widersprüchlichen Versicherungswelt der Makler und seine Kunden weiterhin leben:

1.
Der Spiegel* schreibt ins einem vierseitigen Beitrag über den PVK-Vertrieb MEG: „Die Gläubiger fordern mittlerweile mehr als 55 Millionen Euro vom Insolvenzverwalter. Darunter sind auch große Forderungen wie die der AXA Krankenversicherung, die Vorschüsse und Provisionen im Wert von 10,9 Millionen Euro abschreiben muss. Irgendwelche Lehren mag der Konzern aus der Zusammenarbeit mit der MEG indes nicht ziehen. Die hohen Provisionen seien in der Branche üblich, sagt AXA-Sprecher Ingo Koch. „Wie die Berater zu ihrem Geld kommen und was sie damit machen, interessiert uns nicht.“

2.
Der „Arbeitskreis EU-Vermittlerrichtlinie Dokumentation“ hat seinen Auftrag erweitert. Als „Arbeitskreis Beratungsprozesse“ will er neue Standards für die kundenorientierte Beratung zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen erarbeiten. Der Arbeitskreis legte den Entwurf einer Beratungsmatrix vor, die sich nicht länger an Produkten orientiert, sondern Einflussfaktoren wie Alter und Gesundheitszustand, familiäre Situation, Beruf oder Einkommen und Beratungsaspekte wie Risikoabsicherung und Vermögensaufbau zusammenführt.

3.
Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) hat am 18.11.2010 einen Verhaltenskodex für den Vertrieb von Versicherungsprodukten vorgestellt. Hierzu GDV-Präsident Rolf-Peter Hoenen unter anderem: „Der Verhaltenskodex ist eine Selbstverpflichtung der Branche. Darin sprechen wir an, dass es Vertriebspraktiken gibt, die nicht in Ordnung sind ... Weil es uns mit die-

sem Anliegen ernst ist, haben wir unsere Unternehmen aufgefordert, dem Kodex beizutreten. Das ist selbstverständlich freiwillig. Und auch Ihnen ist bekannt, dass freiwillige Selbstverpflichtungen nicht mit Sanktionen belegt sein können. Aber jeder Versicherer, der dem Kodex beitrifft, soll auf unserer Homepage aufgeführt werden....“

Was verbindet diese drei Meldungen? Sie bestätigen alle bisher seitens des Verbraucherschutzes geäußerten Vorbehalte gegen die Versicherungswirtschaft.

2.
Erst nach Jahrzehnten kommt man zu der banalen Erkenntnis, daß eine Kundenberatung nur dann eine Beratung ist, wenn diese ganzheitlich erfolgt und nicht produktorientiert.

3.
Um Eingriffen des Gesetzgebers vorzubeugen wird, ebenfalls nach Jahrzehnten, ein erschütternd zahnloser Verhaltenskodex verfasst.

1.
Für die maßgeblich handelnden Gesellschaften im Markt zählt weiterhin nur eine Größe: Wachstum.

Mutig, wer da als Makler jeden Tag frisch auf in den Tag geht!

Herzlichst
Ihr



Klaus Barde
Herausgeber



*DER SPIEGEL, Nr. 47, 22.11.2010, (Auszug Seite 105 bis 109 / Versicherungen)

Akupunktur gefällig?

Mit dem Baustein Heilpraktiker im Tarif CSS.flexi bieten Sie Ihren Kunden großartige Leistungen für ein Beiträgli.

Inkl. kostenloser medizinischer
Beratung für Versicherte
MediLine 0800 4 277 277



- Traditionelle Chinesische Medizin
- Homöopathische Behandlungen
- Anthroposophische Medizin
- Kinesiologie
- Lymphdrainage
- Osteopathie
- Reflexzonenmassagen
- Ozontherapien
- Sauerstofftherapien

Weitere Leistungen und Informationen unter
www.cssversicherung.com

Impressum

Herausgeber:
Klaus Barde

Verlag:
BHM GmbH
Mitteldorfstraße 12
37130 Gleichen bei Göttingen
Tel. 0 55 08-97 57 12
info@bhm-marketing.de
www.promakler.de

Anzeigen:
Karin Klawunn
Tel. 05 51-5 85 11
Fax: 05 51-4 36 32
Es gilt der Anzeigentarif
„Finanz-Vertrieb“ vom
01. Dezember 2010

Redaktion:
Tel. 05 51-633 92 01
info@bhm-marketing.de

Bestellungen/Abonnements:
Birgit Pollter
Fax. 05 51-2 91 31 52
birgit.pollter@kabelmail.de

Einzelbezugspreis:
4,90 € zzgl. 2,24 € Versand inkl. 7% MwSt.

Jahres-Abonnement:
26,10 € inkl. 7% MwSt. und Versand.

Erscheinungsweise:
Vierteljährlich.

Satz, Layout, Grafik:
Michaela Vormoor

Titelbild: WavebreakMediaMicro, Fotolia

Alle Rechte vorbehalten.
© BHM GmbH, Göttingen
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
Genehmigung des Herausgebers. Alle in
Risiko & Vorsorge veröffentlichten Daten
und Texte sind urheberrechtlich geschützt.
Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigun-
gen auf photomechanischem oder ähnli-
chem Wege oder im Magnettonverfahren
sowie Vortrag, Funk- und Fernsehsendun-
gen und Internetverbreitung nur mittels
Genehmigung durch den Herausgeber.
Die Rechte an der jeweiligen Rating-Sys-
tematik liegen ausschließlich bei den be-
nannten Rating-Unternehmen.

Gerichtsstand ist Göttingen.

Für die seitens Dritter gelieferten Daten,
Auswertungen sowie redaktionellen Bei-
träge übernimmt der Verlag keine Gewähr.

www.promakler.de

■ Editorial	3
■ Info	6
■ Jahres-Sieger 2010.....	14
■ PKV	
• Private Krankenversicherungen – Teil 1 Typische Beratungsfehler und Grundlagenwissen für die Vermittlung privater Krankenvollversicherungen.....	16
• Interview: Univera Krankenversicherung a.G.	24
• Prämienstabilität in der PKV	26
• Interview: Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG.....	29
• PKV-Software	30
■ Honorarberatung	
• Der Makler-Einstieg	32
■ Dread Disease	
• Makler Know-how und große Anbieterübersicht	34
■ Pflegeversicherungen / Teil 2	
<i>Aktuelle Pflege-Tarife in der Übersicht</i>	
• Generali Lebensversicherung AG	57
• Ideal Lebensversicherung a.G.	60
• Iduna Vereinigte Lebensversicherung a.G. für Handwerk, Handel und Gewerbe	62
• Volkswohl Bund Lebensversicherung a.G	64
• Anbieterwechsel.....	66
■ Alleinstellungsmerkmale bei Riester-Tarifen, Teil 3	
<i>Große Marktübersicht zu den wesentlichen Tarifmerkmalen und deren Unterscheidung im Wettbewerb</i>	
• Beispielhafte Anbieter mit konventioneller Anlage im Rentenbezug	72
• Beispielhafte Anbieter mit Hybrid-Anlage im Rentenbezug.....	72
• Beispielhafte Anbieter mit Investment im Rentenbezug	73
• Beispielhafte Anbieter mit gleichbleibend garantierten Renten (voll garantiert)	73
• Beispielhafte Anbieter mit optional garantierter Rentensteigerung im Leistungsfall	76
• Anbieter mit erhöhter Rente bei verminderter Lebenserwartung	76
• Anbieter mit optionaler Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit	76
• Anbieter mit optionalem Einschluss einer Berufsunfähigkeitsrente.....	77
• Ablaufleistungen, Kickbacks, Garantien und Fragezeichen.....	78
• Beispielhafte Anbieter mit Einrechnung von Kickbacks.....	79
■ Makler Partner	
• Uelzener: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit	80
■ Interviews	
• Friends Provident.....	54
• Heidelberger Lebensversicherung AG.....	68
■ WFS-Leistungsratings	
• Erläuterungen zur Rating-Qualität	82
• Rating: Unfallversicherungen	84
• Rating: Stationäre Krankenzusatztarife	87
• Rating: Privathaftpflichtversicherungen	89
• Rating: Hausratversicherungen	90
• Rating: Jagdhaftpflichtversicherungen.....	92
• Rating: Pferdehalterhaftpflichtversicherungen.....	93
• Rating: Hundehalterhaftpflichtversicherungen.....	94
■ Dachfonds-Ranking	96
■ Investmentfonds-Rating	100

2011: Jahr der Privaten Krankenversicherung

Der Wettbewerb der Privaten Krankenversicherung (PKV) ist eröffnet. Ab 2011 werden gesetzlich versicherte Angestellte, deren Einkommen die Pflichtversicherungsgrenze übersteigt, nach zwölf Monaten und nicht erst nach drei Jahren in die PKV wechseln können. Zudem: am 23. September hat das Landgericht Köln eine Einstweilige Verfügung aufgehoben, mit der die gesetzlichen Kassen

der PKV zwei Aussagen ihrer aktuellen Werbekampagne untersagen wollten: „Ein schuldenfreies Gesundheitssystem? Haben wir!“ und „Lieber versichert als verwaltet“. Optimistisch stimmt auch der aktuelle KV-Bilanztest von Morgen & Morgen. Von 33 bewerteten Versicherern bekamen 14 die Höchstnote „ausgezeichnet“. Es gab keine wirklich schwache Gesellschaft.

PKV: 40.000 zusätzliche Wechsler

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) rechnet mit 40.000 zusätzlichen Wechslern aus den gesetzlichen Kassen (GKV) in die private Krankenversicherung (PKV) durch die in der Gesundheitsreform vorgesehene Verkürzung der Wechselfrist auf ein Jahr. So die Antworten auf eine Große Anfrage der SPD und eine Kleine Anfrage der Linksfraktion.

Für das Jahr 2011 sieht die Bundesregierung daher Beitragsmindereinnahmen in der GKV von etwa 300 Millionen Euro. In diesem Wert finden die Einsparungen durch die Abwanderung von etwa 100 Millionen Euro keine Berücksichtigung.

Map-Report: PKV Bilanzen 1998–2009

8,8 Millionen Versicherte verzeichnen die Bücher der PKV-Gesellschaften. Mittelfristig jedoch ließen die Überalterung der Bevölkerung, Geburtenrückgang, schlecht qualifizierte Schulabgänger und negative Wanderungssalden aber nur wenig Möglichkeiten für gut wachsende Bestände, stellt Map-Chefredakteur Manfred Poweleit im Rahmen seiner aktuellen Bilanzanalyse fest. Das Beitragswachstum von 3,5 Prozent sei vor allem auf Beitragsanpassungen zurück zu führen. Das geringe Neugeschäft wurde zudem mit einer auf 8,5 Prozent gestiegenen Abschlusskostenquote eingekauft! Als Zweckoptimismus bezeichnet Poweleit die Hoffnung auf bis zu 300.000 Neuzugänge in der Vollversicherung dank der Herabsetzung der Wechselfrist ab 2011. Die bisherigen Erfahrungen im PKV-Markt würden diese Zahl in keinster Weise rechtfertigen.

www.map-report.com

Kritik: PKV & Billigtarife

Kritik übte Reinhold Schulte*, Vorsitzender des PKV-Verbandes, an der eigenen Branche. Ein Irrweg seien Billigtarife in der privaten Krankenversicherung, die den Eindruck erwecken, Gesundheit sei nachhaltig zu Dumpingpreisen erhältlich. Das sei „unseriös“. Zu überhöhten Provisionen im PKV-Vertrieb sagt Schulte: „So kann man das nicht mehr laufen lassen“. Die Branche müsse jetzt umgehen handeln. Notfalls werde man das Problem einer gesetzlichen Regelung anheim stellen.

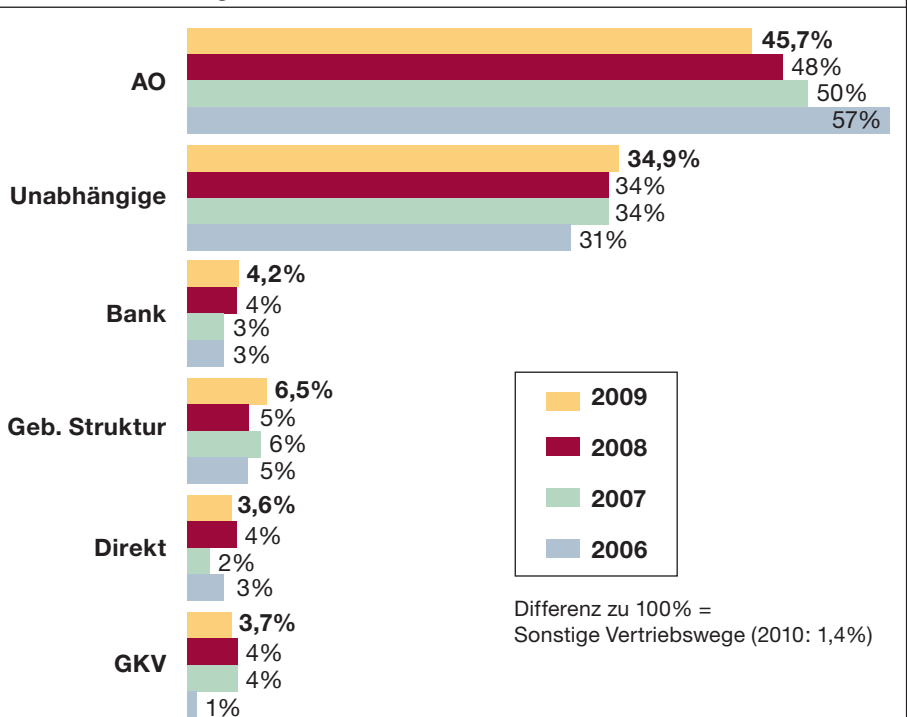
* 29. Oktober 2010, zweiter Dortmunder Versicherungstag der IHK zu Dortmund

PKV: Ende der 3 Jahresfrist zum Wechsel von der GKV in die PKV

Am 12. November 2010 votierten die Bundestagsabgeordneten mit einer Mehrheit von 306 zu 253 Stimmen für die neue Wechselfrist von einem Jahr. Die Beiträge der GKV steigen einheitlich von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent.

- Arbeitnehmer, deren Einkommen im Jahr 2010 und voraussichtlich auch in 2011 über der jeweils gültigen Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG 2010: 49.950,- EUR; 2011: 49.500,- EUR) liegt, können zum 01. Januar 2011 in die PKV wechseln!
- Bei einer unterjährigen Gehaltserhöhung oder Neuaufnahme einer Beschäftigung im Laufe des Jahres 2010 wird das neue Gehalt auf ein Kalenderjahr hochgerechnet, also mit der Anzahl der Monatsgehälter (12, 13,...) multipliziert. Reicht dies um die JAEG zu überschreiten, kann sich der Arbeitnehmer ebenfalls zum 01.01.2011 privat versichern.
- Berufsneueinsteiger, insbesondere Studenten mit Eintritt ins Berufsleben, können beim Überschreiten der JAEG sofort wechseln.

PKV: Vertriebswegeanteile

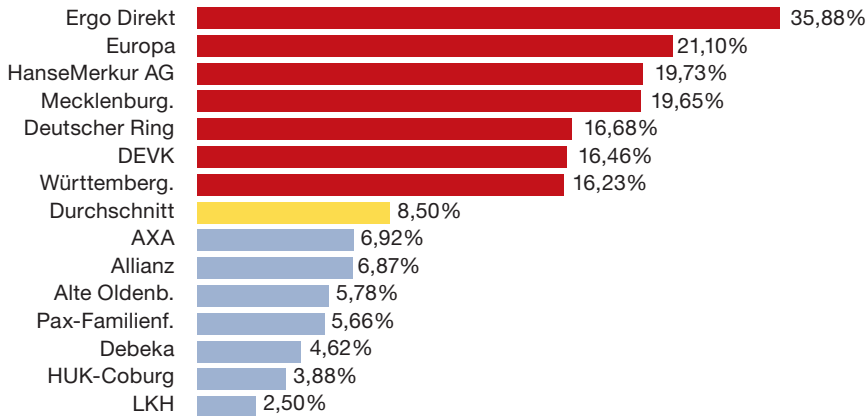


VersicherungsJournal-Grafik: Vertriebswegeanteile Kranken (Quelle: Towers Watson 2010*)

*Aktuelles Vertriebswege-Survey: www.towerswatson.com/germany/

Quelle: VersicherungsJournal 2010

PKV: Abschlusskosten-Quote 2009



Map-Report Nr. 754-756 „Bilanzanalyse Private Krankenversicherung 1998-2009“. Heftform: 87,50 Euro - PDF-Datei: 77,50 Euro. www.map-report.com

KV-Bilanztest: Universa mit Bestwertung

Die uniVersa Krankenversicherung a.G., Nürnberg, erhielt vom Analysehaus Morgen & Morgen die höchste Auszeichnung für ihre Bilanz. Untersucht wurden für den Test folgende Kennzahlen: versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote, Nettoverzinsung, Wachstumsrate vollversicherte Personen, Verwaltungskostenquote und Sicherheitsquote. Die uniVersa erreichte mit sechs von sechs möglichen Benchmarkpunkten die Höchstpunktzahl. Hierfür erhielt sie von Morgen & Morgen die Bestbewertung „ausgezeichnet“. Die Universa Krankenversicherung a.G. ist die älteste private Krankenversicherung Deutschlands. www.universa.de

PKV: BaFin contra Provisionsexzesse

Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht hat am 09. Dezember die privaten Krankenversicherer in einem Rundschreiben ermahnt, die Verantwortung gegenüber dem Kunden ernster zu nehmen. Die Aufsicht sprach sich gegen überhöhte Provisionen und provisionsgetriebene Umdeckungen aus. „Die BaFin weist darauf hin, dass die Geschäftsleiter der Versicherungsunternehmen dieser Verantwortung nicht gerecht werden, wenn sie mit Vermittlern und Maklern zusammenarbeiten, die offensichtlich aus Profitstreben die Qualität der Beratung vernachlässigen.“ Die Aufsicht behält sich Sonderprüfungen vor, wenn es „Anzeichen für Fehlentwicklungen“ gebe. www.bafin.de

PKV: Beitragsanpassungen

Die Kubus-Studie* PKV 2010 zeigt auf, dass Beitragsanpassungen durchaus der Hebel sein können, mit dem der Makler im Rahmen seiner Beratung ansetzen kann. Die Befragung von 2.300 Krankenversicherten aus zehn PK-Gesellschaften zeigt auf, dass 24 Prozent der Vollversicherten und 14 Prozent der Zusatzversicherten mit der Beitragsentwicklung ihres Versicherers „wenig“ bis „gar nicht zufrieden“ sind. 20 Prozent der Voll- und 26 Prozent der Zusatzversicherten zeigten sich „vollkommen“ oder „sehr zufrieden“. 56 beziehungsweise 60 Prozent bezeichneten sich als „noch zufrieden“ mit der Beitragsentwicklung. *MSR Consulting Group GmbH / www.msr.de

Marktführer Allianz Leben senkt Überschussbeteiligung für 2011

Allianz Leben senkt die Überschussbeteiligung von jetzt 4,3 auf 4,1 Prozent. Im Jahr 2009 lag die laufende Verzinsung der Allianz noch bei 4,5 Prozent. Insgesamt dürfte nun im Branchendurchschnitt die Verzinsung von Lebens- und privaten Rentenversicherungen auf ein neues Tief sinken. Klarer Hintergrund: Die historisch niedrigen Zinsen für Staatsanleihen. Die Ratingagentur Assekurata erwartet für 2011 im Branchendurchschnitt ein Niveau der laufenden Verzinsung von 4,0 bis 4,1 Prozent. „Aufgrund der hohen Nachfrage nach sicheren Anlagen rechnet Allianz Leben auf absehbare Zeit nicht mit steigenden Zinsen bei Bundesanleihen und Pfandbriefen“, sagte Allianz-Leben-Chef Maximilian Zimmerer.

PKV: Absenkung des Höchstrechnungszins?

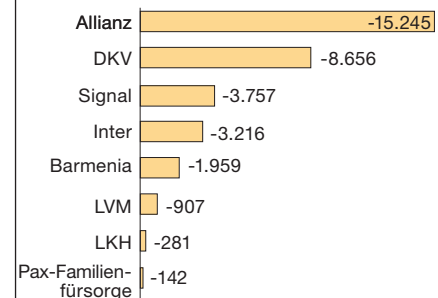
Volker Leienbach, Direktor des Verbandes der Privaten Krankenkassen: „Es gibt keine Überlegungen des PKV-Verbandes, den in der Kalkulationsverordnung festgelegten Höchstrechnungszins zu senken. Wir haben keinerlei Hinweise, dass die dafür zuständige Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht etwa beabsichtigen würde, den Rechnungszins in der Kalkulationsverordnung abzusenken.“ Die Rückstellungen der Deutschen Krankenversicherer betragen derzeit rund 144 Milliarden Euro. Sie werden mit dem sogenannten Höchstrechnungszins in Höhe von 3,5 Prozent, festgelegt vom Bundesfinanzministerium, verzinst. Er gilt seit über 50 Jahren. „Tatsache ist, dass die private Krankenversicherungsbranche auch im Jahr 2009 eine Nettoverzinsung von 4,27 Prozent erreicht hat, also deutlich über dem Rechnungszins von 3,5 Prozent gelegen hat. Auch das zeigt, dass Spekulationen über eine bevorstehende Senkung des in der Kalkulationsverordnung festgelegten Rechnungszinses verfehlt sind“, so Volker Leienbach. 25. Oktober 2010 – Verband der privaten Krankenversicherung e.V., www.pkv.de

Todesfälle durch Krankheit¹

Krankheit	gestorben vor 65	gestorben 65 +	gestorben 65 + (%) ¹
Krebs	51.948	170.205	76,6
Herz/Kreislauf	28.882	327.580	91,9
Verdauung	10.636	31.652	74,8
Psyche/Nerven	7.971	35.446	81,6
Atmung	5.632	57.672	91,1
Stoffwechsel	3.478	24.659	87,6
Gesamt	137.043	717.501	84,0

¹ Anteil aller Todesfälle mit dieser Krankheit VI-Report 43/2010 | Quelle: Destatis/map-fax 43/2010

Krankenversicherer mit dem größten Bestandsrückgang an Vollversicherten 2009*



* Vollversichertenbestände zum 31.12. 2009 im Vergleich zum 31.12.2008; Quelle: versicherungsjournal

■ **Unbefriedigend:**

Kooperationen von GKV und PKV

Nach dem Willen der Bundesregierung sollen gesetzliche und private Krankenversicherung künftig zusammenrücken. Angestrebt wird eine engere Kooperation zwischen beiden Systemen. Bereits heute haben über 16 Millionen gesetzlich Versicherte eine private Zusatzversicherung abgeschlossen. Und jede Kasse arbeitet mit einer privaten Krankenversicherung zusammen.

Aber: Sechs von zehn gesetzlichen Krankenkassen sind unzufrieden mit ihrem Kooperationspartner aus der privaten Versicherung. Jede fünfte Kasse überlegt daher, die Zusammenarbeit aufzukündigen und sich neu zu orientieren. Das Ziel: eine Kooperation, die der Kasse hilft, sich von der Konkurrenz abzuheben und beim Kunden mit exklusiven Zusatzangeboten zu punkten. www.steria-mummert.de

■ **Dread Disease:**

Neuland für den Kunden

Die Prozentzahl der Deutschen, die sich vor schweren Krankheiten fürchten, hat gegenüber einer Vergleichserhebung von 2005 zugenommen. So das Ergebnis einer Studie der Gothaer. Das Produkt Dread Disease, siehe hierzu auch den Schwerpunkt-Beitrag in dieser Ausgabe, ist immer noch weitgehend unbekannt. 1.014 Bundesbürger ab 24 Jahren wurden online zum Thema schwere Krankheiten befragt. Als schwere Krankheiten wurden von den Befragten in erster Linie Krebs (85 Prozent), Schlaganfall (63 Prozent), Herzinfarkt und Gehirntumor (54 Prozent) benannt. Nur 32 Prozent glaubten, dass es möglich ist, sich gegen solche Krankheiten zu versichern. Sechs Prozent der Umfrageteilnehmer konnten den Begriff Dread Disease richtig zuordnen. Dieses Ergebnis ist ein weiteres Indiz dafür, dass nur sehr wenige Vermittler / Makler das Thema „Schwere Krankheiten“ bei ihren Kunden ansprechen bzw. bisher vorgestellt haben. www.gothaer.de

■ **Arbeitskreis Beratungsprozesse:**

Branchenstandards

Der „Arbeitskreis EU-Vermittlerrichtlinie Dokumentation“ hat seinen Auftrag erweitert. Als „Arbeitskreis Beratungsprozesse“ will er neue Standards für die kundenorientierte Beratung zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen erarbeiten.

Der Arbeitskreis legte auf dem 1. Berliner Forum zur Versicherungs- und Finanzberatung den Entwurf einer Beratungsmatrix vor, die sich nicht länger an Produkten orientiert, sondern Einflussfaktoren wie Alter und Gesundheitszustand, familiäre Situation, Beruf oder Einkommen und Beratungsaspekte wie Risikoabsicherung und Vermögensaufbau zusammenführt. Dahinter steht die Einsicht, dass Risikoversicherung und Finanzplanung miteinander in Beziehung stehen.

Aus der Beratungsmatrix sollen im nächsten Arbeitsschritt typische Lebenssituationen herausgelöst werden, die in der Praxis wiederkehrende Beratungsanlässe schaffen, beispielsweise der Erwerb eines Kfz oder einer Immobilie.

Für den jeweiligen Sachverhalt werden dann die Bezüge von Risikoabsicherung und Vermögensaufbau berücksichtigt und daraus Anhaltspunkte für Bedarf und Priorisierung entwickelt.

Der Arbeitskreis wird seine Ergebnisse allen Marktteilnehmern kostenlos zur Verfügung stellen.

Friedel.Rohde@fairbund.de / www.beratungsprozesse.de

Mit Parallel-Tarifen landen Ihre Kunden auf dem Abstellgleis!



Mit unserem Gesamttarifwerk dagegen nicht:

FLEXO^{SDK} privat

Vollversicherungs-Tarife, die Junge von Alten und Gesunde von Kranken abkoppeln, sind ein billiger Ausweg. Denn als Parallel-Tarife hemmen sie die faire Risikomischung und belasten finanziell die treuen Versicherten, die im Altтарif zurück gelassen werden. Vermitteln Sie mit uns einen anderen, einen solidarischen Weg.

Unser erweitertes Tarifwerk FLEXOprivat spricht generationenübergreifend alle an, die keine kurzfristig preiswerte Sicherheit suchen, sondern eine nachhaltig qualitative. Mit den Tarifmodulen **FLEXOtop**, **FLEXOplus** und **FLEXOfit** können Sie Leistungen und Beiträge individuell auf die Wünsche Ihrer anspruchsvollen Kunden abstimmen.

Die aktuellen Unterlagen liegen für Sie bereit. Anruf genügt: **0711 57 78 698**. Unser Vermittler-Servicecenter VSC ist Montag bis Freitag von 7.30 Uhr bis 17.30 Uhr für Sie da.

Der neue SDK-Service:

Feedback innerhalb 12 Stunden

auf schriftliche Vorabanfragen und eingereichte Anträge inklusive Risikoentscheidung!

makler.sdk.de

Wir versichern Menschen

SDK Süddeutsche
Krankenversicherung

■ Fondsgebundene Versicherungen:

Feri kritisiert Fondsselektion

Laut dem Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) wuchs der Bestand an fondsgebundenen Versicherungen zwischen 2005 und 2009 von 9,5 auf über 13,3 Millionen Verträge. Gemäß einer Feri-Studie stimmt jedoch bei etlichen Fondspolice die Fondsauswahl nicht. Ein Thema, welches von „Risiko & Vorsorge“ seit vielen Jahren immer wieder kritisch angesprochen wird. Siehe auch das vierteljährliche CMP-Rating. Insgesamt standen 2.994 Fonds zur Auswahl. Davon verfügten 1.549 Fonds über ein Feri-Rating. Das Resultat: Die Hälfte der bewerteten Fonds hatte ein Top-Rating (A oder B). Die zweite Hälfte zeigte die Feri-Wertungen C und D sowie E, was für „durchschnittlich“, „unterdurchschnittlich“ sowie „schwach“ steht. www.feri.de

■ Pioneer: Dachfonds mit innovativem Garantiekonzept

Der Pioneer P.F. – Dynamic Hybrid 80 Guaranteed ist auf die speziellen Anforderungen von fondsgebundenen Lebensversicherungen, insbesondere in Form von Riester-Verträgen, zugeschnitten. Als globaler Dachfonds kann das Produkt in zahlreiche Asset-Klassen mit unterschiedlichen Risikoprofilen investieren. Der Fonds orientiert sich zudem am Best-in-Class-Ansatz. Viele Wettbewerber bieten ihren Kunden dagegen im Rahmen von Dachfondslösungen auch heute noch nur hauseigene Zielfonds an. Zur Absicherung des Portfolios bei fallenden Märkten ist der Fonds mit einer rollierenden monatlichen 80%-Kapitalgarantie ausgestattet. Diese bezieht sich auf den Rücknahmepreis (NAV) am Ende eines Kalendermonats im Vergleich zum NAV zum Ende des vorangegangenen Kalendermonats. Damit ist der maximale Verlust auf 20% zum Monatsultimo begrenzt. Verluste darüber hinaus werden vom Garantiegeber, der UniCredit Bank AG, getragen.

Im Vergleich zu bereits bestehenden Absicherungsstrategien, zielt der Pioneer P.F. – Dynamic Hybrid 80 Guaranteed durch seine aktive und dynamische Steuerung der Wertsicherung darauf ab, die „Cash-Falle“ zu vermeiden. Zu Beginn jeder Absicherungsperiode, am Monatsanfang, ist ein Aktienanteil von 100 Prozent möglich. www.PioneerInvestments.de

■ GKV muss an die Reserven gehen

Der Kostendruck in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dürfte nach Einschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) dazu führen, dass die Krankenkassen das Jahr 2010 mit einem Defizit abschließen. Im Neun-Monats-Zeitraum von 2010 standen in der GKV Einnahmen in Höhe von 131,2 Milliarden Euro Ausgaben in Höhe von 130,9 Milliarden Euro gegenüber. Da die Ausgaben im vierten Quartal stets höher seien als im Durchschnitt der ersten drei Quartale, scheint das Defizit sehr naheliegend. Die Leistungsausgaben der Krankenkassen stiegen in den ersten neun Monaten um 3,9 Prozent je Versichertem.

■ Geld zurück: Münchener Verein Krankenversicherung a.G.

Seit über 55 Jahren ununterbrochen zahlt der Münchener Verein seine Beitragsrückerstattung an leistungsfreie Kunden aus. Diese Gesundheitsprämie für kostenbewusstes Verhalten – in diesem Jahr sind es insgesamt über 16 Mio. EUR – erhielten die leistungsfreien Krankenversicherungskunden Anfang November auf ihr Konto. Die Ausschüttung der Beitragsrückerstattung wurde in den letzten Jahren gesteigert. www.muenchener-verein.de

Zurich: Umbau der BU

Eine neu gestaltete Berufsunfähigkeitsversicherung, die tatsächliche Risiken noch genauer berücksichtigt, hat die Zurich Gruppe Deutschland an den Markt gebracht. Kern der neuen Versicherung ist eine individuellere Ermittlung der konkreten Ausgestaltung der beruflichen Tätigkeit des Versicherungsnehmers.

Eine individuelle Risikobewertung in der BU führt entsprechend auch zu einer risikogerechteren Beitragskalkulation. Diese kann durchaus auch zu geringeren Beiträgen führen. Bei der Zurich finden erstmals Kriterien wie die höchst erlangte berufliche Qualifikation, der prozentuale Anteil von Bürotätigkeiten im Verhältnis zur Arbeitszeit sowie die Führungsspanne Berücksichtigung. Ist bereits eines dieser neuen Kriterien gegeben, reduziert sich der Versicherungsbeitrag. Im Rahmen der neuen Berufsun-

fähigkeitsversicherung wurden über 450 Berufe in eine bessere Berufsgruppe eingestuft. Rund 150 davon erhalten damit erstmalig einen umfassenden Schutz vor den Folgen einer Berufsunfähigkeit. Insgesamt erhalten mehr als 25.000 Berufe eine preisliche Verbesserung in der Grundeinstufung.

Vorteile für Meister und Fachwirt

Deutliche Vorteile bringt die neue Versicherung für Versicherungsnehmer, die über einen Meisterbrief oder einen Fachwirtabschluss verfügen. Sie werden ab sofort in preisgünstigere Berufsgruppen eingestuft.

Absicherung jetzt auch für künstlerische Berufe

Profitieren können auch künstlerisch Tätige. Diese konnten bisher nur gegen Erwerbsunfähigkeit abgesichert werden. Ab sofort erhalten zum Beispiel Fotografen, Designer oder Grafiker damit erstmals auch Schutz für den Fall einer Berufsunfähigkeit.

Absicherungszeiträume können verlängert werden

Mit der neuen Berufsunfähigkeitsversicherung ermöglicht Zurich für alle versicherbaren Berufe eine Leistungsdauer bei allen Berufsbildern bis zum 67. Lebensjahr. Bei insgesamt 9.800 Berufen können Neukunden zudem auch längere Versicherungsauern vereinbaren. Darüber hinaus schafft Zurich die Endalterbeschränkung für risikoreiche Berufe hinsichtlich der Leistungsdauer bis zum 50. Lebensjahr generell ab.

Verzicht auf abstrakte Verweisung auch für Berufsgruppe 3

Neu bei Zurich ist zudem der altersunabhängige Verzicht auf die abstrakte Verweisung für körperlich bis schwer körperlich Tätige (Köche oder Dachdecker). Versicherungsnehmer, die der Möglichkeit einer abstrakten Verweisung im Vertrag ausdrücklich zustimmen, können ihren Versicherungsbeitrag um rund 20 Prozent reduzieren.

www.zurich.de

Standard Life: Studie zur Altersvorsorge

48 Prozent der Deutschen setzen bisher nur auf ein Produkt. Die Streuung des Vorsorgekapitals auf mehrere Bausteine ist noch kaum entwickelt.

Die überwiegende Mehrheit der Deutschen setzt bei ihrer privaten Altersvorsorge auf ein oder maximal zwei Produkte und zeigt sich in ihrem Anlageverhalten unverändert konservativ. Dabei sprechen in erster Linie finanzielle Gründe gegen die Streuung der Vorsorge. Das sind die Kern-Ergebnisse einer repräsentativen Studie, die das Meinungsforschungsinstitut YouGov-Psychonomics im Auftrag des britischen Lebensversicherers Standard Life erstellt hat. Das Institut hatte im August 1.029 Frauen und Männer in ganz Deutschland zu ihrer Altersvorsorge interviewt. Die Untersuchung ist Teil einer kontinuierlichen Reihe von Befragungen, die Standard Life vornimmt, um ein besseres Bild vom Anlageverhalten der Deutschen zu bekommen.

Insgesamt haben 59 Prozent der Deutschen bereits Geld für ihre private Altersvorsorge angelegt. Rund die Hälfte

(48 Prozent) aller Bundesbürger, die in eigener Regie für das Alter vorsorgen, hat dabei nur ein Finanzprodukt abgeschlossen. Zwei Vorsorgeprodukte haben 38 Prozent, mehr als zwei nutzen nur noch 14 Prozent. Bevorzugte Finanzprodukte sind dabei die Kapitallebensversicherung, die von 35 Prozent der Befragten mit privater Vorsorge abgeschlossen wurde, die private Rentenversicherung (30 Prozent) und die fondsgebundene Rentenversicherung (22 Prozent). Renditeorientierte Anlagen wie Aktien- und Rentenfonds (neun Prozent), Aktien (acht Prozent) oder Immobilienfonds (vier Prozent) landeten am unteren Ende der Skala.

Trotz besseren Wissens: Streuung ist unterentwickelt

Für die Streuung der Altersvorsorge auf mehrere Produkte sprechen aus Sicht der Befragten, die dies bereits tun, vor allem zwei Gründe: 38 Prozent sagen, dass ihnen die Streuung das Gefühl von Sicherheit vermittelt. 37 Prozent sind überzeugt, dass sie damit von den Chancen verschiedener Anlageformen profitieren. Doch mehr als ein Viertel (27



„Auch ein Ergebnis der falschen Beratungs/Verkaufskultur in Deutschland: Die Einprodukt-Mentalität vieler Vorsorgesparer.“

Prozent) der Umfrageteilnehmer gibt zu, dass sich die Streuung ihrer Altersvorsorge zufällig ergeben hat.

Auch wenn nur wenige ihre Altersvorsorge verteilen, ist für die meisten doch unbestritten, wie wichtig Diversifikation ist: Neun von zehn Befragten, die mehr als ein Vorsorgeprodukt besitzen, erklären, dass ihnen die Streuung über verschiedene Produkte „wichtig“ oder sogar „sehr wichtig“ ist.

Streuung: Eine Frage des Geldes?

Das Haupthindernis für die Gruppe, die ihre Altersvorsorge bisher nicht gestreut hat, lautet: „zu wenig Geld“ (45 Prozent).

www.standardlife.de

■ Ruhestand: Wann?

Das statistische Bundesamt (Destatis) schlüsselte aktuell die Gründe für den Übergang in den Ruhestand nach Berufsgruppen auf. So ging fast jeder zweite Beschäftigte im Hoch- und Tiefbau (46,9 Prozent) krankheitsbedingt vorzeitig in Rente. Aus der Arbeitslosigkeit oder über den Vorruhestand hinaus kam knapp jeder Fünfte in den Ruhestand. Nur jeder Dritte (33,9 Prozent) erreichte die Regelaltersgrenze. Ganz anders sieht das Bild bei Mathematikern, Ingenieuren, Chemikern und Physikern aus. Nur 14,6 Prozent gingen aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand. 51,2 Prozent erreichten die Regelaltersgrenze und 34,2 Prozent nutzten Vorruhestandsmodelle oder kamen aus der Arbeitslosigkeit in Rente. Ebenfalls relativ niedrig waren Gesundheitsprobleme in Berufen, die vorwiegend im Büro ausgeübt werden. Allerdings führte auch in solchen Berufen für rund ein Fünftel der Personen eine Erkrankung zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Berufsleben. Mit 64 Jahren beteiligte sich noch knapp jeder Vierte (23,7 Prozent) am Erwerbsleben. Von den 65-Jährigen war es nur noch jeder Neunte (11,6 Prozent). Menschen über 65 Jahre stehen nur noch relativ selten im Erwerbsleben, wenn auch teilweise bis in ein hohes Alter. www.destatis.de

■ Strukturvertrieb:

Vorsätzliche Schädigung

Ein Strukturvertrieb muss einem Kapitalanleger wegen vorsätzlicher sittenwidriger Schädigung Schadenersatz zahlen, wenn er die für ihn tätigen Außendienstmitarbeiter dahingehend schult, Risiken einer Kapitalanlage interessierten Anlegern gegenüber zu verharmlosen oder gar nicht erst zur Sprache zu bringen. Das hat das Oberlandesgericht Hamm in einem jetzt bekannt gewordenen Urteil vom 25. Februar 2010 entschieden (Az.: 28 U 78/09). Die Klägerin hatte sich auf Basis der Vermittlung durch einen Mitarbeiter eines Strukturvertriebes für ein Produkt der heute insolventen Göttinger Gruppe entschieden.

■ Neue Vermögen AG:

Dread-Disease-Police

Gottfried Urban, Vorstand Neue Vermögen AG: „Wenn eine Schlüsselperson in der Familie oder im Betrieb schwer erkrankt beziehungsweise einen schlimmen Unfall erleidet, kann dies existentielle Folgen auch für andere haben. Denn fällt der Betreffende länger oder sogar dauerhaft aus, sind beträchtliche finanzielle Schäden zu befürchten. Mit einer sogenannten Dread-Disease-Police

vor dem existentiellen Ruin. Fazit: Eine Dread-Disease-Police mit gutem Preis-Leistungs-Verhältnis gehört ins Portfolio.“ www.neue-vermoegen.de

■ HDI-Gerling: Selbständige, Altersarmut und Basisrente

Gemäß einer Studie des HDI-Gerling sind garantierte Rentenleistungen, steuerliche Förderung und regelmäßige Rentenzahlungen die wichtigsten Anforderungen, die Selbständige an ein Altersvorsorgeprodukt stellen. Dass die Basisrente diese Anforderungen grundsätzlich vollständig erfüllt, ist 30 Prozent der Selbständigen hingegen unbekannt. Nach aktuariellen Berechnungen leben Freiberufler länger als der Bevölkerungsdurchschnitt.

Selbständige Frauen übertreffen die allgemeine Lebenserwartung um drei, Männer sogar um fast vier Jahre, entsprechend höher ist der Vorsorgebedarf.

Dass die Ansprüche auf eine Basisrente bei Insolvenz vor dem Zugriff der Gläubiger geschützt sind, ist für Selbständige besonders wertvoll.

Junge Selbständige können mit dem Abschluss einer Basis-Rente viele Jahre lang von Steuervorteilen und Zinseszins-Effekt profitieren. Für ältere Antragsteller bieten Einmalbeitragsprodukte steuerliche Vorteile. Trotzdem ist die Basisrente für viele Menschen der Generation 60+ bislang kein Thema, stellt die HDI-Gerling Studie fest: 39 Prozent der Selbständigen dieser Alters-

gruppe lehnt die Basisrente ab – ohne dafür konkrete Gründe zu nennen. Die Studie befasst sich auch mit dem Vorsorgeverhalten von Angestellten und Beamten. Während bei den Selbständigen vor allem Personen mit niedrigem Einkommen die Altersvorsorge vernachlässigen, sind es bei den Beschäftigten die Gutverdiener: fast 90 Prozent von ihnen sehen keine Notwendigkeit, über bereits bestehende Versicherungen hinaus für das Rentenalter vorzusorgen. Dabei planen 82 Prozent der gut verdienenden Beschäftigten, sich möglichst frühzeitig zur Ruhe zu setzen. www.hdi-gerling.de

MÜNCHENER VEREIN
VERSICHERUNGSGRUPPE
Der Generationen-Versicherer

Das Deutschland-Ticket

Private Pflege-Zusatzversicherung
Flexibel!
schon ab **4,97 EUR*** / Monat

*60-Jähriger Versicherter / 1.880 EUR monatliches Pflegegeld / Pflegestufe III (Monat mit 31 Tagen bei stationärer Pflege inkl. Beitragsbeitr.)

DEUTSCHE PRIVAT PFLEGE

Ihre Vorteile:

- Pflegeplatzgarantie
- Auswahl einzelner Pflegestufen und deren Pflegegeldhöhe
- 100 % Leistung auch bei Laienpflege
- Ausschluss ambulanter Pflege wählbar
- Beitragsbefreiung möglich
- Integrierte Dynamik

Kostenfreie Info-Hotline: 0800/8007008
info@muenchener-verein.de
www.muenchener-verein.de

(Versicherung gegen schwere Erkrankungen) lassen sich zumindest die finanziellen Risiken minimieren. Auch wenn man gegen Versicherungen kritisch eingestellt sein mag – der Vorteil für den Versicherten liegt auf der Hand: Sie bewahrt ihn vor dem plötzlichen Schwinden seines finanziellen Spielraums, so dass angesammeltes Vermögen nicht angegriffen werden muss. Das gilt auch für Unternehmen, denen nach einem solchen Vorfall vorübergehend Einnahmen wegbrechen. Manche Firmen stehen nach der Erkrankung ihres Chefs oder anderer Schlüsselpersonen sogar

Bester Maklerversicherer 2010

Risiko & Vorsorge trifft jährlich die Auswahl zum besten Makler-Versicherer. Die Kriterien hierzu resultieren aus dem täglichen Gespräch mit der Leserschaft. Hinzu kommt die wechselnde Befragung von jeweils dreißig Abonnenten innerhalb der einzelnen Bundesländer. Bisher ausgezeichnete Gesellschaften:

2003 – Nürnberger, 2004 – VHV, 2005 – Stuttgarter, 2006 – LV 1871, 2007 – Helvetia, 2008 – Universa, 2009 – InterRisk



Risiko & Vorsorge im Gespräch mit Bertram Valentin,
Managing Director Standard Life Deutschland.

„Einen guten Ruf muss man sich immer erarbeiten.“

Ihre Gesellschaft hat etliche Vertriebspartner in der Maklerschaft, die auf Ihr Haus geradezu schwören. Kommt Ihr starker Ruf auch daher, weil Standard Life sich als erster Versicherer in Deutschland dem vom Institut für Transparenz in der Altersvorsorge (ITA) durchgeführten Transparenzrating unterzogen hat? Plus zudem der Tatsache, dass Sie als erster Anbieter mit „Reduction in Yield“ gestartet sind? Diese Konsequenz scheint ja vor allem Makler, die ihren Beruf und damit den Kunden wirklich ernst nehmen, zu überzeugen.

Ich denke, einen guten Ruf muss man sich immer erarbeiten – und das über Jahre. Seit unserem Markteintritt 1996 bemühen wir uns, das Eine oder Andere anders oder sogar besser zu machen als unsere Mitbewerber. Wir haben von Finanzkraft gesprochen, als diese noch kein Thema im deutschen Markt war. Wir haben uns Service und Investmentkompetenz nicht nur auf die Fahne geschrieben, sondern auch unter Beweis gestellt. Und wir haben immer und nachhaltig für Fairness gegenüber dem Kunden plädiert. So konnten wir als ausländischer Anbieter im deutschen Markt bestimmt den ein oder anderen Impuls geben.

Uns selbst haben wir damit nicht immer einen Gefallen getan: Als wir vor über zwei Jahren die Reduction in Yield einführten, waren wir dem Markt mehr als zwei Jahre voraus und haben anfangs nicht immer Lob dafür bekommen. Umso mehr begrüßen wir, dass sich der Markt hier nun bewegt. Sogar die Allianz will nächstes Jahr eine Reduction in Yield veröffentlichen. Das Bestreben um mehr Transparenz zählt sicherlich zu einem der wichtigsten Trends der Branchenentwicklung.

Immer wieder überraschend ist das starke Abschneiden von Standard Life in der betrieblichen Altersvorsorge auf Basis Ihres Produktes Freelax. Nun macht aber auch ein gutes Produkt noch lange keinen Termin in einem Unternehmen. Was sind die Kernelemente Ihrer Akquisitionsschulung in der bAV?

Das stimmt! Natürlich spielt in der betrieblichen Altersvorsorge auch die Qualität des Produktes eine wichtige Rolle. Gerade in diesem Segment kommt es aber zunächst einmal auf die Beratungsstärke und Servicequalität des Anbieters an.

Entsprechend verfolgen wir in der bAV grundsätzlich keinen produkt-, sondern einen lösungsorientierten Ansatz. Wir arbeiten eng mit unserem Vertriebspartner, Steuerberatern und Wirtschaftsprüfern zusammen, um die beste Lösung für den Arbeitgeber zu identifizieren. Zum Glück sind wir außerdem strukturell so aufgestellt, dass wir auch individuellen Kundenbedürfnissen gerecht werden können.

Im komplexen bAV-Geschäft geht das natürlich nicht ohne entsprechendes Fachwissen. Wir legen ein besonderes Augenmerk auf die Qualifizierung unserer Mitarbeiter – sämtliche bAV-Consultants verfügen über den Abschluss des bAV-Advisors der FH Schmalkalden. Hier sind wir wirklich „state of the art“. Um einen Teil dieser Expertise weiterzugeben, führen wir mit unseren bAV-interessierten Maklern Vertriebsworkshops zur bAV-Beratung durch. Schließlich birgt der bAV-Markt ein enormes Wachstumspotenzial – und für den Kunden den effizientesten und steuerwirksamsten Ansatz, über einen längeren Zeitraum Geld anzusparen.

Welche Bilanz kann Standard Life für das erste Halbjahr 2010 ziehen? Bleibt das Neugeschäft stabil?

Unser Neugeschäft hat sich im ersten Halbjahr stabil entwickelt. Wir konnten deutliche Zuwächse bei den Einmalbeiträgen verzeichnen, auch die betriebliche Altersvorsorge hat sich erfreulich entwickelt. Gleichzeitig konnten auch wir uns beim ratierlichen Geschäft dem allgemeinen Branchentrend nicht entziehen.

In Sachen Neugeschäft gibt es in diesem Jahr auch neue Argumente für Ihre Vertriebspartner. Mit dem Anlagekonzept Global Absolute Return Strategies (GARS), bereits bewährt bei Standard Life Investments (SLI), soll Ihren Kunden noch mehr Stabilität in der Kapitalanlage gegeben werden. Vielleicht ein paar Sätze dazu, worin hier genau die qualitative Verstärkung bisheriger Strategien liegt.

Mit GARS ergänzen wir das deutsche Angebot um ein gleichermaßen modernes wie innovatives Produktkonzept und geben eine Antwort auf die aktuellen Herausforderungen in der Produktgestaltung.

Das Absolute Return-Konzept GARS hebt sich deutlich von dem üblichen Fondspoliceangebot ab. Es verfolgt das Ziel, in unterschiedlichsten Marktbedingungen positive Erträge zu erzielen und versucht, dies über eine Streuung in sehr viele Anlageklassen und –strategien (Diversifikation) zu erreichen. Dabei geht GARS deutlich weiter als andere Absolute-Return-Fonds: Das zuständige Fondsmangement verfolgt aktuell mehr als 30 unterschiedliche Anlagestrategien und investiert in verschiedene Marktpositionen an den internationalen Märkten, einschließlich Aktien, Anleihen und hochentwickelter Finanzderivate. Durch diese breite Streuung konnten aktienähnliche Renditen erzielt werden, die Kurschwankungen des Fonds aber gleichzeitig vergleichsweise niedrig gehalten werden. GARS ist sehr universell einsetzbar und nicht nur bei der privaten Altersvorsorge, sondern in Folge des BilMoG auch im Bereich der betrieblichen Altersversorgung (bAV) eine äußerst interessante Lösung.

Ihr GARS-Konzept soll zudem mit dem neuen Produkt „STANDARD LIFE GARS Pension“ eine Lösung für die Auslagerung von Pensionszusagen bieten. Kann der Makler dieses Thema allein stemmen oder ist hier der Support Ihres Hauses zwingend notwendig?

Die neuen Regelungen des Bilanzrechtsmodernisierungsgesetzes (BilMoG) haben die betriebliche Altersversorgung – und damit auch die Arbeit für den Makler – noch komplizierter gemacht. Aus meiner Sicht sind die Anbieter gerade jetzt gefordert, ihre Vertriebspartner bestmöglich zu unterstützen. Wir bieten dafür unter anderem ein umfassendes Weiterbildungsangebot an, um unsere Vermittler auf die neue rechtliche Situation vorzubereiten. Bei allen Fragen rund um die Auslagerung von Pensionszusagen arbeiten wir zusätzlich mit einem externen Experten-Netzwerk zusammen. Hier können sich unsere Makler beraten lassen, um so die für ihre Klienten individuell beste Lösung entwickeln zu können.



Bester Makler-Versicherer 2010

Im Rahmen der jährlichen Auszeichnung einer Gesellschaft, die sich im Makler-Markt als exzellenter Partner bewiesen hat, entschied sich das Fach-Magazin „Risiko & Vorsorge“ im Jahr 2010 für Standard Life Deutschland.

Standard Life beweist sich als echter Partner des Maklers. Kaum einer Gesellschaft ist es bisher in Deutschland innerhalb so kurzer Zeit gelungen, einen derart festen Maklerstamm an sich zu binden.

Als großes, international aufgestelltes Haus hat man es dennoch verstanden, die Kommunikation in einem regionalen Markt überaus dicht und zudem fair zu gestalten. Eine Leistung, die das eindeutige Verdienst der seit Anbeginn von Bertram Valentin geführten deutschen Niederlassung ist.

Der Makler findet bei Standard Life einerseits die Finanzkraft sowie auch die Investmentkompetenz eines Traditionshauses. Doch keine andere Gesellschaft konnte diese Assets bisher gleichzeitig auch mit bestens dokumentierter Transparenz und passgenauem Service verbinden. Hinzu kommt der Mut, in einem sehr konservativen Marktumfeld Entscheidungen zu wagen, die den Kundennutzen auch tatsächlich nachhaltig fördern. Standard Life ist damit einer der nachweislich glaubwürdigen Partner im Maklervertrieb. Vorbildlich zudem für alle die Gesellschaften, die erst dann einen Schritt nach vorn wagen, wenn alle ihn tun.

Auf dem Feld der Produktentwicklung wird hier nicht ständig mit neuer Munition experimentiert. Man optimiert das Vorhandene und verunsichert die Partner nicht mit einer Vielfalt von neuen „Ideen“. Der Versicherer Standard Life ist damit in seinem Produkt-Segment ein absolut verlässlicher wie auch erfolgreicher Partner. Ein Makler-Versicherer ohne Fehl und Tadel.



Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:

Alte Oldenburger – Arag – Axa – Barmenia – Bayerische Beamtenkrankenkasse – Central – Continentale – Debeka – Deutscher Ring – DKV – Gothaer – Hallesche – HanseMerkur – HUK-Coburg – LKH – LVM – Mannheimer – Morgen & Morgen GmbH – Provinzial Krankenversicherung – Ralf W. Barth GmbH – R+V – SIGNAL IDUNA – uniVersa – Versicherungskammer Bayern – Württembergische

Private Krankenversicherungen – Teil 1

Typische Beratungsfehler und Grundlagenwissen für die Vermittlung privater Krankenvollversicherungen.

Die Vermittlung privater Krankenversicherungen wird mit hohen Courtagen belohnt. Sie scheint damit für jeden Makler besonders interessant zu sein. Fakt ist aber, dass eine Falschberatung zur Absicherung der Gesundheit erhebliche Konsequenzen haben kann. Schon seit einigen Jahren findet zudem der Wettbewerb über immer neue Einstiegtarife mit scheinbar besonders günstigen Beiträgen statt. Oft erkennen Kunden und Makler hier erst nach Jahren, für was für tickende Zeitbomben sie sich entschieden haben. „Risiko & Vorsorge“ wird im Folgenden einige typische Beratungsfehler aufzeigen und darüber hinaus Grundlagenwissen für die Vermittlung privater Krankenvollversicherungen zur Verfügung stellen. Wer in die Tiefe einsteigen möchte, kommt jedoch nicht an speziellen Seminarangeboten, Fachliteratur oder dem Studium der Versicherungsbedingungen vorbei.



Autor: Stephan Witte

Zielgruppe der Privaten sind besser verdienende Angestellte, Beamte, Selbständige und Freiberufler. Als Folge der letzten Gesundheitsreform zählen nun auch all jene zur „Zielgruppe“, die entweder niemals krankenversichert waren oder irgendwann einmal privat krankenversichert waren. Für diese Personengruppe wurde der Basistarif aufgelegt.

Ab 2011 gilt: wer aus der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wechseln möchte, muss 2010 mehr als 49.950 Euro brutto (2011: 49.500 Euro) verdienen und auch die verringerte Versicherungspflichtgrenze für 2010 von

45.000 Euro (2011: 44.550 Euro) erfüllt haben. Die verringerte Grenze gilt nur für Personen, die bereits zum 01.01.2003 privat krankenversichert waren.

Die bisherige Dreijahresfrist entfällt damit zum Jahreswechsel. Soweit die Zusammenfassung des jüngst verabschiedeten „Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FinG).

Wer erstmals aus der Versicherungspflicht fällt wegen des Überschreitens der Pflichtversicherungsgrenze und vom Arbeitgeber daher abgemeldet wurde, kann sich zum 01.01. des Folgejahres, ggf. auch rückwirkend, wahlweise ge-

setzunglich freiwillig versichern, einen mehr oder minder leistungsstarken privaten Krankenversicherungstarif wählen, aber auch mit einer Frist von 6 Monaten aus der GKV in den Basistarif der privaten Krankenversicherer wechseln.

Für Selbständige und Freiberufler besteht das Recht auf Wechsel in eine private Krankenversicherung unabhängig vom Einkommen. Zu beachten ist allerdings die zweimonatige Kündigungsfrist. Wer beispielsweise im Dezember seine GKV kündigt, kann frühestens zum 01.03.2011 wahlweise in eine andere GKV oder eine PKV eintreten. Weiter ist natürlich zu beachten, dass ein Wechselrecht normalerweise nicht vor Ablauf von 18 Monaten entsteht. Wer also zum 01.01.2010 seine GKV gewechselt hat, kann frühestens zum 01.07.2011 in die private Krankenversicherung wechseln. Eine vorzeitige Kündigung ist nur möglich, wenn die Annahmeerklärung einer PKV nachgewiesen werden kann oder die GKV einen Zusatzbeitrag innerhalb dieser Frist erhoben hat. Besonders zu beachten, ist die abweichende Dreijahresfrist bei gesetzlichen Wahlтарifen. Generell ist hier eine vorzeitige Kündigung nicht möglich. Mögliche Rechtsprechung steht hierzu noch aus.

Für Beamte, nicht aktive Soldaten, Berufsrichter, deren Ehepartner und Kinder besteht ein Anspruch auf Beihilfe vom Dienstherrn zur Krankenversicherung, sofern Ehegatten und Kinder nicht selbst sozialversicherungspflichtig krankenversichert sind. Auf Antrag werden Beihilfeberechtigten zwischen 50% und 80% der Kosten für einen privaten Krankenversicherungsschutz vom Dienstherrn erstattet. Dabei unterscheiden sich die Beihilfezuschüsse und -regelungen je nach Familiensituation, Bundes- oder Landesrecht. Tarife, die für Selbständige besonders interessant oder prämiestabil sind, müssen dies nicht auch für Beihilfeberechtigte sein. So gibt es etwa den für Selbständige und Angestellte sehr interessanten Tarif AGIL premium der R+V nicht für Beihilfeberechtigte. Oft unterscheiden sich nicht nur die gesetzlichen Regelungen, sondern auch die tariflichen Regelungen der Anbieter je nach Bundesland. Häufig als hochwertig betrachtet sind etwa die Tarife von Arag, Barmenia, DBV oder die SIGNAL IDUNA. Aus Gründen des Umfangs kann auf die Besonderheiten des Krankenversicherungsschutzes für Bei-

hilfeberechtigte hier nicht näher eingegangen werden.

Für freiberuflich tätige Künstler und Journalisten besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Zuschuss zu den Beiträgen einer privaten oder gesetzlichen Krankenvollversicherung durch die Künstlersozialkasse (KSK). Grundsätzlich ist diese Personengruppe jedoch erstmal gesetzlich pflichtversichert, sofern keine Befreiung von der Versicherungspflicht beantragt wurde.

Da der Zutritt zu einer privaten Krankenversicherung eine Gesundheitsprüfung bedeutet, sind auch Zuschläge oder Ablehnungen möglich. Damit besteht die Möglichkeit, den bestehenden Versicherungsschutz gekündigt zu haben, ohne einen neuen zu erhalten. Anders als noch vor wenigen Jahren, fällt der „Unversicherung“ damit zurück in seinen alten Versicherungsschutz. Eine „Nichtversicherung“ ist rechtlich nicht mehr zulässig.

Unversichert und dann?

Noch immer gibt es jedoch viele Personen ohne Versicherungsschutz. Die Gründe dafür sind vielfältig. Einige haben freiwillig auf Versicherungsschutz verzichtet, um „Geld zu sparen“, andere hatten nicht das Geld sich hinreichend abzusichern und wieder andere haben es „verschlafen“ oder wurden von ihrer bisherigen Versicherung gekündigt – sei es wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung, verspäteter oder nicht erfolgter Prämienzahlung.

Seit dem 01.01.2009 ist es unzulässig, ohne Versicherungsschutz zu verbleiben. Wer es versäumt, sich rechtzeitig zu versichern, kann noch bis zu drei Jahre rückwirkend zur Kasse gebeten werden. Personen, die irgendwann einmal gesetzlich versichert waren, müssen sich zukünftig freiwillig gesetzlich versichern. Wer zuletzt privat oder gar nicht versichert war, muss sich für den Basistarif der privaten Krankenversicherer entscheiden – oder muss sich alternativ um einen regulären Zugang zu einem privaten Krankenvolltarif bemühen.

Der Basistarif

Der zum 01.01.2009 von allen privaten Krankenversicherern zwangsweise eingeführte Basistarif entspricht vom

Leistungsumfang her weitgehend der gesetzlichen Krankenvollversicherung. Grundlegend sind die Leistungsinhalte wie sie im 3. Kapitel des SGGV beschrieben wurden. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse sind nicht zulässig. Der maximale Beitrag für eine erwachsene Person beträgt derzeit 570 Euro (Höchstbetrag in der GKV), für Kinder und Jugendliche ist derzeit eine Monatsprämie von deutlich unter 300 Euro zu erwarten. Der aktuelle Mindestbeitrag beträgt derzeit 129,75 Euro für Kranken- und Pflegeversicherung. Der Mindestbeitrag für Selbständige liegt etwa doppelt so hoch, wobei es Nachlässe für Existenzgründer gibt.

Auch für Beihilfeberechtigte müssen spezielle Basistarifvarianten zur Verfügung stehen. Wer die Voraussetzungen für den Basistarif erfüllt, also entweder innerhalb von 6 Monaten nach erstmaligem Entfall der Versicherungspflicht dorthin wechselt oder bisher keinen Versicherungsschutz vorweisen konnte, hat ein Anrecht auf Annahme im Basistarif. Es besteht für diese Personengruppen also Kontrahierungszwang. Ein Anrecht auf einen Wechsel haben auch privat versicherte Personen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr oder solche mit erheblichen finanziellen Schwierigkeiten. In diesem Fall steht aber nur der Basistarif des jeweils eigenen Unternehmens zur Verfügung. Wer von Hartz IV oder Sozialamt lebt, kann vom Amt einen Zuschuss in Höhe des halben Monatsbeitrags verlangen. Voraussetzung ist aber ein entsprechender Nachweis der wirklichen Bedürftigkeit. Derzeit gibt es noch immer viele Versicherte im Basistarif, die ihre Beiträge trotz Säumniszuschlag und Mahnung nicht zahlen. Branchenkenner sprechen von einem Anteil von 1,17%.¹ Daran ändert auch nichts, dass bei mehr als einer rückständigen Rate außer bei besonders schwerwiegenden Erkrankungen und akuten Schmerzen der Versicherungsschutz ruht. Daher gibt es derzeit von Branchenseite auch Überlegungen, eine PKV-Light für Nichtzahler einzuführen.

Eine andere Möglichkeit zur Prämienersparnis in der Basisversicherung besteht darin, einen Selbstbehalt von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinba-

¹ Siehe beispielsweise „Kommt PKV-Light für Nichtzahler?“ von Manfred Brüss in Versicherungsjournal vom 27.10.2010

ren. Wie bei den Wahlтарifen der GKV ist die Entscheidung für einen solchen Selbstbehalt für mindestens drei Jahre verbindlich. Entsprechende Varianten mit anteiligem Selbstbehalt für Beihilfeberechtigte stehen ebenfalls zur Verfügung. Der Beitrag für Ehegatten beträgt maximal 150% des durchschnittlichen Höchstbetrages in der PKV.

Bestand bereits vor dem Wechsel in den Basistarif eine Behandlungsbedürftigkeit, so sind die entsprechenden Folgebehandlungen sofort ohne Wartezeit mitversichert. Der Basistarif kann also eine gute Wahl für Personen mit erheblichen gesundheitlichen Problemen sein, die sonst keinen bezahlbaren Versicherungsschutz bekommen oder mit erheblichen Leistungseinschränkungen rechnen würden. Interessant ist beispielsweise die zeitlich unbefristete Kostenzusage bei Psychotherapie, sofern hiervor zuvor eine Kostenzusage durch den Versicherer erfolgte. Dabei gilt eine Zuzahlung von 10 Euro je Quartal durch den Versicherungsnehmer.

Einige Anbieter ermöglichen die Option, ihren Basistarif durch ergänzenden Krankenversicherungsschutz zu ergänzen. So kann man etwa bei der Axa die Tarife VorsorgePlus und den Kurtarif 350 dazu absichern. Bei der DKV sind neben dem Basistarif stationäre Wahlleistungen (speziell die Tarife SW1 und SW2), Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld-, Kurtagegeld-, Pflegepflicht- und Pflegeergänzungstarife abschließbar.

Ein wichtiger Nachteil des Basistarifs gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung soll hier nicht verschwiegen werden. So ist es trotz des gesetzlichen Anspruchs oft schwierig, Ärzte und andere Heilbehandler dazu zu bewegen, tatsächlich nur im Rahmen des Basistarifs abzurechnen. So dürfen persönlich erbrachte ärztliche Leistungen seit April 2010 höchstens bis zum 1,2 fachen Satz GOÄ, medizinisch-technische Leistungen bis zum 1,2fachen und Laborleistungen höchstens zum 0,9fachen Satz abgerechnet werden. Bei Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanz- oder

Strahlentherapie (Leistungen der Abschnitte A, E und O) beträgt die maximal zulässige Erstattung 1,0fach. Gleiches gilt bei zahnärztlichen Behandlungen.

Ärzte kritisieren, dass mit diesen Sätzen eine kostendeckende Behandlung nicht mehr möglich sei. Damit werden Basisversicherte nicht unwahrscheinlich wie Patienten „zweiter Klasse“ behandelt. Wichtig ist hier auch der Hinweis, dass die Leistungen des Basistarifs ähnlich wie bei der GKV nicht unveränderlich sind. So wurden persönlich erbrachte ärztliche Leistungen etwa vom 01.07.2007 bis zum 01.04.2010 noch bis zum 1,8fachen Satz GOÄ, medizinisch-technische Leistungen bis zum 1,36fachen Satz und Laborleistungen bis zum 1,16fachen Satz GOÄ erbracht. Kunden, die mindestens ein Jahr lang keine Beiträge zu Ihrer regulären privaten Krankenversicherung gezahlt haben, werden zwangsweise in den Basistarif überführt. Als Folge dieser Regelung wird für den Jahreswechsel mit einem „Zugewinn“ von bis zu 50.000 neuen Basisversicherten gerechnet.



Was ist mit der Familienversicherung?

Eine große Sorge für Personen, die erstmals vor der Entscheidung für oder wider eine private Krankenversicherung stehen, besteht oftmals hinsichtlich der Kosten für die Mitversicherung von Kindern. Während die gesetzliche Krankenvollversicherung eine kostenlose Mitversicherung von Kindern ermöglicht, ist

dies in der PKV nur sehr eingeschränkt möglich. In der Praxis sind folgende Varianten zu unterscheiden:

Sind beide Partner gesetzlich versichert, so besteht für das Kind ein gesetzlicher Anspruch auf Familienversicherung. Dies gilt auch, wenn einer der Partner als Hausfrau oder -mann tätig sein sollte und nur der andere Gehaltsempfänger ist, somit also eine Familienversicherung vorliegt. Auch bei zwei

Angestellten, die sich freiwillig gesetzlich versichert haben, besteht für die Kinder dieser gesetzliche Anspruch. Davon abgesehen könnten natürlich die Eltern freiwillig entscheiden, diesen Anspruch auf kostenneutrale Familienversicherung entsprechend § 10 SGB V nicht in Anspruch zu nehmen und das Kind abweichend privat zu versichern – so die ausdrückliche Aussage eines BKK, die hierzu aber nicht zitiert werden möchte. Der Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung erfolge erst mit der Meldung an die gesetzliche Krankenkasse. Wichtig ist in jedem Fall, dass das Kind versichert ist, da eine gesetzliche Versicherungspflicht besteht.

Sind beide Partner bei Geburt des Kindes privat versichert, sind die Kinder ebenfalls privat zu versichern. Sofern das Kind bis dato freiwillig versichert war und die Eltern sich erst nach Geburt des Kindes für eine private Versicherung entscheiden, haben diese die Wahl das Kind weiterhin freiwillig gesetzlich oder abweichend privat zu versichern.

Ohne Gesundheitsprüfung kann sich das Kind meist nur im Umfang des elterlichen Versicherungsumfanges versichern. Teilweise wird jedoch von dieser Regel abgewichen, so dass beispielsweise im R+V-Gesundheitskonzept AGIL

für Kinder im Rahmen der Kindernachversicherung ein höherwertiger Tarif sowie niedrigerer Selbstbehalt unabhängig vom Versicherungsschutz der Eltern gewährt werden kann. Im Tarif VARIO der central darf zwar ein geringerer Selbstbehalt, nicht jedoch ein höherwertiger Tarif als derjenige der Eltern gewählt werden. Je nach Anbieter zahlen Kinder den vollen oder den hälftigen Beitrag. Tatsächlich zahlen Kinder je nach Tarif und Anbieter zwischen unter 30 und über 250 Euro monatlich, realistisch erscheint ein Prämienniveau nicht unter 100 Euro monatlich.

Ist ein Partner privat und einer gesetzlich pflichtversichert, so kommt es insbesondere auf die konkreten Einkommensverhältnisse an.

Ist ein Partner arbeitslos oder nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt und der zweite Partner privat krankenversichert, so muss der Arbeitslose, die Hausfrau oder der Hausmann sich freiwillig gesetzlich versichern. Verdient der privat versicherte Partner oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (2010: 49.950 Euro brutto p.a. bzw. 4.162,50 Euro monatlich), so sind die Kinder wahlweise freiwillig gesetzlich oder privat zu versichern. Liegt das Jahreseinkommen des privat versicherten Partners hingegen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze, so sind die Kinder ohne Mehrbeitrag in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung des Partners versichert.

Verdient ein gesetzlich pflichtversicherter Partner mehr als die privat versicherte Partner, liegt aber mit seinem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze, so sind die Kinder in die gesetzliche Familienversicherung einzuschließen.

Angenommen, ein Partner ist als Angestellter wegen seines Einkommens freiwillig privat krankenversichert und die Ehefrau ist gesetzlich pflichtversichert, so können sich die Eltern frei entscheiden, ob sie die Kinder privat oder gesetzlich versichern wollen.

Verdient jedoch der privat versicherte Partner mehr als der gesetzlich versicherte, jedoch unterhalb der Versicherungspflichtgrenze für die PKV, so kommen wahlweise die GKV oder die PKV für die Kinder in Betracht.

Liegt das Einkommen des privat Versicherten jedoch sowohl oberhalb der Versicherungspflichtgrenze als auch ober-

halb des Einkommens des gesetzlich versicherten Partners, so können die Kinder beitragspflichtig über die gesetzliche Krankenversicherung der Mutter oder abweichend privat versichert werden.

Bei unverheirateten Paaren besteht für das Kind unabhängig vom Einkommen der Eltern stets Anspruch auf die Familienversicherung, sofern nur mindestens einer von zwei Partnern gesetzlich pflichtversichert oder freiwillig gesetzlich versichert ist. Dies gilt selbst dann, wenn beispielsweise leiblicher Vater und Mutter schon lange nicht mehr zusammen wohnen. Allerdings könnte auch hier der privat versicherte Elternteil auf seinen Anspruch verzichten und abweichend eine private Krankenversicherung für sein Kind beantragen.

Auch bei zwei Angestellten, die sich freiwillig gesetzlich versichert haben, besteht für die Kinder dieser gesetzliche Anspruch. Davon abgesehen könnten natürlich die Eltern freiwillig entscheiden, diesen Anspruch auf kostenneutrale Familienversicherung nicht in Anspruch zu nehmen und das Kind abweichend privat zu versichern.

Ein häufiges Problem bei Selbständigen tritt oft dann ein, wenn die Kinder irgendwann nicht mehr kostenlos über den Partner versichert werden können, da der Versicherte erstmals mit seinen Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Da Selbständige ihre Steuererklärung jedoch oft mit zeitlichem Verzug erstellen, kann es gegebenenfalls erst nach zwei bis drei Jahren auffallen, dass das Kind rückwirkend aus der GKV rausfällt und freiwillig oder privat zu versichern wäre. Kunden profitieren in so einem Fall von einem Options-tarif auf private Krankenversicherung für das Kind, um einen vollwertigen PKV-Schutz mit nahtlosem Übergang auch dann zu gewährleisten, wenn der Gesundheitszustand des Kindes womöglich problematisch sein sollte.

Beitragsberechnung für die freiwillig gesetzliche Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern?

Grundsätzlich wird für freiwillig versicherte Ehegatten 50% des Einkommens des privat versicherten Partners zur Beitragsberechnung angesetzt. Höchstens werden jedoch Einnahmen bis 50% der Beitragsbemessungsgrenze (2010: 3.750

Tipp Sofern Kinder privat zu versichern sind, sollte der Makler deren Geburt unverzüglich dem Versicherer melden, da dann eine Mitversicherung ohne Gesundheitsprüfung problemlos möglich ist. Wichtig ist dies, wenn sich nach der Geburt gesundheitliche Beeinträchtigungen des Kindes herausstellen sollten. Üblicherweise sehen die Versicherer eine Dreimonatsfrist ab dem Tag der tatsächlichen, nicht der errechneten Geburt des Kindes für die Nachversicherung vor.

Euro monatlich; 2011 voraussichtlich 3.712,50 Euro) mitberücksichtigt. Dabei ist zu beachten, dass die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze nicht statistisch ist, sondern sich seit 2003 jährlich erhöht. Sofern ein Krankenversicherer keinen Zusatzbeitrag erhebt (dieser wird dann ungekürzt auf den Antrag angerechnet), bedeutet dies derzeit einen Monatsbeitrag zwischen 121,79 Euro und höchstens 268,13 Euro. Dazu kommt noch der Beitrag für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung von 16,61 Euro bis 36,56 Euro für Paare mit Kindern bzw. 18,74 Euro bis 41,25 Euro für Kinderlose.

Erzielt der freiwillig gesetzlich versicherte Ehegatte eigene Einnahmen, sei es durch eine geringfügige Beschäftigung, Zinsen oder Mieteinnahmen, so werden diese in voller Höhe auf das halbe Einkommen des Ehegatten angerechnet. Unter Umständen kann sich der Beitrag wieder durch Abzüge für privat über den anderen Partner versicherte Kinder reduzieren.

Bei der Beitragsberechnung werden für den privat versicherten Partner monatliche Einkünfte von nicht unter 851,67 Euro angesetzt.

In den Fällen, wo Kinder ohne eigene Einkünfte nicht über die Familienversicherung, sondern gegen eigenen Beitrag freiwillig gesetzlich versichert werden sollen, müssen diese jeweils 121,79 Euro monatlich zzgl. 16,61 Euro für die Pflegeversicherung zahlen. Der erhöhte Beitrag von 18,74 Euro kommt nur für kinderlose Kinder ab dem 23. Lebensjahr zur Anwendung.

Eine Sonderregelung gibt es für Ehepaare aus einem Beamten und einem Selbständigen. Sofern der selbständige Ehepartner bestimmte Einkommens-

grenzen je nach Land und Bundesrecht (in Niedersachsen derzeit z.B. 18.000 Euro brutto zu versteuerndes Einkommen) Vorvorjahreseinkommen (d.h. im Jahre 2011 wäre das Einkommen aus 2009 maßgeblich) unterschreitet, besteht für diesen Anspruch auf Ehegattenbeihilfe. In Niedersachsen wären dies 2010 beispielsweise 70% des privaten Krankenversicherungsbeitrages ohne Berücksichtigung stationärer Wahlleistungen. Der Selbständige müsste dann seinen bestehenden Krankenversicherungstarif in einen entsprechenden Beihilfetarif umwandeln. Dabei sollte ein Rückwechselrecht ausdrücklich vereinbart sein, damit einer Rückkehr in die üblichen PKV-Tarife bei steigendem Einkommen nichts entgegen steht.

Abweichend besteht für Kinder grundsätzlich ein Beihilfeanspruch, sofern ein Partner den Beamtenstatus innehat. Derzeit sind dies beispielsweise in Niedersachsen 80% nach den Regelungen des jeweiligen Dienstherrn.

Fazit: freiwillig gesetzlich versicherte Ehegatten zahlen einschließlich Pflegepflicht monatlich meist ab 138,40 Euro bis höchstens 304,69 Euro (Personen mit Kindern) bzw. zwischen 140,53 Euro bis 309,38 Euro (Kinderlose). Pro minderjährigem Kind sind dann noch mal 138,40 Euro zu kalkulieren.

Eine Familie aus privat versichertem Ehemann, Hausfrau und zwei minderjährigen Kindern muss für die freiwillige Krankenversicherung im Jahre 2010 also monatlich zwischen 138,40 Euro (Mann verdient weniger als 851,67 Euro monatlich) und 581,49 Euro (Mann verdient oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze) einplanen.

Beitragskalkulation für privat Versicherte

Die Prämienhöhe in der PKV hängt neben dem Eintrittsalter vor allem von Geschlecht und Gesundheitszustand, mitunter zusätzlich vom ausgeübten Beruf ab. Dabei sind die Prämien für Frauen in aller Regel deutlich höher als die der Männer. Hintergrund ist insbesondere eine längere Lebenserwartung, während die Kosten für schwangerschaftsbedingte Untersuchungen und Behandlungen, die so bei Männern nicht zu erwarten sind, gleichmäßig auf die Beiträ-

ge von Männern und Frauen verteilt werden. Das bedeutet aber nicht, dass ein und derselbe Tarif trotz unterschiedlicher Prämien für Männer und Frauen genauso geeignet sein muss. Einige Anbieter sind eher für Frauen, andere für Männer besonders preisgünstig. Auch ist zu beachten, dass bei Antragsstellung bereits schwangere Frauen nicht von allen Versicherern versichert werden können und gerade bei fortgeschrittener Schwangerschaft privatärztlicher Leistungen bis zur Entbindung ausgeschlossen werden.

Für weitere Informationen sollten Sie Ihre Kunden auf die Broschüre https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_allgemeine-informationen-zu-pkv/wie-werden-die-beitraege-in-der-pkv-kalkuliert.pdf des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. hinweisen.

Was ist bei Arbeitslosigkeit und Berufsunfähigkeit?

In der Regel sind Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung sowohl im Alter, als auch beispielsweise bei Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit in voller Höhe weiterzuzahlen. Hierzu gibt es tarifabhängig einige Ausnahmen von dieser Regel.

- Bei Arbeitsunfähigkeit können die Beiträge ggf. durch das Vereinbaren einer hinreichend bemessenen Krankentagegeldversicherung ausfinanziert werden
- Bei Arbeitslosigkeit und daraus resultierender Hilfebedürftigkeit gemäß SGB II und SHB XII besteht ggf. Anspruch auf teilweise Kostenübernahme (max. analog zum Betrag, den das Amt auch für einen Bezieher von Alg II zahlen müsste) durch die zuständige Agentur für Arbeit. Hier ist insbesondere auf die Ausführungen zum Basistarif hinzuweisen. Im Tarif **Esprit** des **Deutschen Rings** ist bei Arbeitslosigkeit ein beitragsfreies Ruhen des Tarifes für einen Zeitraum bis 36 Monaten möglich, bei allen Tarifen der **Hallesche** höchstens für 24 Monate. Bei letzterer werden dann aber die für das Ruhen vorgestreckten Beiträge in Form eines Beitragszuschlages nacherhoben, wenn die Ruhezeit mehr als 6 Monate gedauert hat. Bei der **Arag** wird bei Arbeitslosigkeit eine Anwartschafts-

versicherung angeboten, sofern dem Kunden kein Kündigungsrecht zusteht.

- Grundsätzlich bieten die oben benannten und andere Anbieter zusätzlich die Möglichkeit einer kostenpflichtigen Anwartschaft während der Zeit der Arbeitslosigkeit. Der Vorteil liegt darin, dass nach Ablauf der Anwartschaft unveränderter Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung fortbesteht. Besonders wichtig ist dies auch für Krankentagegeldtarife, die regelmäßig bei Berufsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit erlöschen.
- In der Elternzeit bietet der Tarif **vital** aus dem Hause **Axa** eine Beitragsbefreiung für einen Zeitraum von einem halben Jahr.



Was bedeutet Gesundheitsprüfung?

Trotz geringfügiger Besserungen seit dem Inkrafttreten der VVG-Reform und den gesetzlichen Regelungen zur Beratungsdokumentation werden nach wie vor viele Anträge auf Krankenvollversicherung nur unzureichend ausgefüllt. Gerade wer unbedingt noch pünktlich zum Jahreswechsel seinen Versicherungsschutz von gesetzlich auf privat umstellen möchte oder zu Beginn der Selbständigkeit die Entscheidung für die Private getroffen hat, möchte sich vielfach ungern die Zeit für eine lange Recherche ersparen. Also wird rasch ein Vertreter oder Makler eingeschaltet, der passenden Versicherungsschutz beschaffen soll. Wer sich dann bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen

Zeit sparen möchte, verzichtet dann gerne auf eine langwierige Recherche und gibt dann spontan die Angaben zum Gesundheitszustand, die ihm gerade einfallen. Im Leistungsfall kann dieses Verhalten fatal für Makler und Kunde gleichermaßen werden.

Aufgabe des Maklers ist es, als Sachwalter des Kunden dessen Interessen gegenüber dem Versicherer zu vertreten. Damit obliegt es ihm auch, dem Kunden die besondere Bedeutung der Gesundheitsfragen nahe zu bringen, ihn also auch entsprechend zu belehren hinsichtlich der Folgen einer unzureichenden Beantwortung. Ein überwiegender Teil von Streitigkeiten zwischen Versicherern und ihren Kunden im Leistungsfall resultiert aus der unvollständigen oder fehlerhaften Angabe des Gesundheitszustandes vor Antragsstellung. Dies kann sowohl zur Verweigerung einzelner Leistungen, in besonders schweren Fällen aber auch zum Rücktritt des Versicherers vom Vertrag führen. Dann bleibt im Zweifel nur noch der Basistarif als zukünftige Absicherung.

Empfehlen Sie dem Kunden stets alle Krankenakten der vergangenen 10 Jahre anzufordern. So lange ist die Aufbewahrungspflicht von Akten für Ärzte und Zahnärzte. Auch geht der Kunde so sicher, dass er alle Fragen wahrheitsgemäß beantworten kann. Viele Ärzte verweisen jedoch auf Nachfrage darauf, dass doch der Versicherer selbst die Akten anfordern solle. Dies entspricht jedoch nicht dem Kundeninteresse, da er damit nicht nur unnötige Ablehnungen riskiert, sondern Versicherer nicht verpflichtet sind, ihrerseits beim Arzt anzufragen, wenn kein Rückfragebedeutbar erkennbar ist. Sollte auch Ihr Kunde beim Arzt „auflaufen“ und dieser die Herausgabe der Patientenakte verweigern, so könnte beispielsweise das auf Seite 22 stehende, in der Praxis erfolgreiche Anschreiben von Hilfe sein.

Was ist anzugeben?

Anzugeben ist gegenüber dem Versicherer alles, wonach dieser ausdrücklich fragt, also bei der Frage nach Medikamenten auch die Einnahme einer Antibabypille, bei der Frage nach zahnärztlichen Behandlungen auch die Entfernung von Zahnstein, die Entbindung mit Kaiserschnitt und bei der Frage nach Allergien auch solche, die bisher keiner ärztlichen Behandlung bedurften.

Wichtig ist, dass für Dritte im Streitfall erkennbar ist, dass die Gesundheitsfragen entweder vom Kunden selbst oder nach dessen Angaben gemacht wurden. Im Streitfall geht es nämlich oft um die Frage, wem das Wissen über unvollständige oder unzureichende Gesundheitsfragen zuzurechnen ist. Prüfen Sie daher, ob Ihnen der Kunden im Rahmen anderer Beratung schon mal weitergehende Auskünfte zum Gesundheitszustand gegeben hat. Dies kann auch im Rahmen einer Unfallversicherung, einer länger zurückliegenden Zahnzusatzversicherung, einer Berufsunfähigkeits- oder Dread-Disease-Versicherung gewesen sein. Vielleicht erinnern sie sich auch an Kundentermine, die wegen Grippe ausgefallen sind oder an eine Kur- oder Reha-Behandlung vor vielen Jahren.

Entscheidend ist in jedem Fall, dass der Kunde erkennbar sein Gedächtnis angestrengt hat, um alle Angaben zum Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und umfassend zu machen.

Rezepte für Ihren Erfolg



- ✓ Ausgezeichnete Qualitätsprodukte
- ✓ Marktführende Tarifwechsel- und Optionsrechte
- ✓ Spartenübergreifende Deckungskonzepte
- ✓ Nahtloser Übergang von KT zur BU-Rente (unisafe - seit 2002!)
- ✓ Zahnzusatzschutz ohne Gesundheitsfragen
- ✓ Lebensphasenkonzept zur Pflegeabsicherung
- ✓ Unfallschutz mit speziellen Zielgruppenlösungen
- ✓ Top-Fondsprodukte mit verbindlicher Rentengarantie
- ✓ Tabaluga: Drachenstarker Rundumschutz für Kinder
- ✓ **NEU: VIP-Service** für Vertriebspartner und vieles mehr ...

Informieren Sie sich noch heute!



Ihr Personenversicherungs-Spezialist

Sulzbacher Straße 1-7 *seit 1843*
 90489 Nürnberg
 Tel.: 0911 5307-1000
 Fax: 0911 5307-1676
 E-Mail: info@uniVersa.de
 Internet: www.uniVersa.de

**Muster-Brief:
Herausgabe der Patientenakte**

„Ich weise Sie ausdrücklich darauf hin, dass meinem Mandanten ein Auskunftsrecht gemäß § 810 BGB (Einsicht in Urkunden) zusteht.
Als Makler bin ich als Sachwalter meines Kunden tätig und muss dessen Interessen vertreten. In diesem Fall liegt es im Interesse meiner Mandanten nicht nur schnellst möglich geeigneten Versicherungsschutz beantragen zu können, sondern außerdem möglichst viele Angebote bei verschiedenen Anbietern parallel anzufragen, da ein einmal abgelehnter Kunde im Regelfall deutlich schwerer Versicherungsschutz erlangen kann. Außerdem ist ein Versicherer nicht verpflichtet, seinerseits Arztanfragen zu stellen, wenn die Kundenangaben dazu keinen Anlass geben.
Da jeder Versicherer andere Fragen stellt, ist es einfacher im Vorfeld alle verfügbaren Daten zusammen zu stellen und gesammelt anzufragen.
Der Kunde xyz ist nicht in der Lage, sich an jedes medizinische Detail der vergangenen 10 Jahre zu erinnern. Damit begibt er sich in Gefahr, ungewollt eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 VVG zu begehen, die es zu vermeiden gilt.
Nicht der Kunde, sondern der Versicherer hat zu entscheiden, welche Krankheiten, Störungen oder Beschwerden als Bagatellen zu betrachten sind (vgl. OLG Koblenz vom 08.07.2004 – 10 U 157/03). Leider werden oft medizinische Sachverhalte verdrängt, wenn sie länger zurück liegen oder falsch vom Kunden bewertet. Hinzu kommt, dass mein Kunde ohne Einsicht in Ihre Akten nicht ersehen kann, ob die von Ihnen beschriebenen Krankheiten und Beschwerden der Vergangenheit korrekt in den Unterlagen wiedergegeben wurden. Damit träge ihn im Zweifelsfall der Gegenbeweis einer Nichtkenntnis im Falle des Vorwurfs einer arglistigen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auf Basis ihm nicht bekannter, vom Versicherer jedoch im Leistungsfall angeforderter Unterlagen (siehe Voigt / Neuhaus, 2009, 2. Auflage, S. 472 Rn 42).
Vor diesem Hintergrund setze ich Ihnen im Namen meines Mandanten eine Frist bis zum xx.xx.201x, um dem Kunden xyz eine vollständige Kopie seiner Krankenakte in Schriftform auszuhändigen, abzurechnen gemäß GOÄ.
Aus der Krankenakte hat hervorzugehen das Datum der einzelnen Behandlung, Ihre Diagnose sowie die Art der Behandlung. Genau diese Angaben hat der Kunde xyz den jeweiligen Versicherern ebenfalls anzugeben.“

Problem: Gefälligkeitsdiagnosen, unklare Befunde, verschwiegene Vorerkrankungen

Fragen Sie als Makler nach und notieren Sie die Antworten im Rahmen Ihrer Dokumentation. So stellte sich beispielsweise im Rahmen einer Beratung des Autors heraus, dass die Kundin eine Schwangerschaft im Rahmen der Antragsstellung zunächst nicht benannte, da sie diese für „unerheblich“ hielt und die „Offenbarung“ ihr im konkreten Fall etwas peinlich war.

Gefährlich sind so genannte Gefälligkeitsdiagnosen oder Untersuchungen mit unklarem Befund. Hier kann es im Leistungsfall zu erheblichen Problemen mit dem Versicherer kommen, auch wenn die vermutete Ursache als nicht zutreffend erkannt wurde. In jedem Fall sollten in den benannten Fällen dem Antrag unbedingt eine ärztliche Diagnose bzw. Stellungnahme beigelegt werden.

Auch hier zwei Beispiele aus der Praxis: So gab einmal ein Kunde ein vom

Arzt verschriebenes Medikament deshalb nicht an, da er es nicht angewandt hatte und die Angabe ihm deshalb belanglos erschien. Im Rahmen der Antragsprüfung kam dies dann doch heraus und dem Kunden wurde der Versicherungsschutz versagt. In einem ande-

ren Fall gab der Kunde zwar vielfältige Dinge an, eine bestimmte psychische Erkrankung war ihm jedoch womöglich zu peinlich, um diese wahrheitsgemäß zu benennen. Auch wenn dies natürlich nicht das Verschulden des Maklers ist, sollten Sie mit solchen Problemen rechnen und sich durch entsprechende Dokumentationen absichern.

Auch nach Auskunft der Ralf W. Barth GmbH sind verschwiegene Vorerkrankungen eine der häufigsten Streitursachen. Das Unternehmen hat sich auf dem Markt als Spezialanbieter für die Vermittlung von Vermögensschadensversicherungen für Makler positioniert und begleitet die Kunden in diesem Zusammenhang auch bei Leistungsfällen. Aus der konkreten Schadenpraxis wurden einige Leistungsfälle benannt:

- Versicherer weigert sich Krankentagegeld zu zahlen, weil eine Vorerkrankung verschwiegen worden ist. Der VN be ruft sich darauf, dass der Vermittler ihn beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützt habe.
- Fehlberatung bei Antragstellung einer PKV. Frau hatte eine Hormonbehandlung bei Antragsstellung nicht angegeben. Klageverfahren bereits eingeleitet.
- Krankenversicherung. Kunde hatte Vorerkrankungen verschwiegen, flog aus der Versicherung raus, jetzt soll VM daran schuld sein und die Differenz zur Basisdeckung und weiteren Kosten tragen.
- Zuschlag wegen Pollenallergie anstelle eines anderen Angebotes, das ohne Zuschlag möglich gewesen wäre.

Private Krankenversicherungen, Teil 2,
finden Sie in der Ausgabe 2/2010.
Erscheinungstermin: 08. April 2011.

<p>Inhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstbehalte - Die Gebührenordnung der Ärzte - Stationäre Aufenthalte - Heil- und Hilfsmittel - Streitpunkt Psychotherapie - Anschlussheilbehandlungen - Krankentagegeld - Pflegeschutz - Abweichende Zahlungsmodalitäten - Rückkehr in die GKV? 	<ul style="list-style-type: none"> - Alterungsrückstellungen - Überbrückung mit Anwartschaftstarifen - Schutz im Ausland - Ausschlüsse - Dokumentieren Sie die Erwartungen des Kunden - Ratingsubstanz - Vermögensschadenshaftpflicht des Maklers und Private Krankenversicherung - Weiterführende Literatur
---	--

„RfB-Zuführung und Eigenkapital auf dem höchsten Wert in der Unternehmensgeschichte.“

Klaus Barde im Gespräch mit Michael Baulig,
Vorstand der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Glückwunsch, Ihr neuer Internetauftritt einschließlich Extranet für Ihre Vertriebspartner ist aus einem Guss. Die Universa präsentiert sich hier sympathisch und auf der Höhe der Zeit. Vor dem Hintergrund der anstehenden, vielleicht größten Schlacht im PKV-Markt, sicher ein richtiger Schritt, um Frische zu demonstrieren. Aber kommen wir zu den harten Fakten: Vor dem absehbaren Hauen und Stechen in 2011 wird auf dem Feld der Vollversicherung von durchschnittlichen Beitragsanhebungen zwischen 0,5 und sieben Prozent gesprochen. Wie wird hier die Universa aufgestellt sein?

Der weitaus größte Teil unseres Tarifwerks bleibt zum 01.01.2011 beitragsstabil. Das ist das Ergebnis aus dem Zusammenspiel von Annahmepolitik, Leistungsmanagement sowie unserer konsequenten Geschäftspolitik, Anpassungsbedarf immer zeitnah umzusetzen und die Beiträge stets auf der Basis aktueller Rechnungsgrundlagen zu kalkulieren. Dadurch hat sich bei uns über die Jahre hinweg kein Anpassungsbedarf aufgestaut, der irgendwann umgesetzt werden muss. Zudem haben wir in den letzten zehn Jahren für unsere Bestandskunden zur Begrenzung von Beitragsanpassungen rund 190 Millionen Euro aus Überschüssen eingesetzt. Insgesamt ist

die PKV mit 145 Milliarden Euro Alterungsrückstellung gut für die Zukunft gerüstet. Die uniVersa führt regelmäßig über 40 Prozent der Beitragseinnahmen der Alterungsrückstellung zu. Damit nehmen wir eine Spitzenposition ein.

Welche Kern-Argumente Ihres Hauses werden Ihre Vertriebspartner mit ins Marschgepäck bekommen? Bleibt es bei der aktuellen Tarif-Palette?

Wir bieten unseren Kunden und Vertriebspartnern ein bewährtes und modernes Produktliniensystem mit offensiven Tarifwechselrechten an. Damit kann ein Leben lang das Preis-Leistungs-Verhältnis an geänderte Lebenssituationen angepasst werden. Von insgesamt 240 Tarifalternativen sind 220 jederzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung wählbar. Das ist einzigartig am Markt. Zudem bieten wir eine ganze Reihe von familienfreundlichen Lösungen und spartenübergreifenden Deckungskonzepten an. So garantieren wir zum Beispiel über unser Einkommenssicherungskonzept „unisafe“ einen nahtlosen Übergang vom Krankentagegeld zur Berufsunfähigkeitsrente. Wir werden unserer Philosophie treu bleiben und keine Paralleltarife mit Lockprämien anbieten oder Tarifschließungen vornehmen, deren Folgen unsere Bestandskunden zu tragen hätten.

Aktuell konnten Sie in einem großen Tarif-Vergleich als bester Anbieter für Männer und Frauen überzeugen. Untersucht wurden insgesamt 50 Leistungskriterien für Ambulant, Stationär, Zahn und Krankentagegeld. Wie bringt man diese PS noch besser in den Vertrieb?

Als älteste private Krankenversicherung in Deutschland setzen wir bewusst auf Qualitätsprodukte, die in unabhängigen Vergleichen regelmäßig getestet und ausgezeichnet werden. Auch unsere Services werden immer wieder mit Spitzenpositionen ausgezeichnet. Wir verfügen über eine langjährige Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Versicherungsmaklern und legen großen Wert auf bestmögliche Services. Dazu gehören z. B. auf Makler-Bedürfnisse abgestimmte Betreuungseinheiten im Innendienst genauso wie in der Vertriebsorganisation. Seit über 20 Jahren führen wir jährlich bundesweit Informationsveranstaltungen für Makler durch. Ebenso sind wir stets auf Messen und Veranstaltungen, auch von unseren Vertriebspartnern, vertreten. So kommen unsere Botschaften sicher und verständlich beim Empfänger an.

Im Vorfeld von 2011 haben sich einige Marktteilnehmer gegen eine weitere Ausreizung der Provisionshöhen ausge-



» Von insgesamt 240 Tarifalternativen sind 220 jederzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung wählbar. Das ist einzigartig am Markt. «

Lassen Sie uns einen Blick auf die Zeit nach 2011 wagen. Werden alle PKV-Anbieter im Wettbewerb bestehen können? Wie sieht es mit den Reserven der Krankenversicherer aus? Stehen Fusionen an, um der Folgen des demografischen Faktors Herr zu werden?

Wir gehen davon aus, dass die PKV-Anbieter im Wettbewerb des Jahres 2011 bestehen werden. Fusionen sind ja auch nur dann sinnvoll, wenn der Kunde etwas davon hat. Aus Gründen des demografischen Faktors werden keine Fusionen erforderlich. Das Kalkulationsmodell der PKV sorgt im Gegensatz zum Umlageverfahren der GKV dafür, dass jede Alterskohorte ihren eigenen, risikogerechten Beitrag zahlt. Was die Sicherheit anbelangt, sind die Unternehmen gut aufgestellt. Eine Bewährungsprobe dafür war die Finanz- und Wirtschaftskrise, die eben keinen Schwund der sicher angelegten Alterungsrückstellungen nach sich zog. Im Gegenteil: Die Alterungsrückstellungen sind kräftig angewachsen. Bei der uniVersa stiegen die RfB-Zuführung und das Eigenkapital sogar auf den höchsten Wert in der Unternehmensgeschichte. Morgen & Morgen hat uns dafür zum wiederholten Male mit der Bestbewertung ausgezeichnet.

sprochen. Das Thema wurde zum Politikum. Auch der GDV bemüht erstmals in seiner Geschichte Begriffe des Verbraucherschutzes. Bewerten Sie diese Vorkommnisse als Einzelfälle oder haben wir es hier mit einem offensichtlichen Trend im Vertriebsmarkt der PKV zu tun?

Durch die PKV-feindliche Gesundheitspolitik von Ulla Schmidt hat sich das „echte“ Neugeschäft, die Übertritte aus der GKV, stark vermindert. Aufgrund dessen wurde der Intra-PKV-Wettbewerb angeheizt mit der Folge, dass billige Tarife auf den Markt kamen, die mit den höchsten Provisionen bei kurzen Haftungszeiten vergütet wurden, obwohl die Verweildauer im Bestand oftmals nur

ein Jahr betrug. Dass das nicht gut gehen kann, liegt auf der Hand. Einige Vertriebsorganisationen haben das perfektioniert, aber das sind Ausreißer. Trotzdem birgt das Gefahren für die Reputation der ganzen Branche. Wir setzen auf langfristige Kundenbeziehungen und Partnerschaften. Deshalb haben wir als erster Versicherer auf diese Entwicklung konkret reagiert und Stornohaftungszeiten verlängert. Grundsätzlich sind wir der Auffassung, dass die Beratung zu einer privaten Krankenversicherung auch adäquat zu dem hohen Beratungsaufwand vor und nach dem Vertragsabschluss vergütet werden muss. Schließlich geht es um existenzielle Fragen für den Kunden.

Wie sieht es mit der **Prämienstabilität** aus?

Die Hauptsorge vieler Personen, die sich für den Abschluss einer privaten Krankenversicherung entscheiden, betrifft die dauerhafte Finanzierbarkeit der Prämien. Fakt ist, dass die Prämien teilweise erheblich steigen können. Ursachen dafür sind unter anderem die stark steigenden Gesundheitskosten der letzten Jahren, wobei vor allem die steigenden Kosten für die Behandlung von Demenz und Depressionen erwähnenswert sind. Auch immer weiter explodierende Medikamentenkosten schlagen zu Buche.



Bei der GKV wie auch der PKV kann von Prämienstabilität nicht die Rede sein. Eingefrorene Beiträge? Leider nein.

Autor: Stephan Witte

Zu den extremen Beispielen von Beitragssteigerungen in der PKV gehört sicher der zwischenzeitlich geschlossene Tarif KG aus dem Hause Gothaer (ehemals Berlin-Kölnische). Ein Mann, der 2001 im Alter von 30 Jahren in den Tarif eintrat, zahlte zu dieser Zeit 186,65 DM monatlich (= 95,43 Euro), 2006 kostete dieser bereits 182,11 Euro. Dies entspricht einer jährlichen Anpassung von 13,80%. Wer dann 2008 aus dem geschlossenen Alttarif in den da noch offenen Tarif GS 2V wechselte, zahlte anfänglich im Alter von 36 Jahren 264,38 Euro monatlich, zum 01.01.2011 soll der Beitrag nach der jüngsten Anpassung von bisher 335,30 Euro auf 423,91 Euro steigen. Dies entspricht einer Anpassung im Bestand von 26,43% allein von 2010 auf 2011 bzw. von 12,53% für den Zeitraum von 2008 bis 2011. Auch der GS wurde wie der KG vor ihm zwischenzeitlich geschlossen. Für das Neugeschäft wird derzeit der MEDI VITA beworben.

Andere Tarife wie der KV 4 aus dem Hause **HanseMerkur** stiegen von 1999

bis 2010 im Neugeschäft von ursprünglich 145,92 Euro auf heute 273,27 Euro, was einer jährlichen Prämiensteigerung von vergleichsweise nur 5,87% entspricht. Legt man den gleichen Betrachtungszeitraum auch für den oben benannten KG und diesmal bezogen auf das Neugeschäft zugrunde, so betrug die Anpassung hier nur 7,5% jährlich. Besonders beitragsstabile Tarife wie der VKA der Provinzial Krankenversicherung glänzen sogar mit einer jährlichen Beitragsanpassung im Neugeschäft von unter 4% auf Sicht der letzten 10 Jahre.

Die Unterschiede sind also sehr erheblich. Leider ist es nicht möglich, in die Zukunft zu schauen, dennoch macht es Sinn, sich für Tarife von Anbietern zu entscheiden, die für ihre Prämienstabilität bekannt sind. Dazu gehören insbesondere Anbieter mit wenigen, dafür langjährig verkaufsoffenen Tarifen oder einer eher rigiden Annahmepolitik. Letztlich sind selbst solide kalkulierte Tarife nur mit einem ebenso leistungsstarken Controlling auf Dauer finanzierbar. Als Versicherer mit relativ stabilen Prämien

werden von Maklern und in der Presse regelmäßig die Tarife mit höherem Leistungsniveau beispielsweise von **Alte Oldenburger, Barmenia, Debeka, DKV, Deutscher Ring, Hallesche, HanseMerkur, LKH oder R+V** benannt. Zu beachten bleibt, dass solche Aussagen immer nur für bestimmte Tarife der benannten Unternehmen gehören.

Allen Versicherten des Unternehmens, egal in welchen Tarifen versichert, kommt dagegen die BRE-Politik (BRE = Beitragsrückerstattung) zugute. So wird durch hohe Bar-BRE-Ausschüttungen die Leistungsfreiheit belohnt. Darüber hinaus sollten noch zusätzliche Mittel zur Begrenzung von notwendigen Beitragsanpassungen zur Verfügung stehen. Unternehmen mit hoher Rfb-Verwendungsquote sind beispielsweise **BBKK** (Bayrische Beamtenkrankenkasse), **LVM** und die **SIGNAL IDUNA**.

Einen besonderen und innovativen Weg verfolgt in diesem Zusammenhang die **SIGNAL IDUNA**. Durch den sogenannten „Treuebonus“ werden Versicherte belohnt, die trotz Beitragserhöhung

dem Unternehmen treu bleiben und nicht zu einem Mitbewerber wechseln oder ihren Versicherungsschutz umstufen.

Für langfristig stabile Prämien kann auch die Vereinbarung eines Selbstbehalts sinnvoll sein, da dies dazu führen kann, dass keine unnötigen Behandlungen oder Medikamente in Anspruch genommen werden.

■ **Prämienstabilität in der GKV**

Ein wichtiger Irrtum vieler Kunden betrifft allerdings die langfristige Prämienstabilität der GKV. Sicher ist bekannt, dass der Beitragssatz für gesetzlich Versicherte zum 01.01.2011 von derzeit 14,9% auf 15,5% steigen wird – etwaige Zusatzbeiträge einmal außen vor. Fakt ist, dass die gesetzliche Krankenversicherung in den vergangenen Jahrzehnten nicht nur erheblich die Prämien erhöht hat, sondern dazu auch noch in nicht unbedeutendem Maße Leistungen gekürzt hat. Man denke nur an die früher weit umfangreicheren Leistungen für kieferorthopädische Maßnahmen, Zahnersatz oder Sehhilfen. Im Gegensatz zur GKV ist die PKV gezwungen, ihre Bedingungen so zu kalkulieren, dass sie noch nach Jahrzehnten Bestand haben. Ein wesentlicher Unterschied beider Krankenversicherungssysteme ist nämlich, dass die Leistungen in der PKV anders als in der GKV nicht wieder zu Ungunsten der Versicherten reduziert werden dürfen. Damit ist eine PKV vor allem dann die richtige Wahl, wenn es auf langfristig überdurchschnittliche und vor allem garantierte Leistungen ankommt, die GKV die richtige Wahl für alle Personen, die auf Familienversicherung und geringe Beiträge im Alter wert legen.

Langfristig sollten Männer von einem durchschnittlichen Prämienanstieg von 5,6% pro Jahr, Frauen von 4,2% ausgehen, so eine Analyse der durchschnittlichen Beitragsentwicklung während der letzten 10 Jahre, die von Morgen & Morgen durchgeführt wurde. Auf Sicht von 20 Jahren würde dies hochgerechnet eine Prämienerrhöhung um 197,36% für die Männer und 127,00% für die Frauen bedeuten. Nimmt man einen Zeitraum von sogar 30 Jahren, so ergäbe sich daraus ein Prämienanstieg um 412,76% (Männer) bzw. 243,58% (Frauen). Damit liegen die durchschnittlichen Prämienanpassungen weit über der langfristigen Inflationsrate. Vergleicht man die Bei-

tragsentwicklung der letzten 10 Jahre mit einem Vergleichszeitraum der Jahrzehnte zuvor, so lässt sich leider feststellen, dass die Beitragsdynamik in rasantem Tempo zugenommen hat. Nicht unbeteiligt daran ist auch die gesetzlich verordnete Portabilität im Rahmen des WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz). Nicht umsonst fordern die privaten Krankenversicherer zunehmend Schützenhilfe von Seiten des Gesetzgebers. Wenngleich sich natürlich die Prämienstabilität der privaten Krankenversicherer maßgeblich voneinander unterscheidet, liegt sie doch im Mittel über den vergleichbaren Beitragsanpassungen in der GKV, die in den letzten 10 Jahren laut Versicherungsjournal vom 25.05.2010 nur um durchschnittlich 2,2% p.a. anstieg. Dieser Vergleich lässt allerdings außer Acht, dass die GKV anders als die PKV nicht nur Prämiensteigerungen kennt, sondern auch die Leistungen in diesem Zeitraum maßgeblich eingeschränkt hat. Tatsächlich dürfte sich die Beitragsentwicklung zwischen beiden Systemen also weit weniger voneinander unterscheiden.

■ **Gefährlich: Köder-Tarife**

Viele privat Krankenversicherte leiden auch unter steigenden Prämien, da sie in bereits geschlossenen Tarifen „gefangen“ oder ihre Tarife zu wenig Neugeschäft erhalten. Um im Wettbewerb erfolgreich zu sein, neigen Krankenversicherer dazu, neue Tarife aufzulegen, die junge Versicherte mit besonders günstigen Prämien ködern. Oft sind diese – auch inhaltlich ähnlichen Tarife – nur scheinbar günstig, werden nach wenigen Jahren geschlossen und vergreisen dann ebenfalls. Für Altversicherte kann ein Wechsel in jüngere Tarife attraktiv sein, ist aber nur bei entsprechendem Gesundheitszustand möglich.

Bei bestehenden Versicherungsverhältnissen kann der Versicherungsnehmer gemäß § 204 VVG vom Versicherer verlangen, unter Einbeziehung seiner bisherigen Alterungsrückstellungen in einen anderen Tarif desselben Anbieters zu wechseln, welcher einen gleichwertigen Leistungsumfang vorsieht. Bei einem Tarif mit höheren Leistungen kann der Versicherer dann infolge einer erneuten Gesundheitsprüfung einen angemessenen Risikozuschlag, einen Ausschluss oder gar eine Wartezeit verlangen.

„Diese Innovation setzt neue Maßstäbe in der bAV: Freie Kapitalanlage bei voller Garantie!“

(Christian Botsch, fpb AG, ein Unternehmen der Friends Provident Unternehmensgruppe)



**Benchmark:
Das Garantiekonzept im
Friends Planbusiness**

So lassen sich Renditechancen jetzt auch in der bAV voll ausschöpfen: Bei 100% Garantie können bis zu 95% des Beitrags frei investiert werden.

- **Garantie:**
100% des Beitrags
- **Kosten:**
5% des Beitrags
- **Chancen:**
bis zu 95% des Investments

Weitere Informationen unter www.fpbag.de oder info@fpbag.de



„Provisionsexzesse sind für uns tabu.“



Klaus Barde im Gespräch mit Dr. h. c. Josef Beutelmann, Vorstandsvorsitzender, Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG

Eine Vision Ihres Unternehmens ist es, für Ihre Kunden der Serviceversicherer Nummer 1 in Deutschland zu werden. Die Servicequalität eines Unternehmens ist ein Wettbewerbsfaktor, der natürlich auch auf den Vertrieb abfärbt. Wie weit sind Sie mit der „Abarbeitung“ Ihrer 1999 erstmals ausgegebenen Service-Kennziffern?

Wir begreifen die Serviceorientierung als eine sich permanent entwickelnde Aufgabe, die sich auch in unseren Unternehmensgrundsätzen und -zielen wiederfindet. Zu diesem Zweck installierten wir 2008 einen Ausschuss zur Forcierung der Serviceausrichtung. Die Mitglieder, alle Vorstände und Vertreter der Hauptabteilungen, arbeiten hier an geeigneten und bereichsübergreifenden Maßnahmen und Servicekomponenten, setzen sie um und bewerten deren Wirkung. Und das alles mit dem Ziel, die gesamte Organisationsstruktur noch weiter als bisher auf das Thema Service auszurichten und zu sensibilisieren. Ein Prozess also, der sich weiter fortsetzen wird.

Mit dem unternehmensintern durchgeführten Lehrgang zum „Geprüften Maklerbetreuer (DVA)“ wird ein weiteres Servicefeld qualitativ angehoben. Wie viele Maklerbetreuer hat Ihr Haus im Markt

und wie organisiert sich die Vernetzung mit dem Vertrieb?

Zur Zeit hat unser Haus bundesweit 30 Maklerbetreuer. Wir arbeiten daran, diese Zahl zu erhöhen, um weiteren Service „vor Ort“ für unsere freien Vertriebspartner zu bieten. Unsere Maklerbetreuer sind organisatorisch an unsere sieben Maklerdirektionen im Bundesgebiet angebunden und als Bindeglied zwischen freien Vertriebspartnern und der Barmenia als Produktgeber tätig.

Vor dem Hintergrund des „PKV Jahres 2011“ wird die Anhebung der Beiträge eine vielleicht nur vordergründige aber für manchen Vertriebspartner dennoch auch wichtige Rolle spielen. Im Rahmen der Vollversicherung wird im Markt von durchschnittlichen Anhebungen zwischen 0,5 und sieben Prozent gesprochen. Hat Ihr Haus sich hier bereits positioniert?

Ich halte von solchen durchschnittlichen Positionierungen gar nichts. Denn die Angabe einer durchschnittlichen Beitragserhöhung ist für den einzelnen Versicherten wenig aussagekräftig. So gibt es neben Tarifen, die beitragsstabil sind, auch Tarife, für die eine stärkere Beitragsanpassung erforderlich ist, weil sie beispielsweise über mehrere Jahre nicht erhöht wurden.

Auf welche Kern-Argumente werden Sie sich in 2011 generell fokussieren?

Wir streben an, sowohl in der Vollversicherung als auch bei den Ergänzungsversicherungen zuzulegen. In diesem Jahr haben wir unsere Tariflinie easyflex optimiert (easyflex+) und verbraucherfreundliche Änderungen in den Bedingungswerken vorgenommen. Wir sehen uns hier sehr gut im Markt aufgestellt. Da die Diskussion um unser Gesundheitssystem anhält und gesetzlich Versicherte wahrscheinlich mit weiteren Leistungseinschränkungen rechnen müssen, dürfen auch unsere Ergänzungsversicherungen wie z. B. die ambulante Zusatz- und die Zahnzusatzversicherung als auch unser Pflegetagegeld im Trend liegen.

Vertrieb ohne den Motor Provision funktioniert in Deutschland nicht. Dennoch haben die Auswüchse im Neugeschäft der Kranken-Vollversicherung einige

Wettbewerber in die Ecke gedrängt. Das Wort vom Provisionsexzess, ansonsten eine Vokabel des Verbraucherschutzes, ist öffentlich geworden. Welche Meinung vertritt hier die Barmenia?

Provisionsexzesse sind für uns tabu. Wir verstehen die Provision als Anreiz für eine gute und bedarfsgerechte Beratung, zu der der Vermittler nach den Vorgaben des Gesetzgebers auch verpflichtet ist. Die Beratung wird ja dokumentiert, ist somit für den Kunden jederzeit nachvollziehbar. Jede schadenursächliche Falschberatung führt zur Haftung des Vermittlers. Jeder Vermittler sollte sich auf die individuelle Situation seines Kunden einstellen und nicht provisionsgesteuert verkaufen.

Sind die Streckung der Stornohaftung auf mindestens fünf Jahre und Provisions-Höchstgrenzen ein Heilmittel?

Diese Thematik ist aktuell in der Diskussion. Wir werden sehen, wie sich das entwickeln wird.

Die Barmenia konnte sich auf dem Feld der Produktbewertung auch in 2010 mit einer Fülle an Auszeichnungen schmücken. Insbesondere der Rundumschutz mit der Barmenia-Opti5Rente erfreute sich zuletzt der Zustimmung der Fachpresse. Aber überfordert man nicht den Kunden mit einem hochwertigen Kranken-Volltarif plus einer solchen, sicher durchaus sinnvollen Ausschnittdeckung? Wer kann das noch bezahlen?

Ein Großteil der Bevölkerung hat die eigene Arbeitskraft finanziell unzureichend abgesichert. Das bedeutet, Menschen, für die eine Berufsunfähigkeitsversicherung entweder wegen des hohen Beitrags oder auf Grund anderer Einschränkungen nicht in Frage kommt, finden hier eine preislich attraktive Alternative. Denn die Opti5Rente bietet eine Absicherung gegen die finanziellen Folgen von Unfällen, schweren Erkrankungen, Verlust von Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit und Krebserkrankungen. Und sie ist eine einfache, preiswerte und dennoch perfekte Lösung für diese Probleme.

Natürlich muss alles bezahlbar bleiben. Hier ist eine kompetente, individuelle Beratung erforderlich. Aber sinnvoll ist eine solche Absicherung für bestimmte Personenkreise auf jeden Fall.

Reformjahr 2026: Rente mit 72 statt 70?

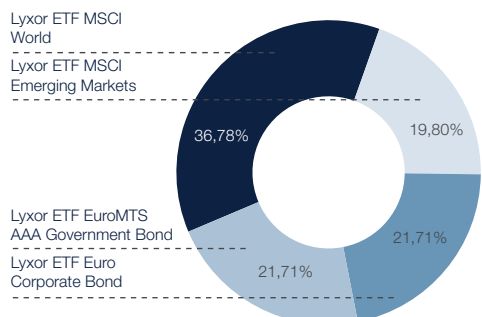
Sie können Ihre Altersvorsorge selbst in die Hand nehmen!

Viele Menschen suchen nach Ergänzungen und Alternativen zur gesetzlichen (und eventuell betrieblichen) Altersvorsorge. Exchange Traded Funds (ETFs) sind eine interessante Möglichkeit, kostengünstig für das Alter vorzusorgen. Bei ETFs handelt es sich um börsengehandelte Investmentfonds, die die Vorzüge von Fonds (Diversifikation, Sondervermögen) und Aktien (Handelbarkeit) miteinander kombinieren. Das Institut für Vermögensaufbau AG mit Sitz in München hat das untenstehende Sparplanportfolio entwickelt, mit dem Anleger Ihre Altersvorsorge einfach und effizient gestalten können. Weitere Informationen finden interessierte Anleger im Internet unter www.altersvorsorge-mit-etfs.de oder in einer **Broschüre**, die kostenlos unter 069-7174 444 (Société Générale) bestellt werden kann.

Ertragorientiertes ETF Musterportfolio für die Altersvorsorge (Spardauer: 30 Jahre)

Teilportfolio Aktien-ETFs	ISIN / WKN	Gewichtung
Lyxor ETF MSCI World	FR0010315770 / LYX0AG	36,78%
Lyxor ETF MSCI Emerging Markets	FR0010429068 / LYX0BX	19,80%
Gesamt:		56,58%

Teilportfolio Renten-ETFs	ISIN / WKN	Gewichtung
Lyxor ETF EuroMTS AAA Government Bond	FR0010820258 / LYX0FK	21,71%
Lyxor ETF Euro Corporate Bond	FR0010737544 / LYX0EE	21,71%
Gesamt:		43,42%



EXCHANGE TRADED FUNDS BY
LYXOR
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE GROUP

Lyxor ETFs

Einfach • Transparent • Flexibel

www.LyxorETF.de • info@LyxorETF.de • 069 - 717 4444

Lyxor Asset Management 2010. Stand: November 2010. Eine umfassende Beschreibung der Fondsbedingungen und Risiken, enthalten die Verkaufsprospekte von Lyxor Asset Management. Die Verkaufsprospekte erhalten Sie kostenlos auf Anfrage bei der Société Générale, Zweigniederlassung, Neue Mainzer Straße 46-50, 60311 Frankfurt am Main sowie unter www.LyxorETF.de. Die Fonds bilden jeweils die Performance der ihnen zugrunde liegenden Indizes nahezu 1:1 ab. Die vergangene Wertentwicklung stellt keine Garantie für die zukünftige Entwicklung dar. Die jeweiligen Fonds werden von den Sponsoren der Indizes nicht empfohlen, verkauft oder beworben, noch geben die Sponsoren der Indizes sonstige Zusicherungen zu den jeweiligen Fonds ab. Die Sponsoren der hier aufgeführten Indizes geben keinerlei Zusicherungen oder Gewährleistungen in Bezug auf Ergebnisse, die durch die Nutzung ihrer Indizes und/oder der Indexstände an einem bestimmten Tag erzielt wurden, oder in anderer Hinsicht.



Die Kompetenz im Bereich PKV-Vergleichsprogramme

Als einer der führenden Anbieter von Vergleichsprogrammen, Analyseprogrammen und Bestandsführungssystemen bietet Softfair eine umfassende Produktpalette an. Alle angebotenen Produkte sind geeignet für Versicherungsmakler, Finanzdienstleister, Maklerpools, Vertriebe, Versicherungsunternehmen oder Banken. Softfair setzt auf absolute Unabhängigkeit, Qualität und fachliche Kompetenz. Alle Entwicklungsschritte und Entscheidungen werden seit nunmehr 22 Jahren an dieser Philosophie ausgerichtet.



Autor: Oliver Plathe, Marketing, Softfair GmbH

Eines der bekanntesten Programme von Softfair ist der PKV Lotse online. Dieses Vergleichsprogramm steht für hochaktuelle Tarifdaten, umfassende Leistungskriterien und lückenlose Dokumentation nach EU-Vermittlerrichtlinie. Der PKV Lotse online bietet sämtliche Inhalte, die zur Erfüllung der Anforderungen nach der Versicherungsvertragsgesetz (VVG)-Reform und der VVG-Informationspflichtenverordnung (InfoV) notwendig sind.

Die Datenbank des PKV Lotse online liefert die Voll- und Zusatzversicherungstarife von allen relevanten PKV-Versicherern. Es sind Berechnungen für Angestell-

te, Selbständige, Beamte, Ärzte, Schüler, Auszubildende, Studenten, Rentner und Freiberufler möglich. Die Tarifierfassung und -pflege, die Bedingungsanalyse und das Dokumentenmanagement erfolgt durch das Expertenteam von Softfair. Täglich sorgen die qualifizierten Mitarbeiter mit viel Sachverstand für eine exzellente Datenqualität.

■ Umfassende Tarifanalysen für die optimale Beratungsunterstützung

Die im PKV Lotse online vorhandenen Selektions- und Vergleichsmöglichkeiten der Tarife basieren auf den Original-Bedingungen der Versicherer. Der Lotse bietet sowohl die reine Gegenüberstellung der Tarifleistungen und Prämien, als auch die detaillierte Bewertung der Tarife nach Leistung und/oder dem Prämien-Leistungsverhältnis.

Für die Leistungsbewertung wurden für 25 Leistungsthemen aus den Tarifbereichen Ambulant, Stationär, Dental und Allgemein Bewertungspunkte vergeben. Dabei fließen die Leistungsthemen mit differenzierter Gewichtung in die Gesamtbewertung ein. Es ergibt sich je Tarif bzw. Tarifkombination eine maxima-

le Punktzahl von 5000. Es werden maximal 5 Eulenaugen – ein halbes Auge für 500 Punkte - je Tarif bzw. Tarifkombination vergeben. Sämtliche Ergebnisse basieren dabei nur auf den Original-Versicherungsbedingungen der Gesellschaften.

Die Leistungsbewertung wird sowohl für den Vermittler als auch für den Kunden transparent und anschaulich dargestellt. Die Sortierung der Rangliste kann zusätzlich zur klassischen Beitragsortierung nach der Leistung - oder dem Preis-/ Leistungsverhältnis erfolgen.

Auch wenn Argumente für oder gegen eine Tarifkombination benötigt werden oder Unterstützung zu einem nicht gefunden Tarif notwendig ist - der PKV Lotse online kann die Beratung stets optimal ergänzen.

So ermöglicht das Programm sogar, in eine berechnete Rangliste manuell weitere Tarife zu integrieren, die vom Leistungsspektrum überhaupt nicht mit der Berechnungsgrundlage zusammenpassen. Dies ist dann von Vorteil, wenn eine vorhandene Kundenabsicherung oder ein vorliegendes Angebot auf dem Prüfstand steht und mit dem Angebot des Beraters verglichen werden soll. Zudem stehen nicht nur die verkaufsoffenen

Tarife zur Verfügung, sondern auch die verkaufsgeschlossenen, sodass eine Gegenüberstellung mit Alttarifen auch jederzeit möglich ist.

■ Familienversicherung und lückenlose Dokumentation

Für die Haushaltsbetrachtung und das Erstellen von Angeboten für die gesamte Familie, bietet der Lotse die Möglichkeit, bis zu 6 Personen in nur einer einzigen Berechnung zu berücksichtigen. Hierbei können die Leistungsvorgaben für jede Person individuell vorgegeben werden, oder per Knopfdruck an den Leistungen der anderen Haushaltsmitglieder ausgerichtet werden. Die einfache Anlage von individuellen Leistungsvorgaben, die für jede neue Berechnung herangezogen werden können, schafft zusätzliche Erleichterung.

Die gesamte Dokumentation der Familienberechnung erfolgt wie bei den Einzelberechnungen nach den Vorgaben der EU-Vermittlerrichtlinie und VVG. So kann ohne viel Aufwand die Beratung für eine gesamte Familie, lückenlos und richtlinienkonform durchgeführt werden.

■ Zukünftige Entwicklungen von Softfair

Ein wichtiges Projekt von Softfair für 2011 ist der neue AntragsLotse. Durch dieses Tool wird es dem Vermittler möglich sein, den Antragsprozess zu vervollständigen. Der Vermittler kann gemeinsam mit dem Kunden die fehlenden Angaben in einem weiteren Kundengespräch vervollständigen und sogar elektronisch signieren.

Im Frühjahr wird Softfair zudem mit einem PKV-Unternehmensrating an den Start gehen. Für das Rating wird auf die öffentlich zugänglichen Geschäftsberichte der Gesellschaften zurückgegriffen, über einen Zeitraum von fünf Jahren. Das Unternehmensrating wertet Kennzahlen nach eigens entwickelten statistischen Methoden aus, die die Bedürfnisse der Endverbraucher berücksichtigen. Die Bewertung erfolgt auch hier anhand von Eulenaugen, bis zu einer Höchstwertung von fünf Eulenaugen. Ein vergleichbares Rating wird es auch für die LV-Sparte geben. Damit folgt Softfair konsequent der Ausrichtung als Analysehaus.

Mehr Wissen über Kapitalanlagen



Alles, was Anleger für einen langfristigen Erfolg über ihre Vermögensplanung wissen müssen.



Jenseits der Märchen der Produktverkäufer gibt es eine ganz einfache Realität.



Wie jeder von Öl, Kaffee, Palladium und Co. profitieren kann. Der beste Mann im Markt des Rohstoff-Investments zeigt Ihnen den Weg zum Geld.



Ein großartiger Titel, der Basiswissen schafft und Fachwissen vertieft. Der Autor Egon Wachtendorf steht für Unabhängigkeit und fachlich höchste Kompetenz.

www.promakler.de

*Neues Honorarberatungspaket für den Versicherungsmakler.
Kostenfreier Einstieg ohne vertragliche Bindung.*



Der Makler-Einstieg

Der Verbund Deutscher Honorarberater (VDH) teilt ab sofort sein langjähriges Know-how mit der Maklerschaft. Das dafür geschnürte VDH Makler-Paket umfasst alle erforderlichen Beratungstools, Vertragsformulare, Honorar-Tarife aller Sparten, die Honorar-Abrechnung und die Ausbildung zum Geprüften Honorarberater mit dem Universitätszertifikat der größten deutschen privaten Universität.

Wie kann es gelingen, Maklern und Versicherungsvermittlern den Einstieg in die echte, also absolut unabhängige Honorarberatung noch mehr zu erleichtern? Auf diese Aufgabe angesprochen, sagte Dieter Rauch als Geschäftsführer des Verbundes Deutscher Honorarberater (VDH) im Rahmen des diesjährigen Honorarberaterkongresses: „Wir hatten und haben in den vergangenen 10 Jahren weit über zehntausend Anfragen von Personen aus dem Versicherungsvertrieb. Diesen Marktteilnehmern konnten wir meist keine vollkommen befriedigende Lösung anbieten. Vorrangig war es der administrative und zum Start auch mit Kosten verbundene Aufwand, der den Gang in die absolute Selbständigkeit ver-

hinderte. Ein Honorarberater ist Vollblutunternehmer. Anders kann man nicht erfolgreich sein. Die eingefahrenen Strukturen im provisionsgesteuerten Versicherungsvertrieb erschweren es einem Vermittler daher sehr, so einfach „die Kurve“ in die echte Honorarberatung zu nehmen.“ Vor diesem Hintergrund wurde vom VDH erstmals ein Paket geschnürt, das diesem Problemfeld umfassend begegnen soll. Das Paket bietet den Zugang zu professionellen Beratungstools, exklusiven, leistungsstarken Honorarlösungen / Tarifen aus allen Versicherungssparten und umfangreiche weitere Leistungen einschließlich eines Gründungs-Coaching. Der Vermittler gewinnt zudem über mehrere vermögensverwal-

tende Lösungen auch den Einstieg ins Wertpapiergeschäft.

Das sogenannte „VDH Makler-Paket“ ist für den Versicherungsvermittler völlig unverbindlich. Er kann seinen „Schnupperkurs“ jederzeit und ohne die Beachtung von Vertragslaufzeiten beenden.

Die ersten drei Monate der Paketnutzung sind zudem kostenlos. Mit dieser, laut VDH hochprofessionellen Ausrüstung, die nach dem dreimonatigen kostenlosen Einstieg mit einer monatlichen Grundpauschale von nur 98,- Euro abgegolten wird, kann der Wechsel in die echte Honorarberatung erheblich leichter vollzogen werden.

Makler können sich unter www.vdh24.de noch umfassender informieren.

Das „Makler-Paket“ (VDH)

Zugang zu professionellen Beratungstools	
Leistungsinhalt	Preise
» Honoratio 3.0 – Honorartarifplattform und Formularcenter	inklusive
» Risikoanalyse	inklusive
» Angebotsanalyse	inklusive
» Kostenanalyse	inklusive
» Ruhestands-Check	inklusive
» investadvise	inklusive
» Depotcheck auf wissenschaftlicher Basis bekannt aus n-tv	inklusive
» Offene und geschlossene Fondsdatenbank (ca. 20.000 Fonds)	inklusive
» Kundenverwaltung und Reporting	inklusive
» Businessplan-Software	inklusive
» Honorarabrechnung und automatisierter Einzug	inklusive

Zugang zu exklusiven, leistungsstarken Honorarlösungen	
Leistungsinhalt	Preise
» myIndex® – satellite ETF Evolution (klassisch, Rürup und bAV)	inklusive
» myIndex® – active select Sachwertpolice	inklusive
» myIndex® – standardisierte Vermögensverwaltung	inklusive
» Große Auswahl an fondsgebundenen Versicherungslösungen	inklusive
» Riester-Banksparplan der Sparkasse Holstein (Sonderkonditionen)	inklusive
» Versorgungsanstalt für Bund und Länder (bAV für öffentl. Dienst)	inklusive
» Zahlreiche Honorartarife der führenden und besten BU-Anbieter	inklusive
» Exklusive Risikolebensversicherungen, u.a. technisch einjährig	inklusive
» Honorartarife für die private Krankenversicherung	inklusive
» Honorartarife für britische Lebensversicherungen inkl. bAV	inklusive
» Exklusive VDH Tranchen der erfolgreichsten ETF-Dachfonds	inklusive
» Umfangreiches Tarifangebot an privaten Rentenversicherungen	inklusive
» Honorartarife private und gewerbliche Sachversicherungen	inklusive

Umfangreiches Leistungsangebot zu fairen Honoraren	
Leistungen	Honorar
» Monatliche Grundpauschale (1. bis 3. Monat kostenfrei)	98,00 €
» Abwicklungshonorar für Personenversicherungen pro Antrag	48,00 €
» Abwicklungshonorar für Vermögensverwaltung pro Konto	48,00 €
» Abwicklungshonorar für ETF-Dachfonds pro Depot	48,00 €
» Abwicklungshonorar für Sachversicherungen pro Antrag	5,00 €
» Einmalige Einrichtungsgebühr für Labeling mit eigenen Logo	198,00 €
Sonstiges	
» Geprüfter Maklervertrag inkl. Honorarvereinbarung	inklusive
» Musterportfolios für fondsgebundene Produkte und ETF-Dachfonds	inklusive
» Start-up Tagesseminar	inklusive
» Verbraucheranfragen aus Ihrem Postleitzahlgebiet	inklusive

KEINE VERTRAGSBINDUNG – DREI MONATE KOSTENLOS

Optionale Zusatzleistungen zu preiswerten Konditionen	
Leistungen	Honorar
» Rentenplaner (online)	50,00 €
» Vermögensplanung / Financial Planning inkl. Rentenplaner/Finanztools	150,00 €
» assetadvise	25,00 €
» portfolioadvise	40,00 €
» Fundsanalyser	40,00 €
» institutionelles Portfolio-Management-System	100,00 €
» Wissensforum Honorarberatung	100,00 € p.a.
» Gründungscoaching mit Förderung	Anfrage
» 4-monatiger Lehrgang „Geprüfter Honorarberater“ inkl. Uni-Zertifikat	1.990,00 €

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A-Z:

ACE – Aspecta – Axa – Barmenia – Canada Life – Chartis – Continentale – Crusader Life – DBV-Winterthur – degenia – Delta Lloyd – Deutscher Ring – Dialog – Domcura – Fingro – Futura – Generali – Gerling – Gothaer – Haftpflichtkasse Darmstadt – HDI-Gerling – Janitos – LV 1871 – maxPool – Nürnberger – Prudential – Quantum Leben (New Zealand Life) – Quelle – Sali – Skandia – Stuttgarter – Swiss Life – Volksfürsorge – VPV – Würzburger

Eine Überprüfung der Angaben durch die Axa, die Generali und maxPool ist ausdrücklich nicht erfolgt.

Dread Disease: Der aktuelle Marktstand.

Makler Know-how und große Anbieterübersicht

Auch 2010 ist es den deutschen Anbietern von Dread-Disease-Versicherungen nicht gelungen, sich aus ihrem Nischendasein zu lösen. Die Gründe hierfür sind vielfältig, vor allem aber mangelnde Bekanntheit und zu wenig Werbung aus Angst vor Kannibalisierung der im öffentlichen Fokus stehenden Berufsunfähigkeitsversicherungen.



Autor: Stephan Witte

Nach Deutschland kamen Dread-Disease- bzw. Critical-Illness-Policen erstmals in den 1990er Jahren. Erster Anbieter in Deutschland war AXA Equity und Law im Jahre 1991 mit zunächst nur drei versicherten schweren Krankheiten. Heute ist das Angebot von E&L vom Markt verschwunden, nachdem die damaligen Bestände von Gerling übernommen worden waren. Heute liegen die Reste dieser alten E&L-Bestände bei HDI-Gerling.

Maßgeblich für den Erfolg von Dread-Disease-Produkten am deutschen Markt war die SALI, die von 1996 bis 2004 auf dem deutschen Maklermarkt für Aufmerksamkeit gesorgt hatte, bevor sie von der Canada Life aufgekauft wurde. Der Rückzug der SALI vom deutschen Markt hatte damit zu tun, dass man sich wohl lukrativere Geschäftsfelder in Asien versprach und daher den europäischen Markt zu einem Großteil aufgab.

Der älteste noch heute am deutschen

Markt vertretene Anbieter ist die Skandia, deren Markteintritt in den Oktober 1999 fällt. 2009 feierte das Unternehmen daher sein 10jähriges Produktjubiläum. In den ersten 10 Jahren seit Einführung des Produktes am deutschen Markt unter dem Namen Skandia Critical Illness Plan (seit 2004: Skandia Dread Disease) hat die Versicherung nach eigenen Angaben über 13 Millionen Euro Leistungsauszahlungen erbracht.

Anders als in Deutschland, ist die Beliebtheit der Dread Disease auf dem österreichischen Markt in den letzten Jahren stark angestiegen. In den angelsächsischen Ländern ist eine gleich bleibend hohe Nachfrage zu erkennen.

■ Trends

Ein neuer Trend im Ausland betrifft Produkte mit gestaffelter Kapitalauszahlung (tiered benefits; z.B. „Serious Illness Cover“, Stand 05.2010, aus dem Hause Prudential mit bis zu 154 versicherten Krankheiten). Je nach Schwere einer Krankheit kann die Höhe der Leistung variieren und dies teilweise auch innerhalb desselben Krankheitsbildes. Prudential schreibt hierzu:

„Because we use severity based payments, some payments may be less than traditional Critical Illness plans and for a limited number of illnesses and conditions you can only claim once.“

Quelle: http://www.pruprotect.co.uk/pdfs/life/conditions_covered.pdf

Hintergrund für diese Entwicklung sei die stark gestiegene Zahl der Leistungsfälle. Bisher konnte sich diese neue Produktvariante in Deutschland noch nicht durchsetzen, wengleich sie bereits seit 2006 von New Zealand Life über die Quantum Leben im deutschen Markt angeboten wurde.

Von einer erhöhten Zahl der Leistungsfälle kann Canada Life derzeit nicht berichten. Auffällig sei es jedoch gewesen, als man um das Jahr 2005 die Wartezeit bei Krebs von 3 auf 6 Monate verlängert hatte. Ab diesem Zeitpunkt ging die Zahl der Leistungsfälle bei Krebs signifikant zurück. Erkennbar wurde auch ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung an Krebs und Kunden, die in bestimmten Berufsbildern tätig waren, bei denen eine solche Krankheit gegebenenfalls schon früh erkennbar war.

Ein weiterer Auslandstrend betrifft die

Zahl der versicherten schweren Krankheiten, wofür die oben benannte Prudential nur ein Beispiel unter vielen ist. Letztlich stellt sich hier die Frage, ob eine hohe Zahl versicherter Krankheiten nicht unnötig die Transparenz erschweren und das Prämienniveau erhöhen täte. Canada Life etwa sieht es so, dass man davon lebe, eine klare Abgrenzung zwischen versicherten und nicht versicherten schweren Krankheiten zu haben.

Derzeit sind Infektionen mit dem HIV-Virus (HIV) üblicherweise nur versichert, wenn dies in Folge einer beruflichen Tätigkeit oder durch Bluttransfusion geschieht. Zu beachten ist, dass die statistische Lebenserwartung von HIV-Infizierten als Folge verbesserter Medikation in den letzten Jahren erheblich gestiegen ist und damit fast schon normal ist. Inwiefern zukünftig ein umfassender Einschluss von HIV oder AIDS in den Leistungskatalog von Dread-Disease-Policen vorstellbar ist, wird jedoch die Zukunft zeigen müssen.

Es bleibt festzuhalten, dass die eigentliche Idee hinter der Entwicklung der ersten Policen war, eine finanzielle Absicherung zu schaffen, die den Lebensstandard nach schwerwiegenden Krankheiten weitestgehend erhalten sollte.

■ Der Markt

In Großbritannien gibt es mehrere Dutzend Anbieter und einen etablierten Markt für Dread Disease-Produkte. In Deutschland hingegen gibt es nur wenige Anbieter. Das größte Stück vom Kuchen teilen sich Canada Life, Gothaer / Fingro sowie Skandia untereinander auf. Sowohl Canada Life, Gothaer/Fingro als auch Skandia versichern jeweils die häufigsten Zivilisationskrankheiten Krebs, Herzinfarkt und Schlaganfall.

Klassische Stand-Alone-Produkte gibt es derzeit von Chartis Europe (bis 14.10.2009: AIG), Canada Life, Gothaer/FINGRO und Skandia. Dabei unterscheidet sich Chartis durch die alleinige Versicherung von 7 Varianten des Krebsrisikos (Brustkrebs, Eierstockkrebs, Eileiterkrebs, Gebärmutterkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Scheidenkrebs und Krebs der äußeren Schamlippen, einschließlich der Schamlippenhaut) deutlich von den Wettbewerbern mit zahlreichen versicherten Krankheitsbildern.

Schutz in Form einer Zusatzversicherung zu einer Lebens- oder Rentenversicherung bietet der Versicherer Canada

Life. Bei Swiss Life kann eine Zusatzversicherung zur Absicherung gegen vollständige Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit, schwere Krankheiten sowie Verlust von Grundfähigkeiten als Ergänzung zu einer Risiko- oder Rentenversicherung gewählt werden. Kombinationsprodukte mit Leistung sowohl bei Berufsunfähigkeit als auch definierten schweren Krankheiten sehen Delta Lloyd, Dialog und Nürnberger vor. Zu den eigentlichen Anbietern von Dread-Disease-Produkten kommen zunehmend Unfallversicherungsangebote, die als Ergänzung bei bestimmten Krankheitsbildern eine einmalige Kapitalleistung vorsehen, z.B. Tarife von ACE European Group Limited, Deutscher Ring, Domcura, Haftpflichtkasse Darmstadt, HDI-Gerling, maxPool, Stuttgarter und Würzburger. Dabei ist zu beachten, dass die Umschreibung einer Dread Disease als „Versicherungsschutz für den Fall des Eintritts einer schweren Krankheit“ für Deutschland höchst unzutreffend ist, da vielfach auch die Folgen besonders schwerer Unfälle zu den versicherten „Krankheiten“ gezählt werden.

Einige Anbieter, bei denen früher DD-Versicherungsschutz in der einen oder anderen Form beantragt werden konnte, sind zwischenzeitlich vollständig vom deutschen Markt verschwunden, zum

Bestände & Neugeschäft

Per 31.12.2009 hatte die Canada Life fast 80.000 Dread-Disease-Policen im Bestand, darunter etwa 8.400 Neuverträgen aus dem Jahre 2009. Die Gothaer meldet für 2009 ein Neugeschäft von 9.000 Perikonverträgen, was hier einen Gesamtbestand von etwa 40.000 Verträgen bedeutet. Ende 2009 hatte die Skandia 12.700 Verträge im Bestand, davon rund 1.300 Neuverträge aus 2009. Im ersten Halbjahr 2010 konnte die Skandia 600 neue Policen abschließen.

In Großbritannien wurden 2009 insgesamt 530.214 Neuverträge für Individual Critical Illness Produkte abgeschlossen – das entspricht einer Steigerung von 3,8% im Vergleich zum Vorjahr mit 511.045 Verträgen.¹ Laut Skandia liegt das Verhältnis von Neuabschlüssen bei Berufs- zu DD-Versicherung in Deutschland bei etwa 100:1.

Beispiel Aspecta, Continentale, DBV-Winterthur, Futura, Generali, Gerling, LV 1871, Quantum Leben, Quelle, Sali oder Volksfürsorge. Bei der Aspecta lebt der damalige Tarif UP 99 jedoch in der neuen HDI-Gerling-Welt, bei Canada Life die alten Sali-Tarife als „Schwere Krankheiten Vorsorge“ fort.

Um Missverständnissen vorzubeugen, ist zu erwähnen, dass einige Anbieter wie Aspecta, Generali oder Stuttgarter den DD-Schutz als Ergänzung zu einer Unfallversicherung, bei der Generali auch alternativ als Zusatzversicherung zu einer LV, BU, RV oder EU angeboten haben. Ein Teil der oben genannten Anbieter wie z.B. Generali oder LV 1871 sind natürlich weiterhin auf dem deutschen Versicherungsmarkt aktiv, bieten aber eben keine Dread Disease mehr an. Quantum Leben hat 2009 erstmals kein Neugeschäft mehr angenommen, hat aber einen kleinen Bestand von Distributoren aus den drei Jahren zuvor. Noch im Juli hieß es, dass man allerdings den Bedarf der Vertriebspartner auf dem deutschen Markt beobachtet, um das frühere Stand-Alone-Produkt gegebenenfalls wieder aufleben zu lassen. Im August kam dann die überraschende Meldung, dass das Unternehmen seit dem 16. August 2010 auf Verfügung der Liechtensteinischen Finanzaufsicht (FMA) kein Neugeschäft mehr zeichnen dürfe. Dies gilt auch für den deutschen Markt. Hintergrund seien Zweifel an der aktuellen Bonität des Unternehmens. Anfang September lautete die nächste Meldung dann, dass zwischenzeitlich die Annahme von Neugeschäft wieder möglich sei. Der Imageschaden für das Unternehmen bleibt jedoch unabsehbar.

Delta Lloyd hat im März 2010 bekannt gegeben, dass beabsichtigt wird, das Neugeschäft der Delta Lloyd Leben, der Hamburger Leben und der Delta Lloyd Pensionskasse einzustellen. Per September 2010 ist klar, dass die Neugeschäftseinstellung nunmehr sukzessive stattfinden werde. Hier galt bisher das Angebot für einen Dread-Disease-Baustein als Zusatz zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung.

■ Heimlicher Sieger

Während die Dread Disease um jeden Neuvertrag zu kämpfen hat, hat – bisweilen noch weitgehend unbemerkt – eine neue Produktgattung den heimlichen Siegeszug angetreten: funktionelle Inva-

liditätsabsicherungen. Bisher gibt es solche Produkte von Axa (Existenzschutzversicherung; vorher: Unfall-Kombirente), Barmenia (Barmenia-Opti5Rente), Janitos (Multi-Rente) und VPV (Vital; Produktstart Mitte Juli 2010). Alle stammen sie aus der Produktschmiede des Rückversicherers E+S Rück. Wie es aus Branchenkreisen heißt, könne sich die Axa derzeit bereits über rund 1.700 Neuanträge pro Monat freuen. Auch Barmenia und Janitos mit ihrer Multirente feiere Umsatzerfolge, doch auch die VPV verweist darauf, dass ihr neues Produkt sehr gut am Markt – von Kunden und Vermittlern gleichermaßen – angenommen werde.

Die Barmenia nutzt ihre Barmenia-Opti5Rente dafür, eine umständliche und kostenintensive Risikoprüfung zu vermeiden.

Da laut Auskunft von Branchenexperten statistisch etwa 35 bis 40 Prozent aller Neuanträge auf funktionelle Invaliditätsabsicherung von Leuten beantragt werden, die vorher bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung abgelehnt wurden, verwundert auch eine leicht überdurchschnittliche Ablehnungsquote nichts. Die Barmenia weist darauf hin, dass in deren Haus eine entsprechende Bestandsauswertung bisher nicht erfolgte.

Die VPV möchte damit punkten, dass mit einem Antrag Berufsunfähigkeit und funktionelle Invalidität geprüft werden können. Zudem gibt es hier einen persönlichen Ansprechpartner für den Leistungsfall, um rund um das Thema Hilfestellung zu leisten (Wahl des richtigen Krankenhauses, Stellung von Rentenanträgen etc.).

Aus Angst vor Kannibalisierung der eigenen Lebensversicherungsprodukte werden Existenzschutzversicherung und Konsorten von den Anbietern nur verhalten beworben. Die VPV sieht weniger die Sorge in einer möglichen Kannibalisierung:

„Hintergrund ist vielmehr, dass wir unserem Beratungsanspruch und den Haftungsfragen – hier geht es uns insbesondere um die Maklerhaftung – Rechnung tragen. Die VPV Vital wird häufig auch neben einer BU-Versicherung abgeschlossen.“

Anders als bei Dread-Disease-Versicherungen leisten funktionelle Invaliditätsversicherungen keine Kapitalauszahlung,

sondern eine zeitlich befristete oder lebenslange Rente. Der Leistungsanspruch setzt zudem voraus, dass körperliche Funktionen in eklatanter Weise eingeschränkt sind. Dies ist eine große Unterscheidung zur Dread Disease, bei der es auch dann das Geld gibt, wenn zwar die Krankheitsdefinition erfüllt ist, im Einzelfall aber schwer wiegende funktionelle Einschränkungen ausbleiben könnten. Die Zahl der konkret definierten Krankheitsbilder steht allerdings weit hinter denen einer leistungsstarken Dread Disease zurück. Bei der funktionellen Invaliditätsabsicherung ist das Organ mit seiner Funktion versichert, weshalb keine Einzelerkrankungen, die zu einer Funktionseinschränkung führen können, benannt werden.

Über eine Dread Disease hinaus leisten Multirente & Co. allerdings auch dann, wenn ein Unfall, Pflegebedürftigkeit oder der Verlust definierter Grundfähigkeiten oder bestimmte Organschäden zu einer erheblichen funktionellen Invalidität geführt haben sollten.

Eine funktionelle Invaliditätsabsicherung oder Dread Disease als Ersatz für eine Berufsunfähigkeitsversicherung abzuschließen, ist risikoreich, da Einschränkungen von Psyche und Wirbelsäule nur sehr eingeschränkt zu den versicherten Krankheitsbildern zählen, auch ist die Leistung in beiden Fällen nicht an die konkrete Berufsausbildung gekoppelt. Beispielsweise heißt es in Ziffer 2.3.2 der Bedingungen zur Janitos Multi-Rente wie folgt:

„2.3.2 Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

Ein Rentenanspruch liegt vor, sofern nachweislich durch ein sich während der Vertragslaufzeit ereignendes Unfallereignis, durch eine Infektion oder durch einen Impfschaden ein Intelligenzdefekt neu entstanden ist und durch diesen Intelligenzdefekt der gemessene Intelligenzquotient die altersentsprechende Norm um mehr als 35% unterschreitet.“

■ Wettbewerb über Zahl der Krankheitsbilder

Der Wettbewerb erfolgt derzeit vor allem über die Zahl der im Tarif benannten Krankheitsbilder, wenngleich teilweise ein und dasselbe Krankheitsbild unter verschiedenen Bezeichnungen benannt wird. Nach einer möglichen Zählung

lassen sich bei Canada Life 41 Krankheiten, bei der Skandia 32 (davon 7 im Basisschutz und 25 weitere im Komfortschutz) und bei Gothaer und Fingro jeweils 28 Stück versichern. Nach den Werbeinformationen der beiden zuletzt benannten Anbieter seien „mindestens 46“ Krankheiten versichert, da hier auch solche einzeln aufgeführt sind, die im Tarif unter Oberbegriffen zusammengefasst wurden.

Besonders häufig sind als schwere Krankheiten versichert Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Nierenversagen und Bypass-Operationen am Herzen. Allerdings unterscheidet sich die Zählung teilweise erheblich.

Während ACE Krebs, Herzinfarkt und Schlaganfall zu den versicherten Krankheiten zählen, benennt AIG insgesamt sieben verschiedene Krebsarten. Auch das Krankheitsbild „gutartiger Gehirntumor“ heißt je nach Versicherer mal „benigner Gehirntumor“ bzw. „Gehirntumor mit nicht mehr behebbaren neurologischen Folgeerscheinungen“; eine „chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung“ heißt je nach Anbieter auch mal „schwere Pankreatitis“ oder „chronisch rezidivierende Bauchspeicheldrüsenentzündung“. Für den medizinischen Laien oder die meisten Makler bleibt die Vergleichbarkeit verschiedener Produkte daher auf der Strecke.

HERZINFARKT

Bei der Mitversicherung anderer Krankheiten gibt es sowohl zahlreiche Überschneidungen als auch Unterschiede. Beispielhaft sei zunächst das Herzinfarktrisiko etwas detaillierter verglichen:

	Canada Life (Schwere Krankheiten Vorsorge, Stand 08.2008)	Gothaer / Fingro (Perikon / FINGRO Vorsorgeplan, Stand 07.2010)	Skandia (Skandia Dread Disease Versicherung, Stand 01/2010)
Wie wird das Krankheitsbild benannt?	Herzinfarkt	Herzinfarkt (Myokardinfarkt)	Herzinfarkt
Besteht Versicherungsschutz bei Angina pectoris?	nein	nein ²	nein
Besteht Versicherungsschutz bei non-STEMI-Infarkten (u.a. festzustellen durch erhöhtes Troponin I etwa 2-4 h nach dem Infarkt mit 24-h-Verlauf. Falls Nachprüfung nicht unmittelbar nach Infarkt, dann durch Änderungen von CK und LDH nachweisbar. Anders als beim STEMI-Infarkt nicht im EKG nachweisbar)?	nein	nein ³	kein Ausschluss
Besteht eine Wartezeit?	nein	nein	nein

Vergleicht man den Leistungsumfang bei Herzinfarkt, so scheint der umfassendste Versicherungsschutz bei der Skandia zu bestehen. Am wenigsten vorteilhaft gestaltet sich dieses Krankheitsbild dem ersten Eindruck nach bei Canada Life. Dabei ist zu beachten, dass eine Angina Pectoris kein Herzinfarkt ist, da hier kein

kompletter Gewebsuntergang von Teilen des Herzmuskels stattfindet, allerdings kann von ihr eine stark erhöhte Infarktgefahr ausgehen. Im Wesentlichen ist eine Angina Pectoris eine Durchblutungsstörung des Herzens. Erwähnenswert ist, dass Angina pectoris sich nach einem Bericht des Versicherungsjournals

¹ http://www.swissre.com/media/media_information/Swiss_Re_survey_reveals_increased_sales_of_UK_term_assurance_critical_illness.html
² Einschränkung der Pumpfunktion des Herzens als Leistungsvoraussetzung nicht immer gegeben. Angina Pectoris wird nicht ausdrücklich benannt, ist aber auch kein Herzinfarkt und daher nicht nötig.
³ Ein ausdrücklicher Ausschluss besteht nicht. Bei Gothaer / Fingro spielt die Unterscheidung zwischen STEMI und NSTIMI keine Rolle, vielmehr wird ein Infarktnachweis mit Beschwerden, EKG, Laborwerten sowie einer dauerhaften Funktionseinschränkung vorausgesetzt. Bei non-STEMI-Infarkten (NSTIMI) wird hier nur geleistet, wenn gleichzeitig die vier vorgenannten Kriterien erfüllt sind, wobei NSTIMI durch EKG nicht nachweisbar sind.

**Informieren
Vergleichen
Verdienen**

**FONDS
Katalog
2011**

Über 8000 Fondsdaten
sortiert von A-Z

Ab sofort
im Handel



vom 17.08.2010 auf Platz 5 der häufigsten Hauptdiagnosen von vollstationär behandelten Patienten des Jahres 2009 befindet. Damit bleibt letztlich noch die Einschränkung, dass non-STEMI-Infarkte (NSTIMI) unversichert sind. Diese lassen sich ca. 2-4 Stunden nach erstmaligem Auftreten infarktartiger Brust-

schmerzen von einer instabilen Angina Pectoris unterscheiden. Ohne diese Unterscheidung mag der Beweis des Vorliegens eines originären Herzinfarktes nur schwer zu führen sein. Bei Gothaer / Fingro lassen sich die dargestellten Ausschlüsse ohne medizinisches Hintergrundwissen hingegen nicht als solche

erkennen. Hier fehlt es in erster Linie an Transparenz. Aus Sicht der Gothaer sei hier kein Transparenzproblem gegeben, da man die Krankheit lediglich nach anderen Kriterien als bei Canada Life definiert. Inhaltlich ist der Versicherungsschutz mit dem von Canada Life gleichzusetzen.

NIERENVERSAGEN

Vergleicht man die Leistungsvoraussetzungen für das Krankheitsbild „Nierenversagen“ miteinander, so glänzt in diesem Fall wieder die Skandia. Faktisch versichern jedoch alle drei Anbieter nur das chronische, nicht das akute – prinzipiell reversible - Nierenversagen. Dabei geht aus der jeweiligen Krankheitsdefinition hervor, dass stets auf den endgültigen Verlust der Nierenfunktion abgestellt wird, die nur noch mit Dialyse oder Nierentransplantation behandelt werden kann. Inwiefern es medizinisch möglich ist, dass der Leistungsfall bereits bei Verlust nur einer Niere möglich ist, erscheint nach den gängigen Krankheitsbeschreibungen im Internet eher unwahrscheinlich.

	Canada Life (Schwere Krankheiten Vorsorge, Stand 08.2008)	Gothaer / Fingro (Perikon / FINGRO Vorsorgeplan, Stand 07.2010)	Skandia (Skandia Dread Disease Versicherung, Stand 01/2010)
Wie wird das Krankheitsbild benannt?	Nierenversagen, Transplantation von Hauptorganen	Chronisches Nierenversagen (Anurie)	Nierenversagen
Besteht ein Leistungsanspruch bereits bei Verlust nur einer Niere?	nein (Voraussetzung ist endgültiges, nicht mehr behebbares Versagen beider Nieren)	ja (implizit, da nur auf ein „chronisches Nierenversagen im Endstadium“ abgestellt wird)	nein (nicht mehr behebbares Funktionsversagen beider Nieren)
Besteht ein Leistungsanspruch auch dann, wenn keine Dialyse durchgeführt wird?	ja, über die versicherte Krankheit Transplantation von Hauptorganen, sofern eine vollständige Transplantation erfolgte bzw. die versicherte Person offiziell auf einer Warteliste für eine Nierentransplantation registriert wurde	ja, sofern alternativ eine Nierentransplantation durchgeführt wird	ja, sofern alternativ eine Nierentransplantation durchgeführt wird
Gilt für dieses Krankheitsbild eine Wartezeit?	nein	nein	nein
Gilt für dieses Krankheitsbild eine Karenzzeit?	die Karenzzeit beginnt mit dem Beginn der Dialysebehandlung (Nierenversagen), dem Abschluss einer Nierentransplantation oder alternativ der Aufnahme in eine offizielle Transplantationswarteliste (Transplantation von Hauptorganen)	die Karenzzeit beginnt abweichend mit dem Beginn der Dialysebehandlung oder dem Abschluss einer Nierentransplantation	die Karenzzeit beginnt abweichend mit dem Beginn der Dialysebehandlung, dem Abschluss einer Nierentransplantation oder alternativ der Aufnahme in eine offizielle Transplantationswarteliste
Kann die Diagnose des Leistungsfalls durch jeden beliebigen Arzt erstellt werden?	nein, nur durch einen Arzt für Nephrologie bzw. bei Transplantation von einem entsprechenden Facharzt	nein, gemäß Bedingungen wird ein nierenärztlicher (nephrologischer) Bericht gefordert	keine tarifliche Regelung

BLINDHEIT

Vergleicht man den Einschluss „Blindheit“ bei diesen Anbietern, so ist hier bei näherem Hinsehen die Skandia als Testsieger zu betrachten. Hier ist eine Blindheit nämlich schon ab einem Restsehvermögen von 2% statt bei 0,1% (Gothaer) oder 0% (Canada Life) vorliegend. Relevant ist dies auch daher, da bei den meisten Blinden ein gewisses Restsehvermögen besteht, oft zumindest die Unterscheidung zwischen Hell und Dunkel.

	Canada Life (Schwere Krankheiten Vorsorge, Stand 08.2008)	Gothaer / Fingro (Perikon / FINGRO Vorsorgeplan, Stand 07.2010)	Skandia (Skandia Dread Disease Versicherung, Stand 01/2010)
Wie wird das Krankheitsbild benannt?	Blindheit	Blindheit	Blindheit
Besteht ein Leistungsanspruch bereits bei nur teilweisem Verlust der Sehfähigkeit?	nein (Der endgültige und vollständige Verlust des Sehvermögens beider Augen, der nicht durch medizinische oder optische Maßnahmen verbessert werden kann. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Augenheilkunde nachgewiesen werden)	nein (Blindheit im Sinne der Bedingungen ist die klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehschärfe (Visus) als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden: - Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln nicht mehr als 6/60 oder 20/200, oder das Sehfeld auf beiden Augen ist auf maximal 20° beschränkt. - Nach allgemeiner medizinischer Meinung kann die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel oder Implantate nicht derart verbessert werden, dass die Sehschärfe auf dem schlechteren Auge auf mehr als 6/60 oder 20/200 verbessert würde und das Sehfeld auf einem Auge mehr als 20° betragen würde)	nein (Vollständiger, dauerhafter und nicht mehr behebbarer Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen mit einem Restsehvermögen kleiner als 1/50 der Norm. Ein Restsehvermögen kleiner als 1/50 der Norm bedeutet, dass ein Gegenstand, den ein Normal-sichtiger in 50 m erkennt, erst in 1 m Entfernung erkannt wird)

■ **Pankreatitis, Diabetes mellitus und Bluthochdruck**

Deutschland gehört zu den weltweiten Spitzenreitern im Alkoholkonsum. Verschiedene Schätzungen gehen von jährlich 16.000 bis 40.000 Toten als Folge übermäßigen Genusses aus. Darüber hinaus wird angenommen, dass gut 250.000 Kinder und Erwachsene unter 25 Jahren bereits abhängig oder zumindest stark gefährdet sind. Eine häufige Folge übermäßigen Alkoholgenusses ist die Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung). Sie lässt sich in 70 bis 80 % aller Fälle auf die vorgenannten Ursachen zurückführen und betrifft vor allem Männer zwischen 30 und 60 Jahren. Ein erhöhtes Risiko besteht hier auch für Raucher. Canada Life versichert zwar chronische Bauchspeicheldrüsenentzündungen, nicht jedoch wenn diese durch Alkoholabus verursacht wurden. Bei Gothaer / Fingro ist für die benannte Diagnose unabhängig von der Ursache kein Einschluss vereinbart. Gleiches gilt für die Skandia. Versichert sind hingegen vielfach die Folgeerkrankungen einer Pankreatitis.

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine der häufigsten Zivilisationskrankheiten. Sie betrifft gegenwärtig etwa 7 % der Gesamtbevölkerung, also etwa 6 Millionen Personen mit starken Steigungen in jedem Jahr. Statistisch erfasst sind allein in Deutschland über 8,5 Mio. Menschen, die an Diabetes von Typ I (Jugenddiabetes; etwa 5% aller Diabetiker) oder (weit häufiger) II (Erwachsenendiabetes; in der Regel von Überernährung. Häufigkeit über 90%) leiden. Erwähnenswert ist auch Gestations- oder Schwangerschaftsdiabetes, die jedoch in der Regel nach einer Schwangerschaft wieder zurückgeht.

Sehr häufig leiden Patienten gleichzeitig an den Zivilisationskrankheiten Diabetes und Bluthochdruck, ohne dass diese medizinisch ursächlich zusammenhängen. Gerade in Deutschland sind diabetesbedingte Amputationen keine Seltenheit. Canada Life führt die Zuckerkrankheit als eine der möglichen Symptome für die mitversicherte Pankreatitis (s.o.) auf, wobei Diabetes durch Pankreatitis statistisch eher selten ist. Weder

Gothaer / Fingro noch Skandia sehen hierfür ausdrücklich Versicherungsschutz vor.

Diabetes ist statistisch die häufigste Ursache für Blindheit im Erwachsenenalter und Niereninsuffizienz mit Dialyse. Ferner treten Herzinfarkt und Schlaganfall bei Diabetikern besonders häufig auf und zählen zu den typischen Ursachen für den Tod oder eine dauerhafte Invalidität bei Diabetikern. Damit sind also viele Folgen von Diabetes durchaus im Rahmen einer Dread Disease versicherbar, ohne dass die Grundkrankheit an sich einen Leistungsfall auslöst. So erklärt etwa Canada Life dies damit, dass eine einfache Diabetes ohne eine der o.g. Komplikationen keine „schwere Krankheit“ sei und daher seitens der Produktphilosophie auch kein Leistungselement sei. Auch die Skandia verweist darauf, dass viele Diabetes-Folgeerkrankungen wie Blindheit, Nierenversagen, vollständige Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit oder terminale Krankheit unter den Versicherungsschutz fallen können.

■ Zur Statistik

Jedes Jahr erkranken in Deutschland gut 400.000 Menschen an Krebs, 300.000 an Herzinfarkt und 200.000 an Schlaganfall. Zusammen macht dies rund 80 % aller Fälle von Schweren Krankheiten aus. Noch stirbt etwa jeder vierte Krebspatient an den Folgen seiner Krankheit, doch aufgrund des großen medizinischen Fortschritts könnten dies bald wesentlich weniger sein. In der vom Statistischen Bundesamt für Deutschland geführten Todesursachenstatistik für 2005 steht Krebs an zweiter Stelle. Entsprechend zählt Krebs auch bei allen Versicherern zu den versicherten Krankheiten. Dabei betrifft das Krebsrisiko Ärzte und Rechtsanwälte mit nur geringem Berufsunfähigkeitsrisiko ebenso wie Fliesenleger oder Lehrer mit hoher Eintrittswahrscheinlichkeit.

Nimmt man die Leistungsstatistik von Canada Life für die Jahre 1997 bis Oktober 2006 als Maßstab, so entfielen fast 70 % aller Leistungsfälle auf die Krankheitsbilder Krebs, Herzinfarkt, Multiple Sklerose und Schlaganfall. Rund 70 % der Betroffenen waren zwischen 31 und 50 Jahren alt und nur rund 6 % unter 18 Jahren. Bezogen auf die Gesamtzahl der Leistungsfälle wurden Leistungen wegen Krebs bisher am häufigsten, nämlich in fast 60 % aller Fälle, beantragt.

Diese Statistik kann leicht zu der falschen Annahme führen, dass der Verzicht auf die Mitversicherung des Krebsrisikos die Prämie um gut 60 Prozent reduzieren würde. Laut Canada Life sei dies jedoch eher dem noch vergleichsweise jungen Bestand des Versicherers geschuldet. In den zur Kalkulation hinterlegten Statistiken kommt Krebs zwar immer noch eine erhebliche, aber bei weitem nicht so signifikante Bedeutung zu.

■ Makler Know-how

Bei Vertragsabschluss macht es Sinn, neben der Zahl der versicherten Krankheiten auch auf die weiteren Rahmenbedingungen zu achten, so z.B. Art der Kapitalanlage (z.B. allein der hauseigene Setanta Managed Fund bei Canada Life, allgemein zugängliche Publikumsfonds bei Gothaer / Fingro und Skandia), Kalkulation auf Risikobasis (z.B. Skandia) oder Fondsbasis (z.B. Canada Life, Gothaer / Fingro), damit verbunden die Voraussetzungen für eine stabile Prämienhöhe; Kostenquote (Abschluss- und Verwaltungskosten), Versicherungsdau-

er (Vertragsdauer bis lebenslang bei Canada Life, bis zum vollendeten 100. Lebensjahr bei Gothaer / Fingro bzw. 75 bei Skandia) oder die Gesundheitsfragen im Antrag. Ein besonderes Highlight bei Canada Life, ist das Tele-Underwriting: auf Wunsch Beantwortung der Gesundheitsfragen im Telefoninterview mit einem medizinisch geschulten Mitarbeiter des Versicherers. Aus Kostengründen kommt ein entsprechendes Telefongespräch mit medizinischen Experten natürlich nicht immer zum Tragen, sondern nur dann, wenn die vom Kunden im Antrag angegebenen Punkten Rückfragebedarf erkennen lassen. Des Weiteren lassen sich bei Canada Life innerhalb eines Vertrages zwei Personen versichern. Ein Highlight der Skandia ist Versicherungsschutz auch für eine zweite Krankheit, deren Ursache mit der ersten Erkrankung in keinem ursächlichen Zusammenhang steht (Second Event). Bei den Wettbewerbern erlischt der Vertrag nach dem ersten Leistungsfall. Ein besonderes Highlight bei der Gothaer / Fingro stellt die Kombination aus Versicherungsschutz bei Dread Disease, Berufsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit über nur einen einzigen Vertrag dar. Auch besteht Versicherungsschutz auch bei Altersdemenz noch bis zum vollendeten 100. Lebensjahr.

Von Bedeutung ist es auch, ob beispielsweise bei Dread-Disease-Leistungen im Rahmen einer Unfallversicherung wie positiv beispielsweise bei der Würzburger auf eine Kürzung der Leistung wegen der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen verzichtet wird oder eine Kürzung wie bei der Domcura, Haftpflichtkasse Darmstadt, dem HDI-Gerling oder der Stuttgarter zu berücksichtigen ist.

Neben den geltenden Ausschlüssen, sollten Vermittler mit ihren Kunden auch Obliegenheiten im Leistungsfall, Wart- und Karennzeiten sowie Einschränkungen der versicherten Leistung besprechen. Meist besteht Versicherungsschutz für Krebs, Nierenversagen, Multiple Sklerose oder andere versicherte Krankheiten trotz laufender Beitragszahlung erst nach Ablauf von 3 oder mehr Monaten ab Vertragsbeginn (Wartezeit). Anschließend muss die Diagnose von z.B. versichertem Krebs oder Schlaganfall nach einem Überleben je nach Versicherer um meist mindestens 14 oder 28 Tage (Karenzzeit) erfolgen. Für einzelne

Krankheitsbilder (z.B. Dialyse oder Durchführung einer Transplantation) sehen die Anbieter abweichende Karennzeiten vor. Auch sind teilweise abweichende Wartezeiten zu beachten, so etwa bei Gothaer / FINGRO Verlust der Sprache frühestens ab dem vollendeten 3. Lebensjahr.

Nicht in jedem Fall steht Versicherten stets die volle Versicherungssumme zur Verfügung. Ist bei der Canada Life bei Verlust von Gliedmaßen oder Multipler Sklerose nicht die vollständige Leistungsvoraussetzung erfüllt, so wird dem Versicherten eine Teilzahlung gewährt. Diese sieht den jeweils geringeren Betrag aus 20.000 Euro oder 50 % der versicherten Leistung für schwere Krankheiten vor. Die Höchstleistung bei der Skandia im Falle eines schweren Unfalles im Sinne der Bedingungen beträgt 25 % der zum Zeitpunkt des Unfalls vereinbarten Versicherungssumme für den Eintritt einer Dread Disease, höchstens jedoch 75.000 Euro.

Makler, die sich auf die Versicherung von Managern spezialisiert haben, sollten wissen, dass hier Schlaganfälle und Krebs besonders häufig zum Leistungsfall führen.

Canada Life weist darauf hin, dass der größte Fehler, den Makler bei der Beratung begehen können, der ist, eine Dread Disease gar nicht erst anzusprechen oder für den Kunden die Entscheidung der Produktauswahl zu übernehmen. Aufgabe des Maklers sei es hingegen, dem Kunden Hilfestellung bei der eigenen Produktentscheidung zu geben. Sehr oft würden Dread-Disease- und Berufsunfähigkeitsversicherung gleichzeitig angeboten. Dabei könnte es natürlich später zu Missverständnissen bei der tatsächlichen Absicherung der Arbeitskraft kommen, ohne dass dies den Maklern selbst angelastet werden kann

■ Beitragsfreie Mitversicherung unversicherbarer Kinder

Einige Anbieter von Dread-Disease-Produkten bieten die Möglichkeit, beitragsfreien Versicherungsschutz über die Eltern zu ermöglichen. Hierzu steht vielfach ein bestimmter Teil der Versicherungssumme zur Verfügung. Tritt nun bei einem beitragsfrei mitversicherten Kind der Leistungsfall ein, so ist dieses nahezu so versichert, als hätte es kostenpflichtig einen eigenen Vertrag abgeschlossen. Damit bietet sich eine Kom-



■ *Attraktive Offerte: Beitragsfreier Versicherungsschutz über die Eltern.*

bination aus Berufsunfähigkeits- und Dread-Disease-Versicherung durchaus für Familien an, um einen umfassenderen Versicherungsschutz für alle Angehörigen zu realisieren. Eine Dread Disease als Ersatz für eine Berufsunfähigkeitsversicherung abzuschließen, ist risikoreich, da Einschränkungen von Psyche und Wirbelsäule nahezu niemals zu den versicherten Krankheitsbildern zählen.

Eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern besteht bei Canada Life in Höhe von insgesamt höchstens 50 % der von den Eltern vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 25.000 Euro je Kind. Dies gilt auch für Stiefkinder des Versicherungsnehmers und seines Ehepartners. Bei der Gothaer / Fingro gilt für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als Summe der Leistungen 1/3 der Versicherungssumme der versicherten Person, höchstens 25.000 Euro je Leistungsfall; bei der Skandia in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, höchstens jedoch 35.000 Euro je Leistungsfall. Anders als bei den Wettbewerbern steht die Versicherungssumme bei der Skandia je Kind und nicht für alle Kinder gemeinsam zur Verfügung. Eine Begrenzung des Gesamtbetrages bei mehreren Leistungsfällen in der Familie ist hier nicht gegeben.

Wer seine Kinder selbst versichern möchte, muss das jeweilige Mindesteintrittsalter beachten. Dieses beträgt bei Gothaer / Fingro 6 Monate und einen Tag, bei Canada Life 1 Jahr und bei der Skandia 15 Jahre.

Aktuelle Anbieter von Dread-Disease-Produkten im Überblick

■ ACE European Group Limited (Leistungsbaustein zur Gruppenunfallversicherung)

Markteintritt in Deutschland: 1947, Dread-Disease-Baustein in Deutschland seit März 2006, in Österreich seit März 2008 (öffentlich vorgestellt im April 2008)

Aktueller Bestand: k.A.

Neugeschäft 2009: k.A.

Tarif: ACE Dread Disease Schutz, Stand 01.2008

Versicherte Krankheiten: Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall

Charakteristik: Zusatzbaustein zur Gruppenunfallversicherung mit Leistung zwischen 5.000 und bis zu 50.000 Euro bei Eintritt einer versicherten schweren Erkrankung (Risikotarif). Versicherungsleistung für versicherte schwere Krankheiten ausnahmslos in Form einer Kapitalisierung in Höhe von 5.000 bis 50.000 Euro

Eintrittsalter: zwischen 18 und 64 Jahren

Endalter: mit Vollendung des 65. Lebensjahres

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: ja

Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr

Mindestbeitrag: nicht zutreffend (mindestens 3 versicherte Personen)

Beitragsrückgewähr: nein

Wartezeit: 90 Tage ab Vertragsabschluss

Karenzzeit: 30 Tage ab Diagnose

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein

Meldefrist des Leistungsfalls: spätestens 3 Monate nach Diagnose

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein, da keine Gesundheitsprüfung vorab

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: nein

■ Canada Life

Markteintritt in Deutschland: 2000

Aktueller Bestand: fast 80.000 Verträge, darunter auch die 2004 übernommenen ehemaligen Salibestände

Neugeschäft 2009: 8.400 Verträge

Tarif: SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE, Stand 01.2010

Versicherte Krankheiten: Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Multiple Sklerose, Taubheit, Funktionsverlust von Gliedmaßen, Querschnittslähmung, Sprachverlust, Schwere Verbrennungen, Schwere Kopfverletzung, Gutartiger Hirntumor, Bakterielle Meningitis, Angioplastie am Herzen, Herzklappenoperation, Motoneuronenerkrankung, Aortenplastik, Nierenversagen, Blindheit, Kinderlähmung, Koma, Muskeldystrophie, Enzephalitis, Erkrankung des Herzmuskels, Fortgeschrittene Alzheimer Krankheit (vor Alter 65), Fortgeschrittene Parkinson'sche Krankheit, Abhängigkeit von einer dritten Person, Chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung, Transplantation von Hauptorganen, Fortgeschrittene Lebererkrankung, Fortgeschrittene Lungenerkrankung, Schwere rheumatoide Arthritis, Bypass-Operation der Herzkranzgefäße, Systemischer Lupus erythematoses, HIV-Infektion als Folge bestimmter berufl. Tätigkeiten, HIV-Infektion durch Bluttransfusion, Aplastische Anämie, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Knochenmarkstransplantation, Asbestose, Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Schwerer Unfall

Charakteristik: Wahlmöglichkeit zwischen 4 Alternativen: 1. selbständige Dread Disease, 2. Dread Disease mit Risiko Leben Absicherung, 3. Risiko Leben Absicherung mit vorgezogener Dread Disease und 4. selbständige. Alle auf Fondsbasis mit Höchstleistung von 1.000.000 Euro bei Eintritt einer versicherten schweren Erkrankung (max. 150.000 Euro für Kinder bis 14 Jahren). Versicherungsleistung für versicherte schwere Krankheiten ausnahmslos in Form einer Kapitalisierung

Eintrittsalter: zwischen 1 und 69 Jahren

Endalter: zwischen 13 Jahren und lebenslang

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: nein

Mindestvertragslaufzeit: 12 Jahre

Mindestbeitrag: 30 Euro monatlich bzw. 360 Euro jährlich

Beitragsrückgewähr: ausgezahlt wird das vorhandene Fondsguthaben, maximal jedoch die Höhe der eingezahlten Beiträge.

Wartezeit: 6 Monate (Krebs), 3 Monate (Angioplastie am Herzen)

Karenzzeit: 14 Tage ab Diagnose

Mitversicherung von Lebenspartnern: optional sind zwei versicherte Personen in einem Vertrag möglich

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: Versicherungsschutz gegen 40 versicherte Krankheiten, nicht jedoch bei Tod und bei „Abhängigkeit von einer dritten Person“. Die Leistung erfolgt nur bei einem Leistungsfall ab dem vollendeten 3. Lebensmonat. Die beitragsfreie Mitversicherung endet mit dem vollendeten 18. Lebensjahr. Die beitragsfreie Versicherungssumme entspricht dem geringeren Betrag aus 50% der Versicherungssumme der Eltern und 25.000 Euro, bei Teilleistungen dem geringeren Betrag aus 25% der Versicherungssumme der Eltern und 50% der jeweils für die versicherte Person gültigen Höhe der Teilzahlung.

Meldefrist des Leistungsfalls: spätestens innerhalb von 3 Jahren

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: ja (Meldefrist von 3 Monaten. Die mögliche Erhöhung hängt vom versicherten Ereignis ab und variiert zwischen 25.000 Euro und dem geringeren Betrag von 50 % der Versicherungssumme und 100.000 Euro. Die Nachversicherungsgarantie erlischt situationsabhängig mit dem vollendeten 55. bzw. 60. Lebensjahr)

■ Chartis Europe / degenia

Markteintritt in Deutschland: Chartis war bis Mitte 2009 unter dem Namen AIG bekannt. Unter diesem Markennamen erfolgte der Markteintritt in Deutschland im Jahre 1946. Der Markteintritt mit einer eigenständigen Krebsversicherung erfolgte im August 2005 über eine Kooperation mit der degenia Versicherungsdienst AG unter der Tarifbezeichnung „ladyprotect“. Heute heißt der Tarif abweichend WomanCare und wird über die für Chartis registrierte Marke WÜBA angeboten. Im Zusammenhang mit der Tarifumbenennung wurden auch die versicherbaren Summen zum Teil drastisch reduziert. Die degenia Versicherungsdienst AG wurde 1998 gegründet und gehört nach eigener Aussage „zu den größten Anbietern von Versicherungslösungen in Sach, Haftpflicht, Unfall und Kraftfahrtversicherungen. Die Hauptverwaltung des Unternehmens befindet sich in Bad Kreuznach.“

Aktueller Bestand: k.A.

Neugeschäft 2009: k.A.

Tarif: WomanCare, Stand 02.2010

Versicherte Krankheiten: Brustkrebs, Eierstockkrebs, Eileiterkrebs, Gebärmutterkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Scheidenkrebs und Krebs der äußeren Schamlippen (einschließlich der Schamlippenhaut)

Charakteristik: Selbständige Krebsversicherung für Frauen auf Risikobasis mit Höchstleistung von 30.000 Euro bei Eintritt einer versicherten schweren Erkrankung. Versicherungsleistung für versicherte schwere Krebserkrankungen in Form einer Kapitalzahlung (10.000, 20.000 oder 30.000 Euro), einer monatlichen Rente für 12 Monate in Höhe von 500, 1.000 oder 1.500 Euro, einem Krankenhaustagegeld für bis zu 100 Tage in Höhe von 10, 20 bzw. 25 Euro. Dazu werden Leistungen für krebbedingte kosmetische Operationskosten in Höhe von 5.000, 10.000 bzw. 15.000 Euro erbracht. Der Beitrag ist ab Vertragsbeginn für mindestens 5 Jahre stabil und passt sich anschließend an die Beitragskategorie gemäß des aktuellen Alters an.

Eintrittsalter: zwischen 18 und 64 Jahren

Endalter: zwischen 19 und 70 Jahren

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: nein

Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr

Mindestbeitrag: 21,60 Euro jährlich oder 15,15 Euro monatlich

Beitragsrückgewähr: nein

Wartezeit: 90 Tage

Karenzzeit: nicht zutreffend

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein

Meldefrist des Leistungsfalls: unverzüglich

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nicht zutreffend

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: nein

■ Deutscher Ring (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)

Markteintritt in Deutschland: die spätere Deutscher Ring Sachversicherungs- AG wurde 1923 unter dem Namen „Transportversicherung“ gegründet. Der heutige Dread-Disease-Baustein wurde zum 01.02.2005 als Baustein zum Unfalltarif „Casco“ eingeführt“.

Aktueller Bestand: k.A.

Neugeschäft 2009: k.A.

Tarif: Zusatzversicherung von schweren Krankheiten – Krebs (Stand 06.2010)

Versicherte Krankheiten: Krebs (bösartige Tumoren einschließlich Leukämie und Lymphknotenkrebs. Ausgeschlossen ist u.a. Gebärmutterhalskrebs)

Charakteristik: optionaler Ergänzungsbaustein zu einer Kinderunfall- bzw. -invaliditätsversicherung desselben Anbieters

Eintrittsalter: zwischen dem vollendeten 6. Monat und dem vollendeten 24. Lebensjahr

Endalter: vollendetes 24. Lebensjahr

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: nach Eintritt des Leistungsfallles steht Versicherer und Versicherten ein Sonderkündigungsrecht zu

Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr

Mindestbeitrag: k.A.

Beitragsrückgewähr: nein

Wartezeit: 3 Monate ab Versicherungsbeginn

Karenzzeit: 14 Tage nach Eintritt der Krebserkrankung

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein
Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein, aber: stirbt der Versicherungsnehmer eines ungekündigten Vertrages vor Vollendung des 60. Lebensjahres und ist der Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht worden, so besteht für das versicherte Kind Anspruch auf eine beitragsfreie Vertragsfortführung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Meldefrist des Leistungsfalls: unverzügliche Meldung des Leistungsfalls ab Diagnose

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: nein

Besonderheiten: Personen, die bei Antragsstellung oder während der Vertragslaufzeit an HIV erkranken sind ab Kenntnis dieses Sachverhaltes nicht mehr versicherbar. Der Versicherungsschutz erlischt in diesem Moment automatisch.

■ Domcura (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)

Markteintritt in Deutschland: Die Domcura wurde 1980 von Gerhard Schwarzer gegründet, der Stammsitz des Unternehmens ist Kiel. Seit Juni 2008 gibt es das Konzept „Unfall ALL YOU NEED“.

Aktueller Bestand: k.A.

Neugeschäft 2009: k.A.

Tarif: Schwere Krankheitenversicherung, Stand 01.08.2008
 Versicherte Krankheiten: fortgeschrittene Krebserkrankung, Herzinfarkt, Schlaganfall

Charakteristik: optionaler Leistungsbaustein zu einer Unfallversicherung. Die Prämie richtet sich nach Einstiegsalter und danach, ob die zu versichernde Person bei Antragsstellung Raucher oder Nichtraucher ist. Die Leistung erfolgt in Form eines Einmalbeitrages nach Ablauf der Karenzzeit, unabhängig davon ob die versicherte Person die schwere Krankheit überlebt oder nicht. Kein Versicherungsschutz für Herzinfarkt besteht, wenn die versicherte Person zuvor schon einen Schlaganfall erlitten hatte, und umgekehrt. Die versicherte Leistung wird auch dann nur einmal fällig, wenn gleich mehrere schwere Krankheiten gleichzeitig einen Versicherungsfall begründen könnten. Sehr präzise wird bei den einzelnen schweren Krankheiten benannt, welche Ausprägungen nicht unter den Versicherungsschutz fallen. Ziel des Domcura-Produktes ist es nach Unternehmensangabe, den Verdienstausfall, welcher bei einer schweren Krankheit in der Regel durch die längere berufliche Abwesenheit entsteht, zu mindern

Eintrittsalter: 18 bis 60 Jahre

Endalter: höchstens bis zum vollendeten 67. Lebensjahr

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: nein

Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr

Mindestbeitrag: 3,84 Euro mtl. für die Mindestversicherungssumme von 5.000,- Euro

Beitragsrückgewähr: nein

Wartezeit: 3 Monate ab Versicherungsbeginn. Eine spezielle Wartezeit von zwei Jahren nach Vertragsbeginn besteht für den Eintritt von Krebserkrankungen, Schlaganfällen oder Herzinfarkten, soweit die schwere Erkrankung aus einer be-

stimmten Grundkrankheit resultiert, die bei Antragstellung (auch als Möglichkeit) bekannt war oder wegen derer sich die versicherte Person in medizinischer Behandlung befand
Karenzzeit: 14 Tage nach Diagnose

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein

Meldefrist des Leistungsfalls: unverzüglich

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: nein

■ Dialog (Ergänzung zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung)

Markteintritt in Deutschland: Die Dialog Lebensversicherung AG wurde 1971 unter dem Namen „Erste Augsburger Lebensversicherung“ gegründet. Seit 1983 trägt sie ihren heutigen Namen. Seit 2003 gehört der Versicherer mehrheitlich zur Generali Deutschland und hat sich als Spezialist für biometrische Risiken positioniert. In diesem Zusammenhang wurde auch der Dread-Disease-Baustein zur Berufsunfähigkeitsversicherung entwickelt.

Aktueller Bestand: k.A.

Neugeschäft 2009: k.A.

Tarif: selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu), Stand 09.2010

Versicherte Krankheiten: Krebs (maligne Tumore), Koronare Bypassoperationen (Herzkrankheiten, die eine chirurgische Behandlung der Herzkranzgefäße erfordern), Herzinfarkt (Myokardinfarkt), Niereninsuffizienz (Nierenversagen), Schlaganfall (Gehirnschlag, Aplexie), Multiple Sklerose

Charakteristik: Es handelt sich um einen Ergänzungsbaustein zu einer Berufsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitszusatzversicherung. Die Leistung erfolgt in Form einer auf 6 Monate befristeten Rente, unabhängig davon ob gleichzeitig eine Berufsunfähigkeit vorliegt. Bei Tod innerhalb der 6-Monats-Frist endet der Leistungsbezug.

Eintrittsalter: zwischen 15 und 57 Jahren

Endalter: zwischen dem vollendeten 25. und 67. Lebensjahr

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: nein (die Leistung kann während der Versicherungsdauer der Hauptversicherung nur einmal in Anspruch genommen werden, auch wenn eine andere versicherte schwere Krankheit eigentlich einen Leistungsfall auslösen würde)

Mindestvertragslaufzeit: 10 Jahre

Mindestbeitrag: 5 Euro monatlich (minimale monatliche Berufsunfähigkeits- und daraus resultierend Dread-Disease-Rente von 75 Euro monatlich)

Beitragsrückgewähr: nein

Wartezeit: nein

Karenzzeit: 6 Monate bei Multipler Sklerose

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein

Meldefrist des Leistungsfalls: sollen Leistungen beansprucht werden, so ist eine unverzügliche Meldung des Versicherungsfalles erforderlich

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: im-

plizit, da die Höhe der Dread-Disease-Leistungen in Abhängigkeit von der versicherten Berufsunfähigkeitsrente geleistet wird und für diese eine anlassabhängige Nachversicherungsgarantie bis zum vollendeten 45. Lebensjahr besteht

■ Fingro / Gothaer

Markteintritt in Deutschland: 2004 (Fingro; Fingro Vorsorgeplan seit 01.04.2005), 1820 (Gothaer; Gothaer Perikon seit dem 01.08.2005). Zu Ende 2010 sollen sämtliche Aktivitäten der Fingro in den Maklervertrieb der Gothaer integriert werden. Danach wird es Fingro als eigenständige Marke nicht weiter geben.

Aktueller Bestand: 40.000 Verträge (Gothaer), k.A. (Fingro)⁴
Neugeschäft 2009: 9.000 Verträge (Gothaer), k.A. (Fingro)
Tarif (Fingro): „FINGRO Vorsorgeplan“ (FC08-2, FC08-3), Stand 01.12.2008

Tarif (Gothaer): Gothaer Perikon – Fondsgebundene Risikoabsicherung (FC08-2 und FC08-3, Version 21.06.2010)

Versicherte Krankheiten: Herzinfarkt (Myokardinfarkt), Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie), Schlaganfall (Apoplektischer Insult), Chronisches Nierenversagen (Anurie), Krebs, Gutartiger (Benigner) Gehirntumor, Multiple Sklerose, Lähmung, Kinderlähmung (Poliomyellitis), Parkinson'sche Krankheit, Schwere Motoneuronenerkrankung, Blindheit, Gehörlosigkeit, Verlust der Sprache, Verlust von Gliedmaßen, Schwere Verbrennungen, Schwere Kopfverletzung, Koma, Bakterielle Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis), Hirngewebsentzündung (Enzephalitis), HIV-Infektion – erworben durch Bluttransfusion, HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit, übrige Erkrankungen des zentralen Nervensystems - z.B. Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz (Morbus Pick), Levy-Körperchen-Demenz, Vaskuläre Demenz (Morbus Binswanger), Friedreich Ataxie, Ataxia teleangiectatica, Multiple Systematrophie, Creutzfeldt-Jacob-Krankheit, Corticobasale Degeneration, Neurosarkoidose, zerebrales Krampfanfallsleiden (Epilepsie), Lupus erythematoses mit Beteiligung des Gehirns, Chronische Hirndruckerhöhung (Hydrocephalus), Hirnvenenthrombose, Neuro-Lues, Neuroborreliose, Thrombangiitis obliterans des Gehirns, Kollagenosen mit Beteiligung des Gehirns -, Tödliche Krankheit (Terminal Illness), Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (Koronararterien), Operation der Hauptschlagader (Aorta), Operation der Herzklappen, Organtransplantation

Charakteristik: Selbständige Dread Disease als Risikoversicherung mit Höchstleistung von 1.000.000 Euro bei Eintritt einer versicherten schweren Erkrankung (bis zum vollendeten 14. Lebensjahr max. 100.000 Euro). Versicherungsleistung für versicherte schwere Krankheiten ausnahmslos in Form einer einmaligen Kapitalleistung oder Übertragung von Fondsanteilen (Naturalleistung). Die beiden Tarife unterscheiden sich durch die Höhe der Todesfalleistung.

Eintrittsalter: zwischen 6 Monaten und einem Tag und 60 Jahren

Endalter: zwischen 6 Jahren und 100 Jahren, Beitragszahlung max. 85 Jahre (FC08-2) / bis 70 Jahre (FC08-3)

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: nein

Mindestvertragslaufzeit: 5 Jahre

Mindestbeitrag: 25 Euro monatlich bzw. 300 Euro jährlich (Kinder unter 15 Jahren), sonst 30 Euro monatlich bzw. 360 Euro jährlich

Beitragsrückgewähr: ausgezahlt wird das vorhandene Fondsguthaben (ggf. Stornoabzug), das unter dem Wert der eingezahlten Beiträge liegen kann

Wartezeit: 1 Jahr für mitversicherte Kinder, 3 Monate (Krebs, Benigner Gehirntumor, Multiple Sklerose, schwere Motoneuronenerkrankung, Operation der Herzklappen sowie Bypass-Operation der Herzklappen)

Karenzzeit: 28 Tage ab ärztlicher Diagnose, abweichend 3 Monate bei Schlaganfall bzw. 12 Monate bei chronisch fortschreitender multipler Sklerose

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: ja (bis 1/3 der Versicherungssumme, max. 25.000 Euro)

Meldefrist des Leistungsfalls: unverzüglich

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: ja

⁴ Per 09.2005 hatte Fingro bereits 4.000 Verträge verkauft und dies innerhalb von nur 5 Monaten.

■ Haftpflichtkasse Darmstadt (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)

Markteintritt in Deutschland: Gründung 1898 als Haftpflichtversicherung des sächsischen Gastwirteverbandes VVaG mit Sitz in Leipzig und der Haftpflichtkasse deutscher Gastwirte VVaG mit Sitz in Darmstadt. 1993 Umzug nach Roßdorf und Umbenennung in „Haftpflichtversicherung des Deutschen Hotel- und Gaststättengewerbes - Haftpflichtkasse Darmstadt - VVaG“. Erstmals Unfallversicherung mit Dread-Disease-Baustein seit Januar 2009.

Aktueller Bestand: k.A.

Neugeschäft 2009: k.A.

Tarif: AUB 2007, BBU Unfallversicherung VARIO – Stand 01.01.2011 gültig ab 01.12.2010, Leistungsstufe Vollschutz“

Versicherte Krankheiten: Brustkrebs, Hodenkrebs, Gehirntumor, Gebärmutterhalskrebs, Eierstockkrebs

Charakteristik: tritt eine der versicherten schweren Krankheiten nach Ablauf der Jahresfrist auf und hat bei Antragsstellung noch nicht bestanden, so besteht Anspruch auf 10% der Invaliditätsgrundsumme, maximal jedoch 20.000 Euro. Keine Leistung bei Versterben der versicherten Person, bevor die versicherte Leistung beansprucht worden ist

Eintrittsalter: zwischen 0 und 65 Jahren

Endalter: sofern der Vertrag weder durch den Versicherer noch den Versicherungsnehmer gekündigt wird, besteht dieser fort bis zum Tode

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: ja

Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr

Mindestbeitrag: 50 Euro brutto p.a.

Beitragsrückgewähr: nein

Wartezeit: 12 Monate ab Versicherungsbeginn

Karenzzeit: nein

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein

Meldefrist des Leistungsfalls: der Tarif sieht keine Fristsetzung vor
Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein
Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: nein

■ **HDI-Gerling** (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)
Markteintritt in Deutschland: das Unternehmen geht zurück auf die 1903 gegründeten HDI Versicherungen sowie die 1904 gegründete Vermittlungsgesellschaft Bureau für Versicherungswesen Robert Gerling & Co. mbH als Keimzelle der späteren Gerling-Versicherungsgruppe. 2007 fusionierten die Schaden- / Unfallversicherer von HDI und Gerling zur HDI-Gerling Sachversicherungsgruppe. Der heutige Dread-Disease-Baustein wurde erstmals für das damalige Tochterunternehmen Aspecta unter der Tarifbezeichnung UP 99 erstellt.

Aktueller Bestand: k.A.

Neugeschäft 2009: k.A.

Tarif: Private Unfall-Versicherung, Stand 01.01.2010 (AUB 2008, ZB Exclusive 2008)

Versicherte Krankheiten: versichert ist, wenn bei einer Frau eine Brust oder beide Brüste, die Gebärmutter oder beide Eierstöcke bzw. bei einem Mann die Prostata, ein oder beide Hoden aufgrund einer karzinombedingten (Karzinom = Krebs) Operation oder unfallbedingt entfernt werden müssen.

Charakteristik: Leistungsbaustein im Rahmen der Unfalldeckung. Bei Verlust einer Brust oder beider Brüste (mindestens zu 2/3), der Gebärmutter, beider Eierstöcke, der Prostata oder eines/beider Hoden (incl. Nebenhoden und Samenstrang) werden 20% der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität, höchstens jedoch 15.000 Euro, gezahlt.

Eintrittsalter: zwischen 0 und 65 Jahren

Endalter: sofern der Vertrag weder durch den Versicherer noch den Versicherungsnehmer gekündigt wird, besteht dieser fort bis zum Tode

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: ja

Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr

Mindestbeitrag: 25 Euro zzgl. Versicherungssteuer

Beitragsrückgewähr: nein

Wartezeit: 3 Monate

Karenzzeit: nein

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein

Meldefrist des Leistungsfalls: unverzüglich

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: nein

■ **maxPool** (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)
Markteintritt in Deutschland: maxPool wurde 1998 in Hamburg als Zusammenschluss freier Finanzdienstleister gegründet. Der Dread-Disease-Baustein stand ursprünglich über die Aspecta zur Verfügung, seit 2007 über die Volksfürsorge und seit 01.10.2010 auch über ACE.

Aktueller Bestand: k.A.

Neugeschäft 2009: k.A.

Tarif: AUB 2008, max2007, Stand 18.01.2008

Versicherte Krankheiten: Verlust einer oder beider Brüste, der Gebärmutter oder beider Eierstöcke als Folge einer krebserkrankten Operation

Charakteristik: Unfallversicherung mit Leistung bei den benannten karzinombedingten Operationen. Bei Verlust einer oder beider Brüste werden 20% der Invaliditätsgrundsumme gezahlt. Gleiches gilt bei Verlust der Gebärmutter oder beider Eierstöcke. Versicherungsschutz bei Krebserkrankungen besteht nur bis zur Vollendung des vollendeten 65. Lebensjahres

Eintrittsalter: ab 0 Jahre

Endalter: sofern der Vertrag weder durch den Versicherer noch den Versicherungsnehmer gekündigt wird, besteht dieser fort bis zum Tode

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: der Versicherungsschutz bei schwerer Krankheit gilt nur bis zur erstmaligen Erkrankung mit Krebs, der Unfallvertrag bleibt fortbestehen

Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr

Mindestbeitrag: k.A.

Beitragsrückgewähr: nein

Wartezeit: 6 Monate

Karenzzeit: nein

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein

Meldefrist des Leistungsfalls: der Tarif sieht keine Fristsetzung vor

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: nein

■ **maxPool** (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)
 Die Versicherungssumme beträgt wahlweise 15.000 oder 25.000 Euro.

Aktueller Bestand: k.A.

Neugeschäft 2009: k.A.

Tarif: maxpool ACE Dread Disease Versicherungsbedingungen, Stand 29.06.2010

Versicherte Krankheiten: Herzinfarkt, Krebs, Schlaganfall

Charakteristik: Unfallversicherung mit Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten. Der Versicherungsschutz besteht nur bei Eintritt einer der versicherten schweren Krankheiten vor Eintritt des 67. Lebensjahres. Unterschiedliche Prämienhöhe für Raucher und Nichtraucher sowie je nach erreichtem Alter. Gab es vor Vertragsbeginn bereits einen Schlaganfall, so gibt es keine Leistung bei Herzinfarkt oder für einen erneuten Schlaganfall. Gleiches gilt sinngemäß, wenn es vor Vertragsbeginn bereits einen Herzinfarkt gab.

Eintrittsalter: zwischen 18 und 60 Jahren
Endalter: sofern der Vertrag weder durch den Versicherer noch den Versicherungsnehmer gekündigt wird, besteht dieser fort bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres
Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: der Versicherungsschutz bei schwerer Krankheit gilt nur bis zur erstmaligen Leistungserbringung
Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr
Mindestbeitrag: k.A.
Beitragsrückgewähr: nein
Wartezeit: 2 Jahre, soweit die schwere Erkrankung aus einer der im Tarif genannten Grundkrankheiten resultiert, die bei Antragstellung – auch als Möglichkeit – bekannt war (hierzu zählen auch Verdachtsdiagnosen, die sich später als begründet herausstellen) oder wegen derer sich die versicherte Person in medizinischer Behandlung befand
Karenzzeit: 14 Tage
Mitversicherung von Lebenspartnern: nein
Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein
Meldefrist des Leistungsfalls: der Tarif sieht keine Fristsetzung vor
Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein
Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: nein

■ **Nürnberger** (Ergänzung zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung)
Markteintritt in Deutschland: die Nürnberger gibt es in Deutschland seit 1884 zunächst als Lebensversicherer, später dann auch als Sach-, Haftpflicht- und Krankenversicherer. Den Schnellhilfe-Baustein gibt es erst seit Februar 2006.
Aktueller Bestand: k.A.
Neugeschäft 2009: k.A.
Tarif: BUZ, BUZC, BUZC mit garantierter Rentensteigerung, IBU2500, IBU2500 (D C), IBU2500 (C), SBU2500 (C), SBU2005 (D C), IBA2500 jeweils mit Schnellhilfe-Kapital-Zusatzversicherung (SH2008) bzw. BUZ2008 oder BUZ2008C mit SHR-Rente. Neben der BUZ kann die Schnellhilfe-Rente auch zur SBU, SBUC abgeschlossen werden.
Versicherte Krankheiten: Herzinfarkt (Myokardinfarkt), Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie), Krebs (maligne Tumoren), Benigner Hirntumor (gutartiger Hirntumor) oder Nierenversagen (Niereninsuffizienz); bei SHR zusätzlich Bypass-OP der Koronararterien sowie Absicherung der drei Grundfähigkeiten Gehen, Hören, Sehen
Charakteristik: Leistung bei Eintritt versicherter schwerer Krankheiten in Folge einer Einmalzahlung zwischen 5.000 und 30.000 Euro (SH2008) bzw. 12 Monatsrenten in Höhe der versicherten BU-Rente (SHR-Rente)
Eintrittsalter: zwischen 14 und 55 Jahren
Endalter: zwischen 15 und 67 Jahren
Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: nein (während der Schnellhilfe Baustein erlischt, bleibt die BU als Trägersicherung unverändert erhalten)
Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr
Mindestbeitrag: 10 Euro monatlich (BU-Rentenhöhe mindestens 600 Euro monatlich)

Beitragsrückgewähr: nein (aber optionaler Fondsüberschuss möglich)
Wartezeit: nein
Karenzzeit: nein
Mitversicherung von Lebenspartnern: nein
Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein
Meldefrist des Leistungsfalls: unverzüglich, wenn eine Leistung beansprucht wird
Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein
Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: implizit, da die Höhe der Dread-Disease-Leistungen zumindest bei der SHR-Rente in Abhängigkeit von der versicherten Berufsunfähigkeitsrente geleistet wird und für diese eine anlassabhängige Nachversicherungsgarantie bis zum vollendeten 46. Lebensjahr besteht

■ **Nürnberger** (Ergänzung zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung)
Aktueller Bestand: k.A.
Neugeschäft 2009: k.A.
Tarif: BUZ, BUZC, BUZC mit garantierter Rentensteigerung IBU2500, IBU2500 (D C), IBU2500 (C), SBU2500 (C), SBU2005 (D C), IBA2500 jeweils mit Schnellhilfe-Kapital-Zusatzversicherung (SH2008) bzw. BUZ2008 oder BUZ2008C mit SHR-Rente; Schnellhilfe-Rente auch zur SBU, SBUC
Versicherte Krankheiten: Herzinfarkt (Myokardinfarkt), Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie), Krebs (maligne Tumoren), Benigner Hirntumor (gutartiger Hirntumor) oder Nierenversagen (Niereninsuffizienz); bei SHR zusätzlich Bypass-OP der Koronararterien sowie Absicherung der drei Grundfähigkeiten Gehen, Hören, Sehen
Charakteristik: Leistung bei Eintritt versicherter schwerer Krankheiten in Folge einer Einmalzahlung zwischen 5.000 und 30.000 Euro (SH2008) bzw. 12 Monatsrenten (SHR-Rente)
Eintrittsalter: zwischen 14 und 55 Jahren
Endalter: zwischen 55 und 67 Jahren
Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: nein (während der Schnellhilfe Baustein erlischt, bleibt die BU als Trägersicherung unverändert erhalten)
Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr
Mindestbeitrag: 10 Euro monatlich (BU-Rentenhöhe mindestens 600 Euro monatlich)
Beitragsrückgewähr: nein (aber optionaler Fondsüberschuss möglich)
Wartezeit: nein
Karenzzeit: 30 Tage ab Diagnose (Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Hirntumor, Nierenversagen), 30 Tage ab erster Dialysebehandlung bzw. Nierentransplantation (Nierenversagen) bei SH-Kapital; abweichend bei SH-Rente: nein
Mitversicherung von Lebenspartnern: nein
Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein
Meldefrist des Leistungsfalls: unverzüglich, wenn eine Leistung beansprucht wird
Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein
Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: implizit, da die Höhe der Dread-Disease-Leistungen zumindest

bei der SHR-Rente in Abhängigkeit von der versicherten Berufsunfähigkeitsrente geleistet wird und für diese eine anlassabhängige Nachversicherungsgarantie bis zum vollendeten 46. Lebensjahr besteht

■ Skandia

Markteintritt in Deutschland: 1991 (bis 2003 unter dem Namen „Critical Illness Plan“, seit 2004 als „Dread Disease“)

Aktueller Bestand: ca. 12.700 Verträge (Stand: 31.12.2009)

Neugeschäft 2009: 1.300 Verträge

Tarif: „Skandia Dread Disease Versicherung“, Stand 04/2009 (DDB08 oder DDK08)

Versicherte Krankheiten: Bypass am Herzen, Herzinfarkt, HIV/AIDS – Bluttransfusion / Berufsausübung, Krebs, Multiple Sklerose, Nierenversagen, Schlaganfall; in der Komfortdeckung zusätzlich: Alzheimer Krankheit / Präsenile Demenz, Aorta-Transplantationschirurgie, Bakterielle Meningitis, Blindheit, Creutzfeld-Jacob-Krankheit, Enzephalitis, Fortgeschrittene Lungenerkrankung, Gehörlosigkeit, Herzklappenchirurgie, Hirntumor, Kardiomyopathie, Koma, Lähmung, Motoneuron-Erkrankungen, Organtransplantation, Parkinson-Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Progressive Supranukleäre Blickparese, Sprachverlust, Terminale Krankheit, Schwere Verbrennungen und Erfrierungen, Verlust von Gliedmaßen, Vollständige Erwerbsminderung, Versicherter schwerer Unfall

Charakteristik: Risikotarif als Zusatzversicherung zu einer Lebens- oder Rentenversicherung mit Höchstleistung von 4 Millionen Euro bei Eintritt einer versicherten schweren Erkrankung oder sonstigen versicherten Ereignissen. Optionale Verrentung in 5 Jahresraten (jährliche Mindestrate von 500 Euro). Eine mögliche Verrentung bezieht sich stets auf die Gesamtsumme.

Eintrittsalter: zwischen 15 und 60 Jahren

Endalter: zwischen 20 und 75 Jahren

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: ja

Mindestvertragslaufzeit: 5 Jahre

Mindestbeitrag: 30 Euro monatlich bzw. 360 Euro jährlich

Beitragsrückgewähr: nein (Auszahlung des Rückkaufswerts)

Wartezeit: 3 Monate (Bypassoperationen am Herzen und Krebs)

Karenzzeit: 14 Tage ab Diagnose, bei Bypassoperation am Herzen abweichend ab Durchführung einer Operation oder deren Notwendigkeit

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: 50 % der Versicherungssumme (max. 35.000 Euro)

Meldefrist des Leistungsfalls: nicht zutreffend

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: ja

■ Stuttgarter (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)

Markteintritt in Deutschland: Als Lebensversicherer ist die Stuttgarter bereits seit 1908 tätig, als Unfallversicherer erst seit 1977. Unfallprodukte mit Dread-Disease-Baustein werden

seit 2005 angeboten.

Aktueller Bestand: k.A.

Neugeschäft 2009: k.A.

Tarif: Unfallversicherung (AUB 2008, Stand 01.01.2008)

Versicherte Krankheiten (Zielgruppe Kinder): Krebserkrankungen

Versicherte Krankheiten (Zielgruppe Erwachsene): Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen, Erblindung

Charakteristik: erkrankt die versicherte Person nach Ablauf der Wartezeit an einer der versicherten Krankheiten und ist eine „Soforthilfe bei Krebserkrankung“ (Zielgruppe Kinder) bzw. „Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung“ (Zielgruppe Erwachsene) vereinbart, so wird die vereinbarte Versicherungssumme als Einmalzahlung in Höhe von 1.000 bis höchstens 20.000 Euro (Zielgruppe Kinder: 10.000 Euro) erbracht. Für versicherte schwere Krankheiten, die in den letzten 5 Jahren vor Vertragsbeginn in ärztlicher Behandlung waren, besteht kein Versicherungsschutz. Das gleiche gilt für Erkrankungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit diesen Krankheiten stehen. Bei Kindern (Krebserkrankungen) ist Voraussetzung, dass es sich um eine erstmalige Krebserkrankung handelt.

Eintrittsalter: zwischen 0 und 17 Jahren (Kinder) bzw. zwischen 18 und 53 Jahren (Erwachsene)

Endalter: der Dread Disease-Schutz endet spätestens zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Bei Erwachsenen endet der Dread-Disease-Schutz zum vollendeten 55. Lebensjahr der versicherten Person; die Unfallversicherung als Trägertarif bleibt erhalten

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: nein (die Unfallversicherung als Trägervertrag bleibt unverändert erhalten)

Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr

Mindestbeitrag: 2,50 Euro

Beitragsrückgewähr: nein

Wartezeit: 6 Monate außer bei Unfall

Karenzzeit: 30 Tage

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein

Meldefrist des Leistungsfalls: unverzüglich

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: nein

■ Swiss Life (Erwerbsminderungsversicherung mit Dread-Disease-Baustein als Ergänzung zu einer Lebens- oder Rentenversicherung)

Markteintritt in Deutschland: 1866, also neun Jahre nach Gründung des Unternehmens als Schweizerische Lebensversicherungs- und Rentenanstalt in der Schweiz am 28. September 1857 durch Conrad Widmer, bezog der Versicherer seine erste Niederlassung in Deutschland. Nach massiven Problemen Anfang des Jahrtausends vereinfachte das Unternehmen 2004 seine Markenstruktur und vereinheitlichte den Firmennamen europaweit in Swiss Life.

Aktueller Bestand: k.A.

Vieles spricht für den Abschluss einer Dread Disease

Eigentlich müsste man erwarten, dass Dread Disease bei Kunden auf ein deutlich größeres Interesse als Berufsunfähigkeitsschutz stoßen würde. Laut Auskunft von Canada Life (Online-Schulung vom 23.10.2009) seien schwere Krankheiten mit gut 90% eine der Hauptursachen für Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Zwei typische Fragen, die man Kunden stellen könnte, um Interesse zu erwecken, lauten: „Wie viele Personen kennen Sie, die an Krebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall erkrankt sind? Wie viele Personen sind Ihnen bekannt, die berufsunfähig geworden sind?“ In der Regel wird daraus der Schluss gezogen,

dass ein Leistungseintritt in der Dread Disease wahrscheinlicher als in der BU wäre. Und die Fakten hierzu sind beeindruckend: jährlich rund 425.000 neue Krebserkrankungen, 276.000 Herzinfarkte und 200.000 Schlaganfälle in Deutschland. Das bedeutet rund 2.479 Erkrankungen pro Tag und 103 Neuerkrankungen pro Stunde. Immer wieder sind auch junge Leute von den benannten schweren Krankheiten betroffen. Das Statistische Bundesamt (Destatis) nennt für 2008 eine Erkrankung des Herz- und Kreislaufsystems mit 43% als häufigste Todesursache. Der Tod durch Krebs steht hier immerhin auf Platz vier der Statistik.

Eine Dread Disease könnte auch helfen, Zugang zu innovativen Medikamenten und Behandlungsmethoden zu erhalten, die bisher noch nicht von den Kassen zugelassen wurden. Die Zahl der in Deutschland verkauften Verträge spricht jedoch eine deutlich andere Sprache.

Die Dominanz der Berufsunfähigkeitsversicherung auf dem deutschen Markt liegt laut Skandia daran, dass die Bedeutung einer Dread Disease im Vorsorgemix noch nicht erkannt wurde. Zudem hat die Berufsunfähigkeitsversicherung in Deutschland eine sehr starke Lobby. Nur wenige Anbieter für den Abschluss einer DD stehen bisher dagegen.

Neugeschäft 2009: k.A.

Tarif: Swiss Life EMI Plus, Stand: 09.2010 (AVB_EV_EMI_2010_09)

Versicherte Krankheiten: schwerer Herzinfarkt, schwerer Krebs, Schlaganfall

Charakteristik: Leistungsbaustein im Rahmen einer Erwerbsminderungszusatzversicherung. Geleistet wird eine monatliche Rente in Höhe der vereinbarten Erwerbsminderungsrente, solange bis die Leistungsvoraussetzungen (z.B. festgestellte höhere Pumpleistung des Herzens ab 40%) nicht mehr vorliegen, der Vertrag endet oder das vollendete 65. Lebensjahr erreicht ist

Eintrittsalter: zwischen 15 und 55 Jahren

Endalter: bis 65 Jahre

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: Die Rente wird gezahlt, solange Leistungspflicht besteht. Bei „zwei Leistungsfällen“ wird keine doppelte Rente gezahlt. Endet die Leistungspflicht, wird der Vertrag ohne Rentenzahlung fortgeführt. Tritt wieder ein Leistungsanspruch ein, wird die Rentenzahlung erneut aufgenommen. Die Hauptversicherung läuft während der Rentenzahlung im Leistungsfall weiter (Prämienbefreiung).

Mindestvertragslaufzeit: 2 Jahre bei Prämienbefreiung bzw. 5 Jahre bei Rente

Mindestbeitrag: in Abhängigkeit von der Hauptversicherung unterschiedlich

Beitragsrückgewähr: nein

Wartezeit: 3 Monate

Karenzzeit: 6 Monate (schwerer Herzinfarkt)

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: nein

Meldefrist des Leistungsfalls: keine tarifliche Regelung

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: im Rahmen der Erwerbsminderungsrente besteht ein Recht auf anlassabhängige Nachversicherung. Da die EM-Rente Grundlage auch für die Höhe der Dread-Disease-Leistungen ist gilt die Nachversicherungsgarantie implizit auch hierfür.

■ **Würzburger** (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)

Markteintritt in Deutschland: die Versicherung wurde 1989 als 100%ige Tochter der ERC Frankona Rückversicherungs-AG als Unfallversicherer gegründet Seit April 1999 gibt es den Tarif Ladylike mit speziellen Leistungen bei frauenspezifischen Krebserkrankungen.

Aktueller Bestand: k.A.

Neugeschäft 2009: k.A.

Tarif: Ladylike (AUB 2008, BB Basis 2008, BB Plus 2008, BB Exklusiv 2008, BB Soforthilfe Krebserkrankung 2008, BB Ladylike 2008), Stand 07.2009

Versicherte Krankheiten: krebsbedingter Verlust einer Brust, Totaloperation in Folge von bösartigem Tumor von Gebärmutter oder beiden Eierstöcken

Charakteristik: Ergänzungsbaustein zur Unfallversicherung mit Leistung in Höhe von 20% der Grundinvaliditätssumme, maximal 21.000 Euro. Die Versicherungsleistung wird als Einmalzahlung erbracht.

Eintrittsalter: zwischen 14 und 55 Jahren

Endalter: der Versicherungsschutz für Kinder endet mit dem vollendeten 16. Lebensjahr

Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles: ja

Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr

Mindestbeitrag: 50 Euro netto p.a.

Beitragsrückgewähr: nein

Wartezeit: nein (Erwachsene), abweichend jedoch 6 Monate für mitversicherte Kinder

Karenzzeit: nein

Mitversicherung von Lebenspartnern: nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern: ja (in der Vorsorgeversicherung sind neugeborene eigene Kinder (ab Vollendung der Geburt) und adoptierte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (ab dem Tag der Adoption) bis jeweils zur nächsten Jahreshauptfälligkeit mitversichert. Dies ist über den Baustein „Soforthilfe Krebserkrankung 2008“ geregelt)

Meldefrist des Leistungsfalls: unverzüglich

Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher: nein

Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen: nein

Finanzinformationen auf den Punkt gebracht.



Bleiben Sie anspruchsvoll.

www.performance-online.de

Versicherte Krankheiten und Ereignisse in der Dread Disease und DD-Zusatzversicherung (aktuell verkaufsoffene Tarife)

Krankheit	ACE	Canada Life	Chartis / degenia	Deutscher Ring	Dialog	Domcura	Fingro / Gothaer
Abhängigkeit von einer dritten Person (ab 18. bis 65. Geburtstag) / Pflegebedürftigkeit (vor dem 65. Lebensjahr)		x					optional
Pflegebedürftigkeit (teilweise erst ab einem bestimmten Alter, z.B. dem vollendeten 60. Lebensjahr)		optional					optional
Angioplastie am Herzen (perkutane transluminale Angioplastie)		x					
Aorta-Operation (Operation der Hauptschlagader, Aorta-Transplantationschirurgie, Aortenplastik)		x					x
Aplastische Anämie (Blutbildungsstörung)		x					
Bakterielle Meningitis (Bakterielle Hirnhautentzündung)		x					x
Berufsunfähigkeit *****					x		optional
Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes		optional					
Blindheit (Erblinden)		x					x
Brustkrebs	x	x	x	x	x	x	x
Bypass-Operation ((der Herzkranzgefäße) / Koronare Bypassoperation / Bypass am Herzen / Bypass-Operation der Koronararterien)		x			x		x
Creutzfeld-Jacob-Krankheit							x
Eierstockkrebs	x	x	x	x	x	x	x
Eileiterkrebs	x	x	x	x	x	x	x
Enzephalitis (Hirngewebeentzündung)		x					x
Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)		x					x
Erwerbsunfähigkeit (vollständige Erwerbsminderung) ***		optional			x		optional
Fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit vor dem 65. Lebensjahr / Alzheimer Krankheit (jd.h. auch nach dem 65. Lebensjahr) / Präsenile Demenz		x					x
Fortgeschrittene Lebererkrankung		x					
Fortgeschrittene Lungenerkrankung (inklusive schwerem Emphysem)		x					
Fortgeschrittene Parkinson'sche Krankheit / Morbus Parkinson / Parkinson-Krankheit		x					x
Gebärmutterhalskrebs	x	x	x		x	x	x
Gebärmutterkrebs	x	x	x	x	x	x	x
Gutartiger Gehirntumor (Benigner Gehirntumor, Gehirntumor, Gehirntumor mit nicht mehr behebbaren neurologischen Folgeerscheinungen)		x					x
Herzinfarkt (Myokardinfarkt, schwerer Herzinfarkt)	x	x			x	x	x
Herzklappenoperation (Herzklappenchirurgie, Herzklappenersatz)		x					x
bösartiger Hirntumor *		x			x		x
HIV-Infektion durch Bluttransfusion		x					x
HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten		x					x
Hodenkrebs	x	x		x	x	x	x
Koma		x					x

Haftpflicht- kasse Darmstadt	HDI-Gerling	maxPool (max2007)	Nürnberger	Skandia Basis	Skandia Komfort	Stuttgarter (Kinder)	Stuttgarter (Erwachsene)	Swiss Life	Würzburger
					x			x	
					x			x	
					x				
					x (sofern Folge einer Störung der Blutbildung im Knochen- mark über „Or- gantransplanta- tion“ versichert)				
					x				
			ja						
			optional						
			x		x		x	x	
x	x	x	x (bei SHR)	x	x	x		x	x
			x	x	x				
					x				
x	x	x	x	x	x	x		x	x
			x	x	x	x		x	
					x				
					x				
			x		x			x	
					x				
					x				
			x	x	x	x		x	
					x				
			x	x	x	x		x	
				x	x				
				x	x				
x	x		x	x	x	x		x	
					x				

Krankheit	ACE	Canada Life	Chartis / degenia	Deutscher Ring	Dialog	Domcura	Fingro / Gothaer
Krebs (maligne Tumoren, schwerer Krebs, fortgeschrittene Krebserkrankungen)	x	x		x	x	x	x
Krebs der äußeren Schamlippen	x	x	x	x	x	x	x
Lähmung (Lähmungen, Querschnittslähmung [= Paraplegie, spinales Querschnittssyndrom, Querschnittläsion, Transversalsyndrom])		x					x
Unfall mit Querschnittslähmung**		x					x
Kinderlähmung (Poliomyelitis)		x					x
Mastektomie (Entfernung der Brustdrüse, Brustamputation)****							
Motor-Neurone-Erkrankung / Schwere Motoneuronenerkrankung		x					x
Multiple Sklerose		x			x		x
Muskeldystrophie		x					
Nierenversagen (Niereninsuffizienz, chronisches Nierenversagen, Anurie)		x			x		x
Organtransplantation (Transplantation von Hauptorganen)		x					x
Progressive supranukleäre Blickparese							x
Prostatakrebs						x	
Scheidenkrebs	x	x	x	x	x	x	x
Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie, Apoplektischer Insult)	x	x			x	x	x
Schwere Behinderung aufgrund einer organischen Ursache mit resultierendem Angewiesensein auf die Nutzung eines Rollstuhls							
Schwere Kopfverletzung		x					x
Schwere Pankreatitis (Chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung, chronisch rezidivierende Bauchspeicheldrüsenentzündung)		x					
Schwere rheumatoide Arthritis (Primär chronische Polyarthrit)		x					
Schwere Verbrennungen (Verbrennungen dritten Grades)		x					x
Sprachverlust		x					x
Systemischer Lupus erythematodes (Lupus erythematodes mit Beteiligung des Gehirns)		x					x
Taubheit (Gehörlosigkeit)		x					x
Tödliche Krankheit (Terminal Illness, Terminale Krankheit)		optional					x
schwerer Unfall (Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma)							
Verlust von Gliedmaßen / Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen		x					x

Die abweichenden Bezeichnungen bei den tabellarisch benannten Krankheiten zeigen unter anderem, dass ähnliche oder gleiche Krankheitsbilder oft nicht nur verschieden benannt, sondern teilweise auch deutlich unterschiedlich definiert sind. Ein unmittelbarer Vergleich ist daher ohne genaue Lektüre der Bedingungen nicht möglich. So entspricht „Abhängigkeit von einer dritten Person“ der Definition von Pflegebedürftigkeit ohne als solche benannt zu werden. Alle Versicherer, die demnach Pflegebedürftigkeit für diese Altersgruppe einschließen, bieten daher implizit auch Schutz für diesen Fall (vielfach als „optional“ ausgewiesen). Einzig Canada Life bietet hier explizit Versicherungsschutz. Eine Angioplastie am Herzen ist weitestgehend mit dem Versicherungsschutz bei Bypass-Operationen gleichzusetzen, wird hier aber unterschieden, da die Canada Life beide Varianten verschieden definiert mitversichert hat. Ähnliches gilt für eine Mastektomie bei Quantum Leben, die unter anderem durch einen bösartigen Tumor (Krebs) entstehen könnte, bei gutartigen Tumoren oder in anderen Fällen aber sonst nicht versichert wäre. Koma, schwerer Unfall, schwere Kopfverletzung und Pflegebedürftigkeit können sich im Einzelfall ebenfalls überschneiden. Teilweise erfolgt die Leistung aus der im Tarif zwangsläufig mitversicherten Leistung bei Verlust von Grundfähigkeiten oder aus der Natur des Tarifs als Zusatz zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Schwer ist die Abgrenzung von rheumatoider Arthritis bei Canada Life und Pflegebedürftigkeit bei z.B. Skandia. Nach der Definition des versicherten Risikos sind beide Leistungsarten sehr ähnlich, auch wenn nicht in jedem Fall zwangsweise identisch. Folgt man alleine der Definition einer schweren rheumatoiden Arthritis, so deckt sich diese nicht zwangsweise mit Pflegebedürftigkeit, weshalb hier die Skandia nicht ausdrücklich aufgeführt wird. Gleiches gilt für „übrige Erkrankungen des zentralen Nervensystems“. Beim Wettbewerb seien nicht die aufgelisteten Krankheitsbilder ein Leistungsauslöser, sondern die Erfüllung der bedingungsgemäßen Voraussetzungen (schwere Beeinträchtigung der Mobilität, Ernährung, Kommunikationsfähigkeit, Funktion der Gliedmaßen). Laut Statement der Skandia seien die bei der Gothaer / Fingro einzeln benannten bzw. beispielhaft aufgeführten Krankheitsbilder aus diesem Grund bei der Skandia an anderer Stelle gedeckt. Da eine konkrete Nennung jedoch nicht aus den Bedingungen ableitbar war, wurde auch hier auf den Vermerk eines Einschlusses verzichtet. Sofern Alzheimer z.B. zu Berufsunfähigkeit führt, könnte hier bei jedem Tarif, der als Trägerversicherung eine Berufsunfähigkeitsversicherung voraussetzt oder ermöglicht ein x oder „optional“ eingesetzt werden. Gleiches gilt auch für zahlreiche andere Krankheitsbilder. Auch ein „schwerer Unfall“ weist teilweise Überschneidungen mit Koma oder Gehirnblutung auf und könnte z.Zt. sogar durch eine Pflegedefinition versichert sein. Eine abschließende Auflistung aller Eventualitäten ist hier daher nicht möglich. Zu beachten ist, dass bei vielen Versicherer die Frühformen verschiedener Krebsarten (z.B. Prostata- oder Schilddrüsenkrebs) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, so dass die alleinige Benennung einer Mitversicherung in dieser Tabelle nichts über den genauen Leistungsumfang aussagt. Beispielhaft ist bei der Domcura zwar Prostatakrebs mitversichert, nicht jedoch früher Prostatakrebs nach der TNM-Klassifikation T1a N0 M0 und T1b N0 M0.

Haftpflicht-kasse Darmstadt	HDI-Gerling	maxPool (max2007)	Nürnberger	Skandia Basis	Skandia Komfort	Stuttgarter (Kinder)	Stuttgarter (Erwachsene)	Swiss Life	Würzburger
			X	X	X	X		X	
			X	X	X	X		X	
					X			X	
					X			X	
					X				
					X				
				X	X				
					X				
			X	X	X		X		
					X				
					X				
X			X	X	X	X		X	
			X	X	X	X		X	
			X	X	X		X	X	
			X						
			X		X			X	
					X				
					X				
					X				
					X				
					X				
					X			X	

Optionale Einschüsse sind teilweise nur als Paket abschließbar, also nicht in jedem Fall als einzelner Leistungsbaustein. Sie sind vor allem dann anzutreffen, wenn die Dread Disease als Zusatz zu einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung angeboten wird.

* bei Skandia und Quantum Leben ausdrücklich benannt, bei allen anderen Versicherern im Rahmen des Versicherungsschutzes bei Krebs (maligne Tumoren) implizit mitversichert. Bei der Skandia bewirkt der explizite Einschluss in der Komfortdeckung lediglich den Verzicht auf die sonst bei Krebs übliche Wartezeit.

** Jeder Versicherer, der „Lähmung“ oder „Querschnittslähmung“ versichert, versichert zwangsweise auch eine „Querschnittslähmung durch Unfall“. Dabei stellen jedoch alle Anbieter darauf ab, dass die Lähmung dauerhaft sein muss (wenn nicht von „voraussichtlich dauerhaft“ gesprochen wird, bedeutet dies nach ständiger Rechtsprechung mindestens 3 Jahre) und mindestens zwei Gliedmaßen betreffen muss. In seltenen Fällen (Querschnittslähmung Grad E) kann jedoch eine Querschnittslähmung durchaus wieder geheilt werden oder zu einer „nur“ spastischen Lähmung werden, die mitunter auch nur eine einzelne Extremität betrifft. Damit wäre die pauschale Aussage, dass bei Querschnittslähmung ausnahmslos eine Leistung erfolgen würde, falsch. Teilweise erfolgt der Leistung bei Querschnittslähmung durch Unfall auch nur dann, wenn eine vollständige Lähmung vorliegt, so dass auch hier die Leistungsbeschreibung im Einzelfall maßgeblich ist.

*** Wer eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen hat, ist im Falle eines Leistungsfall es auch ohne ausdrückliche Benennung gleichzeitig berufsunfähig. Im Rahmen jeder Berufsunfähigkeitsversicherung besteht auch Versicherungsschutz, wenn neben einer BU gleichzeitig EU vorliegt.

**** Kann unter Umständen implizit im Rahmen des Krebsrisikos versichert sein, sofern die Mastektomie durch ein Mammakarzinom (= Brustkrebs) veranlasst worden ist, so z.B. bei Canada Life, Gothaer / Fingro, Nürnberger oder Skandia. ACE hält eine Nennung hier für irreführend.

***** Bitte beachten: die Leistung erfolgt bei versicherter Berufsunfähigkeit in Höhe der versicherten BU-Rente, nicht in Höhe der versicherten Leistung wegen schwerer Krankheit

Bitte beachten Sie: alle Tarife, bei denen schwere Krankheiten nur als Ergänzung zu einer Unfallversicherung abgeschlossen werden können, sehen selbstverständlich auch bei schweren Unfällen oder unfallbedingter Querschnittslähmung Versicherungsschutz vor, ohne dass dies in dieser Übersicht aufgeführt wurde.

„Größtmöglicher Handlungsspielraum für den Kunden in Kombination mit Sicherheit.“



Das neue Vertriebskonzept von Friends Provident. Klaus Barde im Gespräch mit Silvia Götzen, Head of Marketing, fpb AG.

Ihr Haus ist mit einem neuen Vertriebskonzept in den Markt gegangen. Der „Systemcheck Vorsorge“ soll den Vertriebspartnern in der Akquisition wie auch in der konkreten Beratung helfen. Wie kann man sich diesen Systemcheck praktisch vorstellen?

Mit dem Systemcheck reagieren wir auf die aktuelle Diskussion in Deutschland, die unter anderem von namhaften Versicherungsmanagern und -gesellschaften sowie den Medien um die Zukunftsfähigkeit des Systems konventioneller Lebensversicherungen geführt wird. Der Systemcheck beinhaltet sechs Fragen, die in der Kundenberatung eine Rolle spielen. Hierbei geht es um die Themen Sicherheit, Transparenz und Flexibilität von Altersvorsorgelösungen. So wird zum Beispiel gefragt, ob die angebotene Vorsorgelösung in der Lage ist, die Beiträge zu garantieren und gleichzeitig Renditechancen zu ermöglichen. Weitere Fragen sind: Kann der Kunde Einfluss auf das angelegte Kapital nehmen und kann er jederzeit ent-

scheiden, wann und wie die Rente gezahlt werden soll? Die sechs Fragen sind mit Ja oder Nein zu beantworten. Die Ergebnisse geben dem Berater einen Hinweis, wie die jeweilige Altersvorsorgelösung in Bezug auf die genannten Themen ausgestattet ist.

Ziel ist es, herauszufinden, welchen Handlungsspielraum der Kunde während der Laufzeit und in der Rentenphase mit der empfohlenen Altersvorsorgelösung hat.

Ganz nüchtern betrachtet kann dieser Systemcheck ja durchaus auch als direkter Angriff auf die konventionelle Lebensversicherung verstanden werden. Ein Produkt, das Ihr Haus nicht im Angebot hat. Sie setzen vielmehr allein auf die Renditechancen der fondsgebundenen Rentenversicherung.

Die Renditechancen, die kapitalmarktorientierte Altersvorsorgelösungen bieten, sind nur ein Aspekt von vielen. Nehmen wir das Thema Flexibilität. Warum sollte ein Kunde in 30 Jahren Nachteile dafür

hinnehmen, dass er drei Jahre vorher in Rente geht, als Jahrzehnte zuvor vertraglich vereinbart. Starre Produktlösungen sehen einen solchen Fall nicht ohne Einbußen für den Kunden vor. Dieser würde unter Umständen Stornoabschlüsse in Kauf nehmen müssen und seine Schlussüberschussanteile riskieren. Denn von Jahr zu Jahr verschiebt sich die Zusammensetzung der Gesamtverzinsung in Richtung Schlussüberschüsse. In der Assekurata Marktstudie 2010 heißt es, dass rund 13 Prozent der Überschüsse im Durchschnitt über die deklarierten Schlussüberschüsse erbracht werden. In der Spitze sollen bei einzelnen Anbietern immerhin bis zu 30 Prozent der Ablaufleistungen aus Schlusszahlungen kommen. Das sind spürbare Einbußen. Ein anderes Beispiel: Warum soll ein Kunde, der es wünscht, nicht individuell entscheiden können, in welchen Anlageformen seine Beiträge angelegt sind und informiert sein, wie sich diese Anlagen entwickeln und jederzeit Änderungen vornehmen können?

In anderen Märkten konnten wir beobachten, welchem Wandel konventionelle Produkte unterzogen waren. Wie so etwas aussehen könnte, zeigt der Absatz von With-Profit-Produkten in Großbritannien in den vergangenen Jahren. Im Jahr 1985 hatten diese noch einen Anteil von über 42 Prozent am Neugeschäft nach APE, in 2007 waren es lediglich noch 3,7 Prozent. Die britischen Kunden waren unter anderem mit dem Smoothing-Verfahren und Marktwertanpassungen unzufrieden. Auch dass sie keine Möglichkeit hatten, die Kapitalanlagen zu wechseln, hat ihnen nicht gefallen.

Wir wollen Berater motivieren, sich kritischer mit ihren Produktempfehlungen auseinanderzusetzen und sich mit den sechs Kernthemen unseres Systemchecks zu beschäftigen.

Unter moderner Vorsorge verstehen Sie unter anderem die Ausgestaltung Ihres Friends Planclassic. Warum?

Weil der Friends Planclassic eine Altersvorsorgelösung ist, die dem Kunden in der Anspar- und in der Rentenphase größtmöglichen Handlungsspielraum in Kombination mit Sicherheit und Renditechancen lässt. Unsere Kunden können jederzeit über ihre Anlage verfügen, indem sie entscheiden, wo und wie das Geld angelegt ist.

Zu einer modernen Vorsorge gehört weiterhin, dass Garantie und Kapitalanlage des Kunden klar voneinander getrennt sind.

Darüber hinaus kann der Kunde ohne Abzüge über sein Kapital verfügen. Abgesehen von verschiedenen Entnahmemöglichkeiten, wie Kapitalwahl und Verrentung, und Beitragspausen bieten moderne Vorsorgelösungen verschiedene Rentenoptionen, für die sich der Kunde erst zu Rentenbeginn entscheiden muss, wenn die dann aktuellen Lebensumstände klar sind. All diese Themen sind im Friends Planclassic gelöst.

Ihr Argumentationsfeld beinhaltet auch das Thema Garantie. Sie fordern in diesem Zusammenhang Ihre Vertriebspartner zur Analyse der Garantiemodelle des Wettbewerbs auf. Was kann Ihr Garantiemodell, was andere nicht können?

Der entscheidende Punkt ist, dass unser Garantiemodell von der Kapitalanlageentscheidung des Kunden völlig getrennt

ist. Er kann aus dem Angebot der Investmentanlagen frei wählen und entscheiden, wie er investiert sein möchte. Unabhängig davon stellen wir zum Vertragsende die Beitragsgarantie sicher. Sicherheit und Renditechancen sind ohne Einschränkungen möglich. Zudem sind die Kosten der Garantie transparent ausgewiesen und jederzeit einfach nachzurechnen. Sie betragen fünf Prozent der eingezahlten Beiträge.

Der Friends Plan bietet Zugang zu drei wählbaren Anlagestrategien: Top of Friends, Managed by Friends, Selection of Friends. Wo finden Vertrieb und Kunde nachvollziehbare Vergangenheitsergebnisse dieser Strategien?

Fondspreise, grafische Darstellungen und die bekannten Factsheets finden Berater und Kunden auf den Internetseiten von Friends Provident International. Dort informieren wir je nach Anlagestrategie täglich, monatlich oder quartalsweise über die Wertentwicklung.

Sicherheit ist für deutsche Kunden das Thema Nr.1. Friends Provident unterliegt der britischen Financial Services Authority (FSA). Was unterscheidet diese von der deutschen BaFin? Welche Sicherheiten können Ihre deutschen Kunden zudem vom englischen Financial Services Compensation Scheme erwarten und vielleicht auch einfordern?

Das FSCS ist eine unabhängige Einrichtung zur Sicherung der Kundenansprüche gegenüber Finanzdienstleistern. Das FSCS gilt für Unternehmen, die von der britischen Financial Services Authority (FSA) zugelassen sind, eine Institution vergleichbar der deutschen BaFin. Das FSCS kann eine Entschädigung leisten, wenn ein Unternehmen nicht oder wahrscheinlich nicht in der Lage ist, die gegen das Unternehmen gerichteten Ansprüche zu bedienen. Normalerweise ist das der Fall, wenn es nicht mehr geschäftlich tätig ist oder für zahlungsunfähig erklärt wurde.

Die Entschädigung bei Versicherungsverträgen beläuft sich auf 90 Prozent der Ansprüche ohne Beschränkung nach oben. Der FSCS-Schutz gilt in Deutschland für alle Friends-Provident-Verträge ohne Einschränkung.

Im Übrigen gilt für diese deutsches Vertragsrecht.

DIE OPTIMALE ANLAGESTRATEGIE

Nahezu täglich werden wir dazu aufgefordert, stärker Privatvermögen zu bilden – von Politikern, den Medien oder unserem Finanzberater. Aber wie funktionieren die Finanzmärkte eigentlich? Wissen wir, was wir tun, wenn wir eine Aktie kaufen oder eine Versicherung abschließen? Und: Tun wir das Richtige?



2007 · 228 Seiten · Gebunden
 €[D] 24,90/€[A] 25,60/SFr 44,00 (UVP)
 ISBN 978-3-593-38247-0

Neue Serie

Pflegeversicherungen / Teil 2

Die Berufsunfähigkeit fürs Alter

Obwohl gut 4,40% aller Personen unter 20 Jahren und 4,44% aller Personen zwischen 20 und 40 Jahren¹ zum Pflegefall werden, können sich viele Menschen nur schwer vorstellen, selbst pflegebedürftig zu werden. Schon die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit ist ein harter Kampf gegen den inneren Schweinehund. Aktuelle Produktentwicklungen tragen dieser Absicherungsresistenz Rechnung.



Inhalt Teil 2

Aktuelle Pfelegetarife in der Übersicht	
Generali Lebensversicherung AG	57
Ideal Lebensversicherung a.G.	60
Iduna Vereinigte Lebensversicherung a.G. für Handwerk, Handel und Gewerbe	62
Volkswohl Bund Lebensversicherung a.G.	64
Anbieterwechsel.....	66

Inhalt Teil 1, Risiko & Vorsorge 4-2010 (Bestellungen: info@bhm-marketing.de, 4,90 Euro zzgl. Versand)

- Aktuelle Trends
- Die Ermittlung der Pflegelücke
- Die Absicherungsvarianten und ihre Entwicklung
- Charakteristika, Vor- und Nachteile verschiedener Produkttypen
- Worauf zu achten ist: eine Auswahl von Tarifmerkmalen
- Aktuelle Pfelegetarife in der Übersicht: Teil 1 – Pfelegetagegeldversicherungen
- Ausgewählte leistungsstarke Pfelegetagegelder im Leistungsvergleich

¹ Daten: soziale Pflegeversicherung ohne private Pflegepflichtversicherung bis 31.12.2008 Quelle: www.bmg.de

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:

Alte Oldenburger – Arag – Axa – Continentale – Debeka – DEVK – Deutscher Ring –
 Düsseldorf – Generali – Ideal – Iduna – Janitos – LV 1871 – Mannheimer – Münchener Verein –
 Neue Leben – Nürnberger – Provinzial – R+V – SIGNAL IDUNA – Volkswohl Bund

Autor: Stephan Witte

Aktuelle Pflege tarife in der Übersicht Teil 2 – Ausgewählte leistungsstarke Pflege rentenversicherungen

■ Generali Lebensversicherung AG

Die Generali Deutschland Holding AG ist die Management-Holding der zweitgrößten Erstversicherungsgruppe in Deutschland und Mutterunternehmen der Generali Versicherungen. 2009 zählten die Generali Versicherungen laut Geschäftsbereich mehr als 6 Millionen Kunden und ein Prämienaufkommen von über 5 Mrd. Euro.

Die heutige Generali Lebensversicherung AG geht auf das Jahr 1831 zurück. Damals wurde in Triest die Assicurazioni Generali gegründet, in Deutschland ging das Unternehmen 1845 in Hamburg an den Start. Die heutige Generali Lebensversicherung AG wurde 2004 durch Umfirmierung der Thuringia Generali Versicherungs AG ins Leben gerufen und zum 01.01.2008 mit der Volksfürsorge Deutsche Lebensversicherung AG verschmolzen.

Anzahl der Lebensversicherungsverträge per 31.12.2009	5.142.584
Anzahl der Lebensversicherungsverträge per 31.12.2008	5.312.596
Anzahl der Lebensversicherungsverträge per 31.12.2007	4.093.421
Beschwerden 2008 laut Bafin-Beschwerdestatistik	216 (= 0,0041%)
Beschwerden 2007 laut Bafin-Beschwerdestatistik:	72 (= 0,0054%)

Nettoverzinsung 2009:	3,1%
Nettoverzinsung 2008:	3,0%
Nettoverzinsung 2007:	4,6%*
Eigenkapital 2009:	426 Mio. Euro
Eigenkapital 2008:	426 Mio. Euro
Eigenkapital 2007:	426 Mio. Euro

Das Neugeschäftsvolumen für Pflegeoptionstarife liegt bei jährlich etwa 20.000 Stück mit einer Beitragssumme von 40 Mio. Euro. Angaben zum Gesamtbestand konnten nicht gegeben werden. Die Gesamtzahl der Versicherten in der Lebensversicherung betrug per 31.12.2008 insgesamt 5.142.584 Personen.

*Volksfürsorge Deutsche Lebensversicherung und Generali Lebensversicherung (kumulierte Zahlen beider Unternehmen)

Tarif:	3-D Pflegevorsorge
Tarifart:	aufgeschobene Rentenversicherung mit Pflege rentenoption
Tarifunterlagen:	Rentenversicherung nach Tarifgruppe RE 09 (AVB RE 09), Pflege rentenoption nach Tarifgruppe PFO 09, Stand 07.2010
Kurzbeschreibung:	<p>im Kern handelt es sich um eine konventionelle Rentenversicherung mit einer ergänzenden Pflege rentenoption gegen Einmalbeitrag. Wird diese beansprucht, so wird das bis dahin angesparte Kapital zuzüglich Schlussüberschuss zur möglichen Ausfinanzierung der Option genutzt. Reicht das Kapital zum Optionszeitpunkt nicht aus, so kann die versicherte Person sich entscheiden, ob sie lieber eine geringere Pflege rentenoption beanspruchen oder alternativ die Differenz zur Ausfinanzierung privat nachzahlen möchte. Eine vollständige Beitragsfreistellung der Pflege rentenoption ist nicht möglich, ohne dass diese erlischt; eine teilweise Beitragsfreistellung der Hauptversicherung führt zu einer anteiligen Kürzung der versicherten Pflege rentenoption. Die Option ist nicht überschussberechtigt, die spätere Pflege rente schon.</p> <p>Die Beanspruchung der Option kann frühestens 6 Monate vor dem Ende der Hauptversicherung erfolgen. Die Leistung beträgt in der Pflege stufe I 50% der versicherten Pflege rente, in Pflege stufe II 75% und 100% in der Pflege stufe III. Die Pflege einstufung erfolgt nach ADL: mindestens 3 von 6 für Pflege stufe I, mindestens 4 oder 5 für Pflege stufe II und 6 von 6 für Pflege stufe III.</p> <p>Wird die Pflege rentenoption nicht in Anspruch genommen, so besteht alternativ Anspruch auf eine lebenslange Altersrente bzw. eine einmalige Kapitalauszahlung. Zu beachten ist, dass sowohl eine Kapitalauszahlung wie auch ein Einsatz des Einmalbeitrages zur Ausfinanzierung der Pflege rentenoption der mit 100% (vor Vollendung des 60. Lebensjahres) bzw. mit 50% (Auszahlung ab Vollendung des 60. Lebensjahres) der Einkommenssteuerpflicht unterliegen. Die Höhe des möglichen Steuerabzugs ist in den Musterrechnungen der Generali nicht ausgewiesen.</p> <p>Die Pflege option wird zu den zum Zeitpunkt der Optionsausübung gültigen Tarifen geschlossen.</p>
Wartezeit:	bis zur möglichen Inanspruchnahme der Pflege rentenoption (mindestens 12 Jahre), danach besteht der Versicherungsschutz ohne eine weitere Wartezeit

Treuhänderklausel:	gesetzliche Bruttoanpassungsklausel gemäß § 163 und 164 VVG
Leistung in Abhängigkeit von der gesetzlichen Pflegeeinstufung:	nein (eigenes ADL-System, welches nicht mit der Pflegedefinition im Sinne von §14 Abs. 2 SGB XI übereinstimmt)
Weltgeltung:	implizit ohne örtliche Einschränkungen
Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung:	eine Erhöhung findet nur im Rahmen der Dynamik, längstens bis 12 Jahre vor dem Optionstermin und bis höchstens 2.000 Euro monatlicher Pflegerentenoption statt (§ 7 Nr. 2)
Dynamisierung der Leistung vor und nach Eintritt des Leistungsfalls:	eine Dynamisierung der Hauptversicherung führt in keinem Fall zu einer Erhöhung der Pflegerentenoption auf über 2.000 Euro monatliche Pflegerente. In den letzten 12 Jahren vor dem Optionstermin ist eine Dynamisierung der Option ausgeschlossen.
Versicherungsschutz auch bei Pflegebedürftigkeit durch Sucht:	ja
Versicherungsschutz auch während einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung:	ja
Besteht Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit als Folge nicht vorhersehbarer Kriegsereignisse:	Versicherungsschutz besteht auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen stirbt. Bei Tod der versicherten Person vor Rentenbeginn in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder dem vorsätzlichen Frei- oder Einsetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen oder den entsprechenden Waffen, sofern diese Tat darauf gerichtet ist, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden, beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf den für den Todestag nach § 10 Abs. 3 berechneten Rückkaufswert Ihrer Versicherung einschließlich der vorhandenen Überschussbeteiligung, soweit dieser Betrag nicht höher ist als die Todesfall-Leistung. Auf den in § 10 Abs. 3 vorgesehenen Abzug verzichten wir in diesen Fällen. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person in Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit:	nicht zutreffend, da keine Beitragszahlung mehr ab Ausübung der Option
Beitragsbefreiung im Pflegefall:	nicht zutreffend, da keine Beitragszahlung mehr ab Ausübung der Option
Innovationsklausel:	nein (§ 4 Nr. 1: "Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen, beispielsweise durch ein Pflegegutachten der gesetzlichen Pflegeversicherung. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist jedoch eigenständig und stimmt nicht mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts (z. B. § 14 Abs. 2 SGB XI) überein.")
Rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung:	keine Fristsetzung aus § 4 Nr. 1 erkennbar
Pflegeplatzgarantie:	nein
Sonstige Assistenzleistungen:	nein
Leistung bei Tod:	Beitragsrückgewähr zzgl. ggf. vorhandener Überschussbeteiligung. Zum Rentenbeginn kann eine Todesfallleistung für die Zeit nach dem Rentenbeginn eingeschlossen werden oder nachträglich verändert werden. Zur Verfügung stehen eine Rentengarantiezeit, eine Restguthabenrückgewähr oder eine Hinterbliebenenzusatzversicherung. § 8 Nr. 2: „Sie können diese Option jederzeit unabhängig von der Hauptversicherung vollständig kündigen. Dann zahlen wir Ihnen den gemäß § 169 VVG berechneten Rückkaufswert dieser Option aus. Haben Sie neben dieser Option auch eine Pflegerenten-Zusatzversicherung eingeschlossen, so können Sie die Option nur zusammen mit der Pflegerenten-Zusatzversicherung kündigen.“
Leistung bei Rückkauf:	Hauptvertrag und Pflegerentenoption bilden jeweils einen eigenen Rückkaufswert. Eine Kündigung unter Auszahlung der noch nicht ausgezahlten Renten ist auch im Rahmen der Rentengarantiezeit möglich. Bei vollständiger Kündigung in einer Rentengarantiezeit zahlen wir Ihnen den Barwert der für die restliche Rentengarantiezeit noch ausstehenden garantierten Rente als Einmalbetrag aus.
Leistung bei Selbstmord:	kein Ausschluss aus den Bedingungen ersichtlich.
Sonstige Besonderheiten:	optional kann der Vertrag um eine Pflegerentenzusatzversicherung bis zum Optionstarif ergänzt werden. Im Rentenbezug besteht die Möglichkeit alternativ eine voll- oder eine teildynamische Verrrentung („Gesamtrente“ oder „dynamische Bonusrente“) zu wählen. § 8 Nr. 3 der Optionsbedingungen: „Bei einem Teilrückkauf oder teilweiser Beitragsfreistellung der Hauptversicherung vermindert sich die Höhe dieser Option im gleichen Verhältnis wie die Leistungen aus der Hauptversicherung. Bei vollständiger Beitragsfreistellung erlischt diese Option jedoch vollständig. Der Rückkaufswert der Option wird dann in der Hauptversicherung und den verbleibenden Zusatzversicherungen angelegt.“ In der Tarifsoftware und im Angebotsdruck sind nur unvollständige Verbraucherinformationen hinterlegt. Diese müssen wahlweise in Papierform oder als pdf vom Versicherer angefordert werden.
Volle Leistung bei ambulanter Pflege:	ja
Volle Leistung bei teilstationärer Pflege:	ja
Volle Leistung bei vollstationärer Pflege:	ja
Leistungen bei Demenz unabhängig von der Pflegestufe:	Demenz ist mitversichert, sofern ein Schweregrad von mindestens 5 auf der Global Deterioration Scale (GDS) oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegt. Die Leistung erfolgt gemäß einer Einstufung in die Pflegestufe II.
Mehrleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit:	nein
Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Leistungsfall:	Erhebliche Änderungen des Gesundheitszustandes sind dem Versicherer zu melden. Nicht erheblich sind Änderungen, die weniger als 3 Monate andauern.
Mindesteintrittsalter:	20 Jahre
Höchstes Eintrittsalter:	70 Jahre
Alter bei Optionsausübung: mindestens	31 Jahre
Rentengarantiezeit:	maximal 25 Jahre
Überschussystem:	verzinsliche Ansammlung

Intelligent Investieren

Ratenzuschlag bei unterjähriger Zahlweise:	ja (bei monatlicher Zahlung wird vorbildlich der effektive Jahreszins von 9,39% angegeben. Dies entspricht einem Ratenzuschlag von 4%. Bei vierteljährlicher Zahlweise wird ein effektiver Zuschlag von 8,63% angegeben. Dies entspricht einem Ratenzuschlag von 3%. Halbjährlich gilt ein Effektivzins von 8,69%, was einem Ratenzahlungszuschlag von 2% entspricht)
Vertrag durch Einmalbeitrag:	optional möglich
Mindestvertragslaufzeit:	Aufschubzeit von mindestens 12 Jahren (in der Software wird versehentlich und fehlerhaft eine Aufschubzeit von mindestens einem Jahr dargestellt)
Hauptfälligkeit:	Monat des Vertragsabschlusses
Maximal versicherbare Pflegerentenoption:	2.000 Euro
Vereinfachte Gesundheitsprüfung:	bei einer Wartezeit von mindestens 12 Jahren bis zur Optionsausübung, entfällt die Gesundheitsprüfung

Beispielhafte Monatsprämien für eine Pflegerente von 1.500 Euro, einer Aufschubzeit und Beitragszahlungsdauer von jeweils 12 Jahren und einer Rentengarantiezeit von 5 Jahren

Alter	Frau	Mann
	3-D Pflegevorsorge	3-D Pflegevorsorge
20 Jahre	134,71 Euro	94,62 Euro
25 Jahre	145,45 Euro	100,55 Euro
30 Jahre	157,00 Euro	107,03 Euro
35 Jahre	170,21 Euro	114,29 Euro
40 Jahre	185,03 Euro	122,29 Euro
45 Jahre	201,21 Euro	131,24 Euro
50 Jahre	219,22 Euro	141,62 Euro
55 Jahre	240,41 Euro	154,83 Euro
60 Jahre	267,94 Euro	171,20 Euro
65 Jahre	308,51 Euro	191,84 Euro
70 Jahre	365,47 Euro	220,01 Euro

Für die Angebote wurde ein Beginn zu 09.2010 angenommen. Der Beitragsanteil für die eigentliche Pflegeoption beträgt für eine 25-jährige Person beispielhaft 0,90 Euro im Monat, für eine 55-jährige Person abweichend 15,60 Euro (Frauen) bzw. 13,65 Euro (Männer). Laut Generali werde für junge Kunden generell der Einschluss der Pflegerentenzusatzversicherung als preisgünstiger Sofort-Schutz (z.B. bis Endalter 65) empfohlen. Dies führe zu erheblich reduzierten Beiträgen.



Das Magazin für ETF Know-how

Vierteljährlich im Abonnement oder im Zeitschriftenhandel

Bestellen:
www.promakler.de

■ Ideal Lebensversicherung a.G.

Das 1913 gegründete Unternehmen hat sich im Jahre 2002 strategisch neu ausgerichtet und versichert seitdem ausschließlich Personen ab 40 Jahren, weshalb der Versicherer auch als „Senioren spezialist“ bekannt ist. Zum Produktportfeuille gehören neben Rechtsschutz-, Hausrat-, Privat- und Tierhalterhaftpflichtversicherungen insbesondere auch Pflegerenten-, Sterbegeld- und Beattungsversicherungen.

Die Ideal zählt zu den Pionieren von Pflegerentenversicherungen neuer Prägung in Deutschland und betreibt in ihren Schulungen erhebliche Aufklärungsarbeit. Neu bei der Ideal ist seit Anfang 2010 auch eine Pflegezusatzversicherung als Ergänzung zur Sterbegeldversicherung.

Eine Besonderheit der Ideal ist es, dass Pflegerentenversicherungen grundsätzlich entweder zum Tarifbeitrag und ohne Ausschlüsse angenommen werden, jedoch niemals mit Risikozuschlag. Inwiefern eine Annahme möglich ist, kann vorab über eine spezielle Risikohotline erfragt werden, die von medizinisch geschultem Fachpersonal besetzt ist.

Anzahl der Lebensversicherungsverträge per 31.12.2008	527.331
Anzahl der Lebensversicherungsverträge per 31.12.2007	543.364
Beschwerden 2008 laut Bafin-Beschwerdestatistik	112 (= 0,0052%)
Beschwerden 2007 laut Bafin-Beschwerdestatistik:	14 (= 0,0026%)

Nettoverzinsung 2009:	4,8%
Nettoverzinsung 2008:	3,0%
Nettoverzinsung 2007:	4,0%
Eigenkapital 2009:	15,89 Mio. Euro
Eigenkapital 2008:	14,59 Mio. Euro
Eigenkapital 2007:	14,47 Mio. Euro

Am 31.12.2008 betrug die Zahl der Rentenversicherungen einschließlich Pflegerentenversicherungen und ohne sonstige Lebensversicherungen insgesamt 23.108 Stück bei einem Prämienaufkommen von 14,81 Mio. Euro. Zum 31.12.2009 erhöhte sich der Bestand auf 26.675 Stück mit einem Prämienaufkommen von 17,40 Mio. Euro.

Tarif:	IDEAL PflegeRente Exklusiv
Tarifart:	sofort beginnende Pflegerentenversicherung
Tarifunterlagen:	AB-IPR-2008C, EB-IPR-Exklusiv-2008C (ein Tarifstand wird in den Bedingungen nicht angegeben)
Kurzbeschreibung:	Der Versicherer zahlt ab Eintritt einer versicherten Pflegestufe die vereinbarte monatliche Pflegerente, die sich ggf. durch nicht garantierte Überschüsse erhöht. Die Leistung beträgt in der Pflegestufe I oder bei 3 von 6 ADL 25% der versicherten Pflegerente, in Pflegestufe II oder bei 4 oder 5 von 6 ADL 50% und 100% in der Pflegestufe III oder bei 6 von 6 ADL. In gleicher Höhe werden auch die Überschüsse in Form von Plus-Renten dem Kunden zugeordnet.
Wartezeit:	nein
Treuhänderklausel:	gesetzliche Bruttoanpassungsklausel gemäß § 163 VVG
Leistung in Abhängigkeit von der gesetzlichen Pflegeeinstufung:	Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XII und alternativ nach ADL. Es gilt die für den Kunden vorteilhaftere Einstufung
Weltgeltung:	nein (der Versicherungsschutz besteht uneingeschränkt nur innerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens. Außerhalb dieses Geltungsbereiches gilt weltweiter Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung nur für einen Zeitraum bis höchstens 6 Monaten. Der Versicherungsschutz bei Tod außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entfällt auch, wenn die versicherte Person Streitkräften angehörte' oder aktiv an kriegerischen Handlungen beteiligt war. In diesen Fällen endet der Vertrag mit Auszahlung des Rückkaufwertes. Nach dem Wortlaut der Bedingungen bedeutet dies demnach eine Kündigung auch dann, wenn der Kunde vor Vertragsabschluss irgendwann einmal Streitkräften angehörte. Hier ist eine Präzisierung der Bedingungen dringend angeraten. Nach Auskunft des Versicherers sei nur ein Ausschluss gemeint für den Fall, dass der Versicherte zum Todeszeitpunkt den Streitkräften angehörte)
Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung:	ja (unter bestimmten Umständen, z.B. bei Tod oder Pflegebedürftigkeit des Partners, kann einmalig eine weitere Pflegerente der gleichen Produktlinie ohne erneute Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden (§ 1 Nr. 5b). Dabei darf die versicherte Person aber u.a. noch nicht selbst pflegebedürftig sein und die Gesamthöhe aller bei der Ideal versicherten Pflegerenten 3.000 Euro monatlich nicht übersteigen)
Dynamisierung der Leistung vor und nach Eintritt des Leistungsfalls:	vor Eintritt des Leistungsfall sind verschiedene Dynamikvarianten möglich (1-5 % jährlich oder 10% alle 3 Jahre). Auf Wunsch kann das Dynamikmodell während der Vertragslaufzeit mit Zustimmung des Versicherers geändert werden. Durch die Dynamik steigen Beitrag und versicherte Pflegerente nicht in gleichem Umfang. Die Dynamik endet spätestens mit dem vollendeten 80. Lebensjahr oder bei erstmaliger Feststellung des Eintritts einer bedingungsgemäßen Pflegestufe.
Versicherungsschutz auch bei Pflegebedürftigkeit durch Sucht:	ja
Versicherungsschutz auch während einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung:	ja
Besteht Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit als Folge nicht vorhersehbarer Kriegereignisse:	Ausgeschlossen ist Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit oder Tod als Folge von Krieg, Bürgerkrieg oder inneren Unruhen, durch Kernenergie, atomare oder biologische bzw. chemische Waffen (ABC-Waffen).
Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit:	nein
Beitragsbefreiung im Pflegefall:	ja (ab Pflegestufe I)
Innovationsklausel:	nein (es gilt für die gesetzliche Pflegedefinition der Stand des SGB XI vom 14.06.2007 bzw. die tarifeigene ADL-Definition)
Rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung:	bei verspäteter Meldung wird die vereinbarte Leistung höchstens ein Jahr rückwirkend erbracht

Pflegeplatzgarantie:	eingeschränkt (die Bedingungen sehen keine Garantie vor. In den Werbdruckstücken des Anbieters wird jedoch eine 24-Garantie innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgewiesen. Zusätzlich erhalte jeder Kunde ein Garantiezertifikat zusammen mit dem Versicherungsschein)
Sonstige Assistenzleistungen:	eingeschränkt (keine Regelung in den Bedingungen. In den Werbdruckstücken des Anbieters wird auf Sonderkonditionen für ausgewählte Angebote im Rahmen von Gesundheitsprogramm und Gesundheitsprogramm in den Reha-Kliniken der Unternehmensgruppe DAMP hingewiesen. Auch wird hier eine kostenlose Telefonhotline beworben mit Informationen rund um das Thema Pflege durch den Pflegeverband Deutschland)
Leistung bei Tod:	ja, sofern vereinbart und der Vertrag gegen Einmalbeitrag erfolgte und eine Pflegebedürftigkeit noch nicht eingetreten ist. Die versicherte Todesfallleistung sinkt bis zum vollendeten 85. Lebensjahr allmählich ab und entfällt ab dem 86. Lebensjahr. Wurde der Vertrag gegen laufenden Beitrag abgeschlossen, so handelt es sich bei der Todesfallleistung um eine reine Beitragsrückgewähr, maximal jedoch um die sechsfache Pflegerente der Pflegestufe III.
Leistung bei Rückkauf:	der Tarif bildet einen jährlich ansteigenden Rückkaufswert mit einem Stornoabzug von 25%. Der Stornoabzug gilt abweichend nicht für die versicherte Bonusrente.
Leistung bei Selbstmord:	bei Selbstmord in den ersten 3 Jahren wird lediglich der Rückkaufswert (ohne Stornoabzug, aber ohne den Rückkaufswert für die versicherte Pflegeleistung) ausgezahlt, es sei denn dieser erfolgte in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit
Sonstige Besonderheiten:	eine Beitragsstundung ist als Folge einer schriftlichen Vereinbarung mit dem Versicherer möglich (maximal 6 Monate gemäß §9 Nr. 17). Für eine Beitragsreduzierung muss ein Mindestbeitrag von 24 Euro jährlich und eine Mindestrente von 250 Euro monatlich (ohne Überschüsse) verbleiben. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Wiederinkraftsetzung von Verträgen innerhalb von 6 Monaten ab Kündigung möglich (siehe § 9 Nr. 8) oder eine Wiedererhöhung auf die vor einer Beitragsreduzierung vereinbarte Prämienhöhe innerhalb von 3 Jahren nach der Reduzierung (§9 Nr. 14). Möglich ist auch eine Beitragsaussetzung mit einem Stornoabzug von 5% (§9 Nr. 9). Verbleiben muss eine beitragsfreie Pflegerente von mindestens 250 Euro monatlich. Bei Zahlungsverzug ist eine Beginnverlegung um bis zu 4 Monate möglich. Eine Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit durch den Versicherer ist jährlich möglich.
Volle Leistung bei ambulanter Pflege:	ja
Volle Leistung bei teilstationärer Pflege:	ja
Volle Leistung bei vollstationärer Pflege:	ja
Leistungen bei Demenz unabhängig von der Pflegestufe:	Demenz ist ab Schweregrad 5 mitversichert, sofern diese mindestens 6 Monate bestanden hat
Mehrleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit:	ja, sofern vereinbart in Höhe der sechsfachen Leistung der jeweiligen Pflegestufe. Im Fall einer Höherstufung wird nur die entsprechende Differenz gezahlt, so dass insgesamt maximal die sechsfache Pflegerente der Pflegestufe III gezahlt wird)
Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Leistungsfalles:	der Versicherungsfall ist unverzüglich zu melden. Auf Anforderung sind monatliche Nachweise zu erbringen, dass die versicherte Person noch lebt. Wird eine Leistung wegen Demenz verlangt, so ist zusätzlich ein neurologisches Gutachten erforderlich, wobei der Anspruchssteller die Kosten zu tragen hat. Eine Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich zu melden.
Mindesteintrittsalter:	40 Jahre
Höchsteintrittsalter:	75 Jahre
Überschusssystem:	Plus-Rente
Ratenzuschlag bei unterjähriger Zahlweise:	nein
Vertrag durch Einmalbeitrag:	optional möglich
Mindestvertragslaufzeit:	nicht zutreffend (der Vertrag besteht lebenslang. Gleiches gilt für die Beitragszahlung, sofern keine Beitragsfreistellung besteht)
Hauptfälligkeit:	Monat des Vertragsabschlusses
Maximal versicherbare Pflegerente:	250 bis 3.000 Euro
Vereinfachte Gesundheitsprüfung:	nein

Beispielhafte Monatsprämien für eine Pflegerente von 1.500 Euro mit Sofortleistung und mit Todesfallleistung

Alter	Frau	Mann
	PflegeRente Exklusiv	PflegeRente Exklusiv
40 Jahre	106,75 Euro	80,65 Euro
45 Jahre	126,70 Euro	95,80 Euro
50 Jahre	152,80 Euro	115,60 Euro
55 Jahre	187,30 Euro	141,10 Euro
60 Jahre	234,25 Euro	174,55 Euro
65 Jahre	305,20 Euro	222,40 Euro
70 Jahre	408,40 Euro	287,35 Euro

¹ „Des Weiteren besteht kein Todesfallschutz (siehe § 1 Abs. 4) außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, wenn die Versicherte Person Streitkräften angehört oder aktiv an kriegerischen Ereignissen beteiligt war. Ansonsten zahlen wir den Rückkaufswert gemäß § 9.“

■ IDUNA Vereinigte Lebensversicherung a.G. für Handwerk, Handel und Gewerbe

Die Iduna Vereinigte Lebensversicherungs aG für Handwerk, Handel und Gewerbe wurde am 03. August 1914 in Hamburg als Mittelstandsversicherung aG Privater Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit gegründet. Heute gehört sie zur SIGNAL IDUNA Gruppe. Trotz einer weiterhin engen Bindung an die ursprüngliche Zielgruppe Handel und Handwerk und der zwischenzeitlichen Öffnung auf alle Bevölkerungsgruppen, bleibt eine besondere Bindung an diese Klientel weiterhin bestehen.

Derzeit versucht die Unternehmensgruppe, ihre Präsenz auf den osteuropäischen Märkten weiter auszubauen. Tochterunternehmen existieren bereits in Polen, Ungarn und Rumänien.

Mehr zum Unternehmen finden Sie bei der Beschreibung des Pflegegeldes in „Risiko & Vorsorge“ 4/2010 auf Seite 52.

Anzahl der Lebensversicherungsverträge per 31.12.2008	2.157.642
Anzahl der Lebensversicherungsverträge per 31.12.2007	2.240.089
Beschwerden 2008 laut Bafin-Beschwerdestatistik	112 (= 0,0052%)
Beschwerden 2007 laut Bafin-Beschwerdestatistik:	85 (= 0,0038%)

Nettoverzinsung 2009:	4,2%
Nettoverzinsung 2008:	3,7%
Nettoverzinsung 2007:	4,6%
Eigenkapital 2009:	287,56 Mio. Euro
Eigenkapital 2008:	275,56 Mio. Euro
Eigenkapital 2007:	263,56 Mio. Euro

Tarif:	Comfort PflegePREMIUM (PPFRV)
Tarifart:	sofort beginnende Pflegerentenversicherung
Tarifunterlagen:	Allgemeine Bedingungen für die Pflegerentenversicherung (PflegePREMIUM) (Fassung 01.2009), Besondere Bedingungen für Pflegerentenversicherungen mit Leistungsdynamik (Fassung 01.2009), Besondere Bedingungen für Pflegerentenversicherungen mit Ausbaugarantie (Fassung 01.2009)
Kurzbeschreibung:	Der Versicherer zahlt ab Eintritt einer versicherten Pflegestufe die vereinbarte monatliche Pflegerente, die sich ggf. durch nicht garantierte Überschüsse erhöht. Die Leistung beträgt in der Pflegestufe I oder bei 3 von 6 ADL 50% der versicherten Pflegerente, in Pflegestufe II oder bei 4 oder 5 von 6 ADL 100 % und in Pflegestufe III oder bei 6 von 6 ADL 100%.
Wartezeit:	nein
Treuhänderklausel:	gesetzliche Bruttoanpassungsklausel gemäß §§ 163 und 164 VVG (geregelt in §§ 26 und 27)
Leistung in Abhängigkeit von der gesetzlichen Pflegeeinstufung:	Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 des SGB XI in der Fassung vom 19.12.2007, aufgrund Hilfebedarfs bei den Grundfähigkeiten (dies gilt nur für Kinder ab dem vollendeten 12. Lebensjahr) oder als Folge von Pflegebedürftigkeit infolge Demenz. Nur eine dieser Voraussetzungen muss erfüllt sein. Es gilt die jeweils für den Kunden vorteilhafteste Regelung.
Weltgeltung:	„Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die Reise- und Aufenthaltskosten. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für Flüge in der Economyklasse erstattet. Die Übernachtungskosten werden von uns höchstens bis zu einem Betrag von 75 EUR pro Übernachtung übernommen.“ (§ 10 Nr. 4)
Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung:	ja (unter bestimmten Umständen, z.B. Beförderung zum leitenden Angestellten oder erfolgreicher Abschluss eines Hochschulstudiums. Die versicherte Pflegerente darf dadurch nicht um mehr als 100% der Ursprungsrente und insgesamt auf nicht mehr als 3.000 Euro monatlich steigen. Je nach Alter sind noch weitere Höchstgrenzen zu berücksichtigen. Die Mindestjahresrente für den Ausbauvertrag beträgt 600 Euro. Es ist eine Meldefrist von 6 Monaten zu beachten. Das Recht auf Erhöhung erlischt mit dem vollendeten 60. Lebensjahr, bei Beitragsfreistellung sowie bei Vorliegen bedingungsgemäßer Pflegebedürftigkeit.
Dynamisierung der Leistung vor und nach Eintritt des Leistungsfalls:	Dynamisierung der versicherten Leistung alle 3 Jahre um 10%. „Die versicherte Pflegerente darf für eine versicherte Person mit einem rechnermäßigen Alter von mehr als 15 Jahren den Betrag von 48.000 EUR jährlich nicht übersteigen. Für eine versicherte Person mit einem rechnermäßigen Alter von weniger als 16 Jahren darf die versicherte Pflegerente den Betrag von 24.000 EUR jährlich nicht übersteigen.“ Das Recht auf Dynamisierung entfällt mit dem Eintritt einer bedingungsgemäßen Pflegebedürftigkeit.
Versicherungsschutz auch bei Pflegebedürftigkeit durch Sucht:	Wenn die Kriterien nach § 2 der Bedingungen für die Pflegerentenversicherung (PflegePREMIUM) erfüllt sind, wird geleistet.
Versicherungsschutz auch während einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung:	Wenn die Kriterien nach § 2 der Bedingungen für die Pflegerentenversicherung (PflegePREMIUM) erfüllt sind, wird geleistet.
Besteht Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit als Folge nicht vorhersehbarer Kriegsereignisse:	Ausgeschlossen ist Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, es sei denn, das die Pflegebedürftigkeit verursachende Ereignis tritt während eines Aufenthaltes der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein, und die versicherte Person war an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt. Ausgeschlossen ist auch Pflegebedürftigkeit als Folge innerer Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Weiter ausgeschlossen ist Pflegebedürftigkeit durch Strahlen aufgrund von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig wurde. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist, entfällt der Ausschluss. Ebenfalls nicht versichert ist Pflegebedürftigkeit unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen bei terroristischen Akten oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen bei terroristischen Akten, sofern es durch den Einsatz oder das Freisetzen zu einer nicht kalkulierbaren Häufung von Leistungsfällen in einer Höhe kommt, bei der die Erfüllbarkeit nicht betroffener Verträge nicht mehr gewährleistet werden kann.

Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit:	Bei Zahlungsschwierigkeiten ist eine Stundung von bis zu sechs Monatsbeiträgen möglich, sofern der Vertrag mindestens zwei Jahre bestanden hat und der Versicherungsnehmer entweder arbeitslos gemeldet ist oder sich in gesetzlicher Elternzeit befindet. Die versicherte Pflegerente darf dabei die beitragsfreie Summe von 600 Euro im Jahr nicht unterschreiten.
Beitragsbefreiung im Pflegefall:	ja (ab Pflegestufe I)
Innovationsklausel:	es besteht ein Optionsrecht bei gesetzlichen Änderungen: „Wenn wir in den Bedingungen für neu abzuschließende Versicherungen den durch eine Gesetzesänderung veränderten Begriff der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI zugrunde legen, werden wir Ihnen die Umstellung auf diese neuen Bedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung anbieten. Die Umstellung kann zu einem geänderten Beitrag bzw. bei gleichem Beitrag zu einer geänderten Leistung führen. Eine Umstellung ist aber nur möglich, wenn zum angebotenen Umstellungstermin weder Leistungen aus dieser Versicherung bezogen werden noch beantragt wurden. Nach erfolgter Umstellung des Vertrages richtet sich die Pflegebedürftigkeit nach SGB XI entsprechend den vorstehenden Regelungen ausschließlich nach diesen neuen gesetzlichen Regelungen.“
Rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung:	bei verspäteter Meldung wird die vereinbarte Leistung höchstens sechs Monate rückwirkend erbracht. „Sofern die verspätete Anzeige ohne schuldhaftes Versäumen des Ansprucherhebenden erfolgte oder keinen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Pflegebedürftigkeit hat, leisten wir – unter Berücksichtigung der Karenzzeit - ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit, rückwirkend höchstens jedoch für 12 Monate.“
Pflegeplatzgarantie:	ja (24-h-Garantie für einen Platz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, wenn möglich in Wohnortnähe. „Sofern dieser zur Verfügung gestellte Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützt der Versicherer bei der Suche und organisiert einen langfristig gewünschten oder geeigneten vollstationären Pflegeheimplatz.“)
Sonstige Assistenzleistungen:	ja (ab einer Pflegerente von mindestens 1.000 Euro monatlich: Notfalltelefon, Pflege-Manager, Vermittlung und Organisation mit Kostenübernahme, Reha Management)
Leistung bei Tod:	nein (bei Tod erlischt der Vertrag ohne jede weitere Leistung. Abweichend ist in § 4 c) die Rede davon, dass ein bereits gebildeter Schlussüberschussanteil zur Auszahlung kommen kann)
Leistung bei Rückkauf:	Die garantierten Werte sind nicht rückkaufsfähig. Bei Kündigung wird gemäß § 4 c) lediglich der Schlussüberschussanteil fällig. Es wird ein Stornoabzug von 50 Euro in Rechnung gestellt. Dieser entfällt bei nur teilweiser Kündigung.
Leistung bei Selbstmord:	keine Leistung bei Selbstmord in den ersten 3 Jahren, es sei denn dieser erfolgte in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit
Sonstige Besonderheiten:	Bei Wahl des Überschussystems „Fondsanlage“ kann das bisherige Fondsguthaben jederzeit steuerfrei ausgezahlt werden, sofern noch kein Pflegefall eingetreten ist. Die versicherte Pflegerente bleibt dabei in voller Höhe erhalten. Die Fondsanlage muss in einem von vier Dachfonds der konzern-eigenen Kapitalanlagegesellschaft HANSAINVEST erfolgen. Drei Fondswechsel im Jahr sind kostenfrei möglich. Ein Switch setzt ein Fondsvermögen von mindestens 100 Euro voraus. Während der Prüfung, ob ein bedingungsgemäßer Leistungsfall vorliegt, können Versicherungsbeiträge gestundet werden. Diese sind anschließend unverzinst entweder auf einmal oder in höchstens 12 Monatsraten zurückzuzahlen. Eine Beitragsreduzierung ist möglich, sofern der erforderliche Mindestjahresbeitrag von 180 Euro und die jährliche Mindestrente von 600 Euro nicht unterschritten werden. Im Fall von Lastschriftrückläufern oder anderen „Bearbeitungen“ des Vertrages sind im ersten Jahr (Einlösungsbeitrag) Gebühren in Höhe von 10% der Erstjahresbeiträge oder 3% des Einmalbeitrages fällig (§ 6 Nr. 1a). Bei einem Monatsbeitrag von 100 Euro bedeutet dies Kosten für die Bearbeitung eines Lastschrift-rückläufers von 120 Euro! Bei einem Rücktritt können zudem „die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen“ in Rechnung gestellt werden. Laut IDUNA nehme man tatsächlich maximal nur 3,00 Euro je Lastschrift-rückläufer. Andere Bearbeitungsgebühren verlange man in der Praxis nicht.
Volle Leistung bei ambulanter Pflege:	ja
Volle Leistung bei teilstationärer Pflege:	ja
Volle Leistung bei vollstationärer Pflege:	ja
Leistung bei Demenz unabhängig von der Pflegestufe:	ja, bei Demenz mindestens von Schweregrad 5 der Global Deterioration Scale (GDS) bis 3.000 Euro möglich
Mehrleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit:	ja, bei Eintritt in eine Pflegestufe in Höhe der sechsfachen Pflegerente. Aus § 1 Nr. 1c) ist nicht unzweifelhaft zu schließen, dass eine Neueinstufung in Pflegestufe II oder III eine zumindest anteilige Erhöhung der in I nur zur Hälfte gezahlten Sofortleistung bedeuten würde. Demnach würde ein Kunde mit einer monatlichen Pflegerente von 1.000 Euro, der direkt in die Pflegestufe II oder III fallen würde, 6.000 Euro erhalten, bei Vorliegen jedoch erst nur der Pflegestufe I abweichend nur 3.000 Euro. Laut Signal Iduna erbringe man stets sechsmal den vollen Pflegebetrag, auch wenn dies bedingungsseitig nicht ausdrücklich so geregelt ist. ¹
Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Leistungsfalles:	Der Versicherungsfall ist unverzüglich zu melden. Wird eine Leistung wegen Demenz verlangt, so ist zusätzlich ein neurologisches Gutachten erforderlich, wobei der Versicherer die Kosten trägt. Eine Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Nur vorübergehende Änderungen von bis zu 6 Monaten sind abweichend nicht meldepflichtig. Auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht wird ausdrücklich hingewiesen und auch darauf, dass Operationen in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar angesehen werden. Eine Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit ist einmal jährlich möglich. Sinkt die Pflegebedürftigkeit dabei unter die Pflegestufe I, so endet die Leistung.
Mindesteintrittsalter:	2 Jahre
Höchstes Eintrittsalter:	75 Jahre
Überschussystem:	Bonussrente oder Fondsanlage
Ratenzuschlag bei unterjähriger Zahlweise:	ja (2, 3 bzw. 4% bei 1/2-, 1/4-, 1/12-jährlicher Zahlungsweise)
Vertrag durch Einmalbeitrag:	optional möglich
Mindestvertragslaufzeit:	mindestens 3 Jahre Beitragszahlungsdauer (der Vertrag besteht lebenslang. Die Beitragszahlungsdauer muss spätestens zum vollendeten 85. Lebensjahr enden)

Hauptfälligkeit:	Monat des Vertragsabschlusses
Maximal versicherbare Pflegerente:	50 bis 3.000 Euro monatlich
Vereinfachte Gesundheitsprüfung:	nein

¹ „...so erbringen wir – sofern der Grad der Pflegebedürftigkeit mindestens Pflegestufe I erreicht folgende Versicherungsleistungen: Zusatzleistung in Höhe von 6 monatlichen Pflegeentgelten: Diese Leistung erbringen wir einmalig bei erstmaligem Vorliegen der Pflegebedürftigkeit.“

Beispielhafte Monatsprämien für eine Pflegerente von 1.500 Euro mit Beitragszahlungsdauer bis Endalter 75 und leistungsorientierter Dynamik (alle 3 Jahre um 10%), Bonusrente

Alter	Frau	Mann
	Comfort PflegePREMIUM	Comfort PflegePREMIUM
5 Jahre	49,40 Euro	37,08 Euro
10 Jahre	55,95 Euro	41,76 Euro
15 Jahre	63,91 Euro	47,37 Euro
20 Jahre	73,58 Euro	54,08 Euro
25 Jahre	85,44 Euro	62,50 Euro
30 Jahre	100,41 Euro	72,96 Euro
35 Jahre	119,29 Euro	86,06 Euro
40 Jahre	142,84 Euro	102,44 Euro
45 Jahre	174,05 Euro	123,97 Euro
50 Jahre	217,57 Euro	153,92 Euro
55 Jahre	281,84 Euro	198,38 Euro
60 Jahre	386,83 Euro	270,76 Euro
65 Jahre	594,31 Euro	411,64 Euro
70 Jahre	1.186,17 Euro	801,32 Euro

■ VOLKSWOHL BUND LEBENSVERSICHERUNG a.G.

Das Unternehmen wurde 1919 als „Deutscher Volkswohl-Bund in Berlin“ gegründet. Besondere Erfolge feierte der Versicherer zu Beginn seiner Geschäftstätigkeit mit der 1922 eingeführten Bestattungsvorsorge. Seit 1953 heißt das Unternehmen „Volkswohl-Bund Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit“ und seit 1985 betreibt man erstmals Geschäft mit Versicherungsmaklern. In diesem Geschäftsfeld ist der Lebensversicherer heute besonders stark positioniert. Herausragende Expertise besitzt das Unternehmen im Zusammenhang mit der Versicherung biometrischer Risiken wie Berufsunfähigkeit und Pflege. 100%ige Tochter ist die 1969 gegründete VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG mit Angeboten für Privat- und Gewerbekunden.

Anzahl der Lebensversicherungsverträge per 31.12.2008	1.256.874
Anzahl der Lebensversicherungsverträge per 31.12.2007	1.224.660
Beschwerden 2008 laut Bafin-Beschwerdestatistik	30 (= 0,0024%)
Beschwerden 2007 laut Bafin-Beschwerdestatistik:	29 (= 0,0024%)

Nettoverzinsung 2009:	5,1%
Nettoverzinsung 2008:	3,6%
Nettoverzinsung 2007:	4,7%
Eigenkapital 2009:	77 Mio. Euro
Eigenkapital 2008:	67 Mio. Euro
Eigenkapital 2007:	59 Mio. Euro

Tarif:	Pflegevorsorge Exklusiv
Tarifart:	sofort beginnende Pflegerentenversicherung
Tarifunterlagen:	Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Pflegerenten-Versicherung (Tarifbezeichnung: SPV), Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung
Kurzbeschreibung:	Der Versicherer zahlt ab Eintritt einer versicherten Pflegestufe die vereinbarte monatliche Pflegerente, die sich ggf. durch nicht garantierte Überschüsse erhöht. Die Leistung beträgt in der Pflegestufe I oder bei 3 von 6 ADL 50% der versicherten Pflegerente, in Pflegestufe II oder bei 4 oder 5 von 6 ADL 75% und 100% in der Pflegestufe III, bei 6 von 6 ADL oder Demenz. Die Einstufung erfolgt durch den medizinischen Dienst oder dem Hausarzt. Die Pflegestufen werden im Tarif auch als „Pflegestaffel“ bezeichnet. Der jährlich zugeteilte Pflegefallbonus kann teilweise oder auch ganz entfallen und zum Ausgleich von Schwankungen im Zins-, Risiko- und Kostenverlauf verwendet werden.

Wartezeit:	nein (Wartezeiten gelten jedoch für laufende Überschussanteile, sofern der Vertrag nicht durch Einmalbeitrag ausfinanziert wurde)
Treuhänderklausel:	gesetzliche Bruttoanpassungsklausel gemäß § 163 VVG bzw. § 17 der Bedingungen
Leistung in Abhängigkeit von der gesetzlichen Pflegeeinstufung:	Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach ADL und alternativ gemäß der Definition des SGB XII mit Stand 15.12.2008. Es gilt die für den Kunden vorteilhaftere Einstufung
Weltgeltung:	nein (Der Anspruch auf Pflegerente ruht in den Kalendermonaten, in denen die versicherte Person während des vollen Monats außerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens gepflegt wird. Dies gilt nicht, wenn der Aufenthalt außerhalb dieses Gebiets nicht länger als drei volle Kalendermonate andauert oder der Versicherer einer längeren Pflege außerhalb dieses Gebiets zugestimmt hat)
Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung:	ja (gemäß § 18 unter bestimmten Umständen, z.B. bei Heirat oder Karrieresprung der versicherten Person. Die Option muss innerhalb von 6 Monaten ab Ereignis beansprucht werden. Durch die Option darf die versicherte Rente nicht auf mehr als 2.500 Euro monatlich steigen und auch 20% der bisher zuletzt versicherten monatlichen Pflegerente nicht übersteigen. Wurden bereits Pflegeleistungen beantragt oder liegt Pflegebedürftigkeit vor, entfällt die Nachversicherungsgarantie. Ein Nachversicherungsrecht besteht auch für den Fall, dass der Pflegebonus durch ein Absinken der Überschussbeteiligung sinkt. Auch hier gilt jedoch, dass noch keine Leistungen beantragt oder bewilligt wurden)
Dynamisierung der Leistung vor und nach Eintritt des Leistungsfalls:	optional ist eine Dynamik möglich. Sie beträgt mindestens 2,5% und entspricht der Entwicklung des Verbraucherpreisindex. Hat die versicherte Person bei Antragsstellung bereits das 65. Lebensjahr vollendet, entfällt diese Option.
Versicherungsschutz auch bei Pflegebedürftigkeit durch Sucht:	ja
Versicherungsschutz auch während einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung:	ja
Besteht Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit als Folge nicht vorhersehbarer Kriegsereignisse:	Ausgeschlossen ist Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit oder Tod als Folge innerer Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Ausgeschlossen sind Leistungen auch, wenn diese aus Kriegsereignissen resultieren. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen pflegebedürftig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Ausgeschlossen sind ferner Versicherungsfälle durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern mit dem Einsatz oder der Freisetzung eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.
Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit:	nein
Beitragsbefreiung im Pflegefall:	ja (ab Pflegestufe I, 3 Pflegepunkten oder als Folge von Autonomieverlust durch Demenz)
GDV-Garantie:	nein
Innovationsklausel:	nein (es gilt für die gesetzliche Pflegedefinition der Stand des SGB XI vom 15.12.2008 – jedoch mit Umstellungsoption bei Änderung der gesetzlichen Definition gemäß § 2 Nr. 5, sofern noch keine Pflegebedürftigkeit eingetreten ist – bzw. die tarifeigene ADL-Definition.)
Rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung:	bei verspäteter Meldung wird die vereinbarte Leistung höchstens ein Jahr rückwirkend erbracht
Pflegeplatzgarantie:	nein
Sonstige Assistenzleistungen:	nein
Leistung bei Tod:	ja, sofern vereinbart wird eine garantierte Todesfalleistung in Höhe von drei Monatsrenten ohne Überschüssen fällig. Der Leistungsanspruch entfällt gemäß § 3 Nr. 1, wenn bereits Pflegeleistungen erbracht worden sind. Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag sinkt die Todesfalleistung allmählich ab und entfällt ab dem vollendeten 85. Lebensjahr vollständig (dazu näher § 10 Nr. 2); unabhängig davon wird immer das Überschussguthaben ausgezahlt
Leistung bei Rückkauf:	der Tarif bildet einen zunächst jährlich ansteigenden und dann wieder fallenden Rückkaufswert. Bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, beträgt der Abzug 25%. Er steigt dann in den folgenden 15 Versicherungsjahren jährlich um 5%-Punkte. Grundsätzlich entfällt der Rückkaufswert ab dem vollendeten 85. Lebensjahr.
Leistung bei Selbstmord:	bei Selbstmord in den ersten 3 Jahren entfällt der Anspruch auf Leistung, es sei denn dieser erfolgte in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit
Sonstige Besonderheiten:	Ausgeschlossen ist ein Versicherungsfall, der durch Fahruntüchtigkeit in Folge eines Promillegehalts von mehr als 1,1 Promille oder infolge des Genusses von Rauschmitteln verursacht wurde. Bis zur endgültigen Feststellung der Leistungspflicht ist eine Beitragsstundung möglich. Die gestundeten Beiträge können einmalig oder in bis zu 24 Monatsraten zurückgezahlt werden. Optional kann zum Vertrag eine Karenzzeit vereinbart werden. Für eine Beitragsfreistellung muss eine versicherte Pflegerente von mindestens 50 Euro monatlich verbleiben, für eine Beitragsreduzierung muss zusätzlich ein Jahresbeitrag von nicht unter 150 Euro bestehen bleiben. Nach Ablauf einer Pflegerentenzahlung besteht Anspruch auf eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von drei Monatsrenten, höchstens jedoch 3.000 Euro. Diese Leistung wird während der Vertragsdauer höchstens einmal bezahlt.
Volle Leistung bei ambulanter Pflege:	ja
Volle Leistung bei teilstationärer Pflege:	ja
Volle Leistung bei vollstationärer Pflege:	ja
Leistungen bei Demenz unabhängig von der Pflegestufe:	Versichert ist Autonomieverlust durch Demenz mindestens mit Schweregrad 5, ermittelt durch die Global Deterioration Scale (GDS). Voraussetzung ist, dass eine Beaufsichtigung oder Anleitung bei mind. 4 ADL der 6 ADL benötigt wird
Mehrleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit:	ja, sofern vereinbart an Pflegestufe I

Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Leistungsfallles:	Eine Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Eine Änderung von weniger als 3 Monaten gilt als nur vorübergehend und nicht meldepflichtig. Gleiches gilt für Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten am Stück. Der Tod ist unverzüglich anzuzeigen, eine regelmäßige Nachprüfung des Fortbestehens der Pflegebedürftigkeit – gemäß § 14 einschließlich einer jährlichen ärztlichen Nachuntersuchung – wie auch ein Nachweis des Weiterlebens der pflegebedürftigen Person dürfen ebenfalls angefordert werden. Leistungen können einmalig bis zu 12 Monaten zeitlich befristet erbracht werden. Damit sind die Folgen über den erneuten Nachweis des Leistungsfallles analog zur Berufsunfähigkeitsversicherung verbunden. Demenz ist durch einen Neurologen zu diagnostizieren. § 12 Nr. 4 beschreibt die gesetzliche Schadenminderungspflicht und deren Grenzen analog zu den Berufsunfähigkeitstarifen des Versicherers (z.B. Zumutbarkeit des Tragens von Prothesen oder Verwendung von Seh- oder Hörhilfen).
Mindesteintrittsalter:	18 Jahre
Höchstesintrittsalter:	75 Jahre
Überschusssystem:	wahlweise Bonusrente, verzinsliche Ansammlung oder Fondsansammlung
Ratenzuschlag bei unterjähriger Zahlweise:	nein
Vertrag durch Einmalbeitrag:	optional möglich
Mindestvertragslaufzeit:	5 Jahre (Die Beitragszahlungsdauer ist lebenslang, sofern keine Beitragsbefreiung gegeben ist, kann jedoch abgekürzt werden, maximal jedoch auf das 85. Lebensjahr)
Hauptfälligkeit:	Monat des Vertragsabschlusses
Maximal versicherbare Pflegerente:	250 bis 3.500 Euro
Vereinfachte Gesundheitsprüfung:	nein (mit vereinfachter Gesundheitsprüfung, konkret vier geschlossenen Gesundheitsfragen, steht abweichend der Tarif PflegeVorsorge Easy in den Varianten Basis und Komfort zur Verfügung. Es gilt eine Wartezeit von 5 Jahren und Versicherungsschutz nur in den Pflegeklassen III bzw. II und III. Bei einer nicht unfallbedingten Pflegebedürftigkeit in den ersten 5 Versicherungsjahren erlischt der Versicherungsvertrag und Ihr Kunde erhält die eingezahlten Beiträge zurück)

Beispielhafte Monatsprämien für eine Pflegerente von 1.500 Euro mit garantierter Todesfalleistung, Einmalleistung, Bonusrente (und Pflegerenten-Dynamik gemäß Verbraucherpreisindex) ohne verkürzte Beitragszahlungsdauer

Alter	Frau	Mann
	PflegeVorsorge Exklusiv (SPV mit I)	PflegeVorsorge Exklusiv (SPV mit I)
20 Jahre	71,15 Euro	52,82 Euro
25 Jahre	82,07 Euro	60,63 Euro
30 Jahre	95,42 Euro	70,16 Euro
35 Jahre	112,02 Euro	81,99 Euro
40 Jahre	133,11 Euro	97,02 Euro
45 Jahre	158,97 Euro	115,53 Euro
50 Jahre	193,09 Euro	140,08 Euro
55 Jahre	239,57 Euro	173,43 Euro
60 Jahre	305,94 Euro	220,86 Euro
65 Jahre*	405,85 Euro	290,06 Euro
70 Jahre*	565,70 Euro	393,22 Euro

* die Pflegerenten-Dynamik gemäß Verbraucherpreisindex ist nur bis zu einem Einstiegsalter von unter 65 Jahren möglich und wurde daher hier abweichend nicht berücksichtigt

■ Anbieterwechsel

Obwohl von Verdrängungswettbewerb noch keine Rede sein kann, kann es dennoch vorkommen, dass Sie bei einem Kunden auf Tarife stoßen, die nicht mit dem aktuellen Leistungsniveau entsprechen oder aus anderen Gründen nicht mehr als sinnvoll erscheinen. Anders als in der privaten Krankenvollversicherung ist die Mitnahme von Alterungsrückstellungen bei privaten Pflegezusatzversicherungen ausgeschlossen. Darauf sollten Kunden aufmerksam gemacht werden. Um den Wechselnachteil für den einzelnen Kunden klar dokumentieren zu können, empfiehlt sich eine Anfrage beim bisherigen Anbieter.

Beispiel:

Kunde bei der SIGNAL IDUNA im Pflegetagegeldtarif EPT 54

- Beginn: 01.07.2006 / Geburtsjahr VP: 1971 / Monatsbeitrag seit 01.07.2009: 14,40 Euro
- Beitragsvorteil per 26.07.2010 (Alterungsrückstellung): 3,52 Euro monatlich (24,44 %)
- Beitragsentlastung im Alter ab Alter 65: 0,05 Euro monatlich (3,47%)

Bezogen auf den Zeitraum von nur 10 Jahren bedeutet dies Alterungsrückstellungen in Höhe von 422,40 Euro bzw. eine Beitragsentlastung im Alter von 6 Euro.

Die Rückstellungen werden auch bei mehreren Personen im gleichen Vertrag pro versicherte Person und nicht pro Versicherungsnehmer kalkuliert. Wird also eine von mehreren versicherten Personen gekündigt, so verliert nur diese ihre bis dato gebildeten Rückstellungen. Natürlich sollten Sie Kunden beim Anbieterwechsel nicht nur auf die verlorenen Rückstellungen und möglichst verbesserten Bedingungen des neuen Anbieters hinweisen, sondern auch darauf, dass bei einem Wechsel die Fristen für die Anfechtung wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung neu zu laufen beginnen und erneute Abschluss- und Vertriebskosten anfallen.

„Wir unterstützen den Transparenzgedanken“



Klaus Barde im Gespräch mit Thomas Bahr, Vorstandsvorsitzender der Heidelberger Lebensversicherung AG

Fondsgebundene Altersvorsorgelösungen sind dabei der klassischen Lebensversicherung den Rang abzulaufen. Ein Kernargument für fondsgebundene Produkte sind die langfristig höheren Renditechancen. Investmentfonds allein sind jedoch kein Garant für Rendite.

Ihr Haus hat daher das bisherige Fondsangebot einer Selektion unterzogen und zudem einen vierteljährlichen Qualitätssicherungsprozess eingeführt. Welche Kriterien beinhaltet dieser Prozess?

Die Fondsbewertung erfolgt in fünf Stufen, dem so genannten 5R-Qualitätssicherungsprozess: Reputation, Rating, Rendite, Risiko und Review. Dabei ziehen wir die Bewertung und Einschätzung renommierter Agenturen wie Morningstar, Standard & Poor's, Feri und FondsConsult AG zu Rate. Auf diese Weise wird jeder Fonds von uns auf Herz und Nieren gecheckt und mithilfe eines Ampelsystems bewertet.

Die Bewertung und Einschätzung Ihrer Fondspalette seitens renommierter Agenturen ist jedoch kein Garant für den entscheidenden Punkt der Fondselektion, die Asset Allokation. Trauen Sie Ihren Vertriebspartnern diese Leistung einschließlich einer regelmäßigen Justierung zu?

Ja, weil wir unsere Makler unterstützen und sie mit dieser Aufgabe nicht alleine lassen. Wir stellen beispielsweise unterschiedliche Anlegertypen dar, beschreiben die Risikoklassen, informieren über die Ergebnisse unserer Überprüfung und bieten Maklern Schulungen an zu Investment und Fondsauswahl. Und schließlich ist unser Vertriebsteam ihr kompetenter Ansprechpartner.

Welches Instrument bekommt der Vertrieb an die Hand, um ein Chance-Risiko-Profil des Kunden zu ermitteln?

Wir bilden Beispiele unterschiedlicher Anlegertypen ab und stellen dar, wie die Portfoliozusammensetzung bei einem konservativen, ausgewogenen oder dynamischen Anleger aussehen könnte. Dabei zeigen wir auf, welche Risikoklassen mit welchen Schwerpunkten jeweils in Betracht kommen. Die Fondsdatenblätter auf unserer Webseite enthalten zudem die wichtigsten Risikokennzahlen.

Wurden die spezifischen Gesichtspunkte des späteren Ablauf-Managements in der Zusammenstellung der angebotenen Fonds mit berücksichtigt?

Das Ablaufmanagement hängt ebenso wie die eigentliche Portfoliozusammen-

stellung eng mit der Risikobereitschaft und dem Sicherheitsbedürfnis des Kunden zusammen. Um ihr erwirtschaftetes Kapital abzusichern, können Kunden Höchststandsgarantiefonds oder Fonds geringerer Risikoklassen während der Laufzeit oder gegen Ende beimischen und bis zu zwölf Mal jährlich kostenfrei in andere Risikoklassen wechseln.

Die aus Verbraucherschutzdebatten bekannte Ampelkennzeichnung von Produkten findet sich bei Ihnen wieder. Wofür stehen bei Ihnen grün, gelb und rot?

Jeder Fonds bekommt in allen fünf geprüften Kriterien eine Ampelkennzeichnung. Grün steht für eine exzellente und gute Reputation, vier bis fünf Sterne im Rating, überdurchschnittliche Rendite, verbunden mit einem möglichst geringen Risiko, und werden damit als Top-Fonds im Review klassifiziert. Bei Gelb ist der Fonds im guten Mittelfeld und bei Rot unterdurchschnittlich. Die Assekurata bestätigt uns in ihrer Analyse der angebotenen Fonds die überdurchschnittliche Positionierung von gut 80 Prozent der Fonds im Vergleich zu deren Wettbewerbern.

Für den Vertrieb ist die Exzellenz einer Fondspalette sicher eine gute Verkaufshilfe. Ein weiterer Faktor sind die stets renditemindernden Fondskosten innerhalb der Police. Besteht hier bereits die Transparenz, wie sie von namhaften Marktteilnehmern für 2011 angekündigt wurde?

Zu allen Fonds stehen auf unserer Internetseite Fondsfactsheets zur Verfügung. Dort abgebildet sind bereits die aktuelle Verwaltungsgebühr pro Jahr sowie die Gesamtkostenquote (TER). Wir unterstützen den Transparenzgedanken und werden der GDV-Empfehlung folgen und die empfohlene Kostendarstellung im kommenden Jahr in der Illustration abbilden.



Von ihm bekommen Sie alles nur nachgeplappert,
für Börsennachrichten in Echtzeit müssen Sie schon Jandaya lesen.

Jandaya  Echtzeitnachrichten
by BörseGo.de **Wir wissen´s zuerst.**

www.boerse-go.de/jandaya

Serie

Alleinstellungsmerkmale bei Riesterтарifen, Teil 3

Große Marktübersicht zu den wesentlichen Tarifmerkmalen und deren Unterscheidung im Wettbewerb



Inhalt Teil 3

• Beispielhafte Anbieter mit konventioneller Anlage im Rentenbezug	72
• Beispielhafte Anbieter mit Hybrid-Anlage im Rentenbezug	72
• Beispielhafte Anbieter mit Investment im Rentenbezug	73
• Beispielhafte Anbieter mit gleichbleibend garantierten Renten (voll garantiert)	73
• Beispielhafte Anbieter mit optional garantierter Rentensteigerung im Leistungsfall.....	76
• Anbieter mit erhöhter Rente bei verminderter Lebenserwartung	76
• Anbieter mit optionaler Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit.....	76
• Anbieter mit optionalem Einschluss einer Berufsunfähigkeitsrente	77
• Ablaufleistungen, Kickbacks, Garantien und Fragezeichen	78
• Beispielhafte Anbieter mit Einrechnung von Kickbacks	79

Inhalt Teil 2

Beispielhafte Anbieter mit einem garantierten Rentenfaktor, Maximale Renten-Garantiezeiten, Beitragserhaltungsgarantie & mehr, Beispielhafte Varianten von Ablaufmanagements

Inhalt Teil 1

Riester-Banksparpläne, Riester-Bausparverträge, Konventionelle Riester-Renten, Riester & Fonds, Variable Annuities, Modelle von Investmentgesellschaften, Garantie & Rendite

(Artikel kostenlos als pdf nachbestellen: info@bhm-marketing.de)

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:

Allianz – Alte Leipziger – Axa – Condor – Continentale – DekaBank – DWS – Generali – Gothaer – HDI-Gerling – Heidelberger Leben – Helvetia – Iduna – ITA – LV 1871 – MONEYMAXX – Nürnberger – Skandia – Stuttgarter – Swiss Life – Versicherungskammer Bayern – Volkswohl Bund – WWK – Zurich

Die Axa hat den Text ausdrücklich nicht verifiziert. Ausgenommen davon, die Tabelle auf S. 6. Bis zum Redaktionsschluss fehlte eine Rückmeldung aus dem Hause Helvetia.

Autor: Stephan Witte

In Teil 1 und 2 dieser Serie wurde auf die verschiedenen Produkt- und Verrentungsvarianten von Riesterprodukten ebenso eingegangen wie auf die Auswirkungen von Kickbacks auf die Kalkulation. Auch auf die Kostenproblematik wurde ausführlicher eingegangen. Für die Vermittlung von Riesterprodukten sind jedoch auch eine Reihe anderer Punkte von großer Bedeutung.

Von zentraler Bedeutung ist es sicher, das Verlustrisiko in der Aufschubzeit zu reduzieren. Neben den bereits dargestellten Möglichkeiten, ist hier zu nennen der Tarif MONEYMAXX Discover level 2 von MONEYMAXX mit Stand 07.2009. Hier gibt es die Option ein so genanntes Re-Balancing zu vereinbaren. In diesem Fall wird zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres die ursprüngliche Aufteilung des Guthabens zwischen den Fonds wiederhergestellt. Gebühren fallen dafür nicht an. Nicht in das Re-Balancing einbezogen wird der Wertesicherungsfonds. Insgesamt stehen 51 Fonds für die Anlage zur Verfügung, darunter auch 5 Renten-, 1 Geldmarkt-, 1 Immobilien- und 2 Garantiefonds. Dabei können bis zu 100 Fonds gleichzeitig gehalten und bespart werden. Wer also stets eine Aufteilung von 50% Renten- zu 50% Aktienfonds für die freie Fondsanlage haben möchte, kann sich sicher sein, zu Beginn jedes Versicherungsjahres die ursprüngliche Gewichtung wiederhergestellt zu wissen.

Eine andere Möglichkeit bietet der Tarif Congenial riester garant von Condor: Hier kann der Kunde gemäß § 4 (11) der Tarifbedingungen vereinbaren, dass immer dann, wenn das aktuelle Vertragsguthaben die Garantie zum Rentenbeginn um mindestens 25 Prozent, 50 Pro-

Anbieter	Tarif
Allianz	• (Zukunftsrente Klassik (RiesterRente) E 80, Stand 12.2008)
	• (E 83: Zukunftsrente IndexSelect, Stand 12.2009)
	• (E 202: Zukunftsrente Invest alpha-Balance, Stand 06.2009)
Alte Leipziger	• (FiskAL (Tarif RV50), Stand 01.2009)
	• (ALfondsRiester (Tarif FR50), Stand 06.2009)
Axa	• (TwinStar Riester-Rente Klassik+ (IRG1), Stand 12.2008)
	• (TwinStar Riester-Rente Klassik+ (IRG2), Stand 12.2008)
	• (TwinStar Riester-Rente Invest (IRF1), Stand 12.2009)
	• (TwinStar Riester-Rente Invest (IRF2), Stand 12.2009)
Condor	• (Congenial riester garant Stand 06.2010)
Continentale	• (VR 3: VorsorgePlusPlan, Stand 01.09.2010)
DekaBank	• (Deka-ZukunftsPlan, Stand 04.2010)
	• (Deka-BonusRente, Stand 04.2010)
DWS	• (RiesterRente Premium, Stand 02.2009)
	• (TopRente Balance, Stand 01.2010)
	• (TopRente Dynamik, Stand 01.2010)
Generali	• (RiesterRente RA 09, Stand 07.2009)
	• (Riesterrente Fonds IA 09, Stand 01.2009)
Gothaer	• (MRR1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Classic, Stand 07.2009)
	• (MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Fonds, Stand 07.2009)
	• (MRRF2: Gothaer ErgänzungsVorsorge ReFlex, Stand 07.2009)
	• (MRR1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Classic, Stand 10.2010)
	• (MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Fonds, Stand 10.2010)
• (MRRF2: Gothaer ErgänzungsVorsorge ReFlex, Stand 10.2010)	
HDI-Gerling	• (TwoTrust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010)
Heidelberger Leben	• (FörderPerformer Rente, Stand 04/2010)
IDUNA	• (Riester-Rente (NR), Stand 10.2009)
	• (SIGGI Riester Rente, Fassung 10.2009)
LV 1871	• (Fondsgebundene RieStar-Rentenversicherung, Stand 04.2009)
MONEYMAXX	• (MONEYMAXX Discover level 2 – Riesterrente – Tarif RRIX, Stand 07.2009)
Nürnberger	• (NR2507 NÜRNBERGER ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009)
	• (NFR2507 NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009)
	• (NFR2507S NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente Doppel-Invest mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009)
Skandia	• (SRR08: Skandia Riester-Rente, Stand 04.2009)
Stuttgarter	• (RiesterRente classic (Tarif 35 - Tarifgeneration 2009), Stand 07.2010)
Swiss Life	• Swiss Life Riester-Rente FRV, Stand 09.2010
	• Swiss Life Riester-Rente, Stand 09.2010
Versicherungskammer Bayern	• (Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.03.2010, Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei einer Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand 15.12.2008 – RiesterRente)
	• (Fondsgebundene Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.12.2008 – RiesterRente Invest)
Volkswohl Bund	• (ASR SAFE, Stand 01.2010)
	• (AFR: SAFE Invest Extra, Stand 01.2010)
	• (AFR: SAFE Invest Step, Stand 01.2010)
	• (AWR: Invest Extra, Stand 01.2010)
WWK	• (RR01M/F NT: WWK Premium FörderRente protect, Stand 01.11.2009)
Zurich	• (Förder Rentinvest, Stand 04.2009)
	• (Förder Rentinvest DWS Premium, Stand 04.2009)

zent, 75 Prozent usw. übersteigt, die Garantie automatisch angehoben wird. Dabei finden sich die benannten Prozentsätze im Antragsformular. Eine Garantieerhöhung auf „Zuruf“ ist ebenfalls jederzeit möglich. Die Garantie kann bei Bedarf auch wieder bis zur Summe der

eingezahlten Beiträge und Zulagen reduziert werden, um z.B. nach einem Kurssturz von erwarteten Kurssteigerungen wieder verstärkt profitieren zu können. Für den Rentenbezug von großer Bedeutung ist auch die Art der Verrentung. Bis vor kurzem war es üblich, dass in der

Verrentungsphase auch fondsgebundene Produkte festverzinslich im Deckungsstock angelegt wurden. Zwischenzeitlich gibt es hierzu alternative Modelle, um auch noch im Rentenbezug von der durch Investments erhöhten Rendite profitieren zu können.

Beispielhafte Anbieter mit konventioneller Anlage im Rentenbezug

■ Alte Leipziger

• (ALfondsRiester (Tarif FR50), Stand 06.2009)

■ HDI-Gerling

• (TwoTrust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010: Bei Verrentungsform KW werden die laufenden Gewinnanteile zunächst miteinander verrechnet und dann dem Gesamtkapital gutgeschrieben. Zu jedem auf den Rentenbeginn folgenden Stichtag (Beginn eines Versicherungsjahres) wird eine Gesamtrente nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik aus dem Produkt von Gesamtkapital und dem Umrechnungsverhältnis berechnet. Das Umrechnungsverhältnis beschreibt die nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den dann gültigen Kalkulationsgrundlagen ermittelte Altersrente je 10.000 EUR Kapital. Der Rentengewinnanteil ist die Differenz aus

der so neu ermittelten Gesamtrente und der versicherten Rente. Ist diese Differenz negativ, so gibt es keinen Rentengewinnanteil. Da sich die Kalkulationsgrundlagen ändern können, kann es deshalb möglich sein, dass sich der Rentengewinnanteil erhöhen, ermäßigen oder sogar ganz entfallen kann.)

■ LV 1871

• (Fondsgebundene RieStar-Rentenversicherung, Stand 04.2009)

■ Nürnberger

• (NR2507 NÜRNBERGER ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009;

• NFR2507 NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungmodell, Stand 07.2009;

• NFR2507S NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente Doppel-Invest mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009)

■ Stuttgarter

• (35: RiesterRente classic, Stand 07.2010)

■ Versicherungskammer Bayern

• (Fondsgebundene Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.12.2008 – RiesterRente Invest;

• Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.03.2010, Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei einer Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand 15.12.2008 – RiesterRente)

■ WWK

• (RR01M/F NT: WWK Premium FörderRente protect, Stand 01.11.2009)

■ Zurich

• (Förder Renteinvest DWS Premium, Stand 04.2009;

• Förder Renteinvest, Stand 04.2009)

Beispielhafte Anbieter mit Hybridanlage im Rentenbezug

■ Alte Leipziger

• (ALfondsRiester (Tarif FR50), Stand 06.2009: Bei Beginn der Hybridrente werden 80 Prozent der Renten, die sich aus dem zum Zeitpunkt zur Verfügung stehendem Kapital mit dem Rentenbeginn geltenden Rechnungsgrundlagen ergibt, mindestens die Garantierente, ausgezahlt. Die Rente wird über den Deckungsstock sichergestellt. Das verbleibende Guthaben wird in den Wertsicherungsfonds investiert. Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wird die garantierte Rente neu bestimmt und kann sich erhöhen, wenn der Wertsicherungsfonds sich positiv entwickelt hat. Zur Sicherstellung der garantierten Rente erfolgt eine monatliche Aufteilung des Guthabens auf das Deckungskapital und den Wertsicherungsfonds. Der jährliche Überschussanteil wird für eine zusätzliche lebenslange Rente verwendet, die der Höhe nach unvermindert erhalten bleibt)

■ HDI-Gerling

• (TwoTrust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010: Bei Verrentungsform FW werden die laufenden Gewinnanteile zunächst miteinander verrechnet und dann dem Gesamtkapital gutgeschrieben.

Zu jedem auf den Rentenbeginn folgenden Stichtag (Beginn eines Versicherungsjahres) wird eine Gesamtrente nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik aus dem Produkt von altersabhängigem Faktor, Gesamtkapital und dem Umrechnungsverhältnis berechnet.

Der altersabhängige Faktor beträgt zum Zeitpunkt des Rentenbeginns 90%. Er steigt jeden Monat bis zum Erreichen des rechnerischen Alters von 100 Jahren linear auf 100% an.

Das Umrechnungsverhältnis beschreibt die nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den dann gültigen Kalkula-

tionsgrundlagen ermittelte Altersrente je 10.000 EUR Kapital. Ist die so neu ermittelte Gesamtrente höher als die bisherige Gesamtrente, wird der Differenzbetrag vollständig dazu verwendet, die versicherte monatliche Rente und den gewährten Rentengewinnanteil so zu erhöhen, dass sich das Verhältnis zwischen versicherter monatlicher Rente und gewährtem Rentengewinnanteil nicht ändert.

Die damit erfolgte Erhöhung der versicherten monatlichen Rente ist für die Zukunft garantiert; das Deckungskapital für die versicherte Rente wird entsprechend erhöht.

Ist die so neu ermittelte Gesamtrente nicht höher als die bisherige Gesamtrente, kann sich bei einer Änderung der Kalkulationsgrundlagen der bis dahin gewährte Rentengewinnanteil ermäßigen oder sogar ganz entfallen.)

Beispielhafte Anbieter mit Investment im Rentenbezug

Alle Riester-Fondslösungen, auch wenn ein Fondsauszahlplan bis Alter 85 nicht gesetzlich vorgeschrieben ist und stattdessen auch eine sofortige Leibrente über einen Versicherer anknüpfen könnte. Inwiefern die danach über einen Versicherer dargestellte Verrentung spätestens ab dem vollendeten 85. Lebensjahr auch investmentorientiert möglich ist, hängt von dem dann zur Verrentung vorgesehenen Versicherungstarif ab. Derzeit nutzen alle Fondsgesellschaften die Verrentung

über einen Versicherer erst ab dem 85. Lebensjahr.¹ Steuerlich kann ein ungeförderntes Entsparen sinnvoll sein, denn wenn sofort eine Leibrente anschließt, würde diese nur mit dem Ertragsanteil besteuert. Insofern sind hier zukünftige Innovationen von Seiten der Fondsgesellschaften denkbar.

■ HDI-Gerling

- TwoTrust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010, Nürnberger (NFR2507 NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrech-

nungmodell, Stand 07.2009;

- NFR2507S NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente Doppel-Invest mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009)

■ Volkswohl Bund

- (AFR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung, Stand 01.2010: optional; AWR: Fondsgebundene Riester-Rentenversicherung mit dynamischem Wertsicherungskonzept, Stand 01.2010: optional)

Beispielhafte Anbieter mit gleichbleibend garantierten Renten (voll garantiert)

■ Axa

- (IRF1: TwinStar Invest, Stand 12.2009)
- (IRF2: TwinStar Invest, Stand 12.2009)
- (IRG1: TwinStar Klassik/Klassik+, Stand 12.2008)
- (IRG2: TwinStar Klassik/Klassik+, Stand 12.2008)

■ Deutscher Ring

- (RingRiesterAktiv top 3, Stand 01.2010)

■ Generali

- (Riesterrente Fonds IA 09)

■ MONEymaxx

- (MONEymaxx Discover level 2 – Riesterrente – Tarif RRIX, Stand 07.2009),

■ Skandia

- (SRR08: Skandia Riester-Rente, Stand 04.2009)

Volldynamische Rente

Wichtig für den Kunden können auch die zur Wahl stehenden Rentenarten sein. Ein echter Inflationsausgleich ist nur mit einer volldynamischen Rente gegeben, die etwa bei Swiss Life dem Überschussystem „steigend“ entspricht. Die volldynamische Rente kann leicht oder stärker steigen. Die hängt meist von der Höhe der erwirtschafteten Überschüsse ab. Allgemein beginnen volldynamische Renten auf einem sehr niedrigen Niveau. Dafür steigt die Rente von Jahr zu Jahr vergleichsweise stark. Sie lohnt sich vor allem für Personen, bei denen eine lange Lebenserwartung wahrscheinlich ist. Wer hingegen schon früh nach Rentenbeginn verstirbt, kommt nicht mehr in den Genuss der erhöhten Rentenzahlungen.

Teildynamische Renten und flexible Gewinnrenten

Eine andere Variante sind teildynamische Renten und flexible Gewinnrenten. In beiden Fällen ist eine Grundrente garan-

tiert, die zum Teil deutlich über der einer volldynamischen Rente liegt. Diese Grundrente kann nach Beginn des Rentenbezugs nicht mehr sinken.

Bei der flexiblen Gewinnrente (auch: nichtdynamische Rente) erhöht sich die Rente durch die jeweils anfallenden Zinsen und Erträge. Diese beginnt von vornherein auf einem hohen Niveau. Sofern sich die Überschussituation des Versicherers nicht ändert, bleibt die beim Rentenbeginn vereinbarte Rentenhöhe gleich. Eine Überschussrente zur laufenden Erhöhung der Grundrente wird nicht gebildet. Sinken die Überschüsse des Versicherers, reduziert sich während des Rentenbezugs die laufende Grundrente. Dadurch kann die Rente faktisch sowohl nach oben als auch unten schwanken. Andere Bezeichnungen für die flexible Rente sind „konstante Rente“ oder „Rente mit flexiblen Überschüssen“.

Der Gesetzgeber lässt „die gesonderte Auszahlung der in der Auszahlungsphase anfallenden Zinsen und Erträge“ aus-

drücklich zu. Unklar ist jedoch, wie viel Prozent der Gesamrente wenigstens auf die Grundrente zu entfallen hat. Die DWS etwa sieht eine 0% Verzinsung des Anfangskapitals ab dem 85. Lebensjahr als Minimum (Grundrente) vor und hat sich diese Verrentungsvariante vom BaFin als zulässig bestätigen lassen. Anbieterabhängig ist die Aufteilung zwischen garantierter Grund- und nicht garantierter Bonusrente sehr unterschiedlich. „Fondsgesellschaften dürfen ja auch Überschüsse, die über die Rente hinausgehen ausschütten, sogar nach Gusto, also unregelmäßig.“

Wählt ein Kunde hingegen eine teildynamische Rente mit garantiert steigendem Sockel, so erhöht sich die Grundrente im Verlauf der Zeit durch eine aus Zinsen und Erträgen gebildete Bonusrente. Technisch betrachtet wird also eine beitragsfreie Überschussrente durch „Einmalbeitrag“ gebildet. Zu dieser durch Überschüsse langfristig ansteigenden Grundrente werden zusätzlich Zinsen und Erträge ausgeschüttet,

¹ Faktisch bezieht sich „alle Fondsgesellschaften“ derzeit nur auf die DWS, da diese der einzige Anbieter ist, der bereits Rentenempfänger vorweisen kann, da hier 2002 die kürzesten Mindestansparzeiten Voraussetzung waren. Nach Kenntnis der DWS „basteln“ jedoch alle anderen Gesellschaften gerade an der Auszahlphase für 2012.

so dass trotz garantiert nicht sinkender Grundrente die Gesamtrente je nach Überschusslage sinken, gleich bleiben oder steigen kann. Beispielhaft seien für dieses Modell die Generali, LV 1871 und der Volkswohl Bund benannt.

Die Condor äußert sich hierzu wie folgt:

„Die Überschüsse im Rentenbezug werden aber nur zum Teil für die jährliche Erhöhung der Rente verwendet. Der verbleibende Teil wird in eine sog. Grunderhöhung oder Bonusrente umgerechnet, die die Anfangsrente erhöht. In den ersten Rentenjahren sind die ausgezahlten Renten dadurch höher als bei der volldynamischen Renten, später kommen dann die höheren Rentenerhöhungen der volldynamischen Rente zum Tragen. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (siehe unten) ist ein Absinken einer einmal deklarierten Überschussrente jedoch ausgeschlossen. Bei einer Änderung der Überschussbeteiligung kann sich auch die Höhe der Grunderhöhung/Rentenbonus ändern, so dass die ausgezahlten Renten durchaus auch mal sinken können. Die Erhöhungen der Grundrente sind dabei immer für die Zukunft garantiert.“

Einige Anbieter (z.B. Allianz, Münchener Verein oder WVK) besitzen jedoch auch teildynamische Renten mit nur bedingt garantiert steigendem Sockel, bei denen einzig die bei Beginn des Rentenbezugs garantierte Rente dauerhaft garantiert ist.

Dazu kommen nach der bei Rentenbeginn kalkulierten Überschusskalkulation jährliche Rentensteigerungen durch Überschüsse.

Sinken jedoch die nach Rentenbeginn deklarierten Überschüsse, so kann die Rente bis auf die garantierte Rente bei Rentenbeginn absacken.

Ein Versicherer hat sich mündlich dazu geäußert, dass teildynamische Renten und flexible Gewinnrenten ein Zugeständnis des Gesetzgebers an die Versicherer seien, denn eigentlich sei diese nicht im Sinne der Riester- oder Basisrentengesetzgebung, denn eigentlich sollte eine Rente niemals unter einen einmal erreichten Wert fallen dürfen.

Allerdings sei diese Verrentungsart schon seit Jahren üblich in der Versicherungswirtschaft.

Rentenbezugsformen

Bei der Wahl des geeigneten Versicherungstarifes für den konkreten Kunden kann es hilfreich sein, mit dem Kunden die vorhandenen Rentenbezugsformen gemeinsam durchzusprechen. Einige Anbieter wie die Nürnberger oder der Volkswohl Bund bieten gleich eine ganze Wahl verschiedener Überschussverwendungsarten ohne dabei die Tarifauswahl einzuschränken. Der Kunde kann sich hier beispielsweise in allen Riester-tarifen (ASR, AFR, AWR, ASR+, AFR+, AWR+) wahlweise die volldynamische Rente, die teildynamische Rente sowie die nicht-dynamische Zusatzrente auswählen. Interessant ist ein Blick auf die exemplarische Entwicklung der Rentenhöhe im Tarif ASR, wobei Beitragshöhe, Rentenbeginn etc. in diesem Zusammenhang ohne Belang sind, da es nur um die reine Illustration der Unterschiede gehen soll:

Zusammensetzung und Entwicklung der Monatsrente im Rentenbezug in EUR					
Steigerungssatz p.a.	0% (nicht-dynamisch)	oder	1,00% (teildynamisch)	oder	2,70% (dynamisch)
nach Ansparphase plus	408	oder	408	oder	408
Überschussrente gleich Gesamtrente im vers.technischen Alter**)	172	oder	105	oder	0
67	580		513		408
68	580		518		419
69	580		523		430
70	580		529		442
75	580		556		505
80	580		584		577
85	580		614		659

Fazit: Wer wenigstens einen sicheren, zumindest teilweisen Inflationsausgleich im Rentenbezug sichern möchte, ist mit einer volldynamischen Rente am besten bedient. Nur bedingt tauglich ist eine teildynamische Rentenleistung mit zumindest teilweiser Erhöhung der Garantierente, da hier die Gesamtrente bei fallenden Überschüssen nicht mehr einen Inflationsausgleich gewährleistet. Eine teildynamische Rente, bei der ggf. ein Absinken auf die Rentenhöhe bei Beginn des Rentenbezugs möglich ist oder eine flexible Gewinnrente bieten ausdrücklich keinen echten Inflationschutz. Speziell bei der Entscheidung für eine teildynamische Verrentung sollte auch das konkrete Verrentungsmodell hinterfragt werden.

Soweit bekannt, einzig von Deutscher Ring und MONEYMAXX angeboten wird eine Rentenbezugsform, die auf Basis einer festen Garantierente eine zusätzliche dynamische Bonusrente darstellt. Das Besondere ist, dass die nicht garan-

tierte Überschussrente zunächst steigend und später fallend kalkuliert ist.

Vorstellbar wäre als weitere Variante eine flexible Grundrente für Riesterprodukte, Diese lässt sich jedoch mit den gesetzlichen Vorgaben nicht vereinen und steht damit nicht zur Verfügung.

Im Gesetzestext heißt es nämlich wie folgt:

„§1 Begriffsbestimmungen
 (1) Ein Altersvorsorgevertrag im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn zwischen dem Anbieter und einer natürlichen Person (Vertragspartner) eine Vereinbarung in deutscher Sprache geschlossen wird,
 [...]
 4. die monatliche Leistungen für den Vertragspartner in Form einer
 a) lebenslangen Leibrente oder Ratenzahlungen im Rahmen eines Auszahlungsplans mit einer anschließenden Teilkapitalverrentung ab spätestens dem 85. Lebensjahr vorsieht; die Leistungen müssen während der gesamten Auszahlungsphase gleich bleiben oder steigen; Anbieter und Vertragspartner können vereinbaren, dass bis zu zwölf Monatsleistungen in einer Auszahlung zusammengefasst werden oder eine Kleinbetragsrente nach § 93 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes abgefunden wird; bis zu 30 Prozent des zu Beginn der Auszahlungsphase zur Verfügung stehenden Kapitals kann an den Vertragspartner außerhalb der monatlichen Leistungen ausgezahlt werden; die gesonderte Auszahlung der in der Auszahlungsphase anfallenden Zinsen und Erträge ist zulässig;
 b) lebenslangen Verminderung des monatlichen Nutzungsentgelts für eine vom Vertragspartner selbst genutzte Genossenschaftswohnung vorsieht oder eine zeitlich befristete Verminderung mit einer anschließenden Teilkapitalverrentung ab spätestens dem 85. Lebensjahr vorsieht; die Leistungen müssen während der gesamten Auszahlungsphase gleich bleiben oder steigen; die Ansparleistung muss in diesem Fall durch die Einzahlung auf weitere Geschäftsanteile an einer eingetragenen Genossenschaft erfolgen; die weiteren Geschäftsanteile gelten mit Beginn der Auszahlungsphase als gekündigt; Buchstabe a Teilsatz 3 bis 5 gilt entsprechend;

Anbieter	Tarif	voll-dynamische Rente (auch: gleich bleibend garantierte Rente, voll garantierte Rente, steigende Rente, dynamische Überschussrente, dynamische Bonusrente)	teildynamische Rente mit garantiert (G) oder bedingt (B) garantiert steigendem Sockel (auch: Bonusrente mit Sockel, wachsende Bonusrente)	nicht dynamische Rente (auch: flexible Gewinnrente, konstante Gewinnrente, Bonusrente)	erst steigende und dann fallende dynamische Rente
Allianz	Zukunftsrente Klassik (RiesterRente) E 80, Stand 12.2008	X	x (B)		
	E 83: Zukunftsrente IndexSelect, Stand 12.2009	X	x (B)		
	E 202: Zukunftsrente Invest alpha-Balance, Stand 06.2009	X	x (B)		
Alte Leipziger	FR50: ALfonds Riester, Stand 06.2009; FiskAL (Tarif RV50), Stand 01.2009	X	x (B)	x	
Axa	IRF1: TwinStar Invest, Stand 7.2010	X			
	IRF2: TwinStar Invest, Stand 7.2010	X			
	IRG1: TwinStar Klassik / Klassik+, Stand 7.2010	X			
	IRG2: TwinStar Klassik / Klassik+, Stand 7.2010	X			
	ARG1: Klassik-Riester-Rente, Stand 7.2010	X	x (B)		
	ARG2: Klassik-Riester-Rente, Stand 7.2010	X	x (B)		
Condor	Congenial riester garant, Stand 06/2010	X	X (G)		
Continentale	VR3: VorsorgePlusPlan, Stand 01.09.2010	X		x	
Deutscher Ring	Ring Riester Aktiv top 3, Stand 01.2010	X	X (G)		x
DWS	DWS RiesterRente Premium, Stand 02.2009			x	
Generali	Riesterrente Fonds IA 09	X	X (G)		
	Riester-Rente RA 09, Stand 07.2009:		X (G)		
Gothaer	MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Fonds, Stand 07.2009 und 10.2010	X			
	MRRF2: Gothaer ErgänzungsVorsorge ReFlex, Stand 07.2009 und 10.2010	X			
	MRRF1: Gothaer ErgänzungsVorsorge Classic, Stand 07.2009 und 10.2010	X			
HanseMerkur	AR7M: Riester Care	X	X (G)		
HDI-Gerling	TwoTrust Riesterrente (FRWA 09), Stand 01.2010	X	x (G)		
Heidelberger	FörderPerformer Rente, Stand 04.2010	X	X (G)		
IDUNA	SIGGI Riester Rente 10.2009	x	x (G)		
	NR: Riester-Rente, Stand 10.2009	X	x (G)		
LV 1871	Fondsgebundene RieStar-Rentenversicherung, Stand 04.2009	X	X (G)	x	
MONEYMAXX	MONEYMAXX Discover level 2 – Riesterrente – Tarif RRIX, Stand 07.2009	X	X (G)		x
Münchener Verein	64: Kapitalbildende Riesterrente, Stand 01.2009		x (B)		
Nürnberger	NR2507 NÜRNBERGER ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009	X	X (G)		
	NFR2507 NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009	X	X (G)		
	NFR2507S NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente Doppel-Invest mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009	X	X (G)		
Skandia	SRR08: Skandia Riester-Rente, Stand 04.2009	X			
Stuttgarter	RiesterRente classic (Tarif 35 - Tarifgeneration 2009), Stand 07.2009	X	X (B)		
Swiss Life	FRVHYR1: Swiss Life RiesterRente FRV, Stand 09.2010	X	X (G)		
	Swiss Life Riester-Rente, Stand 09.2010	X	X (G)		
Versicherungskammer Bayern	Fondsgebundene Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.12.2008 – RiesterRente Invest	X	X (G)		
	Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand: 15.03.2010, Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei einer Rentenversicherung als Altersvorsorgevertrag, Stand 15.12.2008 – RiesterRente	X	X (G)		
Volkswahl Bund	AWR: Invest Extra, Stand 01.2010	X	X (G)	x	
	AFR: Safe Invest Extra, Stand 01.2010	X	X (G)	x	
	ASR: Safe Invest, Stand 01.2010	X	X (G)	x	
	AWR+: Invest Extra, Stand 01.2010	X	X (G)	x	
	AFR+: Safe Invest Extra, Stand 01.2010	X	X (G)	x	
	ASR+: Safe Invest, Stand 01.2010	X	X (G)	x	
WWK	RR01M/F NT: WWK Premium FörderRente protect, Stand 01.11.2009		x (B)	x	
Zurich	Förder Renteinvest DWS Premium, Stand 04.2009 *	X	X (G)		
	Förder Renteinvest, Stand 04.2009	X	X (G)		

* Die Verrentung des DWS-eigenen Riester-Premium-Produktes weicht deswegen vom Produkt von Zurich Deutscher Herold ab, weil die DWS als Fondsgesellschaft selbst keine echte lebenslange Leibrente anbieten kann - die Übernahme biometrischer Risiken können exklusiv Lebensversicherungsunternehmen leisten. Stattdessen wird die Rente bis zum Alter 85 als Auszahlplan gestaltet, anschließend kommt eine Restverrentung über ein Lebensversicherungsunternehmen zum Tragen. Es ist kalkulatorisch dabei sichergestellt, dass die Rente nicht sinkt (wie vom AltZertG gefordert).

Der Mechanismus für die Bonus-PLUS-Rente ist eine Art Zwischenform zwischen den beiden beschriebenen teildynamischen Rentenbezugsformen. Die Bonus-PLUS-Rente ist aufgebaut aus einem garantierten Sockel auf Basis des Rechnungszinses, einem weiteren Sockel aus Überschuss sowie einer sich dynamisch steigenden Bonus-Anteil. Müssen die Überschüsse gesenkt werden, sinkt zunächst der Steigerungssatz aus diesem letzten Teil bis auf 0. Reicht dies nicht aus, wird auch der nicht garantierte Sockel aus Überschüssen abgesenkt - damit kann im schlechten Fall auch die Gesamtrente sinken, allerdings nicht bis zur Höhe der ursprünglichen Garantierente, da (analog der voll-dynamischen Bonusrente) der einmal erreichte Baustein aus dem Bonus-Teil garantiert ist.

Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall

Wer sich von möglichen, aber nicht garantierten Überschüssen der Gesellschaften unabhängig machen will, sollte lieber auf eine garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall achten. Eine solche Zusage ist teuer, kann aber einen echten Inflationsschutz gewährleisten, zumal über die garantierten Leistungen hinaus Überschüsse eine weitere Erhöhung der vereinbarten Leistungen ermöglichen können.

Beispielhafte Anbieter mit optional garantierter Rentensteigerung im Leistungsfall unabhängig von der Höhe der Überschussbeteiligung

■ Heidelberger

(FörderPerformer Rente, Stand 04.2010: die Überschüsse werden zur Erhöhung der bisher erreichten Renten verwendet (Bonusrente). Die Bonusrenten sind wie die zugrunde liegende Rente für die gesamte Rentenbezugszeit garantiert. Alternativ können jährliche Rentensteigerungen von 1, 2 oder 3 Prozent pro Jahr vereinbart werden)

■ Volkswohl Bund

(AWR: Invest Extra, Stand 01.2010: es können garantierte Rentensteigerungen zwischen 1 und 3 Prozent pro Jahr vereinbart werden – dies gilt nicht bei fondsgebundener Bezugsform. Die Rente erhöht sich jährlich um die jährlich am Jahrestag des Rentenzahlungsbeginns zugewiesenen Überschüsse, deren Umfang nicht vorhergesagt werden kann. Einmal zugewiesene Erhöhungen bleiben für die gesamte Rentendauer garantiert; AFR: Safe Invest Extra: siehe AWR; ASR: Safe Invest, Stand 01.2010: siehe AWR),

■ WWK

(RR01M/F NT: WWK Premium FörderRente protect, Stand 01.11.2009: es können garantierte Rentensteigerungen zwischen 1 und 3 Prozent pro Jahr vereinbart werden)

Geringe Restlebenserwartung und andere Problemstellungen

Wenn ein Riestervertrag abgeschlossen wird, ist der Rentenbeginn noch weit entfernt. Als Folge kann es passieren, dass schwere Krankheiten eine nur noch geringe Restlebenserwartung bedeuten können. Wer etwa einen echten „Nullver-

trag“ abgeschlossen hat, riskiert in solchen Fällen praktisch sein gesamtes Guthaben zu verlieren, sollte er mehr als 30 Prozent auf einmal auszahlen lassen. Eine Lösung in solchen Fällen bietet die LV 1871, die bei geringer Restlebenserwartung eine höhere Rentenleistung vorsieht, eine andere Variante besitzt der Volkswohl Bund mit erhöhter Rente bei Pflegebedürftigkeit:

Anbieter mit erhöhter Rente bei verminderter Lebenserwartung als Folge schwerer Krankheiten oder bei Pflegebedürftigkeit

■ LV 1871

(Fondsgebundene RieStar-Rentenversicherung, Stand 04.2009: bei Altersrentenübergang kann eine individuelle Gesundheitsprüfung verlangt werden. Ist die individuelle Lebenserwartung geringer als die statistische Lebenserwartung, wird eine höhere Rente, ggf. mit verkürzter Rentengarantiezeit, gezahlt. Der Antrag muss 3 Monate vor Rentenbeginn gestellt werden und es muss zum Zeitpunkt der Beantragung bereits eine monatliche Altersrente von mindestens 100 Euro garantiert sein)

■ Volkswohl Bund

(Tarif ASR+, AFR+ und AWR+, Stand 05.2010: Bei Pflegebedürftigkeit zu Rentenbeginn oder während des Rentenbezugs, kann der Versicherte eine erhöhte Rente beantragen. Die erhöhte Rente wird ab 3 ADL gewährt und lebenslang gezahlt. Der jeweilige Tarif kann ohne Gesundheitsprüfung vereinbart werden.

Bis zum Rentenbeginn kann ebenfalls eine ganze Menge geschehen. Sofern etwa eine Berufsunfähigkeit eintritt, kann eine vereinbarte Riesterprämie ggf. nicht mehr finanziert werden. Aufgrund der engen gesetzlichen Vorgaben, wonach höchstens 15% des Beitrages für die zusätzliche Absicherung einer verminderten Erwerbsfähigkeit eingesetzt werden dürfen (§1 Abs. 1 Nr. 3 AltZertG), ist der Einschluss einer Berufsunfähigkeitsrente im Rahmen einer Riesterrente nur schwer durchführbar und auch der Einschluss einer Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit die absolute Ausnahme. Den gesetzlichen Hintergrund könnte man auch so verstehen, dass eine echte Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit



Wie vertragen sich Berufsunfähigkeit und Beitragsaussetzung für die Riester-Rente?

im Rahmen einer Riesterrente nicht möglich sei, da zwingend Leistungen an den Kunden fließen müssen. In Wirklichkeit handelt es sich daher um eine Berufsunfähigkeitsminirente in Höhe eines Monatsbeitrages, der an den Kunden fließt. Dieser ist ausdrücklich nicht zweckgebunden und ist zu versteuern. Als Schlussfolgerung aus dieser Betrachtung bedeutet dies, dass eine mögliche Beitragsbefreiung die mögliche zulaugenunschädliche Kapitalauszahlung von 30% aus einem Riestervertrag entsprechend mindert. Aufgrund der problematischen Steuer- und Förderaspekte der Konstruktion schließt beispielsweise MONEXYMAXX für sich eine solche Beitragsbefreiung bei BU bewusst aus, „da sich keine Vorteile für Kunden und Vertriebspartner“ ergeben würden. Die Allianz weist in ihrer Presseinformation vom Juli 2010 darauf hin, dass die BSR (Berufsunfähigkeitsrente zur Beitragssicherung“ aus rechtlichen Gründen „über eine BU-Rente erfolgen [müsse], über die der Kunde im Leistungsfall frei bestimmen kann. [...] Wird ein Kunde berufsunfähig, muss er die Rente zwar versteuern, da er dann aber meist einen niedrigen Steuersatz haben dürfte, ist diese Belastung relativ gering. Zudem erhält er für die fortgeführte Riesterrente weiterhin die Zulagen, sofern die Voraussetzungen für die Förderfähigkeit gegeben sind. [...] Der Kunde kann seine BU-Rente für die Beitragszahlung des Riestervertrages verwenden. Er kann sie aber auch auszahlen lassen und anderweitig nutzen.“

Anbieter mit optionaler Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

■ **Allianz**

(Allianz RiesterRente Klassik, Allianz RiesterRente IndexSelect, Allianz RiesterRente Invest alpha-Balance: nur zwei Gesundheitsfragen zu Beruf und Hobby. BSR muss mindestens bis zum Endalter 60 laufen, kann von der Vertragsdauer des Riestervertrages abweichen und kann dynamisiert werden zwischen 2 und 10%. Mehr als die Höchstleistung von 2.100 Euro p.a. kann nicht abgesichert werden. Verzicht auf abstrakte Verweisung)

■ **Axa**

(IRF 1: TwinStar Invest, Stand 12.2009: beitragsfrei gestellt wird nicht der Hauptvertrag, sondern allein die eingeschlossene Berufsunfähigkeitsrente. Siehe unten; IRF 2: TwinStar Invest: siehe IRF 1; IRG 1: TwinStar Klassik, Stand 12.2008: siehe IRF 1; IRG 2: TwinStar Klassik, Stand 12.2008: siehe IRF 1)

■ **Volkswahl Bund**

(AFR: Safe Invest Extra, Stand 01.2010: die Risikoprüfung erfolgt auf Basis von drei Gesundheitsfragen. Für den Versicherungsschutz gilt eine Wartezeit von 3 Jahren, ausgenommen unfallbedingter Berufsunfähigkeit ohne Wartezeit. Genereller Verzicht auf abstrakte Verweisung; ASR: Safe Invest mit Anlage der Überschüsse in Fonds, Stand 01.2010: siehe AFR; ASR: Klassische Riester-Rentenversicherung Safe, Stand 01.2010: siehe AFR; AWR: Invest Extra, Stand 01.2010: siehe AFR)

Anbieter mit optionalem Einschluss einer Berufsunfähigkeitsrente

■ **Allianz**

(Allianz RiesterRente Klassik, Allianz RiesterRente IndexSelect, Allianz RiesterRente Invest alpha-Balance: siehe oben),

■ **Axa**

(IRF 1: TwinStar Invest, Stand 12.2009: Rentenleistung ab einer bedingungsge-
mäßigen Berufsunfähigkeit von mindestens 50%. Die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bezieht sich hier nicht auf den Hauptvertrag, sondern nur auf die angehängte BUZ. In der Berufsgruppe 4 gilt das Recht auf abstrakte Verweisung, in den Berufsgruppen 1+ bis 3 und

K wird auf eine solche verzichtet. Der
Einschluss der Berufsunfähigkeitsrente
setzt eine Risikoprüfung voraus; IRF 2:
TwinStar Invest: siehe IRF 1; IRG 1:
TwinStar Klassik, Stand 12.2008: siehe
IRF 1; IRG 2: TwinStar Klassik, Stand
12.2008: siehe IRF 1)

Einschluss der Pflege

Bei der Generali wird jedem Kunden, der eine Basis- oder Riesterrente abschließt, ein Pflegegarantieschein zur Verfügung gestellt, ohne dass dies bedingungsseitig verankert wäre. Wird dieser eingelöst, kann der Kunde zum Rentenbeginn ohne erneute Gesundheitsprüfung eine monatliche Pflegerente in Höhe von bis zu 2.000 Euro monatlich versichern. Die Höhe wird in Abhängigkeit zur monatlichen Riesterrente bestimmt. Sie darf maximal der vierfachen garantierten Riester- oder Rüruprente entsprechen und die benannten 2.000 Euro nicht übersteigen.

MONEXYMAXX bietet eine optionale Pflegerente bis 1.500 Euro monatlich unabhängig von der vereinbarten oder garantierten Rentenhöhe. Die Pflegeoption wird ebenfalls in einem separaten Zertifikat geregelt, da sie wegen der Riester-Zertifizierungsvorgaben nicht im Bedingungswerk enthalten sein kann. Voraussetzung ist eine Aufbauphase von mindestens 12 Jahren und dass die versicherte Person ab Beginn der flexiblen Rentenphase, spätestens jedoch bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem sie das 67. Lebensjahr vollendet, eine Pflegerentenversicherung bei MONEXYMAXX abschließt. Die Annahme erfolgt dann ohne Gesundheitsprüfung. Der Versicherungsschutz gilt auf Basis der dann gültigen Tarife, „die Leistungen ab einem Grad der Pflegebedürftigkeit vorsehen, die der Einstufung in die Pflegestufe 2 bzw. 3 gem. §§ 14 und 15 SGB XI (Stand 01.09.2009) entspricht bzw. diesen Einstufungen am nächsten kommt.“ Die vollständigen Voraussetzungen und Leistungen lassen sich beim Versicherer anfordern.

Analog wird die identische Pflegerentenoption über die Deutscher Ring Lebensversicherung-AG angeboten.



Know-how für Makler

Vierteljährlich aktualisierte Sicherheit in Produkt- und Haftungsfragen!

www.promakler.de
 info@bhm-marketing.de
 BHM Verlag GmbH
 Mitteldorfstr. 12
 37130 Gleichien

Ablaufleistungen, Kickbacks, Garantien und Fragezeichen

Zwischenzeitlich ist es in Mode gekommen, dass Anbieter ihre prognostizierten Ablaufleistungen künstlich höher ausweisen, um im Wettbewerbervergleich günstiger dazustehen. Hierzu werden Kickbacks in die Hochrechnungen eingerechnet oder Überschussätze ausgewiesen, die oberhalb der längerfristigen Nettoverzinsung des Anbieters liegen. Beides ist zumindest unseriös, da weder auf Kickbacks noch die Höhe sonstige Überschüsse ein Rechtsanspruch durch den Kunden besteht und diese sich der Höhe nach bis zum Rentenbeginn stark ändern können. Transparent wäre es wenigstens, wenn Versicherer das Recht ihrer Kunden auf Erstattung aller Kickbacks statt in den Werbeprospekten und Hochrechnungen in den Bedingungen verankern würden. Dann sollten die Anbieter aber ergänzend auch die Kapitalanlagekosten in ihren Musterrechnungen berücksichtigen. Derzeit ist nämlich nicht nachvollziehbar, wieso ein Anbieter Hochrechnungen so gestalten darf, dass auf Basis einer Fondsperformance von 0% p.a. eine mögliche Ablaufleistung oberhalb der Summe der bis dahin eingezahlten Beiträge und Zulagen erfolgen darf. Hier werden Verbraucher und Vermittler in die Irre geführt.

Wer in seinen Hochrechnungen hohe Bruttokosten einrechnet, kann diese durch entsprechend hohe Kickbacks und Überschussbeteiligungen in den

Hochrechnungen kompensieren, ohne dass ein Kunde später einen konkreten Rechtsanspruch auf eine Beteiligung an diesen Mehrerträgen herleiten kann. Vergleicht man solche Anbieter auf Basis der tatsächlich garantierten Werte nach Kosten, so sind verständlicherweise deutlich weniger überzeugende Renditen zu erwarten.

Die Höhe der ausgewiesenen Kickbacks kann je nach Versicherer und gewähltem Fonds stark variieren. So weist etwa die Alte Leipziger für Kunden, die in den Lupus alpha Smaller Euro Champions investieren nur einen Fondsüberschuss von 0,004% aus, beim Magellan D von 0,016%, beim Fidelity America Fund von 0,025%, während beim AL FT Chance sogar 0,070% als Kickbacks ausgewiesen werden. Für den Wertsicherungsfonds unterstellt die Alte Leipziger einen Überschussanteil von derzeit 0,054%.

Eine Besonderheit ist die erstmalige Ausweisung von Kickbacks durch die Alte Leipziger im Geschäftsbericht für 2009 auf der Seite 68. Soweit bekannt war der Versicherer damit ein Vorreiter. Demnach seien den Versicherten durchschnittlich 54% der „Rückvergütungen für ersparte Verwaltungsaufwendungen“ von insgesamt 497.200 Euro gut geschrieben worden, insgesamt also 268.800 Euro. Die vom Fondsguthaben abhängigen Überschüsse entstehen, da

das Unternehmen von den Fondsgesellschaften ggf. Rückvergütungen erhält, die laut Versicherer – sofern sie über 0,25% liegen – im Rahmen der Überschussbeteiligung an den Kunden weitergegeben werden.

Verhältnismäßig transparent ist das Thema Kickbacks bei der Condor in den Verbraucherinformationen thematisiert:

„Die Fonds werden durch eine Fondsgesellschaft verwaltet, Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Beschreibungen der Fonds. Die Fondsgesellschaft gibt einen Teil der Verwaltungsvergütung an die Condor Lebensversicherungs-AG weiter. Die Höhe der Verwaltungsvergütung beträgt zurzeit 0,15% bis maximal 2,00% jährlich. Sie ist bei vielen Fonds geringer als der angegebene Maximalwert. Die Verwaltungsvergütung für den jeweiligen Fonds entnehmen Sie bitte den Beschreibungen der Fonds. Von der Verwaltungsvergütung erhält die Condor Lebensversicherungs-AG zurzeit jeweils 0,00% bis zu maximal 46,88%.“

Damit bleibt leider die konkrete Höhe der Kickbacks offen, welche rechnerisch zwischen 0% oder im Bestfall 0,9376% liegen müssten. Es fehlt eine für Dritte nachvollziehbare Richtschnur, wann wie viel Rückvergütung an die Versicherten oder zumindest in gemeinsamen Überschusstopf ausgeschüttet wird. Nimmt man einen beispielhaften Anlagebetrag von nur 25 Euro monatlich und einen Zeitraum von 30 Jahren, so können die Kickbacks gerundet bis zu 1.390 Euro betragen, bei einem Beitrag von 175 Euro monatlich sogar bis zu 9.730 Euro.

Die beschriebenen Kickbacks fließen laut Condor in einen „Topf“, aus dem auch die Verwaltungskosten entnommen werden. Der Kunde erhält einen Verwaltungskostenüberschuss in Prozent seines Fondsguthabens, welcher auch aus diesen Rückflüssen entsteht. Da alle Kickbacks im gleichen „Topf“ landen, wird der einzelne Kunde unabhängig von den von ihm konkret gewählten Fonds pauschal an den Zahlungsrückflüssen beteiligt. Dies gilt auch für Kunden, die sich für einen Indexfonds entschieden haben, die sonst praktisch gar nicht von Kickbacks profitieren würden.

Im Tarif CleVesto der Helvetia werden pauschal 0,20% des Fondsguthabens

Im Jahr 2009 erhielten wir von den Fonds 0,5 Mio € Rückvergütungen für ersparte Verwaltungsaufwendungen. Davon wurden den einzelnen Versicherungen im Durchschnitt ca. 54% im Rahmen der Überschussbeteiligung gutgeschrieben.

Fondsbezeichnung	Rückvergütung	davon den Kunden als Überschussbeteiligung gutgeschrieben
	Tsd. €	Tsd. €
AL FT Chance	143,4	84,0
AL FT Wachstum	72,8	39,0
AL Trust Aktien Deutschland	66,6	40,0
AL FT Stabilität	41,3	20,2
AL Trust Aktien Europa	28,1	16,6
Templeton Growth (Euro) Fund	27,7	17,0
Vermögensmanagement Chance OP	12,8	3,9
AL DWS GlobalAktiv+	12,4	5,0
Fidelity Funds – European Growth Fund	12,0	6,1
AL Trust Global Invest	10,5	5,8
alle übrigen	69,6	31,2
Insgesamt	497,2	268,8

als laufender Überschuss angenommen, bei der Nürnberger im Tarif NFR 2507S von 0,25 % des überschussberechtigten Fondsvermögens, erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Beim **Volkswohl Bund** (Tarife: AFR, AWR) wird in den Informationen zu den Überschussanteilen für 2010 ab dem sechsten Versicherungsjahr ein Kostenüberschuss von 0,65% vom Fondsguthaben als Kickbacks einkalkuliert. Hierzu heißt es in einer Werbebroschüre wie folgt:

„Auch unsere Fondsgebundenen Riester-Renten erhalten ab sofort einen jährlichen Überschuss in Höhe von 0,65% des vorhandenen Fondsguthabens. Die prognostizierte Leistung erhöht sich somit um fast 10%.“ (Quelle: Vertriebsinformation Nr. 4/2009)

Einen Warnhinweis, dass dieser jährliche Überschuss nicht garantiert ist, wird in der Broschüre nicht gegeben.

Die **WWK** rechnet in ihrem Tarif **WWK Premium FörderRente protect** einen laufenden Überschuss von 0,5% in die Musterrechnung ein. Dieser wird angesprochen als „laufender Überschuss während der Grund- und Garantierhaltungsphase in Höhe von 0,5% des vorhandenen Fondsguthabens“. Dieser ist inklusive Kickbacks.

Ganz offensichtlich wird für Kickbacks kein einheitlicher Überschussatz wie auch keine einheitliche Zuweisung bei den verschiedenen Versicherern deklariert, weshalb die Ausweisung eine Vergleichbarkeit stark erschwert. Bei den meisten Anbietern werden die laufenden Verwaltungskostenüberschüsse dem Kunden sofort gut geschrieben. Sie erhöhen also das Vertragsguthaben. Auch bei einer Kündigung können sie dann nicht mehr zurückgenommen werden. Schlussüberschüsse im Fondsbereich sind eher selten, können dann aber bei vorzeitiger Kündigung vollständig entfallen. Bei konventionellen Tarifen sind Schlussüberschüsse weit häufiger.

Kickbacks sind zudem nichts Neues, sondern schon seit jeher Teil der Einnahmen der Versicherer gewesen. Es handelt sich quasi um die laufende Vertriebsvergütung der Fondsgesellschaft an ihre Vertriebspartner und damit auch an die Assekuranz. Diese Vergütungen sind von Seiten der Kapitalgesellschaften

in die Fondskosten eingepreist. Ein Verzicht auf diese Vergütungen würde die Gebühren für die Kunden laut Condor nicht senken, erhöhe jedoch die Gesamterträge des Versicherers. Für die Anbieter steht es demnach bisher frei, diese Rückflüsse der Kapitalgesellschaften dafür zu nutzen, die Courtage der Makler zu erhöhen, diese als Folge eines steigenden Preisdrucks hinaus an die Kunden auszuschütten oder zu nutzen, um die eigene Ertragskraft zu stützen. Theoretisch kann ein Anbieter diese Vermittlungsprovisionen allerdings auch vollständig für sich behalten, ohne damit gegen Gesetze oder Verordnungen zu verstoßen, eben da es sich um keine Kostenüberschüsse handelt, auf die Kunden einen Rechtsanspruch erheben könnten.

Kickbacks sind auch einer der Gründe, wieso ETFs derzeit nur für wenige Versicherer attraktiv erscheinen. Nimmt man nämlich die brancheneinheitlichen Hochrechnungen mit 3, 6 oder 9%, so berücksichtigen diese keine Fondskosten. Der Kostenvorteil des Kunden durch die ETF taucht daher in den Hochrechnungen nicht auf. Da ein ETF jedoch keine (relevanten) Kickbacks darstellt – schließlich erfolgt die Verwaltung überwiegend passiv –, können diese Rückflüsse auch nicht in die Hochrechnungen einfließen. Dem Versicherer fehlt gleichermaßen eine Einnahmequelle, die bei den üblichen Publikumsfonds vom Kunden unbemerkt, „angezapft“ werden können. In der Wettbewerbssituation kann daher der Eindruck eines besonders teuren Produkts entstehen, nur weil eben keine Kickbacks darstellbar sind und die Fondsverwaltungskosten in Hochrechnungen bisher nicht ausgewie-

sen werden müssen. Dies betrifft aber nur Anbieter, bei denen Kickbacks fondsabhängig individuell ausgewiesen werden, so wie etwa bei der Alte Leipziger. Wer bei den Kickbacks nicht zwischen einzelnen Fonds unterscheidet, ist bei den typischen Hochrechnungen eher weniger betroffen.

Beispielhafte Anbieter mit Einrechnung von Kickbacks zur Erhöhung der prognostizierten Ablaufleistung

■ Alte Leipziger

(ALfondsRiester (Tarif FR50), Stand 06.2009; FiskAL (Tarif RV50), Stand 01.2009 mit Anlage der Überschüsse in Fonds, Stand 01.2009)

■ Helvetia

(FAV / FAVP: CleVesto DoubleInvest, Stand 09.2009),

■ Nürnberger

(NFR2507S NÜRNBERGER Fondsgebundene ZulagenRente Doppel-Invest mit Zulagen- oder Verrechnungsmodell, Stand 07.2009),

■ Volkswohl Bund

(AWR: Invest Extra, Stand 01.2010; AFR: Safe Invest Extra, Stand 01.2010),

■ WWK

(RR01M/F NT: WWK Premium FörderRente protect, Stand 01.11.2009)

** Der Rentenfaktor wird bei privaten Rentenversicherungen, auch bei der Rürup Rente und der Riester Rente, angewendet, wenn es rein eine rein fondsgebundene Lebensversicherung ist. Hier gibt der Rentenfaktor wider, wie hoch die zu erwartende Rente im Verhältnis zum erwirtschafteten Fondsguthaben sein wird. Üblicherweise wird dieser Wert auf je 10.000 Euro gebildetes Kapital angegeben.*

Teil 4 dieser Serie wird in „Risiko & Vorsorge“ 2/2011 fortgesetzt. Die Ausgabe erscheint am 08. April 2011.

Inhalt

- Überschussbeteiligung, Wertsicherung und Garantien
- Rentengarantiezeit
- Vertragslaufzeiten & Mindestbeiträge
- Insolvenzschutz
- Anbieterwechsel
- Beitragsreduzierung
- Beitragsfreistellung
- Stornokosten
- Beitragserhöhung & Zuzahlung

Uelzener: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Im Alltag trifft der Makler immer wieder auf mehr oder weniger gravierende Widersprüche zwischen der Außendarstellung einer Gesellschaft und der Praxis. Hier ein Fall, der die Uelzener Versicherungen betrifft.

Autor: Stephan Witte

Die Uelzener Versicherungen werben auf ihrer Homepage wie folgt:

„Wir bekennen uns zur sozialen Marktwirtschaft und zur freien privatwirtschaftlichen Individualversicherung. Wir nehmen unsere gesellschaftliche Verantwortung wahr und betreiben aktive Informationspolitik und Öffentlichkeitsarbeit.“

Offensichtlich gehört es jedoch auch zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit und zu einer funktionierenden Öffentlichkeitsarbeit, in Einzelfällen Journalisten den Mund verbieten zu wollen. Im Rahmen einer Recherche zum Thema Pferdehalter-Haftpflichtversicherung für eine Pferdefachzeitschrift wollte die Uelzener die Veröffentlichung eines Leistungsvergleichs verhindern. Die Chronologie der Ereignisse liest sich wie folgt:

Dem Pressesprecher der Uelzener wurde, wie anderen Gesellschaften auch, am 13.09.2010 der geplante Artikelentwurf für die Fachzeitschrift mit der Bitte um eventuelle fachliche Korrekturen zur Verfügung gestellt. Während die Mehrzahl der Wettbewerber dem Aufruf folgte, ihre Kommentare einbrachte und zum Teil auf geänderte oder zukünftig erscheinende Bedingungswerke aufmerksam machte, antwortete die Uelzener nicht.

Auf telefonische Rücksprache hieß es dann, dass man keine Veröffentlichung wünsche. Es werde ein veralteter Tarif

dargestellt und der Text enthalte sachliche Fehler. Die Unterlagen zu dem neuen Tarif wollte man jedoch nicht zur Verfügung stellen.

„Wir möchten nicht erwähnt werden.“

Auf Nachfrage bei den Mitarbeitern im Hause hatte man wenig Verständnis dafür, dass man überhaupt die Bedingungen haben wolle. Schließlich sei es doch der normale Weg, erst ein Invitationsangebot anzufordern. Letztlich wurden die geänderten Bedingungen dann doch geliefert, aber nicht von der Pressestelle. Zunächst ohne die dazugehörigen AHB. Dabei ist es interessant zu vermerken, dass auch andere Marktteilnehmer, die auf stets aktuelle Bedingungswerke angewiesen sind, von ihren diesbezüglich schlechten Erfahrungen mit der Uelzener zu berichten wussten.

Auf eine erneute Nachfrage wurde dem Journalisten folgende Mail geschrieben:

„Wir fordern Sie hiermit dringend auf, die UELZENER VERSICHERUNGEN in diesem Artikel nicht zu erwähnen! Bereits fernmündlich hatten wir Ihnen erörtert, dass wir seit Mai 2010 neue und in wesentlichen Teilen ergänzte Produkte anbieten, die Sie in keiner Weise berücksichtigt haben. Ihre Ausführungen im Artikel (enthalten) sachliche Fehler.“

Selbstverständlich wurde telefonisch um Mitteilung gebeten, was für Fehler gemeint seien. Erst auf wiederholte

Nachfrage wurden dann einzelne Kritikpunkte benannt, von denen jedoch nur ein Zahlendreher tatsächlich als Fehler zu betrachten war.

Als Antwort auf die oben zitierte Mail der Uelzener wurde dem Unternehmen eine erneute Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt. Der Journalist schrieb:

„Sie teilten mir mit, dass ich veraltete Pferdehalterhaftpflichtbedingungen von Ihnen verwende. Selbstverständlich werde ich auf Ihren Hinweis hin diesbezüglich eine aktualisierte Fassung erstellen. Die neuen Bedingungen habe ich bereits erhalten. Auch Morgen & Morgen habe ich bereits informiert, da hier ebenfalls noch alte Bedingungswerke von Ihnen zitiert werden. [...]

Ich finde es schade, dass Sie nicht wie Ihre Wettbewerber die gebotene Möglichkeit nutzen, etwaige Fehler oder Unklarheiten in Schriftform auszuräumen.

Von meiner Seite sehe ich keine Veranlassung, von der geplanten Veröffentlichung abzusehen, werde jedoch selbstverständlich alle von Ihnen oder Wettbewerbern eingebrachten, qualifizierten Einwände gegen die Tabelle oder konkrete Textpassagen prüfen und sofern tatsächlich ein Fehler vorliegen sollte, beheben.“

Nach erneuter Rücksprache mit dem Unternehmen und der von dort telefonisch ausgesprochenen Drohung, dass man rechtliche Schritte einleiten werde, wenn es zu einer Veröffentlichung käme,

wurden seitens der Uelzener einige Kritikpunkte schriftlich benannt. Zur Begründung des einen wurde ein Artikel aus einem Anwaltskommentar zugesandt, welcher nach Rücksprache mit dem diesen Kommentar verlegenden Verlag bereits 1993 erschienen sei und sich auf eine Formulierung bezöge, die so gar nicht in den aktuellen Bedingungen der Uelzener zu finden ist und damit überhaupt nicht zur Begründung geeignet sei. Die Antwort der Uelzener auf diese und andere Entgegnungen war kein partnerschaftlicher Dialog, sondern das berühmte Schweigen im Walde und schließlich eine Mail mit folgendem Inhalt:

„Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Ihren geplanten Artikel so nicht akzeptieren. Die Gründe haben wir aufgezeigt. Wir möchten nicht erwähnt werden und fordern Sie letztmalig auf, das zu berücksichtigen.“

Selbstverständlich wurde alles unternommen, um etwaige Einwände der Uelzener zu entkräften, wozu auch diverse Gespräche mit Sachbearbeitern verschiedener Versicherungsschadenabteilungen und auch Rechtsanwälten gehörten. Der Schriftwechsel des Autors wurde dem Verlag der Fach-Zeitschrift seitens der Uelzener jeweils zur Kenntnis gegeben.

Viele Einwände der Uelzener ließen sich aus Sicht des Journalisten fachlich nicht halten. Dort, wo die Kritik berechtigt erschien, wurde sie jedoch aufgegriffen und etwaige Missverständnisse wurden klargestellt und korrigiert.

Besondere Produkte

Weiter heißt es auf der Homepage des Unternehmens wie folgt:

„Wir, die Uelzener Versicherungen, sind seit 1873 in Deutschland tätig. Als VVaG (Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit) fördern wir, gemeinsam mit unseren Tochterunternehmen der Uelzener Rechtsschutz-Schadenservice GmbH und der RiMa Risk-Management GmbH durch günstige Beiträge und besondere Produkte die Wirtschaft und Mitglieder.“

Besondere Produkte sind es in der Tat, die die Uelzener den angebotenen Vermittlern und Kunden zur Verfügung stellt. Üblich ist im Markt eine bedingungsseitige Klarstellung von Leistungen oder eine deutliche Regelung durch Ausschlüsse. Die Uelzener geht hier einen anderen Weg und beschreibt in ihrem Prospektantrag Leistungen als mitversichert, die nach dem Wortlaut der Bedingungen nicht als mitversichert zu betrachten sind:

- Beitragsfreie Mitversicherung von Fohlen bis zu 12 Monate (ohne ausdrückliche Regelung eigentlich höchstens bis 1 Monat nach Geburt im Rahmen einer Risikoerweiterung)
- Mietsachschäden an Reithallen etc. (in den Bedingungen gibt es keine diesbezügliche Klarstellung, sondern den Ausschluss nach Ziffer 7.6 AHB)
- Distanzritte (nach dem Wortlaut der Bedingungen besteht ein nur sehr eingeschränkter Versicherungsschutz für Pferderennen und dies auch nur bei ausdrücklicher Vereinbarung. Die meisten Wettbewerber betrachten Distanzritte als eine Sonderform von Pferderennen, so dass hier ein Ausschluss naheliegen würde)
- Haftpflichtansprüche der Reitbeteiligten gegen den Versicherungsnehmer (keine ausdrückliche Regelung in den Bedingungen, sondern Klarstellung nur im Prospektantrag)

Besonders kundenorientiert

Das Unternehmen versteht sich ferner laut Homepage als besonders kundenorientiert:

„Die Kunden stehen im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns. Durch partnerschaftlichen Umgang und die Qualität unserer Leistungen bauen wir langfristige Beziehungen auf, die wir konsequent pflegen und weiterentwickeln.“

Wie sehr die Kunden im Fokus des Unternehmens stehen, macht ein aktueller Fall deutlich, der so hoffentlich eine Ausnahme ist und bleibt.

Die Kundin Alina M. bat einen Außendienstmitarbeiter der Uelzener um ein Angebot für eine Pferdehalterhaftpflichtversicherung bei der Uelzener. Anstatt ein Angebot zu schicken, erhielt Frau M. einen



Uelzener: „Seit 1873: Das Beste für Mensch mit Tier.“

– zudem auch noch fehlerhaften – Versicherungsschein. Weder hatte sie zuvor eine Vermittlererstauskunft erhalten, eine Datenschutzerklärung, geschweige denn einen Antrag unterschrieben oder eine Beratungsdokumentation erhalten. Bei der Uelzener finden sich Klarstellungen zum Versicherungsschutz, die über den Wortlaut der Bedingungen hinausgehen, im Prospektantrag, der der Kundin jedoch nie ausgehändigt wurde. Dieses, sofern beabsichtigt, wohl als kriminell einzuordnende Fehlverhalten, wurde auch nicht mit der Zusendung eines zweiten – ebenfalls nie beantragten – Versicherungsscheins aufgehoben.

Erst als sich Frau M. an den Makler ihres Vertrauens wandte, konnte sie erkennen, dass sie kein Angebot, sondern einen „rechtsgültigen“ Vertrag erhalten hatte. Die Abschlussagentur der Uelzener wurde daraufhin um Vertragsaufhebung ab Beginn sowie um die Löschung der persönlichen Kundendaten gebeten. Dies geschah am 24.09.2010. Erst am 08.10.2010 erhielt zumindest der Makler ein Anschreiben der Agentur. Eine zweite Aufforderung zur Vertragsaufhebung war am 30.09. erfolgt – sowohl an die Agentur wie auch die Pressestelle des Unternehmens. Die Pressestelle antwortete sehr schnell schon am nächsten Tag, aber nur gegenüber dem Makler. Die Kundin erhielt bis zu diesem Zeitpunkt weder Post noch eine Entschuldigung für den beschriebenen Vorgang. Frau M. hat dann – mit Verspätung – auch noch eine Entschuldigung seitens der Uelzener erhalten.

5 Jahre WFS-Leistungsratings

► Erläuterungen zur Rating-Qualität



1. Dynamische Leistungsratings

Dynamisches Leistungsrating bedeutet, dass die Ratingkriterien regelmäßig auf den Prüfstand gestellt werden und sich den neuen Marktgegebenheiten anpassen. Zum zweiten bedeutet es, dass sich kein Anbieter auf seinen Lorbeeren ausruhen kann, da der Mindeststandard jeweils im Vergleich zu den leistungsstärksten Anbietern bestimmt wird.

Ein Beispiel für die Aktualisierung der Ratinganforderungen liefert die seit April 2010 überarbeitete Hausratsparte. Als die erste Fassung veröffentlicht wurde, war das neue VVG gerade erschienen. Mit diesem wurde das Thema Quotelung eingeführt. Daher begannen die ersten Versicherer auf ihr Recht auf Kürzung der Leistung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles zu verzichten. Allerdings gab es damals nur wenige, deren Quotelungsverzicht deutlich 5.000 oder 10.000 Euro überstieg.

Um ansonsten leistungsstarken Anbietern eine Chance auf faire Ratings zu ermöglichen, wurde ein Quotelungsverzicht bis in Höhe von mindestens 5.000 Euro zu einem der Mindeststandards im Rating erklärt. Heute im Dezember 2010 gibt es über 70 Versicherungstarife mit vollständigem Quotelungsverzicht. Demnach könnte man von einem leistungsstarken Tarif sogar den vollständigen Verzicht auf Kürzung verlangen. Im Rahmen der Ratingverantwortung wurde beschlossen, dass eine Kürzung von mindestens 95 Prozent verlangt werden kann. Damit soll Versicherern die Chance eingeräumt werden, allzu leichtfertige Kunden für ihr Fehlverhalten zur Verantwortung ziehen zu können, ohne jedoch die Existenz durch zu hohe Quotelung aufs Spiel zu setzen.

Dass Produktinnovationen einzelner Anbieter das Leistungsniveau für alle Wettbewerber nach oben ziehen können, hat in den vergangenen Jahren sehr oft die InterRisk gezeigt. Da „Gold“ in der

Unfallsparte unverändert neben dem Erfüllen der Mindeststandards auch 80 Prozent oder mehr der Höchstpunktzahl bedeutet, vergrößert sich stetig der Abstand zu den früher hoch gerateten Tarifen. Beispiel Eigenbewegungen: Diese waren noch vor wenigen Jahren außer bei maxPool und InterRisk nahezu nirgends mitversichert, heutzutage finden sie sich bei sehr vielen Maklerversicherern in den jeweiligen Hochleistungstarifen.

2. Statische Leistungsratings

Für die Sparten Hundehalter- und Pferdehalterhaftpflichtversicherung wurden bis Anfang 2010 ebenfalls dynamische Leistungsratings durchgeführt. Mit dieser Ausgabe wurden stattdessen die Mindeststandards neu definiert und stark ausgeweitet. Dies hat den Vorteil, dass ein Makler bei seiner Entscheidung für einen mit Gold oder Silber gerateten Anbieter genau weiß, welche Leistungen

Sparte	erstmals seit	Erscheinungsweise des Ratings	Werden die Musterbedingungen des GDV als Mindeststandard definiert?	Wird eine Innovationsklausel als Mindeststandard definiert?	Sieht das Rating Mindestanforderungen (K.O.-Kriterien) vor?
Hausratsversicherung	Heft 04/2008	vierteljährlich	ja	ja	ja
Hundehalterhaftpflichtversicherung	Heft 04/2005	vierteljährlich	ab Gold	ja	ja
Jagdhaftpflichtversicherung	Heft 04/2006	vierteljährlich	nein	nein	ja
Pferdehalterhaftpflichtversicherung	Heft 02/2006	vierteljährlich	ab Gold	ja	ja
Privathaftpflichtversicherung	Heft 02/2010	vierteljährlich	ab Silber	ja	ja
stationäre Krankenzusatzversicherung	Heft 01/2010	vierteljährlich	nein	nein	ja
Unfallversicherung	Heft 01/2007	vierteljährlich	ja	ja	ja

* die Zahl in Klammern steht für Tarife mit besonderen Bedingungen für Angehörige von Heilberufen

hier mindestens erbracht werden. In beiden Sparten waren die tatsächlichen Innovationen der vergangenen Jahren – abgesehen von einer sich ausweitenden Mietsachschadendeckung – eher gering. Mindeststandards gewährleisten ein Leistungsniveau, das die selektierten Tarife von der Masse abhebt.

3. So profitiert der Makler von statischen und dynamischen Leistungsratings

Aufgrund der zahlreichen Mindeststandards und der transparent auf der Homepage von WFS nachlesbaren Ratingfragen werden tatsächlich nur die Tarife selektiert, die eine möglichst geringe Zahl an Lücken beim Versicherungsschutz aufweisen. Während Ihre Kunden davon profitieren, dass in den meisten versicherbaren Leistungsfällen Versicherungsschutz zu erwarten ist, profitieren Sie als Makler davon, dass Sie Ihre Haftung teilweise reduzieren und zum anderen keine Selbstkannibalisierung durch Dumpingprämien betreiben.

4. Vorteile einer GDV-Leistungsgarantie

Im Sinne der Maklerhaftung ist es von Vorteil, wenn Versicherer grundsätzlich garantieren, dass wenigstens die vom GDV empfohlenen Musterbedingungen bedingungsseitig garantiert werden. Leicht laufen Makler nämlich Gefahr, dass Anbieter an einer oder mehreren Stellen zum Nachteil der Kunden von diesen Mindeststandards abweichen.

Wer als Sachwalter seiner Kunden tätig ist, dürfte Probleme haben, vor Gericht zu erklären, weshalb denn genau dieser Anbieter ausgewählt wurde, obwohl es doch zahlreiche Tarife gibt, die wenigstens GDV-Standard entsprechen. Leider ließ es sich nicht für alle Sparten praktikabel als Mindeststandard einführen, da etwa ein GDV-Standard in der Jagdhaftpflicht- oder Krankenzusatzversicherung nach Kenntnis von WFS bisher von keinem Anbieter zugesagt wird.

5. Innovationsklauseln

Makler und Kunde profitieren davon, wenn Versicherer bedingungsseitig garantieren, dass neue verbesserte Bedingungen automatisch auch für den Bestand gelten, sofern dies mit keiner Mehrprämie verbunden ist (Innovationsklausel). Daher wurde bei den jüngsten Aktualisierungen der WFS-Leistungsratings, soweit sinnvoll möglich, darauf geachtet, dass eine Innovationsklausel als Mindestanforderung für hochwertig bewertete Tarife gilt.

6. Warum bewertet WFS das Prämienniveau nur im Rahmen der stationären Krankenzusatzversicherung?

Außerhalb des Belegschaftsgeschäfts sind Krankenversicherungen fast immer mit festen Prämien für alle Kunden versehen. Eine wahlweise Rabattierung wie in der Sachversicherung ist hier meist nicht möglich. Damit sind Prämien weit besser vergleichbar als in der Tierhalter-, Hausrat- oder Unfallversicherung.

7. Bewertungen „Bronze“ und „empfehlenswert“

In einigen WFS-Ratings bedeuten „Gold“ und „Silber“, dass bestimmte Mindestanforderungen erfüllt wurden. Diese Kriterien sind bereits so umfangreich, dass sich die Leistungsstufen Bronze und „empfehlenswert“ erübrigen.

8. Ratingkriterien

Bei der Auswahl von Ratingkriterien geht es in erster Linie darum, wesentliche Leistungsunterschiede herauszuarbeiten, die ein gehobenes Leistungsniveau für Kunden bzw. eine verringerte Haftung für Makler erreichen sollen. Insbesondere stehen klare Leistungsaussagen im Fokus der Betrachtung.

9. WFS-Ratings

WFS-Ratings sind keine Auftragsratings. Erfasst werden neben klassischen Maklerversicherern auch die Tarife von Direktversicherern, öffentlichen Versicherern und Konzeptanbietern.

Die Ratings werden ausschließlich für die unabhängige Fachzeitschrift „Risiko & Vorsorge“ erstellt.

10. Ratingergebnisse

Die Ratingkriterien wurden von Anfang an so hoch angesetzt, dass nur eine geringe Zahl von Tarifen diese Anforderungen erfüllen kann. Es geht um Qualität, nicht um Masse.

Gibt es über die Mindeststandards hinaus zusätzliche Leistungsfragen?	Wertungen	Voraussetzungen für empfehlenswert	Anbieter im Test	Tarife im Test	Stand
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	45	151	08.11.2010
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	63	309	11.11.2010
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	32	181	04.10.2010
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	62	305	11.11.2010
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	69	371	12.11.2010
ja	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	20	48	01.10.2010
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	82 (22)*	465 (63)*	04.12.2010

Rating Unfallversicherungen



- Kinder
- Erwachsene
- Senioren
- Heilberufe

Basis: 465 geprüfte Tarife (allgemein)
63 geprüfte Tarife (Heilberufe)




Wertung: **WFS 1-3**

Stand: 04.12.2010










► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de

Hinweis: als neues Kriterium wurde hier der GDV-Standard eingefügt und Frage 38 zur Infektionsklausel klargestellt





Kinder bis 14 Jahre

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) InterRisk (AUB-i-MAX 2008, Stand 08/2009 ohne Basisprogression) InterRisk (AUB-i-MAX 2008, Stand 08/2009 mit Basisprogression) InterRisk (AUB-XXL 2008, Stand 08/2009 ohne Basisprogression) InterRisk (AUB-XXL 2008, Stand 08/2009 mit Basisprogression) Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression) VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) 	 <ul style="list-style-type: none"> InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Plus-Progression) InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit Plus-Progression) Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression) Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Normal-Progression) VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)  <ul style="list-style-type: none"> Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Plus-Progression) InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 ohne Plus-Progression)  <ul style="list-style-type: none"> nicht vergeben 	 <ul style="list-style-type: none"> InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+, Stand 08/2009) InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+, Stand 08/2009)  <ul style="list-style-type: none"> InterRisk (AUB 2008 i-MAX mit dynamex 2, Stand 08/2009) InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 2, Stand 08/2009)  <p>nicht vergeben</p>










Kinder ab 14 Jahre

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Basis-Progression) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Basis-Progression) • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 ohne Basis-Progression) • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit Basis-Progression) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)  <ul style="list-style-type: none"> • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression) • Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression)  <ul style="list-style-type: none"> • NV-Versicherungen (AUB 2008, Stand 01.2008, BBU-UnfallPremium - 05/2009) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit Plus-Progression) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Plus-Progression) • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Plus-Progression) • Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Normal-Progression) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)  <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 ohne Plus-Progression)  <p>nicht vergeben</p>	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+, Stand 08/2009) • InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+, Stand 08/2009)  <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 2, Stand 08/2009) • InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 2, Stand 08/2009)  <p>nicht vergeben</p>

Angehörige von Heilberufen

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente	ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln
 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit verbesserter Gliedertaxe für Heilberufe) Eine Infektionsklausel gilt als automatisch vereinbart. Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro (mit Dynamik) / 600.000 Euro (ohne Dynamik). Versicherbare Berufe: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker • InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit verbesserter Gliedertaxe für Heilberufe) Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro (mit Dynamik) / 600.000 Euro (ohne Dynamik). Eine Infektionsklausel gilt als automatisch vereinbart. Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro (mit Dynamik) / 600.000 Euro (ohne Dynamik). Versicherbare Berufe: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker 	<p>Die Mindestanforderungen für eine Unfallrente für Angehörige von Heilberufen wurden von keinem der untersuchten Anbieter erfüllt.</p>	<p>Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung</p>  <ul style="list-style-type: none"> • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) <p>Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung</p>  <ul style="list-style-type: none"> • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010) <p>Unfallrente</p>  <ul style="list-style-type: none"> • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)

Erwachsene (für Personen von 18 bis 60 Jahren ohne spezielle Berufsklauseln)

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Basis-Progression) InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Basis-Progression) InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit Basis-Progression) InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 ohne Basis-Progression) VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)  <ul style="list-style-type: none"> Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression) Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression)  <ul style="list-style-type: none"> NV-Versicherungen (AUB 2008, Stand 01.2008, BBU-UnfallPremium - 05/2009) 	 <ul style="list-style-type: none"> InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Plus-Progression) InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit Plus-Progression) Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75% Invalidität und Premium-Progression) VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)  <ul style="list-style-type: none"> Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Plus-Progression) InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 ohne Plus-Progression)  <ul style="list-style-type: none"> Swiss Life Partner GmbH (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Normal-Progression) NV-Versicherungen (AUB 2008, Stand 01.2008, BBU-UnfallPremium - 05/2009) 	 <ul style="list-style-type: none"> InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+, Stand 08/2009) InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 2, Stand 08/2009) InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+, Stand 08/2009)  <ul style="list-style-type: none"> InterRisk (AUB 2008-XXL mit dynamex 2, Stand 08/2009)  <p>nicht vergeben</p>


Alle getesteten Tarife in der Übersicht, die jeweils die Mindestvoraussetzungen für die Unfallrente für Erwachsene und / oder Kinder erfüllten oder mit WFS 1-3 bewertet wurden (Wertung: „empfehlenswert“):

- InterRisk (dynamex 2, dynamex 3+ in Kombination mit den Tarifen AUB 2008: XXL, i-MAX, Stand 08/2009): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene
- InterRisk (dynamex 2 in Kombination mit AUB 2008-XXL, Stand 08/2009): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene
- InterRisk (dynamex 3+ in Kombination mit AUB 2008-XXL, Stand 08/2009): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene
- InterRisk (dynamex 2 in Kombination mit AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene
- InterRisk (dynamex 3+ in Kombination mit AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009): Kinder bis 14 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene
- VHV (Klassik-Garant, Stand 04.2010): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren

Alle getesteten Tarife in der Übersicht, die jeweils entweder mit WFS 1-3 bewertet wurden oder die Mindestkriterien für die Invaliditätsleistung für Erwachsene und / oder Kinder erfüllten und damit „empfehlenswert“ sind:

- Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO – Leistungsschutz Vollschutz): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO – Leistungsschutz Komfortschutz Plus): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- InterRisk (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 ohne Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilber.
- InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilber.
- InterRisk (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 ohne Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- NV-Versicherungen (AUB 2008, Stand 01.2008, BBU-UnfallPremium - 05/2009): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe
- Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75% Invalidität und Premium-Progression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Swiss Life Partner (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- VHV (AUB 2010, Klassik-Garant, Stand 04.2010): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- VHV (AUB 2010, Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren

Rating Stationäre Krankenzusatztarife






Anbieter im Test: Allianz, Arag, Axa, Barmenia, Central, CSS, DEVK, DKV, Gothaer, Hallesche, HanseMerkur, Janitos, LKH, Mannheimer, Münchener Verein, Nürnberger, Signal Iduna, Süddeutsche, Union, Universa

Basis: 48 geprüfte stationäre Ergänzungs- und Optionstarife




Wertung: **WFS 1-3**

Stand: 01.10.2010

Einzelrating Bedingungen




	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Barmenia (Tarif: VS100 + ESZ, Stand 01.2009)	Barmenia (VS200 + ESZ, Stand 01.2009)
	CSS (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)* Hallesche (Tarif: CSA 100, CSW1, Stand 01.2009)	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
	ARAG (Tarif: 261, Stand 04.2010) Mannheimer (Tarife: ZSW, Stand 01.2010; ZSWR-OPT, Stand 01.2009);	Hallesche (Tarif: CSA 100, CSW2, Stand 01.2009) Mannheimer (Tarif: ZWS, Stand 01.2010)

Einzelrating Prämienniveau Männer im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre


	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Axa (Tarif: Komfort, Stand 04.2009) CSS (Tarif: CSS clinic, Stand 11.2008)* Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)
	nicht vergeben	Arag (Tarif: 262, Stand 04.2010)
	Barmenia (Tarif: S, Stand 11.2009) DEVK (Tarif: ST-G2, Stand 01.04.2009) LKH (Tarif: 400, Stand 01.2010)	nicht vergeben

* Tarif ohne Altersrückstellungen bei Erwachsenen




Einzelrating Prämienniveau Frauen im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
 <p>Kranken Zusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen</p>	Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	nicht vergeben
 <p>Kranken Zusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen</p>	nicht vergeben	Arag (Tarif: 262, Stand 04.2010)
 <p>Kranken Zusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen</p>	Axa (Tarif: Komfort, Stand 04.2009) LKH (Tarif: 400, Stand 01.2010)	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)

Preis-/Leistungsniveau Männer

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
 <p>Kranken Zusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungs niveau - Männer</p>	CSS (Tarif: clinic, Stand 11/2008)*	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
 <p>Kranken Zusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungs niveau - Männer</p>	nicht vergeben	Arag (Tarif: 262, Stand 04.2010)
 <p>Kranken Zusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungs niveau - Männer</p>	nicht vergeben	nicht vergeben

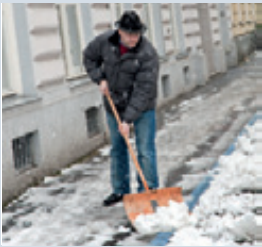
Preis-/Leistungsniveau Frauen

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
 <p>Kranken Zusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungs niveau - Frauen</p>	CSS (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)*	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
 <p>Kranken Zusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungs niveau - Frauen</p>	Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	Arag (Tarif: 262, Stand 04.2010) Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*
 <p>Kranken Zusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungs niveau - Frauen</p>	nicht vergeben	nicht vergeben

* Tarif ohne Altersrückstellungen bei Erwachsenen

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de

Rating Privathaftpflichtversicherungen



■ Privathaftpflichtversicherungen für Familien, Paare und Singles: Leistungsvergleich

Basis: 371 geprüfte Tarife
Wertung: Gold und Silber
Stand: 12.11.2010

Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen

<p>Private Haftpflichtversicherung Besonders empfehlenswert!</p>	<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (XXL)
<p>Private Haftpflichtversicherung Empfehlenswert!</p>	<p>ASC</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009) <p>BCA</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VARIO Status, VARIO Plus; jeweils Stand 01.01.2010) • (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009) <p>Degenia</p> <ul style="list-style-type: none"> • (AHB 2008, Haftpflichtversicherung degenia premium – Fassung März 2010) • (AHB 2008, Haftpflichtversicherung degenia optimum – Fassung März 2010) <p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> • (AHB, Stand 01.01.2011, BBR PHV VARIO Komfort Plus: VARIO-PAKET ohne Abwahl oder nur mit Abwahl der Leistungspakete „erweiterte Vorsorge“ und „Recht“) <p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (XL, XXL; jeweils Stand 01.06.2009) <p>Invers</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VARIO Status, Stand 01.01.2010) • (VARIO Plus, Stand 01.01.2010) <p>Janitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010) • (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010, Zusätzliche Vereinbarung zur Privathaftpflichtversicherung 55plus) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (AT 2010, PHV 2010: allsafe Tarif select Z1 - Stand 10/2010) <p>maxPool</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VARIO, Stand 01.01.2010) <p>NV-Versicherungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • (AHB 2008, Stand 01.2008, Privatmax. 4.0, Stand 10.2010) • (AHB 2008, Stand 01.2008, NV PrivatPremium, Stand 10.2010) <p>Syncro24</p> <ul style="list-style-type: none"> • (PHV VARIO Plus, Stand 01.01.2010) • (PHV VARIO Status, Stand 01.01.2010) <p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009)

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de

Rating Hausratversicherungen

Tarife mit Versicherungsschutz mit einer Versicherungssumme von 60.000 und 150.000 Euro



Basis: 151 geprüfte Tarife mit Grunddeckung (Basis)
151 geprüfte Tarife mit erweiterter Deckung (Komfort)

Wertung: WFS 1-3

Stand: 08.11.2010

Bedingungsrating (verkaufsoffene Tarife)




► Wichtiger Hinweis: Tarife mit und Tarife ohne generellen Selbstbehalt wurden aus Vergleichszwecken separat bewertet. Im konkreten Vergleich betrifft dies u.a. die Allgefahrendeckungen von Helvetia, HDI-Gerling und Hiscox, die grundsätzlich nicht ohne einen Selbstbehalt angeboten werden.

Basis 60.000 Euro			
			empfehlenswerte Tarife
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2008-XXL, Stand 10.2009; BBE 2008, Stand 02.2009) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (EV 2010, Stand 11/2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (allsafe Tarif allsect select Z1, Stand 11.2010) 	Nicht vergeben	<p>ASC (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009) [Personen unter 50 Jahren]</p> <p>Haftpflichtkasse Darmstadt (VHB 2010, Stand 04.2010: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 04.2010)</p> <p>NV-Versicherungsgruppe (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH Hausrat Premium - 05/2009, BWHE Hausrat Elementar 2.0 - 05/2009)</p> <p>VHV (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, Baustein Exklusiv - Juni 2009, BWE 2008 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein)</p>

Basis 150.000 Euro			
			empfehlenswerte Tarife
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2008-XXL, Stand 10.2009; BBE 2008, Stand 02.2009) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (EV 2010, Stand 11/2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (allsafe Tarif allsect select Z1, Stand 11.2010) 	<p>ASC</p> <ul style="list-style-type: none"> (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009) [Personen ab 50 Jahren] <p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, Baustein Exklusiv - Juni 2009, BWE 2008 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein) [Personen ab 50 Jahren] 	<p>ASC (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009) [Personen unter 50 Jahren]</p> <p>Haftpflichtkasse Darmstadt (VHB 2010, Stand 04.2010: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 04.2010)</p> <p>VHV (VHB 2009, BBH Klassik-Garant - Juni 2009, Baustein Exklusiv - Juni 2009, BWE 2008 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein) [Personen bis 50 Jahren]</p>

Bedingungsrating (verkaufsoffene Tarife)

► Wichtiger Hinweis: Tarife mit und Tarife ohne generellen Selbstbehalt wurden aus Vergleichszwecken separat bewertet. Im konkreten Vergleich betrifft dies u.a. die Allgefahrendeckungen von Helvetia, HDI-Gerling und Hiscox, die grundsätzlich nicht ohne einen Selbstbehalt angeboten werden.

Komfort 60.000 Euro			
 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Komfort 60.000 Euro GOLD</p>	 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Komfort 60.000 Euro SILBER</p>	 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Komfort 60.000 Euro BRONZE</p>	empfehlenswerte Tarife
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2008-XXL, Stand 10.2009; BBE 2008, Stand 02.2009) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (EV 2010, Stand 11/2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (allsafe Tarif allsect select Z1, Stand 11.2010) 	Nicht vergeben	<p>NV-Versicherungsgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2008, Stand 01.2008, BBH Hausrat Premium - 05/2009, BWHE HausratElementar 2.0 – 05/2009)

Komfort 150.000 Euro			
 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Komfort 150.000 Euro GOLD</p>	 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Komfort 150.000 Euro SILBER</p>	 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Komfort 150.000 Euro BRONZE</p>	empfehlenswerte Tarife
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2008-XXL, Stand 10.2009; BBE 2008, Stand 02.2009) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (EV 2010, Stand 11/2010: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (allsafe Tarif allsect select Z1, Stand 11.2010) 	Nicht vergeben	Nicht vergeben

* der Tarif allsafe casa von Konzept & Marketing ist eine Allgefahrendeckung und umfasst Versicherungsschutz sowohl für die Sparte Hausrat als auch Wohngebäude. Die Absicherung nur eines der beiden Einzelrisiken ist ausschließlich im Rahmen einer vorübergehenden Exzedentendeckung möglich.

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de

Rating Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster



— ■ **Jagdhaftpflichtversicherungen**
für Jäger, Jagdpächter, Jagdherren
(Jagdveranstalter), Förster, Forst-
beamte, Forstaufseher, Berufsjäger,
Jagdaufseher und Falkner

Basis: 181 geprüfte Tarife

Wertung: **WFS 1–3**

Stand: 04.10.2010

Bedingungsrating Jagdhaftpflichtversicherung

		
<p>Gothaer Allgemeine Versicherung AG</p> <ul style="list-style-type: none"> AHB A 100 - Stand 01.2008, BBR A 120, Stand 01.2010 <p>Tarif mit 6 oder 15 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden</p> <p>Innovationsklausel: ja</p> <p>Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner</p>	<p>Nicht vergeben</p>	<p>Gothaer Allgemeine Versicherung AG</p> <ul style="list-style-type: none"> AHB A 100 - Stand 01.2008, BBR A 120 Stand 04.2008, Klauseln 144 und 149: „TOP-Jagd-Haftpflichtversicherung“ <p>Tarif mit 6 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden</p> <p>Innovationsklausel: ja</p> <p>Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner</p>

Bemerkungen: seit 05.2010 sind Verträge bei der Gothaer auch online unter http://www.gothaer.de/de/zg/pk/pk_p/jagd/jagd-haftpflicht/oa_jagd/wlsjagd.htm abschließbar. Die Produktinformationen finden sich unter http://www.gothaer.de/de/zg/pk/pk_p/jagd/jagd-haftpflicht/pue_26/PK_PUe_Jagdhaftpflicht-KS.htm In diesem Zusammenhang wird unmittelbar eine Policenbestätigung ausgestellt. Ebenfalls neu ist ein spezieller Jagdshop im Internet. Dieser findet sich unter www.gothaer-jagdshop.de

Weitere empfehlenswerte Tarife für die Jagdhaftpflichtversicherung

Inter (AHB, Stand 01.01.2008, Jagd-Bedingungen, Stand 01.11.2009) mit 6 oder 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden
Innovationsklausel: nein
Versicherter Personenkreis: Jäger, Jagdpächter, Jagdherr (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher, Falkner
Besonders zu beachten: Versicherungsschutz für nicht geprüfte Jahdhunde besteht nur, sofern dies ausdrücklich beantragt wurde.

LVM (AHB, Fassung 4/2008. Bedingungen und Risikobeschreibung für die Jagd-Haftpflichtversicherung [Fassung 01/2009]) mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden
Innovationsklausel: nein
Versicherter Personenkreis: Jäger, Jagdpächter, Jagdveranstalter, Forstbeamter, Förster, Forstaufseher, Jagdaufseher und Jagdfalkner

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de

Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen



■ für nicht gewerbliche Besitzer von Pferden, Kleinpferden, Ponys, Eseln und Maultieren

■ selbstständige Policen oder in Verbindung mit Privathaftpflicht

Basis: 305 geprüfte Tarife

Wertung: Gold & Silber

Stand: 11.11.2010

Bedingungsrating Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung



Pferdehalter-
Haftpflichtversicherung
Selbstständige THV

Haftpflichtkasse Darmstadt

• (AHB, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, bis 10.000 Euro für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weiden (20% SB, min. 100 Euro, max. 2.000 Euro), bis 5.000 Euro (20% SB, min. 100 Euro, max. 1.000 Euro) für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten, gepachteten oder genutzten Pferdetransportanhängern

Konzept & Marketing

• (allsafe select Tarif Z1, Stand 11.2008) mit 6 Mio. Euro pauschal (P, S, V), gegen Zuschlag Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden und anderen unbeweglichen Sachen (z.B. gemietete Stallungen, Reithallen oder Weidezäunen) bis 1 Mio. Euro sowie bis 5.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen (z.B. Pferdeanhänger, Pferdedecken, Sätteln oder sonstigem Reitzubehör) bis 5.000 Euro mit einem Selbstbehalt von 10% der Schadenssumme (min. 150 Euro, max. 500 Euro). Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und Distanzritten gegen Zuschlag.
• (allsafe select Tarif Z1, Stand 10.2010) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), gegen Zuschlag Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden und anderen unbeweglichen Sachen (z.B. gemietete Stallungen, Reithallen oder Weidezäunen) bis zur Deckungssumme sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen (z.B. Pferdeanhänger, Pferdedecken, Sätteln oder sonstigem Reitzubehör) mit einem Selbstbehalt von 10% der Schadenssumme). Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und damit implizit auch Distanzritten gegen Zuschlag.

maxPool

• (Exklusiv (AHB - Fassung Januar 2008, VBS H 2 306 01.2008; Besondere Bedingungen, Risikobeschreibungen und Erläuterungen für die Haftpflichtversicherung der Tierhalter aus privater Tierhaltung maxpool Exklusiv Fassung Juni 2009, VBS H 2 2213mp 06.2009)) mit 10 Mio. Euro (P, S), 1 Mio. Euro (V), 10 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden, bis 5.000 Euro für Schäden an gemieteten oder geliehenen Pferdetransportanhängern mit 20% Selbstbehalt (min. 100 Euro, max. 500 Euro), bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen, Weiden, Boxen und Koppeln inkl. Koppelzäunen mit einem Selbstbehalt von 20% (min. 100 Euro, max. 2.000 Euro; bei Schadenfreiheitsklasse S 8 bis S 12 gilt abweichend ein genereller Selbstbehalt von 500 Euro je Schadenfall) sowie Mietsachschäden an sonstigen gemieteten oder geliehenen Sachen bis 5.000 Euro mit 10% Selbstbehalt (min. 100 Euro, max. 500 Euro). Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und Distanzritten gegen Zuschlag.

Swiss Life Partner

• (BBR Tierhalter SLP 2008, Stand 01.11.2009) mit 8 oder 10 Mio. Euro (P, S, V), 5 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis 5.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

Bei einer schriftlich zum Vertrag vereinbarten zusätzlichen Klarstellung in Schriftform, was als „Einkommen“ im Sinne der Bedingungen zu verstehen sein soll, wären zusätzlich „empfehlenswert“:

ASC (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection mit Rahmenvereinbarung zur Tierhalterhaftpflichtversicherung Nr. ASC00010499) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen und Weiden mit Selbstbehalt von 10% der Schadenssumme (min. 250 Euro, max. 1.000 Euro)

ConceptA (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen und Weiden mit Selbstbehalt von 10% der Schadenssumme (min. 250 Euro, max. 1.000 Euro)

Janitos (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen und Weiden mit Selbstbehalt von 10% der Schadenssumme (min. 250 Euro, max. 1.000 Euro)

NV-Versicherungen (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR PferdePremium, Stand 03.2010) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S) und 10 Mio. Euro (V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 5.000.000 Euro, bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an Stallungen, Reithallen und Weiden mit 20% Selbstbehalt von jedem Schaden (min. 250 Euro) sowie bis zu 2.500 Euro für Mietsachschäden an Pferdetransportanhängern mit 20% Selbstbehalt von jedem Schaden (min. 250 Euro)

Bedingungsrating Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung in Kombination mit einer mindestens empfehlenswerten Privathaftpflichtversicherung beim gleichen Risikoträger



Pferdehalter-
Haftpflichtversicherung
+Private Haftpflicht

Haftpflichtkasse Darmstadt

• (AHB, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, bis 10.000 Euro für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weiden (20% SB, min. 100 Euro, max. 2.000 Euro), bis 5.000 Euro (20% SB, min. 100 Euro, max. 1.000 Euro) für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten, gepachteten oder genutzten Pferdetransportanhängern

Konzept & Marketing

• (allsafe select Tarif Z1, Stand 10.2010) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), gegen Zuschlag Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden und anderen unbeweglichen Sachen (z.B. gemietete Stallungen, Reithallen oder Weidezäunen) bis zur Deckungssumme sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen (z.B. Pferdeanhänger, Pferdedecken, Sätteln oder sonstigem Reitzubehör) mit einem Selbstbehalt von 10% der Schadenssumme). Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und damit implizit auch Distanzritten gegen Zuschlag.

Rating Hundehalterhaftpflichtversicherungen



- Für Besitzer von Kampf-, Zwinger- und sonstigen privat gehaltenen Hunden
- Selbstständige Hundehalterhaftpflicht oder in Verbindung mit einer Privathaftpflicht

Basis:	309 geprüfte Tarife
Wertung:	Gold & Silber
Stand:	11.11.2010

Bedingungsrating Tarife für die selbstständige Hundehalterhaftpflichtversicherung

WITTE FINANCIAL SERVICES
Hundehalter-Haftpflichtversicherung
Selbstständige THV
Alle Hunde
1
GOLD

Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 10.2010) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis zur Deckungssumme, gegen Zuschlag auch für bewegliche Sachen in Hotelzimmern, Ferienwohnungen und -häusern sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an sonstigen mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen mit einem Selbstbehalt von 10% der Schadensumme. Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung der erweiterten Mietsachschadendeckung gegen Zuschlag.

WITTE FINANCIAL SERVICES
Hundehalter-Haftpflichtversicherung
Selbstständige THV
Alle Hunde
2
SILBER

KonzeptA

- (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S), 2,5 Mio. Euro (V) sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 2,5 Mio. Euro
- (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro sowie bis 30.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern mit 100 Euro Selbstbehalt

Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, bis 10.000 Euro für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weiden (20% SB, min. 100 Euro, max. 2.000 Euro), bis 5.000 Euro (20% SB, min. 100 Euro, max. 1.000 Euro) für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten, gepachteten oder genutzten Pferdetransportanhängern

Janitos

- (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S), 2,5 Mio. Euro (V) sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 2,5 Mio. Euro
- (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Best Selection) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro sowie bis 30.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern mit 100 Euro Selbstbehalt

Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 10.2010) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis zur Deckungssumme. Verzicht auf zuschlagspflichtige Erweiterungen des Versicherungsschutzes

NV-Versicherungen

- (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR Hundemax - 03/2010) mit 5 Mio. Euro (P, S) und 5 Mio. Euro (V) sowie bis 1.000.000 Euro für Mietsachschäden an Gebäuden im Rahmen der Sachschadendeckungssumme
- (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR Hundepremium - 03/2010) mit 10 Mio. Euro (P, S) und 10 Mio. Euro (V), bis 5.000.000 Euro für Mietsachschäden an Gebäuden im Rahmen der Sachschadendeckungssumme sowie bis 30.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen Gegenständen mit 100 Euro Selbstbehalt

Swiss Life Partner

- (BBR Tierhalter SLP 2008, Stand 01.11.2009) mit 8 oder 10 Mio. Euro (P, S, V), 5 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis 5.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

Bedingungsrating Tarife für die Kombination aus Hundehalter- und Privathaftpflichtversicherung über den selben Risikoträger

WITTE FINANCIAL SERVICES
Hundehalter-Haftpflichtversicherung
Alle Hunde
+Private Haftpflicht
2
SILBER

Haftpflichtkasse Darmstadt

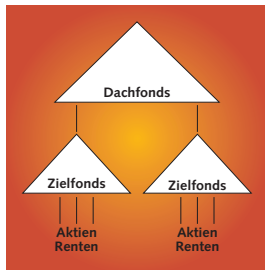
- (AHB, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2011 – gültig ab 01.11.2010) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, bis 10.000 Euro für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weiden (20% SB, min. 100 Euro, max. 2.000 Euro), bis 5.000 Euro (20% SB, min. 100 Euro, max. 1.000 Euro) für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten, gepachteten oder genutzten Pferdetransportanhängern

Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 10.2010) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis zur Deckungssumme, gegen Zuschlag auch für bewegliche Sachen in Hotelzimmern, Ferienwohnungen und -häusern sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an sonstigen mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen mit einem Selbstbehalt von 10% der Schadensumme.

Hinweis: Alle hier aufgeführten Tarife gelten nur für tariflich definierte Hunderassen, nicht jedoch für „Kampfhunde“ im Sinne der jeweiligen Tarife. Hier sind alternativ Tarife von Axa, ConceptIF (Konzept II), Haftpflichtkasse Darmstadt oder maxPool (Basis 3) zu berücksichtigen, auch wenn diese ausdrücklich nur teilweise die Mindestanforderungen für einen „empfehlenswerten“ Tarif im Sinne dieses Ratings erfüllen. Diese Tarife haben in vergangenen Tests sehr gut abgeschnitten. Sehr leistungsstark sind auch die Hundehalterhaftpflichtversicherungen der degenia (classic, premium, je Stand 03.2010), allerdings erlischt hier der Versicherungsschutz abweichend vom GDV-Standard in dem Moment, wo der inländische Wohnsitz oder die inländische Bankverbindung auch nur vorübergehend nicht mehr existieren, so z.B. während der Zeit als Au Pair in den USA. Das gleiche Problem gilt für die Tierhalterhaftpflichttarife von maxPool (Exklusiv, Stand 02.2009) und Volkswahl Bund (Stand 10.2009), die sonst ebenfalls als empfehlenswert gelten können. Die degenia hat jedoch am 04.03.2010 mitgeteilt, dass es nicht möglich war, den Risikoträger davon zu überzeugen, auf die Notwendigkeit eines inländischen Wohnsitzes zu verzichten. Auf die Pflicht, eine inländische Bankverbindung vorzuhalten, wolle man auch von sich aus nicht verzichten.

Dachfonds-Ranking



- Dachfonds dynamisch Welt
- Dachfonds defensiv Welt
- Dachfonds flexibel Welt
- Dachfonds ausgewogen Welt

Basis: 898 Dachfonds

Wertung: ★★★★★

Ranking: 30.11.2010
Stichtag: (Stand: 12/2010)

FWW FundStars®

Überblick

Die FWW FundStars® basieren, wie bereits der Vorläufer – das vor etlichen Jahren eingeführte quantitative „fondsmeter® Ranking“ – auf der RisikoAdjustierten Performance (RAP). Diese zweidimensionale Kennzahl errechnet sich aus der erzielten Wertentwicklung (Performance) und dem dabei eingegangenen Risiko (Volatilität).

Methodik

Grundlage der FWW FundStars® ist die RAP-Kennzahl für den 3-Jahres-Zeitraum. Zusätzlich werden Korrekturfaktoren herangezogen, die aus den RAP-Kennzahlen für den 1-Jahres-Zeitraum und, wenn vorhanden, für den 5-Jahreszeitraum berechnet werden. Für die FWW FundStars® werden die Fonds in 5 Ranking-Stufen a 20 Prozent klassifiziert, aus denen die Auszeichnung mit 5 bis 1 Sternen hervorgeht. Dabei erhalten die besten 20 Prozent der Fonds fünf Sterne.

- ★★★★★ für die besten 20% der Fonds eines Sektors
- ★★★★ für die zweiten 20% der Fonds eines Sektors
- ★★★ für die dritten 20% der Fonds eines Sektors
- ★★ für die vorletzten 20% der Fonds eines Sektors
- ★ für die letzten 20% der Fonds eines Sektors

Voraussetzungen für die FWW FundStars®:

- Die FWW Fund Stars® werden für jeden Sektor berechnet, in dem wenigstens fünf Fonds über eine Wertentwicklung von mindestens drei Jahren verfügen. Der jeweilige Fonds muss ein Publikums-Sondervermögen sein, das in Deutschland registriert bzw. zugelassen ist (inländische und ausländische Sondervermögen).
- Der jeweilige Fonds muss mindestens 3 Jahre alt sein
- Der Sektor, dem der Fonds in der FWW® Fondsdatenbank zugeordnet ist, muss für den jeweiligen Zeitraum mindestens 5 Fonds umfassen.

Anteilklassen / Sondervermögen

Die FWW Fund Stars® beurteilen die Managementleistung in der Vergangenheit. Alle Anteilklassen eines Sondervermögens werden zusammengefasst und erhalten eine gemeinsame Auszeichnung.

Die Berechnung des FWW FundStars Ranking wird monatlich zum Monatsende vorgenommen. Das Ranking mit Stand des Vormonats erhält die Bezeichnung des aktuellen Monats (Bsp. Stand 30.01.XX – Ranking Februar 20XX). Sämtliche Berechnungen werden auf Euro-Basis durchgeführt.

Berechnung der Kennzahl RAP

Die Kennzahl RAP wird über einen Zeitraum von drei Jahren (Mid-Term), einem Jahr (Short-Term) oder fünf Jahren (Long-Term) berechnet und bringt die beiden Parameter „Risiko“ (Volatilität) und „Performance“ (Wertentwicklung) in einer wissenschaftlich entwickelten Formel zusammen, bei deren Anwendung davon ausgegangen wird, dass der Anleger lediglich in einen Fonds investieren möchte.

RAP - Berechnungsformel:

$$\text{Zwischenschritt : Hebelungsfaktor} = \frac{\text{Volatilität der Benchmark}}{\text{Volatilität des Fonds}}$$

$$\text{RAP} = (\text{Performance des Fonds} \cdot \text{Hebelungsfaktor}) - [\text{Risikoloser Zinssatz} \cdot (\text{Hebelungsfaktor} - 1)]$$

Werden zwei Fonds mit derselben positiven Wertentwicklung verglichen, erlangt der Fonds mit dem geringeren in Kauf genommenen Risiko eine bessere (höhere) RAP-Kennzahl. Umgekehrt beim Vergleich von zwei Fonds mit derselben negativen Wertentwicklung: Hier erzielt der Fonds mit dem höher eingegangenen Risiko die bessere (höhere) RAP-Kennzahl.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Die Kennzahl RAP gibt die auf die Volatilität der Benchmark normierte Performance des Fonds an. Grundlage der Risk-Adjusted-Performance eines Fonds bilden risikoangepasste Vergleichsportfolios, deren Risiko mit dem des Marktindex übereinstimmt. Alle Fonds werden somit auf das Risiko des Marktindex normiert. Bei einem Fonds, dessen Risiko über dem des Marktes liegt, wird (gedanklich) ein bestimmter Teil des Fonds verkauft und das freigewordene Kapital zum risikofreien Zins angelegt.

Liegt das Risiko des Fonds unter dem des Marktindex, wird die Anlage in den Fonds durch eine (gedankliche) Kreditaufnahme zum risikolosen Zinssatz erhöht. Im Ergebnis lässt sich feststellen, ob es einem Fonds gelungen ist, seine Benchmark bzw. andere Fonds eines gewählten Sektors risikonormiert zu schlagen. Die Berechnung der Kennzahl RAP beruht auf Veröffentlichungen von Prof. Dr. Marco Wilkens und PD Dr. Hendrik Scholz an der Universität Göttingen (Institut für Betriebswirtschaftliche Geldwirtschaft) und der Kath. Universität Eichstätt/Ingolstadt, an der beide derzeit für den Lehrstuhl ‚Finanzierung und Bankbetriebslehre‘ tätig sind.

Die FWW Fund Stars® werden realisiert und betrieben von der FWW GmbH, einem unabhängigen Financial Content & Application Service Provider aus Haar bei München.

Wichtiger Hinweis:

Die Berechnung der RAP-Kennzahl(en), bzw. der daraus resultierenden Anzahl der FWW FundStars basiert ausschließlich auf Vergangenheitsdaten. Die zukünftige Wertentwicklung eines Fonds kann nicht vorhergesagt werden. Sämtliche Informationen im Zusammenhang mit den FWW FundStars® und damit auch die Einteilungen nach Sternen stellen keine Wertung oder Empfehlung zum Kauf, Behalt oder Verkauf von Wertpapieren, insbesondere von Investmentfonds, dar. Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr.

www.fww.de

Schwerpunkt Dachfonds dynamisch Welt

(Produkte, die vorrangig in Aktienfonds investieren)

Basis: 292 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 03.12.2010

Fondsname	KAG	ISIN	per 1jahr	per 3jahre	per 5jahre	Vola 3Jahre	FWW FundStars
Allianz Horizont Dynamik	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0103683248	18,87	0,10	18,09	15,49	★★★★★
Argentos Sauren Dynamik-Portfolio	DWS Investment GmbH	DE000DWS0PD9	19,77	-7,79		17,77	★★★★★
ASVK Substanz & Wachstum UI	Universal-Investment GmbH	DE000A0M13W2	19,73	-2,64		19,02	★★★★★
AXA Portfolio 7	AXA Investment Managers Deutschland GmbH	DE0009789537	24,61	19,96	15,51	15,38	★★★★★
BL Fund Selection - 75	Banque de Luxembourg Fund Research & Asset Management S.A.	LU0135981693	15,11	-1,06	5,49	11,64	★★★★★
Carmignac Profil Reactif 75	CARMIGNAC GESTION	FR0010148999	16,42	-0,09	18,90	12,07	★★★★★
Deka-Zielstruktur: Chance	Deka Investment GmbH	DE000DK093G6	6,17	9,13		3,80	★★★★★
Deka-Zielstruktur: ChancePlus	Deka Investment GmbH	DE000DK093H4	8,47	11,37		5,01	★★★★★
DJE Golden Wave	Pioneer Investments Austria GmbH	AT0000675707	19,15	7,96	35,10	9,10	★★★★★
FFPB Variabel	Oppenheim Asset Management Services S.à r.l.	LU0317844925	17,14	-0,60		16,12	★★★★★
FFPB Wert	Oppenheim Asset Management Services S.à r.l.	LU0317845062	20,60	-2,82		16,41	★★★★★
Franklin Templeton Strategic Dynamic Fund Class A (acc) EUR	Franklin Templeton International Services S.A.	LU0236639612	19,43	-4,83		14,20	★★★★★
FT Navigator 70	FRANKFURT-TRUST Investment-Gesellschaft mbH	DE0009770347	11,96	-2,25	16,90	10,41	★★★★★
Gerling Portfolio Top Select	AmpegaGerling Investment GmbH	DE0009847335	27,10	-12,82	1,51	26,12	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Performance (EUR) T	Legg Mason Investments (Luxembourg) S.A.	LU0196847098	15,93	-2,97	5,14	14,81	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Performance (USD) T	Legg Mason Investments (Luxembourg) S.A.	LU0196862568	28,16	3,24	-6,64	14,74	★★★★★
MultiManager Fonds 4	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013617	21,00	-1,88	7,15	17,85	★★★★★
MultiManager Fonds 5	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013625	26,21	-4,46	3,46	21,00	★★★★★
Patriarch Select Chance B	Hauck & Aufhäuser Investmentgesellschaft S.A.	LU0250688156	25,74	-4,48		15,21	★★★★★
Premium-Evolution 100	Volksbank Invest Kapitalanlagegesellschaft m.b.H.	AT0000818968	20,75	-2,96	0,01	14,83	★★★★★
PremiumMandat Balance - C - EUR	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0268208047	15,02	0,16		11,76	★★★★★
PremiumMandat Dynamik - C - EUR	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0268210969	19,11	-3,56		15,30	★★★★★
PremiumStars Chance	Allianz Global Investors Kapitalanlagegesellschaft mbH	DE0009787077	24,83	-3,55	11,04	15,33	★★★★★
RAM Dynamisch	DWS Investment S.A.	LU0093746393	12,31	27,58	54,09	8,94	★★★★★
Sauren Global Growth A	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0095335757	24,05	-2,93	5,67	17,60	★★★★★
Sauren Global Growth Plus	IPConcept Fund Management S.A.	LU0115579376	23,82	4,09	12,56	16,65	★★★★★
Sauren Global Opportunities	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0106280919	26,06	8,27	32,51	17,85	★★★★★
Sauren Global Stable Growth A	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0136335097	16,75	19,82	22,25	11,26	★★★★★
StarCap SICAV - German Masters	StarCapital S.A.	LU0105752140	22,88	-8,05	11,85	17,65	★★★★★
STS Aggressive Growth Port. Schroder S&P A1 T USD	Schroder Investment Management (Lux) S.A.	LU0179450928	23,19	-10,18	-7,03	18,38	★★★★★
STS Growth Portfolio Schroder S&P A1 T USD	Schroder Investment Management (Lux) S.A.	LU0179449243	24,46	-7,28	-6,40	17,49	★★★★★
Top Ten Classic	Oppenheim Asset Management Services S.à r.l.	LU0099590506	9,48	2,42	23,47	8,90	★★★★★
VERI-SELECT Fonds	Veritas Investment Trust GmbH	DE0009763326	15,03	11,80	14,42	13,29	★★★★★

Schwerpunkt Dachfonds defensiv Welt

(Produkte, die vorrangig in Rentenfonds investieren)

Basis: 224 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 03.12.2010

Fondsname	KAG	ISIN	per 1Jahr	per 3Jahre	per 5Jahre	Vola 3Jahre	FWW FundStars
3 Banken Renten-Dachfonds (T)	3 Banken-Generali Investment-Gesellschaft mbH	AT0000744594	8,75	17,79	20,67	3,54	★★★★★
3 Banken Vorsorge-Mix Klassik	3 Banken-Generali Investment-Gesellschaft mbH	AT0000986351	8,27	10,08	13,11	4,63	★★★★★
A2A DEFENSIV	Veritas Investment Trust GmbH	DE0005561666	8,41	18,77	27,31	5,46	★★★★★
APM Global Balanced Fund (T)	Pioneer Investments Austria GmbH	AT0000729298	4,73	8,55	15,64	2,32	★★★★★
ARIQON Konservativ (T)	C-QUADRAT Kapitalanlage AG	AT0000615836	5,68	23,26	35,63	3,86	★★★★★
AXA Portfolio 6	AXA Investment Managers Deutschland GmbH	DE0009789529	14,20	32,54	20,73	10,10	★★★★★
BBBank Kontinuität Union	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005314231	9,48	13,03	20,48	4,73	★★★★★
Best-INVEST Bond Satellite	LBB-INVEST	DE0005319909	5,64	10,65	17,35	6,37	★★★★★
ComfortInvest Substanz	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605300	8,24	12,71		7,80	★★★★★
C-QUADRAT ARTS Total Return Bond (T)	C-QUADRAT Kapitalanlage AG	AT0000634720	7,14	29,21	29,96	7,15	★★★★★
FFPB Rendite	Oppenheim Asset Management Services S.à r.l.	LU0317844842	8,15	14,58		3,29	★★★★★
Franklin Templeton Strategic Conservative Class A (acc) EUR	Franklin Templeton International Services S.A.	LU0236640628	7,26	8,80		4,88	★★★★★
HANSAbalance	HANSAINVEST	DE0009799718	5,61	8,24	13,51	4,14	★★★★★
LBBW FondsPortfolio Kontinuität	LBBW Asset Management Investmentgesellschaft mbH	DE0009780510	7,38	11,08	13,19	4,46	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Conservative (USD) T	Legg Mason Investments (Luxembourg) S.A.	LU0196860273	24,12	16,03	-0,04	11,28	★★★★★
MultiManager Fonds 1	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013583	6,73	11,97	11,11	5,92	★★★★★
RAM Konservativ	DWS Investment S.A.	LU0093745825	7,39	28,63	34,21	6,83	★★★★★
Sauren Global Defensiv A	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0163675910	3,71	8,89	18,99	3,29	★★★★★
siemens/portfolio.two	Allianz Invest Kapitalanlagegesellschaft mbH	AT0000781570	6,96	10,97	16,56	4,87	★★★★★
STS Conservative Portfolio Schroders Multi-Manager A1 T EUR	Schroder Investment Management (Lux) S.A.	LU0265110899	10,48	11,29		8,49	★★★★★

Schwerpunkt flexibel Welt

(Dachfonds mit sehr breitem Anlagehorizont und einem Mix der Anlagestile)

Basis: 234 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 03.12.2010

Fondsname	KAG	ISIN	per 1Jahr	per 3Jahre	per 5Jahre	Vola 3Jahre	FWW FundStars
AAA Multi Asset Portfolio Rendite AMI P	AmpegaGerling Investment GmbH	DE000A-0MY021	9,27	5,81		4,89	★★★★★
Arbor Invest - Systematik P	AXXION S.A.	LU0318816500	10,54	19,13		8,72	★★★★★
Argentum Performance Navigator	Metzler Investment	DE000A-0MY0T1	23,42	21,47		7,69	★★★★★
Charisma Sicav - AHM Dach	CHARISMA SICAV	LU0122454167	9,65	1,71	14,50	10,96	★★★★★
C-QUADRAT ARTS Total Return Dynamic (T)	C-QUADRAT Kapitalanlage AG	AT0000634738	11,00	20,45	41,98	10,14	★★★★★
C-QUADRAT ARTS Total Return Global - AMI A	AmpegaGerling Investment GmbH	DE000A0F5G98	10,90	25,32	49,34	9,22	★★★★★
D&J Alpha UI R	Universal-Investment GmbH	DE-000A0MWWK5	12,96	-0,22		9,32	★★★★★
EDG Absolut Return Strategie FT	FRANKFURT-TRUST Investment-Gesellschaft mbH	DE-000A0B8XH3	2,96	6,97	11,83	3,81	★★★★★

Schwerpunkt flexibel Welt

(Dachfonds mit sehr breitem Anlagehorizont und einem Mix der Anlagestile)

Basis: 234 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 03.12.2010

Fondsname	KAG	ISIN	per 1jahr	per 3jahre	per 5jahre	Vola 3Jahre	FWW FundStars
FM Core Index Selection Fund	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013658	19,17	18,15		11,18	☆☆☆☆☆
Gerling Portfolio Multi ETF Strategie P (a)	AmpegaGerling Investment GmbH	DE0009847327	13,15	6,34	11,65	10,56	☆☆☆☆☆
Global Opportunities HAIG - WorldSelect B	Hauck & Aufhäuser Investmentgesellschaft S.A.	LU0288319352	14,12	7,18		12,10	☆☆☆☆☆
IAMF - Strategy Global Portfolio	MK Luxinvest S.A.	LU0275528890	12,77	2,48		12,38	☆☆☆☆☆
Julius Baer Vindex B	Swiss & Global Asset Management (Lux) S.A.	LU0245873475	0,03	13,45		4,88	☆☆☆☆☆
Multi Asset Fund of Funds 1	HSBC Trinkaus Investment Managers S.A.	LU0327379359	10,93	2,34		12,07	☆☆☆☆☆
Multi Asset Fund of Funds 2	HSBC Trinkaus Investment Managers S.A.	LU0327379433	14,72			12,23	☆☆☆☆☆
Multi Asset Global	HSBC Trinkaus Investment Managers S.A.	LU0327379516	14,89	1,78		12,29	☆☆☆☆☆
Multi Opportunities II	DWS Investment S.A.	LU0148742835	7,90	14,52	37,66	7,59	☆☆☆☆☆
Parvest Target Return Plus (USD) C	BNP Paribas Investment Partners Luxembourg	LU0089293350	17,51	10,11	-0,99	12,65	☆☆☆☆☆
Patriarch Classic B & W Global Freestyle B	Hauck & Aufhäuser Investmentgesellschaft S.A.	LU0191626133	11,50	4,60		10,32	☆☆☆☆☆
PRIMA-Konzept	Prima Management AG	LU0302303614	17,01	-0,24		12,18	☆☆☆☆☆

Schwerpunkt ausgewogen Welt

(Hier wird ein Teil des Anlagekapitals in Aktienfonds und ein Teil in Rentenfonds investiert. Zudem wird auch die Anlage in offene Immobilienfonds und Geldmarktfonds praktiziert)

Basis: 148 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 03.12.2010

Fondsname	KAG	ISIN	per 1jahr	per 3jahre	per 5jahre	Vola 3Jahre	FWW FundStars
3 Banken Vorsorge-Mix Dynamik	3 Banken-Generali Investment-Gesellschaft mbH	AT0000784863	11,88	2,31	7,58	8,79	☆☆☆☆☆
Allianz Horizont Balance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0103682786	15,58	6,83	16,18	12,01	☆☆☆☆☆
BBBank Wachstum Union	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005314249	15,50	0,58	13,46	10,84	☆☆☆☆☆
C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (T) EUR	C-QUADRAT Kapitalanlage AG	AT0000634704	8,60	20,60	33,02	7,98	☆☆☆☆☆
Dexia Patrimonial Low USD C	Dexia Asset Management Luxembourg S.A.	LU0097189079	25,22	23,80	14,59	10,24	☆☆☆☆☆
Legg Mason Multi-Manager Balanced (USD) T	Legg Mason Investments (Luxembourg) S.A.	LU0196861834	26,55	7,55	-4,84	12,69	☆☆☆☆☆
MEAG GlobalBalance DF	MEAG MUNICH ERGO Kapitalanlageges. mbH	DE0009782763	13,61	1,83	6,96	8,32	☆☆☆☆☆
MultiManager Fonds 3	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013609	14,01	1,54	12,10	16,79	☆☆☆☆☆
Patriarch Select Wachstum B	Hauck & Aufhäuser Investmentgesellschaft S.A.	LU0250687000	18,76	4,82		9,27	☆☆☆☆☆
PremiumStars Wachstum	Allianz Global Investors Kapitalanlageges. mbH	DE0009787069	17,12	1,32	9,52	10,82	☆☆☆☆☆
RAM Wachstum	DWS Investment S.A.	LU0093746120	10,41	29,22	45,28	7,63	☆☆☆☆☆
Sauren Global Balanced A	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0106280836	11,30	1,30	16,78	10,51	☆☆☆☆☆
Schoellerbank Global Pension Fonds (A)	Schoellerbank Invest AG	AT0000814991	9,10	1,45	10,53	8,68	☆☆☆☆☆
STS Balanced Portfolio Schroder S&P A1 T USD	Schroder Investment Management (Lux) S.A.	LU0179448518	24,37	-0,59	-3,13	15,78	☆☆☆☆☆
UniStrategie: Ausgewogen	Union Investment Privatfonds GmbH	DE0005314116	18,26	4,72	10,75	10,77	☆☆☆☆☆
VERITAS BALANCE	Veritas Investment Trust GmbH	DE0009763383	10,70	21,69	34,83	6,53	☆☆☆☆☆

Investmentfonds-Rating



- Performance-Daten
- Timing Indikator
- Crash Marker Punkte
- FLV/FRV-Kommentar

Basis: Morningstar

Wertung: **CMP**

Stand: 07.12.2010

Von Uli Pfeiffer



Um die wenigen Fonds zu finden, die auch in negativen Börsenphasen aller Voraussicht nach geringeren Stress bereiten, als die große Masse der Marktteilnehmer, wurden die Fonds

nach dem CMP-System für Sie wie folgt gewichtet: Die Wertentwicklung (I) des Fonds sowie seine Risikoanfälligkeit (II) werden in einem Verhältnis von 50:50 gemessen (siehe Kasten). Für das Punktesystem (CMP) im Rahmen der Performance wurde der jeweils beste Fonds seiner Periode mit 100 Punkten und der jeweils schlechteste Fonds mit 0 Punkten indexiert. Alle Fonds werden im

Verhältnis zum besten und schlechtesten Fonds sowie im Vergleich zum Mittelwert des Sektors relativ gewertet. Mit diesem auch nach Risiko gewichteten Rating gewinnt der Berater deutlich mehr Informationen, als aus vielen anderen Übersichten! So macht das Kundengespräch Freude!

Das CMP-Rating wird seit 2000 für alle Fonds-Sektoren durchgeführt.

Die Kompetenz des Maklers

Millionen Kunden fondsgebundener Produkte erhielten nicht alle Marktchancen.

Die Ansprüche an die Fundamente einer Kapitalanlage können mannigfaltig sein. Auf jeden Fall sollten Chancen geboten werden. Fondspolizen vor 1980 boten eine Chance. Fondspolizen vor 1990 boten 3–5 Chancen. Fondspolizen vor 2000 boten 10–20 Chancen. Fondspolizen heute bieten zum Teil das gesamte Marktspektrum.

Millionen FLV/FRV-Besitzer haben jedoch nichts mehr davon. Sie verpassten über ein Jahrzehnt den Anstieg der Emerging Markets in all ihren Facetten. Sie kamen nie in den Genuss von Energie- und Rohstoff-Fonds.

Mit entsprechend qualifizierten Maklern plus kompetenter Beratung hätten viele FLV-Abläufe erheblich attraktiver aussehen können. Natürlich hat man mit einem fondsgebundenen Produkt das Kapitalmarktrisiko an den Kunden abgeben.

Aber: Eine Generation von Versicherungsvorständen hat nicht gemerkt, was an den Märkten Ost-Europas, Asiens und Lateinamerikas passiert. Wie sollte es dann der Kunde wissen? Dieser hat andere berufliche Kompetenzen. Makler-Kompetenz ist es jedoch, auch auf dem Feld der Kapitalanlage mehr zu wissen, als der Kunde. Für fondsgebundene Produkte gilt dies zu einhundert Prozent.



Der TIMING INDIKATOR zeigt die Wertentwicklung des II. Halbjahres 2010, Stand 01.07.2010

Risikokennziffern

- Maximaler Verlust
- Volatilität
- Volumen in Mio. Euro
- Alpha
- Beta
- Correlation
- Durchschnittliche jährliche Rendite
- Sharpe-Ratio
- Information-Ratio

Diese Risikokennziffern können Sie bezogen auf einen der hier vorgestellten Fonds auf Wunsch per e-mail bei der Redaktion anfordern:
info@bhm-marketing.de



Das CMP-Rating ist besonders interessant für Berater, die die Fonds-Anlage ihrer Kunden aktiv steuern wollen. Übrigens: CMP-Fonds sind stark risikogewichtet. Achten Sie darauf, ob Sie diese Produkte auch in der FLV/FRV Ihrer Kunden finden!

CMP-Wertung in %

<u>I. Wertentwicklung</u>	
Fünf-Jahres-Performance	10%
Ein-Jahres-Performance	15%
Drei-Jahres-Performance	20%
Zehn-Jahres-Performance	5%
	<u>50%</u>

<u>II. Risikoanfälligkeit</u>	
Maximaler Verlust über fünf Jahre	35%
Volatilität über fünf Jahre	15%
	<u>50%</u>

Gewichtung: Keine Aktiensektoren

<u>I. Wertentwicklung</u>	
Fünf-Jahres-Performance	20%
Ein-Jahres-Performance	20%
Drei-Jahres-Performance	20%
Zehn-Jahres-Performance	10%
	<u>70%</u>

<u>II. Risikoanfälligkeit</u>	
Maximaler Verlust über fünf Jahre	20%
Volatilität über fünf Jahre	10%
	<u>30%</u>

Aktienfonds International:
Die Fonds investieren global in Aktien. In Aktien
sollen über 70% der Mittel investiert sein.

Aktienfonds International

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 654 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 181,4 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

Fonds			CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	1.7.2010 – 7.12.2010
		Flop	3,85	-11,31	-56,22	-34,77	-84,65	-9,73
		Top	80,48	73,72	34,81	114,06	162,84	52,78
Index: MSCI AC World EUR	EUR			23,73	-18,01	8,53	K/A	10,52
Durchschnitt von total 808	Währ.	ISIN	45,92	21,28	-17,38	15,26	-20,66	9,91
CMP-Sieger								
1 Carmignac Investissement A	EUR	FR0010148981	71,39	21,12	30,84	114,06	162,84	8,02
2 Amundi International SICAV AU	USD	LU0068578508	70,98	29,07	5,42	40,33	137,76	4,21
3 PEH Strategie Flexibel P	EUR	LU0086124129	68,84	6,94	4,97	27,57	31,45	0,21
4 PEH Value Strategie	EUR	DE0009767418	67,86	11,39	3,34	25,99	54,45	2,92
5 Sauren Global Stable Growth A	EUR	LU0136335097	67,27	18,34	11,64	42,13		6,6
6 Newton Global Balanced Ex 1 Net	GBP	GB00B01X0R40	66,11	20,25	6,3	44,93	47,2	8,66
7 R + P Universal-Fonds	EUR	DE0005316962	65,86	16,2	3,39	54,84		10,51
8 Flossbach von Storch Aktien Global F	EUR	LU0097333701	64,77	12,78	3,3	53,11	14,45	5,73
9 KBC Equity Generation Y Acc	EUR	BE0171040299	63,75	40,75	22,39	61,99	9,55	19,02
10 Gamax Funds Junior A	EUR	LU0073103748	63,50	26,64	12,29	24,5	-28,5	11,83
Schwergewichte								
UniGlobal	EUR	DE0008491051	56,86	24,06	-4,88	34,74	2,67	11,57
DWS Top Dividende	EUR	DE0009848119	54,25	20,39	-5,56	34,96		6,88
DWS Akkumula	EUR	DE0008474024	52,00	9,17	-11,34	22,96	6,64	6,2
DWS Vermögensbildungsfonds I	EUR	DE0008476524	52,00	13,05	-14,95	14,96	-6,45	7,22
Vanguard Global Stock Idx Inv USD	USD	IE00B03HD084	49,91	23,78	-17,17	11,54	-23,47	10,3
Robeco	EUR	NL0000289783	49,11	25,25	-15,39	15,28	-28,81	12,13
Templeton Growth Inc A	USD	US8801991048	43,53	19,93	-26,61	-3	7,11	9,44
Templeton Growth Euro A Acc €	EUR	LU0114760746	41,08	20,2	-27,11	-5,65		9,17
Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)								
C-QUADRAT ARTS Best Momentum EUR T	EUR	AT0000825393	61,72	24,81	-0,92	66,73	47,43	8,67
Sauren Global Opportunities	EUR	LU0106280919	61,53	28,19	8,65	60,84	80,26	8,01
StarCap PERGAMON Fonds A	EUR	LU0179077945	59,82	38,29	13,22	76,38		37,29
Warburg Value A	EUR	LU0208289198	57,19	34,22	13,02	77,3		8,19
Albrech & Cie Optiselect Fonds	EUR	LU0107901315	57,17	30,11	-1,35	35,64	67,71	11,1
M&G Global Basics A EUR	EUR	GB0030932676	50,57	36,93	2,85	77,9		19,54
LINGOHR-SYSTEMATIC-LBB-INVEST	EUR	DE0009774794	44,98	28,3	-15,1	36,7	67,88	14,8
WM Aktien Global UI Fonds B	EUR	DE0009790758	41,14	33,88	-22,81	26,86	57,27	34,59
SUNARES	EUR	LU0344810915		73,72				52,78

Aktienfonds International

Glänzende Ergebnisse allen Unkenrufen und Katastrophen zum Trotz: 2010 war das Jahr der Aktien. Unsere langjährigen Empfehlungen Carmignac und M&G landeten auf 1 Jahr mit 21% und 36% im Plus. Insgesamt dominieren die Vermögensverwalter bei den Top-Fonds, während viele „alte“ Fonds-Schlachtschiffe über 3 Jahre rot sehen. DWS I -14%, Templeton

Growth -27%. Bei Templeton soll es nun ein neuer Manager richten. Im Trend vorne liegen KBC Generation Y, SUNARES (Aktien von Unternehmen mit Bezug zu den Elementen Erde und Wasser.

Top-Fonds in FLV/FRV

Von den Top-5-Fonds finden sich nur Carmignac und Sauren überhaupt in Fondspolizen: Sauren Global Stable

Growth in Prisma Life und Volkswohl bund, Carmignac in Skandia, WWK, Swiss life, ARAG, Barmenia, Fingro, Gothaer, Nürnberger, Signal Iduna, HDI, Volkswohl bund, LV 1871, Zürich und Heidelberger Leben.

Aktienfonds Europa: Die Fonds investieren in Aktien von europäischen Unternehmen. Vertreten sind sowohl Fonds, die in dieser gesamten Hemisphäre, als auch solche, die nur im EURO-Bereich oder Kontinentaleuropa anlegen. In Aktien sollen über 70% der Mittel investiert sein.

Aktienfonds Europa

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 692 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 187,7 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

Fonds			CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	1.7.2010 – 7.12.2010
Flop			9,02	-15,53	-72,03	-48,92	-69,92	-11,79
Top			72,79	47,31	19,16	110,10	100,53	34,11
Index: STOXX Europe 50 TR EUR	EUR			9,28	-26,00	4,87	-27,67	10,15
Durchschnitt von total 853	Währ.	ISIN	47,56	15,75	-25,56	17,06	-13,80	12,67
CMP-Sieger								
1 Allianz RCM Europe Eq Growth W EUR	EUR	LU0256881987	72,79	40,26	19,16	86,8	3,23	17,93
2 BGF Continental Europ Flexible A2 EUR	EUR	LU0224105477	70,16	37,61	15,02	91,1	30,07	26,98
3 Threadneedle(Lux) Pan European Eqs AE	EUR	LU0061476155	68,21	33,31	0,76	44,64	-23,44	18,44
4 Baring Europe Select Trust GBP	GBP	GB0000796242	67,99	33,43	0,13	83,5	100,53	23,63
5 Oddo Avenir Europe A	EUR	FR0000974149	67,94	31,32	3,01	80,28	75,68	12,99
6 Threadn. Eurp Sm Cos Ret Net EUR Acc	EUR	GB0002771383	67,43	39,17	-7,94	81,1	83,58	21,11
7 Allianz RCM Wachstum Europa A EUR	EUR	DE0008481821	67,35	35,96	9,01	65,15	-12,68	16,61
8 Threadneedle Pan Eurp Ret Net EUR	EUR	GB0009583252	66,83	35,87	-1,36	49,54	17,25	20,39
9 Comgest Europe	CHF	LU0039989081	66,56	20,84	-6,05	33,1	13,43	6,83
10 Vitruvius European Equity	EUR	LU0103754361	66,44	19,95	-8,44	32,03	87,13	11,82
11 Comgest Growth Europe Acc	EUR	IE0004766675	66,33	20,54	-6,25	32,19	9,76	7,36
12 DJE Dividende & Substanz P	EUR	LU0159550150	65,81	16,67	-1,7	53,37		10,69
Schwergewichte								
BGF European A2 EUR	EUR	LU0011846440	57,35	19,02	-9,46	42,13	3,24	16,34
Oyster European Opportunities EUR	EUR	LU0096450555	56,04	25,92	-20,59	34,49	28,35	13,53
Franklin Mutual European A Acc €	EUR	LU0140363002	54,30	16,94	-19,77	22,47		7,95
Vanguard European Stock Idx Inv USD	USD	IE0002639445	50,40	15,46	-24,66	14,95	-9,95	11,5
AriDeka CF	EUR	DE0008474511	45,47	13,46	-29,77	2,9	-40,99	10,62
iShares EURO STOXX 50	EUR	IE0008471009	43,24	3,64	-29,84	6,98	-27,26	9,76
Lyxor ETF EURO STOXX 50 A	EUR	FR0007054358	41,99	2,48	-29,59	7,36		8,14
iShares EURO STOXX 50 (DE)	EUR	DE0005933956		3,57				9,48
db x-trackers Euro STOXX 50 ETF 1D	EUR	LU0274211217		2,71				8,43
Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)								
C-QUADRAT Springer European Plus T	EUR	AT0000719935	60,49	29,89	8,62	110,1		17,46
FF - European Growth A Euro	EUR	LU0048578792	55,12	22,98	-20,25	22,95	47,09	17,22
Threadneedle Pan Eurp Sm Cos RN GBP	GBP	GB00B0PQ4K00	54,68	47,31	-8,94			25,3
Nordea-1 European Value BP	EUR	LU0064319337	55,16	24,76	-21,05	21,77	40,95	10,79

Aktienfonds Europa

Ein gutes Aktienjahr war europäischen Fonds nur beschert, wenn sie sich vom Index abkoppelten. Eindrucksvoll waren dabei mehrere Allianzfonds. Die Manager setzen derzeit vor allem auf Wachstum im Konsum wie bei Carlsberg oder H&M. Der BGF als TI-Sieger sieht die Chance ebenfalls bei Konsumwerten und ist stär-

ker in Skandinavien und der Schweiz investiert.

Top-Fonds in FLV/FRV

Leider finden sich die guten Produkte von Allianz RCM und BGF nicht im Versicherungsmantel. Hier gibt es oft nur zweitbeste Lösungen. Größter und meistverwendeter Fonds, der Fidelity Euro-

pean Growth, ist immerhin besser als Index und Durchschnitt, landet aber im CMP-Rating nur auf Rang 238 von über 800 Fonds.

Aktienfonds Nordamerika: Die Fonds investieren in Aktien US-amerikanischer und/oder kanadischer Unternehmen. In Aktien sollen über 70% der Mittel investiert sein.

Aktienfonds Nordamerika

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 322 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 94,5 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

Fonds			CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	1.7.2010 – 7.12.2010
	Flop		6,53	1,01	-48,96	-51,79	-63,92	-9,02
	Top		73,98	68,60	30,70	79,89	108,34	28,93
Index: S&P 500	USD			27,72	-14,18	5,40	-27,94	9,75
Durchschnitt von total 381	Währ.	ISIN	46,92	29,43	-13,62	5,67	-24,49	10,47
CMP-Sieger								
1	W&W Intl US Aktien Premium	EUR	LU0207472340	73,98	6,69	13,02	27,5	11,02
2	BNPP L1 Opportunities USA Acc	USD	LU0377124267	73,09	34,01	30,7	79,89	15,41
3	Threadneedle(Lux) US Equities W	USD	LU0043004323	69,35	26,06	9,95	27,96	-34,9
4	US Special Equity A	USD	AT0000994991	68,66	39,74	10,21	29,8	108,34
5	Vaughan Nelson US SC Value Fd I/A USD	USD	LU0183517142	67,77	42,48	15,09	51,07	13,97
6	BNPP L1 Equity USA Growth Acc	USD	LU0377078216	66,32	29,01	14,72	28,5	-25,2
7	Warburg US-Diversified-Fonds	EUR	DE0009765412	65,57	27,23	-2,64	4,59	-41,25
8	Threadneedle Amer Sm Cos Ret Net Acc	GBP	GB0001530129	63,65	54,37	12,46	52,71	-9,47
9	Schroder ISF US Smaller Comp A Acc	USD	LU0106261612	62,98	41,81	3,59	40,08	74,08
10	BGF US Small & MidCap Opps A2 USD	USD	LU0006061336	62,90	45,56	11,52	42,95	11,16
11	Schroder ISF US Sm & MdCp Eq A USD	USD	LU0205193047	59,96	35,23	3,54	36,89	9,7
Schwergewichte								
	Threadneedle Amer Ret Net USD	USD	GB0002769429	55,85	31	-5,73	19,95	-23,64
	Allianz RCM US Equity C2 USD	USD	IE0002495467	53,53	25,56	-5,1	18,06	-8,03
	JPM US Select Equity A (acc)-USD	USD	LU0070214290	52,85	25,6	-8,54	10,57	-31,59
	M&G American A EUR	EUR	GB0030926959	50,93	30,57	-14,39	20,28	-36,82
	Pioneer Fds US Pioneer E EUR ND	EUR	LU0133646132	50,88	29,37	-14,4	5,7	10,48
	SSgA US Index Equity Fund P USD	USD	FR0000018285	50,30	26,96	-15,64	2,9	-33,12
	Vanguard US 500 Stock Index Inv USD	USD	IE0002639668	50,00	26,93	-15,74	2,41	-31,61
	iShares S&P 500 USD	USD	IE0031442068	48,58	27,36	-14,53	3,87	9,63
	Robeco US Premium Equities DH EUR	EUR	LU0320896664	43,67	11,48	-10,38	13,2	15,81
Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)								
	Vanguard US Discoveries Inv Acc	USD	IE0034156459	57,65	68,6	12,31	46,77	18,01
	UBS (Lux) EF Canada CAD P Acc	CAD	LU0043389872	54,73	32	3,1	72,41	58,38

Aktienfonds Nordamerika

BNP Opportunities ist über Jahre das Maß der Dinge. Er bietet die beste Performance über 3 und 5 Jahre, glänzt zudem mit niedrigem Risiko.

Gerade bei Nordamerika zeigt sich die hohe Konstanz des CMP-Ratings. Alle Top-Fonds dieser Ausgabe landeten in

den letzten Magazinen ebenfalls unter den ersten 10.

Small caps zeigen langfristig die beste Wertentwicklung und sind nicht einmal überdurchschnittlich risikoreich. Größter Fonds ist ein ETF von iShares, der aber über alle Zeiträume leicht schlechter als der S&P lief.

Top-Fonds in FLV/FRV

Vor allem die Fondsgesellschaften von BGF, Fidelity, Nordea, Pioneer und Templeton finden sich in den Fondspolizen. Die CMP-Spitzenreiter im Test nicht.

Aktienfonds Emerging Markets: Die Fonds investieren global oder überregional in Aktien von Unternehmen, deren Länder auf dem Sprung zur Industrienation sind. In Aktien sollen über 70% der Mittel investiert sein.

Aktienfonds Emerging Markets

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 158 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 118,2 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

1.7.2010 –
7.12.2010

Fonds			CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%		
	Flop		11,80	-4,76	-46,73	-14,00	-4,03	-4,72	
	Top		79,45	69,57	55,14	191,85	250,29	24,05	
Index: MSCI EM EUR	EUR			33,44	13,44	93,04	K/A	13,04	
Durchschnitt von total 203	Währ.	ISIN	47,15	34,57	14,74	101,67	120,37	13,12	
CMP-Sieger									
1	First State Global Emerging Markets A	GBP	GB0030190366	79,45	44,05	41,62	151,65	237,36	15,37
2	Danske Invest Global Emerging Mkts A	USD	LU0085580271	78,00	45,8	49,06	167,55	132,72	14,88
3	First State Global Emerg Mkts Ldrs A	GBP	GB0033873919	77,10	41,05	39,75	147,25		14,23
4	Aberdeen Global Emerging Markets Eq A2	USD	LU0132412106	75,53	44,49	51,01	169,78		13,5
5	First State Gbl Emerg Mkts Leader I	USD	IE00B0169N27	72,19	40,63	43,73			14,52
6	Vontobel Emerging Markets Eq B	USD	LU0040507039	69,40	46,15	24,48	108,89	185,78	11,9
7	Magellan C	EUR	FR0000292278	68,80	34,6	27,03	130,28	250,29	14,84
8	Aberdeen Gbl Emerging Mkts Sm Cos A2	USD	LU0278937759	66,59	66,23	55,14			17,21
9	Baring Global Emerging Mrkts A USD Inc	USD	IE0000838304	64,71	34,46	34,84	134,99	128,56	12,89
10	Vitruvius Emerging Markets Equity	USD	LU0148751588	64,38	26,75	14,64	118,61		11,11
11	Comgest Growth Emerging Markets Acc	USD	IE0033535182	63,80	34,67	26,24	129,36		14,03
12	CI Emerging Markets I	USD	LU0026873132	63,18	34,77	24,46	142,15	130,96	11,59
Schwergewichte									
	JPM Emerging Markets Eq A (dist)-USD	USD	LU0053685615	55,09	38,36	18,63	115,35	149,72	13,69
	Robeco Emerging Markets Eq D EUR	EUR	LU0187076913	51,78	33,45	24,87	124,25	149,59	11,23
	Vanguard Emerging Mrkts Stk Idx Inv Acc	EUR	IE0031786142	46,12	35,61	21,67			13,94
	iShares MSCI Emerg Mkts	USD	IE00B0M63177	43,80	33,05	23,64			15,8
	Schroder ISF BRIC A	USD	LU0228659784	39,37	21,4	20,86			8,65
	DWS Invest BRIC Plus LC	EUR	LU0210301635	36,59	24,84	8,18	119,14		7,08
	db x-trackers MSCI Emerg Mkts TRN 1C	USD	LU0292107645		34,95				13,33
Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)									
	Carmignac Emergents	EUR	FR0010149302	50,64	42,34	6,69	108,15	179,05	18,01
	Global Advantage Emerging Markets HV	EUR	LU0047906267	50,42	33,76	5,75	97,29	241,1	17,03
	ISI BRIC Equities	EUR	DK0016284888	44,54	35,75	37,55	191,85		15,02
	Danske Invest Gl Em Mkts Small Cap A	USD	LU0292126785		69,57				17,83
	First State Gbl Emg Mkts Sustblty A GBP	GBP	GB00B64TS881		50,64				16,77

Aktienfonds Emerging Markets

Alle Fonds der Tabelle über alle Laufzeiten im Plus. Die EM-Fonds sind zudem der einzige Aktiensektor, in dem die großen Fonds ganz vorne mitspielen. Es dominieren First State, Aberdeen und Comgest, durchsetzt mit Danske und Vontobel. Auf 5 Jahre haben eigentlich alle ihr Geld verdoppelt. Der Trend der letzten Monate zeigt eine Überperformance der kleinen Werte auch bei globalen EM-Fonds. Auch hier tun sich

Aberdeen und Danske besonders hervor. Wie sehr sich gutes Fondsmanagement lohnt, zeigt der Vergleich mit den Indexfonds, die Topfonds sind deutlich besser als iShares und Vanguard. Übrigens, Sustainability kann auch Ergebnis: First State als letzter Fonds der Tabelle zeigt es mit + 50%

Top-Fonds in FLV/FRV

Der Magellan führt seit Jahren die Toplisten an, ist laut der Investmentgesell-

schaft Comgest nun immerhin in vier Fondstarifen (Alte Leipziger, Condor, Heidelberger Leben und Zürich) enthalten. Auch der größte (und überdurchschnittlich gute) EM-Fonds von JPM ist nur in vier Policen vertreten. Rückblickend hätte genau diese Diversifikation den meisten Versicherungs-Portfolios sehr gut getan.

Aktienfonds Fernost: Die Fonds investieren in Aktien von australischen, japanischen und asiatischen Unternehmen. Vertreten sind sowohl Fonds, die in dieser gesamten Hemisphäre anlegen als auch solche, die Japan ausschließen. In Aktien sollten über 70% der Mittel investiert sein.

Aktienfonds Fernost

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 236 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 110,8 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

Fonds			CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	1.7.2010 – 7.12.2010
	Flop		13,22	-14,29	-26,83	23,68	-35,21	-22,56
	Top		82,03	63,89	66,53	210,82	416,54	45,21
Index: MSCI AC Asia ex Japan EUR	EUR			35,34	13,77	77,72	K/A	11,24
Durchschnitt von total 288	Währ.	ISIN	48,27	35,85	18,22	99,32	121,63	12,95
CMP-Sieger								
1	Aberdeen Global Asian Smaller Cos D2	GBP	LU0231459958	82,03	63,19	56,26	154,51	14,75
2	First State Asia Pacific A	GBP	GB0030183890	73,66	40,36	37,24	135,52	263,49
3	First State Asia Pacific Leaders A	GBP	GB0033874214	71,07	37,85	39,36	130,41	14,07
4	FF - Asia Pacific Div A USD	USD	LU0205439572	70,55	35,48	18,24	70,57	16,51
5	Skandia Greater China Equity A1	USD	IE0005272640	69,06	40,54	46,22	116,86	172,65
6	Allianz RCM Hong Kong A	USD	LU0348735423	68,34	42,79	59,94	161,6	181,44
7	First State Greater China Growth A	GBP	GB0033874107	67,43	41,88	48,21	165,85	13,61
8	FF - ASEAN A USD	USD	LU0048573645	66,63	56,81	35,84	134,16	110,2
9	Skandia Pacific Equity A1	USD	IE0005264431	66,19	37,41	34,91	115,99	14,22
10	First State Indian Subcontinent I Acc	USD	IE0008369930	66,15	51,38	58,5	210,82	283,64
11	First State As Pac Sustainability A	GBP	GB00B0TY6S22	63,99	46,77	37,8		13,49
Schwergewichte								
	Aberdeen Global Asia Pacific Equity A2	USD	LU0011963245	63,83	45,12	32	112,15	212,85
	FF - Asian Special Situations A USD	USD	LU0054237671	63,57	41,17	35,05	134,02	111,31
	FF - South East Asia A USD	USD	LU0048597586	58,27	39,7	32,51	149,67	119,1
	Templeton Asian Growth A YDis \$	USD	LU0029875118	57,41	51,31	43,66	157,32	209,48
	Schroder ISF Emerg Asia A	USD	LU0181495838	55,90	32,94	24,94	99,74	78,08
	FF - India Focus A USD	USD	LU0197229882	32,15	47,76	8,6	125,72	8,86
Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)								
	Aberdeen Global Indian Equity A2	USD	LU0231490524	63,30	49,64	44,74	153,51	377,58
	JF India A (dist)-USD	USD	LU0058908533	46,83	43,85	21,44	154,47	286,73
	AXA Rosenberg Pac Ex-Jap Sm Cp Alp A USD	USD	IE0008367009	35,14	40,62	-5,1	80,43	24,52
	HSBC GIF Indian Equity A Acc	USD	LU0164881194	35,11	30,87	21,74	153,32	395,17
	Nestor Australien Fonds B	EUR	LU0147784119	32,10	62,03	14,28	176,73	45,21
	JPM JF ASEAN Equity A (acc) - USD	USD	LU0441851309		63,89			18,64
	Baring ASEAN Frontiers A USD	USD	IE0000830236		61,32			19,35
	Carlson Asian Small Cap A	EUR	LU0067059799	27,78	30,51	-7,76	94,43	261,04

Aktienfonds Fernost

Aberdeen Global Smaller Cos als unser Dauersieger liegt auch diesmal vorn. Das Risiko lag übrigens deutlich unter dem klassischer Europafonds.

Asien bietet glänzende Wachstumszahlen (auch über die Finanzkrise hinweg), geringe Staatsschulden und junge, gut gebildete Bevölkerungen.

Im Gegensatz zur „lost decade“ an den europäischen und US-Börsen fanden Investoren in Fernostfonds deutliche Gewinne. Über 10-Jahre verdreifachten die besten Fonds des Anlegers Geld. Wer die Anlage weniger volatil bevorzugt, ist bei First State und Aberdeen richtig aufgehoben.

Oldies but goldies: Mit dem AXA Rosen-

berg taucht ein Fonds als bester Fonds seit dem Sommer 2010 auf. Getoppt wird er nur vom Nestor Australien. Aufgrund der unterschiedlichen Inhalte und Stilen der Fonds darf auch in diesem Sektor gerne mehr als ein Fonds genutzt werden. Spannend ist und bleibt die Region mit über 3 Mrd. Menschen allemal.

Aktienfonds Deutschland

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 113 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 37,4 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

1.7.2010 –
7.12.2010

Fonds			CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	
	Flop		0,52	3,90	-56,31	-29,51	-84,57	5,64
	Top		65,60	47,00	22,39	98,04	136,88	33,86
Index: FSE DAX TR EUR	EUR			24,46	-9,83	57,53	0,92	17,37
Durchschnitt von total 127	Währ.	ISIN	48,36	24,88	-11,93	48,93	6,40	17,51
CMP-Sieger								
1 Allianz RCM Nebenwerte DE A EUR	EUR	DE0008481763	65,60	40,53	2,11	83,86	136,88	23,19
2 DWS Deutschland	EUR	DE0008490962	63,60	34,91	6,66	84,83	0,21	24,58
3 UniDeutschland XS	EUR	DE0009750497	61,15	47	22,39			27,84
4 UBS (D) EF - Small Caps Germany	EUR	DE0009751651	60,16	40,33	-4,82	90,8	70,34	19,7
5 Acatis Aktien Deutschland ELM	EUR	LU0158903558	60,10	25,55	-3,21	54,56		7,14
6 Squad Capital Value	EUR	LU0199057307	60,07	19,52	6,33	66,54		10,1
7 Pioneer Inv German Equity A ND	EUR	DE0009752303	59,91	26,81	3,3	62,37	-12,11	20,5
8 Lupus Alpha Smaller German Champs C	EUR	LU0129233507	59,39	37,82	-3,84	92,38		22,31
9 Allianz RCM Adiselekt P	EUR	DE0009769562	58,91	32,59	-5,42	98,04	-3,05	21,07
10 Kapitalfonds LK Deutschland aktiv	EUR	LU0068841302	58,86	24,12	-7,21	47,95	49,67	14,52
11 Morgen-Portfolio-Universal-Fonds	EUR	DE0008490723	57,58	25,56	-4,97	50,6	61,31	18,11
12 Baring German Growth GBP Acc	GBP	GB0000822576	56,94	32,82	-3,47	67,09	5,49	22,53
Schwergewichte								
Concentra A EUR	EUR	DE0008475005	51,95	27,22	-5,41	57,72	5,98	19,43
FT Frankfurt Effekten Fonds	EUR	DE0008478058	50,81	25,72	-8,56	51,85	-0,43	18,26
DWS Investa	EUR	DE0008474008	49,63	28,41	-10,36	57,7	1,46	21,65
UniFonds	EUR	DE0008491002	48,87	22,68	-12,79	51,4	9,47	16,39
iShares DAX (DE)	EUR	DE0005933931	48,37	24,24	-10,29	56,48		17,3
DekaFonds CF	EUR	DE0008474503	45,69	27,59	-16,02	51,06	8,19	19,87
db x-trackers DAX ETF	EUR	LU0274211480		23,43				16,5
Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)								
DWS Aktien Strategie Deutschland	EUR	DE0009769869	53,66	41,49	-7,89	70,98	48,71	30,29
Fondak P EUR	EUR	DE0008471012	45,84	27,36	-16,18	48,68	51,23	19,85
db x-trackers LevDAX Daily ETF 1C	EUR	LU0411075376						33,86

Aktienfonds Deutschland

Nach der Krise liegen die gleichen Fonds vorne wie vor der (Finanz-) Krise. Allianz, DWS und Uni.

Auf Jahressicht hat der sonst gescholtene „home-bias“ den deutschen Fondsanlegern geholfen. Im Schnitt waren 25% Plus drin.

Die beiden großen Blasen in 2000 und 2008 verhageln das Ergebnis über 10- und 3-Jahre, über 3-Jahre erreichten nur eine Handvoll Fonds das Plus.

Top-Fonds in FLV/FRV

Die volumenstarken Flaggschiffe (FT Frankf. Effekten, Investa, UniFonds, DekaFonds) der Gesellschaften landen im Mittelfeld, sind aber im Wesentlichen in den FLV's vertreten. Finden lässt sich hin und wieder der DWS Deutschland. Mehr Mut der FLV-Kunden, ein globaler orientiertes Investieren und weniger „home bias“ ist und bleibt sicher hilfreich.

Aktienfonds Osteuropa: Die Fonds investieren in Aktien von osteuropäischen Unternehmen. Sowohl regional als auch länderspezifisch ausgerichtete Fonds sind hier zusammengefasst. In Aktien sollen über 70% der Mittel investiert sein.

Aktienfonds Osteuropa

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 129 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 26,6 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

Fonds			CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	1.7.2010 – 7.12.2010	
	Flop		17,65	-39,04	-72,41	-50,73	-65,52	-2,76	
	Top		80,03	81,97	48,90	198,33	650,96	26,84	
Index: MSCI EM Eastern Europe	EUR			29,20	-13,67	68,91	185,46	18,81	
Durchschnitt von total 154	Währ.	ISIN	48,24	38,03	-8,98	78,88	196,89	17,94	
CMP-Sieger									
1	Turkisfund Equities A	EUR	LU0085872058	80,03	65,66	47,84	150,59	108,04	23,2
2	MS INV F EMEA Eq A	EUR	LU0118140002	65,32	43,88	1,81	89,91		21,13
3	Griffin Ottoman Euro	EUR	IE00B0T0FN89	63,73	37,85	6,32			13,43
4	Allianz RCM Emerging Europe A EUR	EUR	LU0081500794	63,72	36,36	15,65	113,52	329,34	16,93
5	Lloyds TSB Eastern Europe & Frontier Eq	EUR	LU0088085039	62,76	19,86	-12,25	49,16	59,77	12,45
6	Pioneer Fds Emerg Eur+Med Eq A EUR ND	EUR	LU0119336021	62,74	43,36	4,11	99,22		16,48
7	Lyxor ETF DJ Turkey Titans 20	EUR	FR0010326256	62,54	73,19	46,91			20,06
8	FIM Russia	EUR	FI0008800347	61,58	55,8	21,53	140,45	650,96	26,39
9	Neptune Russia & Greater Russia A	GBP	GB00B04H0T52	60,79	51,16	20,14	198,33		26,3
10	Magna Turkey C	EUR	IE00B04R3B82	60,13	81,97	26,49	126,75		24,83
Schwergewichte									
	BGF Emerging Europe A2 EUR	EUR	LU0011850392	51,30	41,39	-7,39	94,1	222,75	18,77
	JPM Eastern Europe Eq A (dist)-EUR	EUR	LU0051759099	50,45	52,29	4,71	115,83	237,52	21,09
	Templeton Eastern Europe A Acc €	EUR	LU0078277505	47,50	39,52	-9,89	63,38	217,15	20,86
	BNPP L1 Equity Russia Acc	EUR	LU0269742168	40,48	49,2	13,19			19,25
	Lyxor ETF Russia A	EUR	FR0010326140	38,72	38,29	-9,18			19,32
Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)									
	Deka-ConvergenceAktien CF	EUR	LU0133666676	57,17	36,36	3,2	134,64		16,1
	Griffin Eastern European A	EUR	IE0002787442	53,59	25,34	-16,27	50,26	314,85	14,76
	Baring Eastern Europe A USD Inc	USD	IE0000805634	51,00	34,91	-3,8	100,04	269,72	15,93
	Raiffeisen-Osteuropa-Aktien A	EUR	AT0000936513	50,68	35,68	-7,47	69,02	301,66	18,75
	Pictet-Eastern Europe-P EUR	EUR	LU0130728842	42,97	42,01	-4,77	88,52	277,91	17,49
	JPM Russia A (dist) - USD	USD	LU0215049551	39,94	46,55	-1,78	113,1	554,72	19,57

Aktienfonds Osteuropa

Türkei vorne und mit +38% über alle Fonds ist der Sektor einer besten überhaupt. Das gilt auch für die 10-Jahresergebnisse, die oft bei über 300% Plus liegen. Ein Augenmerk darf sich wieder auf das gebeutelte Russland legen, das gilt nicht nur für Fußballfans.

Bestimmt wird dieser Sektor von kleinen Fondsboutiquen mit eher exotisch anmutenden Namen.

Aktienfonds Lateinamerika / Afrika: Die Fonds investieren in Aktien von lateinamerikanischen Unternehmen oder Afrikanischen Unternehmen. Sowohl regional als auch als auch länderspezifisch ausgerichtete Fonds sind hier zusammengefasst. In Aktien sollen über 70% der Mittel investiert sein.

Aktienfonds Lateinamerika/Afrika

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 93 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 38,9 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

1.7.2010 –
7.12.2010

Fonds			CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	
	Flop		19,32	8,36	-27,91	53,53	42,15	-3,26
	Top		67,90	61,79	51,49	258,80	444,36	25,11
Index: MSCI EM EUR	EUR			33,44	13,44	93,04	K/A	13,04
Durchschnitt von total 161	Währ.	ISIN	48,11	28,83	21,89	173,76	284,14	11,98
CMP-Sieger								
1	EMIF-South Africa ‚B‘ Load C	ZAR	LU0120084495	67,90	45,86	31,29	119,18	21,62
2	ISI Latin America Equities A	EUR	DK0016259260	65,99	33,88	44,18	249,44	444,36
3	FF - Latin America A USD	USD	LU0050427557	64,60	37,95	42,57	226,98	335,55
4	SSgA Emerg Middle East&Africa Idx P	USD	FR0000018236	64,19	45,03	21,26	99,17	20,85
6	UBS (CH) EF South Africa P	USD	CH0002785738	63,78	47,03	24,56	112,96	221,09
7	Amundi Funds Latin America Eqs AU C	USD	LU0201575346	63,95	31,4	42,73	258,8	416,6
8	Gartmore SICAV Latin America A	EUR	LU0200080918	62,03	33,43	34,37	232,79	436,73
9	The Egyptian Growth Investment Company	USD	GB0003064309	61,16	15,16	10,02	78,78	42,15
10	Templeton Latin America A YDis \$	USD	LU0029865408	60,42	31,95	32,97	221,82	325,59
11	Threadneedle Latin Amer Ret Net USD	USD	GB0002769866	60,25	37,43	37,59	206,41	393,04
12	Jyske Invest Latin Amer Eq	USD	DK0016261241	58,87	29,47	33,86	210,36	16,37
13	KBC Equity Latin America Acc	EUR	BE0146026415	58,23	25,4	35,5	201,13	275,98
14	BGF Latin American A2 USD	USD	LU0072463663	57,30	35,11	37,77	221,52	409,07
Schwergewichte								
	Schroder ISF Latin Amer A USD	USD	LU0106259046	52,16	31,46	20,69	185,52	292,94
	Baring Latin America A USD Inc	USD	IE0000828933	47,45	33,88	17,91	183,13	310,84
	HSBC GIF Brazil Equity A Acc	USD	LU0196696453	24,85	30,98	15,1	205,98	15,67
Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)								
	JPM Latin America Equity A (dist)-USD	USD	LU0053687314	51,24	37,37	29,78	209,01	340,65
	Lyxor ETF Brazil (Ibovespa) A	EUR	FR0010408799	37,32	20,05	51,49		12,05
	Magna Africa C	EUR	IE00B0TB5318	34,40	47,99	-2,74		20,56
	Schroder ISF Middle East USD A	USD	LU0314587907		61,79			15,23
	JPM Africa Eq A (acc)-USD	USD	LU0355584466		53,45			18,63
	First State Latin America A	GBP	GB00B64TSD33		49,91			20,8
	Lyxor ETF South Africa A	EUR	FR0010464446		42,71			25,11

Aktienfonds Lateinamerika/Afrika

Was haben diese beiden Kontinente gemeinsam? Vieles wie z.B. Bodenschätze und auch eine gewisse Hoffnungslosigkeit. Die Hoffnungslosigkeit ist in Lateinamerika, hier besonders in Brasilien, verschwunden. In Afrika ist sie mehr denn je sichtbar. Lateinamerika hat das Tal in dieser Dekade durchschritten, die

Erträge für Investoren waren mit über 300% beeindruckend. Für Afrika könnte das für die nächste Dekade gelten. Erfolge zeichnen sich bereits im laufenden Jahr ab, bester Fonds dieses „Apfel und Birnen-Sektors“ ist ein Südafrika-Fonds, vor allem ob seiner guten Risiko-Kennzahlen. Insgesamt gilt verstärkt für diese Tabelle: Nicht einfach den

Fonds von Rang 1 kaufen – sondern ein Konzept für das komplette Depot aufstellen. Vielleicht finden sich neben Lateinamerika auch ein paar Euro für Afrika. Die Chinesen kratzen gerade viele Dollar für Afrika zusammen – als langfristige Investition. Leider finden Lateinamerikafonds noch kaum Zugang zu Fondspolice, von Afrika-Fonds ganz zu schweigen.

Immobilienfonds: Die Fonds investieren ihre Gelder überwiegend in einzelne Realobjekte, zumeist im europäischen Raum. Ebenfalls vertreten sind REIT-Fonds, die in Immobilienaktien investieren.

Immobilienfonds

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 132 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 89,8 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

Fonds		CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	1.7.2010 – 7.12.2010
	Flop	13,64	-39,15	-63,95	-40,47	1,52	-30,39
	Top	76,84	65,88	24,44	52,89	164,95	23,16
Index: FTSE NAREIT All REITs TR	USD		50,04	-19,28	13,01	109,50	8,96
Durchschnitt von total 160	Währ. ISIN	40,95	17,81	-19,01	9,85	62,33	7,74
CMP-Sieger							
1 Grundbesitz Europa	EUR DE0009807008	76,84	2,84	15,92	37,25	66,05	1,23
2 SEB ImmoPortfolio Target Return	EUR DE0009802314	75,19	5,21	24,44	42,58		1,23
3 hausInvest	EUR DE0009807016	74,25	3,31	17,8	26,39	56,89	1,55
4 SEB ImmoInvest P	EUR DE0009802306	73,58	2,31	14,62	25,7	62,02	0,71
5 Deka-ImmobilienEuropa	EUR DE0009809566	72,27	2,82	14,17	23,47	53,17	0,72
6 CS EUROREAL A EUR	EUR DE0009805002	72,24	2,18	13,65	22,77	56,21	0,74
7 Unilmmo: Deutschland	EUR DE0009805507	71,70	1,93	14,85	23,2	46,97	0,91
8 Aachener Grund-Fonds Nr.1	EUR DE0009800003	71,57	3,62	14,77	21,6	45,86	1,34
9 Unilmmo: Europa	EUR DE0009805515	71,46	2,05	13,99	21,98	49,37	1,05
10 UBS (D) Euroinvest Immobilien	EUR DE0009772616	70,69	2,72	16,97	32,14		1,24
11 Immo-Invest: Europa	EUR DE0009805549	70,59	5,06	17,76	29,89		3,29
12 Deka-ImmobilienGlobal	EUR DE0007483612	69,39	2,95	16,08	27,83		0,47
13 Grundbesitz Global	EUR DE0009807057	69,01	2,07	14,39	28,75		1,2
14 Unilmmo: Global	EUR DE0009805556	67,79	2,03	13,99	23,92		1,15
15 WestInvest InterSelect	EUR DE0009801423	66,60	1,41	11,77	21,12		0,69
16 AXA Immoselect	EUR DE0009846451	65,76	-0,29	10,09	20,86		-0,23
Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)							
MS INV Asian Property A	USD LU0078112413	57,18	28,75	-14,86	52,89	84,24	13,51
AXA Aedificandi A (C)	EUR FR000172041	48,12	17,04	-32,19	18,06	164,95	17,07
Lupus alpha Japanese REITs	EUR DE000A0RDS91	20,00	65,88				23,16

Immobilienfonds

„Geschlossen“ hängt derzeit als Anti-Verkaufsschild auf mehreren Fonds:

AXA Immoselect, CS Euroreal, Degi Europa, Degi International, KanAM Grundinvest, KanAm US-Grundinvest Fonds, Morgan St. P2Value, SEB ImmoInvest, UBS 3 Kontinente und TMW Immobilien Weltfonds. Derzeit sind diese Fonds nur über die Börse mit Abschlägen von Mi-

nus 12 – Minus 48% veräußerbar – oder – für Mutige mit einem deutlichen Diskont zu kaufen.

Diese Fondsklasse lebt mit dem Widerspruch der täglichen Verfügbarkeit des Geldes bei langfristigem Investment der Summen in Immobilien. So ruhig und schwankungsfrei wie in den letzten 25 Jahren geht die Wertvermehrung seit 2009 nicht mehr.

Rentenfonds Euro

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 763 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 330,9 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

1.7.2010 –
7.12.2010

Fonds		CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	1.7.2010 – 7.12.2010
	Flop	6,83	-7,02	-49,97	-47,60	-21,31	-7,97
	Top	69,30	31,78	60,58	51,81	105,54	22,15
Index: JPM GBI Germany 12 Mon. TR	EUR		1,65	15,27	20,98	46,62	0,67
Durchschnitt von total 990	Währ. ISIN	49,50	4,63	12,76	16,07	48,12	1,61
CMP-Sieger							
1 Schroder ISF US Dollar Bd A EUR Hdg	EUR LU0291343597	69,30	5,52	26,06	28,4	85,47	1,08
2 LBBW Renten Euro Flex	EUR DE0009766964	67,32	2,21	27,88	30,95	72,03	0,19
3 KEPLER Vorsorge Rentenfonds A	EUR AT0000799861	66,98	6,91	25,18	22,53	74,27	0,45
4 ESPA Bond Euro-Reserva A	EUR AT0000858121	66,33	5,37	23,75	23,44	72,17	-0,91
5 Spängler IQAM SparTrust M A	EUR AT0000857743	66,30	6,42	22,13	20,88	72,41	0,9
6 RT Vorsorge Rentenfonds A	EUR AT0000858915	66,19	6,23	24,85	24,11	65,73	-0,32
7 Klassik Anleihen A	EUR AT0000961016	65,54	5,92	22,34	21,99	64,92	1,31
8 SGAM Fund Bonds US Opp Core Plus BH	EUR LU0183660371	65,34	9,7	38,11	37,51		4,23
9 Allianz RCM Rendite Extra AT EUR	EUR LU0041034595	64,71	6,52	27,3	22,54	67,7	0,21
10 Carmignac Sécurité	EUR FR0010149120	64,55	3,24	19,86	22,7	58,16	1,28
11 VB Mündel Rent A	EUR AT0000855812	64,55	5,6	22,73	22,09	71,08	-0,02
12 Allianz PIMCO Rentenfonds A EUR	EUR DE0008471400	64,45	4,8	21,86	20,24	68,7	0,23
Schwergewichte							
BlueBay Invest Grade Bd B	EUR LU0179826135	62,11	5,14	29,35	33,67		1,64
iShares Markit iBoxx Euro Corp Bd	EUR IE0032523478	53,83	3,86	18,64	19,24		0,67
Schroder ISF Euro Corporate Bond A Acc	EUR LU0113257694	53,00	3,97	19,16	19,7		2,57
MS INVF Euro Corporate Bond A	EUR LU0132601682	48,04	3,39	15,68	17,44		1,48
Standard Life SICAV Euro Govt All St D	EUR LU0255289646	40,12	0,34	18,25			-1,32
AXA IM FIIS US Short Dur HY A(H)-C EUR	EUR LU0194345913	38,45	9,76	21,81			4,81
BlueBay High Yield Bond B	EUR LU0150855509						
Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)							
Deka-EuropaBond TF	EUR DE0009771980	59,55	6,66	14,21	16,74	78,18	0,03
cominvest Total Return Bond AT EUR	EUR LU0214602731	31,07	31,45	-20,83			22,15

Rentenfonds Euro

Die CMP-Formel gewichtet das Risiko eher hoch. Fonds, die vorne landen, glänzen nicht mit hohen Renditen, sondern geringer Volatilität und einem geringen Verlust in den letzten 3 Jahren. Dass

die durchschnittliche Jahresrendite der Topfonds im Bereich der 5 % bleibt, bezweifeln wir stark. Es darf sich auf das ein oder andere negative Ergebnis eingestellt werden.

Rentenfonds International

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 668 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 803,5 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

Fonds			CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	1.7.2010 – 7.12.2010
	Flop		15,64	-9,31	-31,59	-88,54	-23,12	-10,04
	Top		74,91	45,44	66,32	169,75	908,72	14,01
Index: JPM GBI Germany 12 Mon. TR	EUR			1,65	15,27	20,98	46,62	0,67
Durchschnitt von total 923	Währ.	ISIN	47,39	16,46	20,97	24,55	55,17	0,46
CMP-Sieger								
1	ZZ1	EUR AT0000989090	74,91	45,44	47,36	169,75	908,72	2,72
2	UBS (Lux) BF AUD P Acc	AUD LU0035338325	70,58	28,81	52,67	63,88	120,19	9,06
3	UBS (Lux) Medium Term BF AUD P Acc	AUD LU0074904532	69,44	28,19	52,01	65,13	114,61	9,52
4	KBC Renta AUD-Renta Acc	AUD LU0099232505	69,41	28,45	48,38	58,73	110,47	8,74
5	Swisscanto (LU) Bd Invest AUD A	AUD LU0141247303	68,29	26,92	47,84	58,13	112,08	7,9
6	Turkisfund Bonds A	EUR LU0085872132	67,28	28,73	49,65	123,17	301,52	4,72
7	Templeton Global Bond A MDis \$	USD LU0029871042	66,84	25,51	49,61	63,89	111,63	-1,64
8	Templeton GIBI Total Return A MDis \$	USD LU0170475585	64,46	30,89	54	78,86		0,13
9	KBC Bonds Emerging Markets Acc	USD LU0082283374	64,33	29,19	34,05	51,46	114,1	0,45
10	HSBC GIF GIBI Emerging Markets Bd A Inc	USD LU0099919721	64,14	28,26	34,62	56,21	126,26	-0,67
11	Raiffeisen Swiss Obli B	CHF LU0049809055	64,08	18,98	45,97	33,73	66,84	1,41
12	F&C Emerging Markets Bond A	USD LU0168601234	64,01	28,46	33,09	54,56	133,95	-0,36
13	Pictet-Global Emerging Debt-P USD	USD LU0128467544	63,97	24,3	37,19	56,84	120,91	-2,95
14	Pictet-Global Emerging Debt-HI CHF	CHF LU0170990518	62,96	27	66,32	80,09		6,56
Schwergewichte								
	Templeton Emerging Markets Bond A QDis \$	USD LU0029876355	60,03	27,9	38,21	64,97	123,08	-0,65
	BNPP L1 Bd Best Sel Wld Emerg H Acc	EUR LU0377067797		18,71				14,01

Rentenfonds International

Im Gegensatz zu den Euro-Rentenfonds ist diese Tabelle geradezu ein Tummelplatz der Exoten. Vorn mit dem ZZ1 und einer fast unglaublichen Rendite. Dahinter dominieren Fond die im Austral-Dollar

investieren oder in Emerging Markets anlegen. Besondere Beachtung sollte der Spalte Timing Indikator geschenkt werden: hier bröckelt das gute 3 Jahres-Ergebnis ganz erheblich.

Mischfonds dynamisch: Die Fonds investieren in Geld, Renten und Aktien mit einer eher spekulativeren Gewichtung der einzelnen Anlageklassen. Die Kategorie schließt weltweite, regionale und länderspezifisch anlegende Fonds ein und beinhaltet auch AS-Fonds.

Mischfonds dynamisch

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 979 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 167,2 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

1.7.2010 –
7.12.2010

Fonds		CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	
	Flop	12,31	-32,13	-68,98	-23,10	-53,69	-17,87
	Top	78,90	43,31	40,09	107,64	136,78	37,78
Index: MSCI World EUR	EUR		22,33	-21,83	2,33	-33,44	10,13
Durchschnitt von total 1595	Währ. ISIN	44,93	8,77	-5,78	16,39	4,18	4,18
CMP-Sieger							
1 Carmignac Patrimoine A	EUR FR0010135103	78,90	9,59	35,54	68,43	136,78	-0,35
2 BFI Capital Protect (CHF)	CHF LU0211778906	68,30	24,30	40,09	36,12		1,25
3 Pioneer Investments Substanzwerte	EUR DE0009792002	68,22	33,76	20,72	66,23	38,92	16,36
4 LBBW Multi Global	EUR DE0009766881	67,72	13,49	14,09	29,53	57,39	4,96
5 ZZ Trend A	EUR AT0000617675	67,65	28,43	27,92	107,64		1,11
6 Gamma Concept	EUR LU0124662932	66,39	20,76	30,78	104,36		13,17
7 C-QUADRAT ARTS Total Return Gibl AMI	EUR DE000A0F5G98	64,84	12,69	25,03	70,49		3,28
8 Boss Concept IPC Sicav-Boss Concept 2	EUR LU0091827138	64,31	7,26	14,52	17,14	59,00	1,42
10 Pictet-Picliffe-P CHF	CHF LU0135488467	63,92	18,37	13,54	24,73	14,05	4,68
11 Veritas Balance	EUR DE0009763383	63,66	12,06	19,05	44,58		-0,54
12 Ethna-AKTIV E A	EUR LU0136412771	63,63	9,99	16,72	51,37		2,91
13 Telos Funds - Momentum Select	EUR LU0142814879	63,44	20,51	23,71	36,52		9,28
Schwergewichte							
Swisscanto (LU) PF Balanced A	CHF LU0112803316	62,72	19,11	13,07	28,47	29,51	4,68
BGF Global Allocation A2 USD	USD LU0072462426	62,49	21,50	10,65	37,06	45,50	3,44
UBS (Lux) SF Balanced CHF P Acc	CHF LU0049785289	59,27	20,20	10,66	21,99	21,07	5,57
Newton Balanced GBP	GBP GB0006778574	55,78	18,82	2,33	36,75	21,09	8,03
UniRak	EUR DE0008491044	54,91	17,12	-0,01	34,45	38,19	8,01
Newton Real Return GBP	GBP GB0006780323	54,88	18,61	9,57	42,71		4,71
DekaStruktur: 4 ErtragPlus	EUR LU0185900692	49,19	3,06	-2,50	9,59		2,74
UBS (Lux) KSS Gibl Allc (USD) P Acc	USD LU0197216392	40,23	22,08	-10,87	4,17		6,23
Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)							
M&W Privat	EUR LU0275832706	54,43	7,53	38,35			3,89
ETF-Dachfonds P	EUR DE0005561674	54,43	14,83	35,97			3,28
Premium Pearls One	EUR LU0333856689		43,31				37,78

Mischfonds Dynamisch

Carmignac's Patrimoine bleibt das Maß aller Dinge. Der Fonds ist genau so schwer wie alle weiteren Fonds in der Tabelle zusammen.

Wer kann ihm das Wasser reichen, ohne sich an mehr Risiko die Finger zu verbrennen? Die 3-Jahreszahlen lassen zwei Fonds mit über 35% auf gleicher

Höhe stehen, M&W Privat und ETF P (BFI mit Franken-Währungseffekt lassen wir außen vor). Beide erzielen mit sehr unterschiedlichen Konzepten ein ähnliches Ergebnis. M&W setzt auf Rohstoffe, derzeit Gold und Silber, der ETF P setzt ein Trendfolgekonzept ein, mit einer Aktiengewichtung von aktuell über 85%. Im laufenden Jahr liegt der ETF im

Vergleich der 3 Fonds vorn. Unser Tipp lautet, sich nicht auf einen Fonds zu beschränken, es können auch gerne alle drei sein – das kostet nicht mehr, diversifiziert aber und senkt das Risiko.

Mischfonds defensiv: Die Fonds investieren in Geld, Renten und Aktien mit einer eher konservativen Gewichtung. Die Kategorie schließt weltweite, regionale und länderspezifisch angelegte Fonds ein und beinhaltet auch AS-Fonds.

Mischfonds defensiv

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 289 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 52,8 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

Fonds			CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	1.7.2010 – 7.12.2010	
	Flop		12,48	-22,48	-33,57	-12,17	-14,41	-18,97	
	Top		76,22	26,65	39,16	44,06	65,36	17,58	
Index: JPM GBI Germany 6 Mon. TR	EUR			1,54	13,29	19,88	42,15	0,64	
Durchschnitt von total 401	Währ.	ISIN	47,55	5,63	4,79	14,43	23,92	1,70	
CMP-Sieger									
1	Quint:Essence Strategy Defensive	EUR	LU0063042062	76,22	7,18	29,39	25,81	53,70	0,76
2	LGT Strategy 3 Years (CHF) B	CHF	LI0008232139	75,70	19,55	28,61	32,97	43,10	3,93
3	Swisscanto (LU) PF Yield A	CHF	LU0112800569	71,80	17,10	23,30	27,19	39,33	2,52
4	Raiffeisen - Global Invest Yield B	CHF	LU0076548808	70,78	16,28	22,39	23,00	31,01	3,08
5	FI ALPHA Renten Global Acc	EUR	LU0087412390	70,58	8,52	16,05	33,76	65,36	2,84
6	Allianz ExxonMobil-Mitarbeiter-Fonds	EUR	DE0008496258	70,38	5,52	16,41	21,55	57,01	1,15
7	OP-Invest CHF B	CHF	LU0062576821	69,94	16,18	24,21	25,80	36,90	0,74
8	ARIQON Konservativ T	EUR	AT0000615836	69,19	5,60	21,58	41,36		1,87
9	UBS (Lux) SF Yield CHF P Acc	CHF	LU0033035865	69,08	18,61	24,19	25,08	36,45	3,51
10	CS PF (Lux) Income CHF B	CHF	LU0078042883	66,46	20,22	19,40	24,68	30,21	3,36
11	Veritas Ertrag	EUR	DE0009763375	63,90	7,98	21,13	35,22		-4,12
12	Deka-Kommunal Euroland Balance	EUR	DE0007019499	63,81	4,23	15,86	31,77		0,29
13	Kapital Plus A EUR	EUR	DE0008476250	63,50	17,08	15,10	30,38	45,43	5,75
Schwergewichte									
	Sauren Global Defensiv A	EUR	LU0163675910	56,77	4,17	10,15	22,70		1,82
	JPM GI Cap Preserv.(EUR) A (acc)-EUR	EUR	LU0070211940	49,67	2,83	6,50	15,63	22,88	3,22
	LBBW Balance CR 20	EUR	LU0097711666	45,37	3,75	-3,32	10,73	27,32	2,3
	DekaStruktur: 4 Wachstum	EUR	LU0185900775	38,87	6,59	-3,91	14,89		5,42
	HVB Vermögensdepot priv Balance PI	EUR	DE000A0M0341		7,48				2,72
	Deka-Wertkonzept CF (T)	EUR	DE000DK1A4U6		1,90				0,27
Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)									
	M&G Optimal Income A-H Grs Acc Hdg EUR	EUR	GB00B1VMCY93	44,87	9,19	35,53			4,6
	A2A Defensiv	EUR	DE0005561666	47,61	9,07	18,79			-3,17

Mischfonds Defensiv

Rentenfonds in Schweizer Franken prägen die Sitze dieser Tabelle. Allein 14% resultieren auf Jahressicht aus dem Währungsgewinn gegen den Euro.

Ohne diesen Effekt und mit „nur“ 7% auf 1 Jahr setzt sich der Quint:Essence an die Spitze. Eine sehr geringe Volatilität und kaum Verluste erreichte der Fonds

durch defensive deutsche Renten. Die Beimischung von Aktien darf max. 35% betragen, mit nur 2% ist der Fonds derzeit kompromisslos defensiv aufgestellt.

Mit 20% in Aktien schafft es der FI Alpha Renten auf Rang 5 und dem besten 10-Jahresergebnis. FI, Quint:Essence wie der beste Fonds über 5 Jahre, der

Ariqon verbringen ein Dornröschen-Dasein. Alle drei sind unentdeckt von den Investoren – entpuppen sich aber als Renditequeen.

Renditeking und schon mächtig schwer ist der M&G Optimal Income mit 35% über 3 Jahre und 4 ½% seit dem 01.07.

Branchenfonds

Stand: 07.12.2010

Basis: 3 Jahre Laufzeit · 460 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 88,3 Mrd. Euro



TIMING
INDIKATOR

1.7.2010 –
7.12.2010

Fonds			CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	
		Flop	5,61	-21,57	-67,33	-34,73	-85,44	-7,04
		Top	71,42	95,17	125,98	365,36	878,00	64,50
Index: MSCI World EUR	EUR			22,33	-21,83	2,33	-33,44	10,13
Durchschnitt von total 591	Währ.	ISIN	45,98	24,13	-9,20	31,28	6,95	12,88
CMP-Sieger								
<i>Edelmetalle</i>								
Falcon Gold Equity A	USD	CH0002783535	63,79	66,72	125,98	365,36	878	25,31
BGF World Gold A2 USD	USD	LU0055631609	56,83	45,15	84,16	226,34	696,82	17,85
Craton Capital Precious Metal A	USD	LI0016742681	52,61	95,17	84,31	253,28		45,1
STABILITAS Silber+Weissmetalle P	EUR	LU0265803667	13,72	55,91	-50,71			64,5
STABILITAS Gold+Ressourcen Spec Sit P	EUR	LU0308790152		69,92				52,18
<i>Energie</i>								
BGF World Energy A2 USD	USD	LU0122376428	50,31	31,48	2,76	56,97		22,04
Investec GSF Gbl Energy A Inc Grs USD	USD	LU0345779515	51,67	23,29	2,54	74,09	233,47	12,83
Earth Energy Fund UI EUR R	EUR	DE000A0MWKJ7		52,31				39,51
<i>Gesundheitswesen</i>								
ESPA Stock Pharma T	EUR	AT0000746789	71,42	12,62	-0,13	21,86	-12,22	0,01
Eaton Vance Intl(IRL) Wldwd HlthSci M2 \$	USD	IE0031924099	65,75	23,4	7,34	23,42		1,26
PHARMA/wHEALTH R (USD)	USD	LU0047275846	65,19	24,75	-1,56	11,38	3,54	0,8
Pictet-Generics-P USD	USD	LU0188501257	65,15	37,3	21,44	42,57		0,06
<i>Kommunikation</i>								
Threadneedle(Lux) US Comm & Infmtn AU	USD	LU0444973951	57,59	33,22	11,2	47,76	-31,17	13,91
<i>Konsumgüter und Dienstleistungen</i>								
KBC Equity Food & Beverages Acc	EUR	BE0170241062	68,63	27,63	16,14	52,86	71,19	6,73
SSgA Consumer Staples Index Equity P	USD	FR0000018491	68,05	23,04	7,91	34,74	36,33	4,65
MS INV Global Brands A	USD	LU0119620416	60,82	30,06	1,9	32,09		6,07
<i>Rohstoffe</i>								
Carmignac Portfolio Commodities A	EUR	LU0164455502	46,55	48,38	23,77	161,46		36,62
JPM Global Natural Resources A (acc)-EUR	EUR	LU0208853274	40,23	52,15	14,81	151,17		33,78
BGF World Mining A2 USD	USD	LU0075056555	44,96	44,41	19,12	190,36	585,78	34,47
Allianz RCM Rohstoffonds A EUR	EUR	DE0008475096	43,17	38,74	13,38	166,26	242,89	31,61
Earth Exploration Fund UI EUR R	EUR	DE000A0J3UF6	27,50	64,76	1,75			52,13
Craton Capital Global Resources A	USD	LI0043890743		66,57				45,42
<i>Biotechnologie</i>								
UBS (Lux) EF Biotech B USD P	USD	LU0069152568	68,05	28,56	14,97	38,27	-35,28	6,25
Franklin Biotechnology Disc A Acc \$	USD	LU0109394709	67,77	29,86	3,3	24,62	-20,2	7,87
Dexia Eqs L Biotechnology C Acc	USD	LU0108459040	67,18	41,3	27,75	69,29	27,72	7,42
Allianz RCM Biotechnologie A EUR	EUR	DE0008481862	65,26	18,84	2,2	15,48	-30,75	2,75
Nordea-1 Biotech BP	USD	LU0109905058	63,86	24,99	-7,77	16,75	-26,28	6,53
Pictet-Biotech-P USD	USD	LU0090689299	59,89	16,16	-8,06	23,45	5,1	6,91

Branchenfonds

Einen Extrakt von 29 der insgesamt 591 Branchenfonds stellt natürlich nur einen Streifschuss der vielfältigen Investmentmöglichkeiten dar. Die CMP-Methode

erlaubt im Vergleich zum MSCI eine knappe Bestimmung, wo die Fonds relativ liegen und auch, welche Sektoren in den letzten Jahren erfolgreicher daste-

hen. Die vorderen Plätze belegen ruhige BioTech- und Pharmafonds. Beste Performancewerte liefern Gold und Rohstoffe.