

Das Magazin für den qualifizierten  
**Versicherungsmakler**

# Risiko & Vorsorge



11. Jahrgang · Ausgabe 1-2012 · 4,90 Euro

## Der jährliche Dread Disease-Report

- Alle Tarife im Überblick

## Funktionelle Invaliditätsabsicherung

- Erster Marktvergleich aller Tarife

▶ Abschließende Risikoprüfung  
 biometrischer Risiken am P.O.S.,  
 Teil 2

▶ Pflege-Tarife  
 Mehr Flexibilität und Leistungen  
 bei Demenz

▶ Interviews  
 • Skandia  
 • Süddeutsche Krankenversicherung

▶ Jahres-Sieger 2011

**Risiko & Vorsorge**

**Bester Makler-Versicherer 2011**

**HK Darmstadt**

Leistung auf höchstem Niveau



# 2011/2012

## Wie schnell ist nichts getan!

*Alle Jahre wieder passiert nichts. Man wandert vom alten ins neue Jahr, ohne einen Blick zurück und ohne einen Blick voraus. Das ist unprofessionell.*

Der Blick zurück erinnert meist an Unterlassenes. Der Blick voraus macht Mühe, weil man sich zu Neuem aufrufen muss. Und so endet die Marketingplanung häufig mit dem so schönen wie auch wahren Satz: Wie schnell ist nichts getan. Eine wunderbare Weisheit, wie eigens für den Finanzvertrieb formuliert.

### Das sollten Sie jetzt tun:

1. Jahres-Auswertung mit Ergebnisrückblick. Dabei werden die einzelnen Monate analysiert. Jeder Kunde wird hierzu ergebnisorientiert bewertet. Zeitleisten pro Kunde und Ertrag werden notiert.
2. Jahres-Auswertung mit Akquisitionsrückblick. Was wurde pro Monat in die Aussendarstellung an Zeit, Geld, Ideen und Kontakte investiert? Achten Sie vor allem auf den Baustein „Kontakte“.
3. Jahres-Auswertung zur Fortbildung: Was war überflüssig, was war nützlich, was soll in 2012 weitergeführt werden?
4. Jahres-Auswertung zum Thema Netzwerken. Wie aktiv war ich, was habe ich unbewusst / bewusst unterlassen?
5. Jahres-Auswertung Lebens-Qualität. War es ein rundum gutes Jahr? Habe ich mich überhaupt wohlgefühlt? Muss ich im persönlichen Umfeld und bei mir selbst etwas ändern, um weiterhin diesen Beruf ausüben zu können? Habe ich überhaupt noch Abstand zum beruflichen Alltag?

Auf der Basis einer Gesamtbilanz anhand dieser 5 Punkte sollte dann der Januar 2012 genug Zeit bieten, um sich für 2012 zu rüsten.



Herzlichst  
Ihr

Klaus Barde  
Herausgeber

# Operation beim Spezialisten?

Mit den stationären Tarifen CSS.clinic und CSS.clinic2 sichern sich Ihre Kunden großartige Leistungen für ein Beiträgli.

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



- Gesondert berechnete ärztliche Leistung ohne Begrenzung auf die Höchstsätze (inklusive Vor- und Nachuntersuchungen)
- Freie Krankenhauswahl inklusive Erstattung der Mehrkosten
- Transportkosten zum Krankenhaus und zurück
- Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer
- Rooming-In (Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson bei Aufnahme eines Kindes)
- Kurtagegeld für Kinder
- Ambulante Operationen inklusive Fahrt- und Übernachtungskosten

Weitere Leistungen und Informationen unter [www.cssversicherung.com](http://www.cssversicherung.com)

Ein Unternehmen  
der Schweizer  
CSS Versicherungsgruppe



**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 2011

**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:** Val Thoermer, 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, Vervielfältigungen auf photomechanischem oder ähnlichem Wege oder im Magnettonverfahren sowie Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen und Internetverbreitung nur mittels Genehmigung durch den Herausgeber. Die Rechte an der jeweiligen Rating-Systematik liegen ausschließlich bei den benannten Rating-Unternehmen.

Gerichtsstand ist Göttingen.

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

www.risikoundvorsorge.de  
www.hbmagazin.de  
www.promakler.de  
www.bhm-marketing.de

■ Editorial .....	3
■ Info .....	6
■ Bester Maklerversicherer 2011	
• Haftpflichtkasse Darmstadt .....	10
■ <b>Der jährliche Dread Disease-Report</b> .....	12
• Zur Statistik .....	13
• Große Makler-Checkliste .....	18
• Für das Neugeschäft verfügbare Anbieter .....	21
• Statements .....	35
■ <b>Funktionelle Invaliditätsabsicherung</b> .....	38
• Tarife .....	39
• Unfallrenten im Vergleich .....	42
• Organrenten im Vergleich .....	45
• Grundfähigkeitenrenten im Vergleich .....	47
• Tabelle: Tarife im Vergleich .....	48
• Pflegerenten im Vergleich .....	51
• Weitere Leistungsunterschiede .....	52
• Vergleichsergebnis .....	53
■ Neues Berufsunfähigkeits-Rating .....	54
■ Risikoprüfung am P.O.S., Teil 2 .....	56
■ Pflorgetarife werden ausgebaut .....	60
■ Wachstumsmarkt Pflege .....	64
■ Das neue flexible Pfl egetagegeld der SDK .....	66
■ Interviews	
 • Heiko Reddmann, Skandia, „Die Anspruchsgrundlagen sind klar definiert.“ .....	37
 • Klaus Henkel, Süddeutsche Krankenversicherung, „Neugeschäft um jeden Preis lehnen wir ab.“ .....	70
■ Ratings	
• Erläuterungen zur Rating-Qualität .....	72
• Rating Unfallversicherungen .....	74
• Rating Stationäre Krankenzusatztarife .....	78
• Rating Privathaftpflichtversicherungen .....	80
• Rating Hausratversicherungen .....	81
• Rating Wohngebäudeversicherungen .....	82
• Rating Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster .....	83
• Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen .....	84
• Rating Hundehalterhaftpflichtversicherungen .....	85
• Dachfonds-Ranking .....	86
■ Fonds-Jahressieger 2011 .....	91



**Urteil: Wer „Unsinn“ vermittelt, haftet!**

Wer finanztechnischen Unsinn verkauft, haftet! Wer also die von ihm vermittelten Produkte nicht auf ihre wirtschaftliche Plausibilität überprüft, muss für finanzielle Schäden des Kunden einstehen.\* In diesem Fall wurde dem Kunden bei einer Einlagensumme von 100.000 Euro und einer Anlagedauer von 15 bis 16 Monaten eine Rendite von 350 Prozent versprochen. Das Rezept dafür: internationaler Handel mit „internen Bankinstrumenten“. Der Vermittler hatte dem späteren Kläger versichert, eigene Recherchen zu der versprochenen Rendite angestellt zu haben. Nach Ablauf der Vertragslaufzeit erfolgte jedoch keinerlei Zahlung. Der Vermittler berief sich darauf, lediglich die Anlage der ausländischen Gesellschaft korrekt vorgestellt und erläutert zu haben. Der Beklagte wurde dazu verurteilt, den Schaden des Klägers einschließlich Zinsen zu ersetzen. *Urteil des Landgerichts Coburg: 2. November 2010 (Az.: 23 O 100/10).*

**Das Mischfonds-Märchen**

Das richtige Rezept für risikoaverse Anleger sollen sie sein, die Mischfonds. Sie werden als Stabilitätsgaranten angepriesen, wenn die Aktienmärkte auf Talfahrt gehen. Rechtzeitiges Umschichten von Aktien in Anleihen ist ihr Rezept. Doch auch hier gilt: Fondsmanager können in der großen Mehrheit der Fälle den Index nicht schlagen. Laut den Angaben der Analysten von Morningstar werden vorrangig Mischfonds gekauft, die mit einer Aktienquote von null bis 100 Prozent operieren können. Die Ratingagentur überprüfte, wie sich diese flexiblen Mischfonds seit 2003 in Baisse und Hausse bewährt haben. Das Ergebnis: Gegenüber einer 50:50 Aktien-Renten-Benchmark haben flexible Mischfonds versagt. Im gesamten Zeitraum legten die Fonds im Schnitt um rund vier Prozent pro Jahr zu. Das sind 1,5 Prozent weniger als die Benchmark. Nur 21 der 89 untersuchten Fonds konnten insgesamt eine bessere Wertentwicklung aufzeigen. [www.morningstar.de](http://www.morningstar.de)

**PKV-Geschäftszahlen 2010/2011**

Das Ende der 3-Jahres-Wartefrist für Angestellte, die in die PKV wechseln wollen, hat zu einer spürbaren Belebung des Wettbewerbs geführt: Der Neuzugang in die Vollversicherung belief sich im ersten Halbjahr 2011 auf 54.000 Personen, so dass zum 30. Juni etwa 8,95 Millionen Menschen über eine private Vollversicherung verfügten. Damit fällt das Neugeschäft um über 20 Prozent stärker aus als im ersten Halbjahr 2010 (44.500 Personen). Zudem wurden bis Mitte 2011 netto 118.700 neue Zusatzversicherungen abgeschlossen. Das liegt deutlich über der Zahl für den entsprechenden Vorjahreszeitraum (77.000). Die Gesamtzahl an privaten Zusatzversicherungen stieg somit bis Ende Juni 2011 auf 22,09 Millionen.

**PKV bleibt eine wachsende Branche**

Bereits im Vorjahr hatte sich das Neugeschäft der Privaten Krankenversicherung auf gutem Niveau stabilisiert. Zum 31. Dezember 2010 stieg die Zahl der Vollversicherten auf 8,90 Millionen Menschen – obwohl die wettbewerbsfeindliche 3-Jahres-Frist bis zum Jahresende noch in Kraft war. Die PKV bleibt damit eine solide wachsende Branche.

**Starker Zuwachs in der Zusatzversicherung**

Die Zahl der Zusatzversicherungen erhöhte sich bis Ende 2010 um fast eine

halbe Million auf 21,97 Millionen Versicherungen. Davon boten 16,51 Millionen eine Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Zahl dieser ambulanten Tarife sowie der Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus und der Zahntarife stieg 2010 um 2,5 Prozent. Wie im Vorjahr gab es zudem einen besonders starken Anstieg von 13,3 Prozent bei den Pflegezusatzversicherungen. Die Gesamtzahl dieser Policen stieg somit auf 1,7 Millionen an.

**158 Milliarden Euro Zukunftsvorsorge in der PKV**

Den Alterungsrückstellungen wurden 2010 insgesamt 12,68 Mrd. Euro zugeführt, davon 10,55 Mrd. Euro in der Krankenversicherung. Damit verfügten die Privatversicherten zum Jahresende über Alterungsrückstellungen von 158,00 Mrd. Euro (135,47 Mrd. Euro in der Kranken- und 22,53 Mrd. Euro in der Pflegeversicherung). Trotz der Nachwehen der Finanzmarktkrise konnte die Branche mit einer Nettoverzinsung von 4,23 Prozent den Höchstrechnungszins von 3,5 Prozent ohne Probleme bedienen.

*\* Auszüge: Endgültiges Geschäftsergebnis der Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) für das Jahr 2010 und bislang vorliegende Halbjahresdaten 2011 sowie erste Prognosen für die zweite Jahreshälfte 2011. Stand: 17.11.2011  
Vollständiger Zahlenbericht 2010/2011: [www.pkv.de](http://www.pkv.de)*

**■ Null Information für „König Kunde“**

Nur in jedem zweiten Fall wurde ein Vertreter-Wechsel vorab mitgeteilt. 40 Prozent der Gesellschaften ersparten sich jedwede Information. Die aktuelle Studie „Kundenmonitor Assekuranz 2011“\* dokumentiert, wie dieser wichtige Aspekt der Kundenbetreuung durch deutsche Versicherer geregelt wird. Basis der Umfrage waren Entscheider und Mitentscheider, die in den vergangenen fünf Jahren einen Vertreterwechsel erfahren haben.

*\*Marktforschungs- und Beratungsinstitut YouGovPsychonomics / [www.psychonomics.de](http://www.psychonomics.de)*

**AXA: Betriebliche Krankenversicherung ist sexy**

Eine von der AXA veranlasste Umfrage\* ergab: „Wenn Bewerbern zwei identische Jobangebote vorlägen und sie sich nur auf der Grundlage betrieblicher Zusatzleistungen für einen Arbeitgeber entscheiden müssten, würden sechs von zehn Befragten (59 Prozent) eine betriebliche Krankenversicherung als wichtiges oder gar sehr wichtiges Entscheidungskriterium ansehen.“

*\*Marktforschungsinstitut forsa / [www.axa.de](http://www.axa.de)*

## Neugeschäft 2010: Lebensversicherungen

Wie schlagkräftig sind die einzelnen Vertriebswege im Versicherungsmarkt? Die bereits zwölfte Erhebung zu diesem Thema\* hat hierzu die Daten von 80 Lebensversicherern für das Jahr 2010 analysiert.

- Demnach legte der Bankenvertrieb um 3,9 Prozent auf insgesamt 32,1 Prozent zu und ist damit Vertriebsweg Nr. 1 im Lebengeschäft.
- Die Ausschließlichkeits-Organisationen (AO) verzeichnen ein Minus von 1,9 Prozent, sie erreichen 27,7 Prozent.
- Der unabhängige Vertrieb zeigt ein Minus von 1,5 Prozent und damit 25,8 Prozent Marktanteil.
- Der Direktvertrieb baute von 3,7 auf 4,3 Prozent aus.
- Gebundenen Vertriebe verloren von 6,6 auf 6,2 Prozent.

\*Vertriebswege-Survey Lebensversicherung - Towers Watson / [www.towerswatson.com/germany/about](http://www.towerswatson.com/germany/about)

## ■ Nettoverzinsung 2011

GDV-Präsident Rolf-Peter Hoenen: „Durch die gut diversifizierte, langfristige Kapitalanlage kann die Branche voraussichtlich auch 2011 eine Nettoverzinsung von über vier Prozent auf ihre Kapitalanlagen erwirtschaften“. Laut BaFin zählten Staatsanleihen der Euro-Schuldenländer (PIIGS – Portugal, Italien, Irland, Griechenland, Spanien) im Frühjahr 2011 zu drei Prozent zu den Kapitalanlagen der deutschen Versicherer. Eine Belastung, die die Versicherungswirtschaft verkraften kann.

Pressemeldung des GDV, 17.11.2011 – [www.gdv.de](http://www.gdv.de)

### Lebensversicherer: Ideal mit höchster Netto-Verzinsung

Laut Map-Report 752-753 zeigt die Ideal Leben 2010 eine Nettoverzinsung der Kapitalanlagen von 5,40 Prozent. Schlusslicht ist die Generali Leben mit 3,00 Prozent. Der Branchenschnitt: 4,3 Prozent.

[www.map-report.de](http://www.map-report.de) /  
[info@map-report.com](mailto:info@map-report.com)

## Pflege-Riester

Die gesetzliche Pflegeversicherung musste zwingend ihre Kasse auffüllen. Ab 2013 steigt daher der Beitragssatz um 0,1 Prozentpunkte. Dadurch werden rund 1,1 Milliarden Euro zusätzliche Einnahmen erwartet.

Vorrangig geht es um die Pflegekosten für Demenzzranke. Diese werden jetzt in die Pflegeversicherung integriert. Gemessen an den Anforderungen des Pflegegesetzes handelt es sich hier um eine kosmetische Kurzmaßnahme.

Ergänzend dazu wird das System der geförderten privaten Vorsorge für die Pflegeversicherung geöffnet. Dieser, noch nicht weiter ausformulierte „Pflege-Riester“, wird freiwilliger Natur sein. Die entsprechende öffentliche Wirkung des kommenden „Pflege-Riester“ bietet Ansätze zur generellen Akquisition privater Pflegezusatzversicherungen.

## Kleiner Fuhrpark oder große Flotte – Mobilität und Sicherheit für Ihre Kunden.

Die R+V-BranchenPolice und die R+V-FlottenPolice  
für Firmenkunden.

Ihr Partner  
im Maklermarkt



Jetzt  
informieren:  
[www.makler.ruv.de](http://www.makler.ruv.de)



**Die wichtigste Assistance-Leistung**

Das sollte der Makler wissen: Pflegebetreuung ist im Notfall die wichtigste Assistance-Leistung, die von einer Versicherung erwartet wird. So das Ergebnis einer neuen Studie\*.

„Assistance-Leistungen bieten den Kunden besondere Mehrwerte rund um die Kernleistung Leistungs- und Schadenregulierung, die sowohl die Kundenbindung, als auch den Produktnutzen steigern“, sagt hierzu Marcus Hansen, Vorstand der Deutschen Assistance Versicherung. Laut Studie verhindert eine mangelhafte Informationsgrundlage auf diesem Feld jedoch oft den Vertriebs Erfolg.

Noch nicht einmal jeder fünfte Makler gibt aktuell an, sein Kenntnisstand zu den Assistance-Angeboten der Gesellschaften sei mehr als gut. Gerade in dem für Kunden hoch attraktiven Bereich „Gesundheit und Pflege“ hält die Mehrheit den eigenen Kenntnisstand über die Leistungsangebote der Versicherer sogar für „mittelmäßig“ oder „schlecht“.

\* YouGovPsychonomics-Studie:

Assistance-Policen/

www.psychonomics.com

**CSS Versicherung AG: Jetzt Mitglied im PKV-Verband**

Der Schweizer Versicherer CSS ist in den PKV-Verband eingetreten. Nahezu alle privaten Krankenversicherer, die auf dem deutschen Markt aktiv sind, gehören dem PKV Verband an. Als Vertreter seiner Mitglieder nimmt der Verband an parlamentarischen Anhörungen teil und steht für die Interessen seiner Mitglieder ein. Bei gesetzgebenden Verfahren vertritt der PKV Verband die Meinung seiner Mitglieder.

www.cssversicherung.com

**Betriebsrenten: Unisex ist Pflicht**

Der EuGH verpflichtet auch Arbeitgeber in der betrieblichen Altersversorgung, ab 21. Dezember 2012 nur noch „Unisex-Tarife“ zu verwenden, etwa beim Einsatz von Direktversicherungen. Bisher bekommen Arbeitnehmerinnen bei gleich hohem Beitrag eine geringere Betriebsrente als Arbeitnehmer, denn Männer besitzen eine kürzere Lebenserwartung und bekommen deshalb bei gleichem Beitrag bisher höhere Renten im Alter.

**Canada Life: Mischfonds!**

Der Mischfonds „Perspektive Deutschland“ zielt auf sicherheitsbewusste Anleger.

Das Sicherungskonzept des Fonds beruht auf zwei Säulen. Um Schwankungen des Fondswerts zu kontrollieren, wird das Fondsvermögen in den Index „DAX Risk Control 20% RV (TR)“ angelegt. Diesem können neben den 30 Titeln des Leitindexes noch risikoarme Anlagen beigemischt werden. Das Verhältnis beider Anlageklassen wird entsprechend der Marktlage angepasst, da sich die risikoarmen Anlagen in volatilen Zeiten marktneutral verhalten. Zusätzlich steht den Anlegern bei starken Kursverlusten ein abgesicherter Jahreskurs zur Verfügung.

Dieser beträgt 80% des höchsten Rücknahmekurses über den Zeitraum eines Jahres.

DAX Risk Control-Indizes wurden im April 2011 an der Frankfurter Börse eingeführt. Die Indizes bilden ein hypothetisches Portfolio ab, das die DAX – Volatilität steuert. Die Aufteilung der Kapitalanlage wird täglich angepasst, um das gewünschte Risikoniveau beizubehalten. Hierfür wird die Gewichtung zwischen dem risikofreien Geldmarktsatz (EONIA) und der risikoreicheren Anlage (DAX) jeweils verlagert.

www.canadalife.de

**Das Ansehen des Versicherungsvermittlers**

Wo steht der öffentliche Dienst im Ansehen der Bevölkerung? Dieser Frage ging der Deutsche Beamtenbund und Tarifunion mit Hilfe des Institut Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH zum fünften Mal in Folge nach. In diesem Zusammenhang werden alljährlich jeweils weitere Berufsbilder mit abgefragt. Unverändert schlecht: Das Ansehen des Versicherungsvermittlers.

**Ansehen ausgewählter Berufe (in Prozent)**

Beruf	2007	2011	Veränderung
Feuerwehrmann	90	94	+4
Kranken-/Altenpfleger	85	90	+5
Arzt	86	87	+1
Polizist	78	84	+6
Richter	77	77	-
Müllmann	63	76	+13
Lehrer	63	69	+3
Dachdecker	58	63	+5
Briefträger	52	63	+11
Unternehmer	61	58	-3
Anwalt	58	54	-4
Journalist	47	46	-1
Steuerberater	47	43	-4
Bankangestellter	38	37	-1
Beamter	27	34	+7
Manager	37	30	-7
Politiker	20	18	-2
Telekom-Mitarbeiter	17	17	-
Mitarbeiter in Werbeagentur	18	14	-4
Versicherungsvertreter	11	11	-

Quelle: DBB 2011

**DIHK: Versicherungsvermittler-Register**

Laut Versicherungsvermittler-Register\* haben 1,7 Prozent der Marktteilnehmer in 2011 ihr Geschäft aufgegeben.

**DIHK-Vermittlerregister: Entwicklung 2008 bis 2011**

Vermittlertyp	21.2.2008	15.12.2008	22.12.2009	5.1.2011	30.9.2011
Gebundene Vertreter	139.178	168.347	176.747	182.224	177.211
Anteil	84,6%	74,4%	69,2%	69,2%	68,4%
Makler, Vertreter mit Erlaubnis, Berater	25.318	58.002	78.778	81.228	81.755
Anteil	15,4%	25,6%	30,8%	30,8%	31,6%
Summe	164.496	226.349	255.525	263.452	258.966

\*Stand 30.9.2011 - Quelle: DIHK Service GmbH

**Weniger Garantie**

Der Rechnungszins der Lebensversicherer wird 2012 von aktuell 2,25 auf 1,75 Prozent gesenkt. Diese Absenkung wird die garantierten Rentenleistungen nachhaltig reduzieren. Die Gesamtleistung der Versicherer dürfte jedoch weiterhin zum Ablaufende der Policen die garantierte Leistung nach wie vor deutlich übersteigen.

**Nachrechnen: Riester-Förderung**

Die Riester-Tarifrechner von Versicherern und Banken zeigen Mängel in der Berechnung der Förderleistung. Nun hat man in einem Arbeitskreis, dem Versicherer, Verbände, Vertriebe und Softwarehäuser angehören, einen Testfall-Katalog entwickelt. Auf elf kritische Punkte verweist dabei die Gesellschaft KuBi e.V.. Unter anderem: Behandlung

von Zulagenverträgen von Ehepartnern der Riester-Berechtigten und Abschluss von zulässigen Riester-Zweitverträgen.

Wer Haftungsproblemen bei Riester begegnen will, sollte sich einmal entsprechend mit dem Testfall-Katalog befassen: <http://www.kubiev.de>

Vor dem Hintergrund der massiven Riester-Kritik im Markt ist dieses Tool eine Chance zu mehr Transparenz.

**Billigtarife  
haben  
kurze Beine:**

99.-

59.-

69.-

79.-



**Lassen Sie lieber  
FLEXOprivat  
von der Leine!**

Vollversicherungstarifen, die statt auf Leistung und Qualität auf vordergründig billige Beiträge setzen, geht oft die Luft aus. Zurück bleiben enttäuschte und getäuschte Versicherte. Wenn Sie Qualität schätzen und nachhaltige Sicherheit für Ihre Kunden suchen, bietet Ihnen unser generationenübergreifendes Tarifwerk **FLEXOprivat** eine langfristige und qualitative Perspektive - **Weil Leistung zählt!**

makler.sdk.de

Aktuelle Informationen haben wir für Sie unter [makler.sdk.de](http://makler.sdk.de) zusammengestellt. Oder rufen Sie uns an: **0711 / 5778 698**

Unser Vermittler-Servicecenter ist Montag bis Freitag von 7.30 bis 17.30 Uhr für Sie da.

## Bester Maklerversicherer 2011: Haftpflichtkasse Darmstadt

„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, 2010 – Standard Life.



„Risiko & Vorsorge“ im Gespräch mit dem Vorstandsvorsitzenden der Haftpflichtkasse Darmstadt, Dieter Grathwohl.

„Wir erwarten für das Geschäftsjahr 2011 ein Umsatzplus von über 10%.“

*Ihr Haus ist betriebswirtschaftlich beispielgebend hinsichtlich der ausschließlichen Konzentration auf eine echte Kernkompetenz. Standen Sie nie in der Versuchung, auch andere Sparten des Versicherungsgeschäfts zu bedienen?*

Sicherlich gab es die eine oder andere Versuchung, insbesondere den Wunsch unserer Vertriebspartner auch die Sparte Wohngebäude anzubieten. Aber die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT ist sehr bewusst in der Art und Weise ausgerichtet, wie sie sich dem Markt präsentiert: Schlank und hocheffizient spezialisiert auf wenige Sparten, auf die dann aber sämtliche betriebliche Abläufe sehr detailliert abgestimmt werden können. Für uns ist nicht der betriebswirtschaftliche Aspekt entscheidend, sondern die Leistungen, die wir sowohl von der Qualität her, aber auch in einer optimalen Bearbeitungsgeschwindigkeit gegenüber dem Kunden erbringen können. Wir wollen unseren Vertriebspartnern das bieten, was sie zu Recht von einem Versicherer erwarten und uns nicht in Bereiche entwickeln, die wir ggf. nicht in der für uns üblichen Qualität anbieten können. Wir bleiben auf unsere Kernkompetenzen ausgerichtet.

*Ein Versicherer kann vor allem dann über viele Perioden hinweg erfolgreich arbeiten, wenn die Relation in der Schaden/Kosten-*

*quote stimmt. Welche Parameter sind hierfür im Sachgeschäft maßgeblich?*

Unser Leitbild beinhaltet außer der Kundenzufriedenheit auch noch den angemessenen wirtschaftlichen Erfolg, ohne den auch ein gutes Unternehmen nicht auf dem Markt bestehen kann. Bei einem Versicherer sind hier nicht nur die Schadenbelastung, sondern auch die Kosten im Auge zu behalten. Wir haben uns entschieden: Wir verzichten auf teure Werbung und können stattdessen günstige ausgewogene Produkte und angemessene Provisionen anbieten. Wir beobachten alle Entwicklungen im Bereich der Schadenfrequenz und der Schadenhöhe aufmerksam und reagieren auf ungewöhnliche Verschiebungen kurzfristig. So können wir die Schadenquote seit langen Jahren im Bereich nur geringer Schwankungen halten.

*Hat sich Ihr Haus im Rahmen der Kapitalanlage in den vergangenen Jahren wie auch aktuell neu ausrichten müssen?*

Die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT fährt im Rahmen ihrer Vermögensanlagen schon seit langen Jahren einen sehr konservativen Kurs, der auf Erhalt des Vermögens vor spekulativem Gewinnmaximieren ausgerichtet ist. Wir haben und hatten nie die Anlagen, die in besonderem Maße risikobehaftet sind. Wir ha-

ben unsere Anlagen seit der letzten Finanzkrise noch breiter gestreut und auf viele Bereiche aufgefächert, so dass wir unsere Anlagestrategie nicht ändern müssen.

*Ist abzusehen, dass Sie auch im Geschäftsjahr 2011 einen Beitragszuwachs erwirtschaftet haben werden?*

Gute Produkte und ein hervorragendes Abschneiden in den wichtigen Produkttests führen zusammen mit einer schnellen und fehlerarmen Bearbeitung von Verträgen und Schadenfällen zu einem seit Jahren stetig ansteigenden Beitragszuwachs. Wir erwarten für das Geschäftsjahr 2011 ein Umsatzplus von über 10%.

*Auf dem Feld der Schadenversicherer genießen Sie einen makellosen Ruf. Sehen Sie dennoch kleine Baustellen, an denen noch Verbesserungen möglich sind?*

Die Verbesserung des Datenaustauschs mit den Vertriebspartnern ist aufgrund der immer schnelleren technischen Entwicklungszyklen eine Baustelle, die auf Dauer nicht zu schließen ist. Die HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT ist sich bewusst, dass ein guter Ruf über sehr lange Jahre mühsam erarbeitet werden muss und das Erreichte bei mangelhaften



Leistungen sehr schnell verloren gehen kann. Wir stellen uns wirklich jeden Tag die Frage, ob und an welcher Stelle Verbesserungen möglich sind. Wir sind permanent im Kontakt mit unseren Vertriebspartnern und stellen die Frage, ob aus ihrer Sicht in irgendeiner Weise Verbesserungen möglich sind. Nur durch permanentes Anpassen und Überdenken der eigenen Leistungen kann man ein wirklich gutes Niveau über Jahre halten.

*Qualität setzt sich durch – aber nur, wenn man starke Vertriebspartner hat. Wie sehen Sie Ihre Partner im Markt? In Ihrer 110 jährigen Geschichte hat Ihr Haus die Entwicklung des Maklerberufs stetig begleitet. Mit der Gründung der Deutschen Makler Akademie oder z.B. aktuell mit der Ausrufung des Jungmaklers des Jahres werden seitens der Versicherungswirtschaft Anstrengungen unternommen, um auch die Zukunft dieses Berufes zu sichern. Lassen Sie uns einen Blick nach vorn machen. Wie sieht die Vertriebslandschaft in zehn Jahren aus?*

Wie sich die Vertriebslandschaft in den nächsten 10 Jahren entwickeln wird, ist sicherlich eine der Kernfragen, die sich alle Versicherer nicht nur stellen, sondern auch für sich beantworten müssen. Die Rahmenbedingungen für Versicherungsvermittler, über die der Gesetzgeber in den nächsten Monaten und Jahren entscheiden wird, werden den Vertrieb erheblich beeinflussen. In der über 110jährigen Geschichte der HAFTPFLICHTKASSE DARMSTADT hat das Unternehmen auf verschiedene Entwicklungen reagieren müssen und das auch erfolgreich getan. Was auch immer im Detail geschehen mag: Auch im Vertrieb wird sich eine qualifizierte und schnelle Bearbeitung immer gegenüber einem nichtqualifizierten und langsamen Mitbewerber durchsetzen. Die eigene Qualifikation zu schaffen, durch permanente Schulungen auszubauen und Erreichtes immer wieder in Frage zu stellen, ist ein Weg, sich für den Vertrieb der Zukunft vorzubereiten. Das permanente Lernen und Hinterfragen von „bewährten“ althergebrachten Lösungsweisen wird die Aufgabe der Zukunft sein. Dieses permanente Lernen beinhaltet noch mehr als früher auch die technischen Bereiche, da nur die Nutzung der bestmöglichen Technik optimale Ergebnisse gewährleistet.



## Bester Makler-Versicherer 2011

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 2011 für die Haftpflichtkasse Darmstadt.

Die Haftpflichtkasse Darmstadt lebt ihre Unternehmensziele 1:1. Diese Deckung von selbst gesetztem Anspruch und der gelebten Realität findet sich so in keinem anderen Haus der deutschen Versicherungswirtschaft.

Viele sprechen davon, wenige setzen sie um: die einhundertprozentige Konzentration auf die Kernkompetenz. Der Makler findet in diesem Haus auf jeder Ebene Mitarbeiter, die nicht „nur“ freundlich sind, sondern vor allem kompetent.

Die Bearbeitung von Anfragen und Anträgen hat hier einen Standard erreicht, der absolut beispielhaft ist.

Balanceakt und Kunst des Versicherungsgeschäfts ist die Steuerung der Schaden-/ Kostenquote. Wird diese Aufgabe von einem Unternehmen über Jahrzehnte erfolgreich bewältigt, dann ist das mehr wert als jedwede Expansion mittels Vertriebs- und Unternehmenszukaufen. Wer einen solchen Partner im Rücken hat, kann beim Kunden jederzeit unbefangenen auftreten.

Vor diesem Hintergrund erscheint es fast selbstverständlich, dass alle bisherigen Produktentwicklungen der Haftpflichtkasse Darmstadt auf der Leistungs- wie auf der Preisschiene an der Spitze oder in der Spitzengruppe ihrer jeweiligen Sparte zu finden sind.

Die nachhaltige Leistungsstärke der Haftpflichtkasse Darmstadt dokumentiert sich am besten in diesem Satz: Makler und Kunde waren und sind immer König!



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

ACE – Allianz – Aspecta – Barmenia – BBV – Canada Life – Chartis – Darag – degenia – Delta Lloyd – Deutscher Ring – Dialog – Domcura – E+S Rück – Fingro – Generali – Gerling – Gothaer – Haftpflichtkasse Darmstadt – Heidelberger Leben – HDI-Gerling – ING Versicherung Malaysia – Itzehoer – maxPool – Nürnberger – Quantum Leben (New Zealand Life) – NV-Versicherungen – Sali – Skandia – Stuttgarter – Swiss Life – Volksfürsorge – Württembergische Krankenversicherung – Würzburger

Eine Überprüfung der Angaben durch die Generali, Haftpflichtkasse Darmstadt und Itzehoer ist nicht erfolgt

# Dread Disease: Überwiegend statisch

Der jährliche  
Dread Disease-Report  
(DD-Report) von  
„Risiko & Vorsorge“

Schon seit 1983 die erste Dread Disease-Versicherung in Südafrika an den Start ging, lassen sich die finanziellen Folgen von Herzinfarkt, Krebs und Schlaganfall versichern. In Deutschland ist diese Absicherung gegen den Fall einer schweren Krankheit trotz Vertriebsstart im Jahre 1991 nach wie vor weitgehend unbekannt.



Autor: Stephan Witte

Nimmt man Zahlen der Skandia aus dem Jahre 2010, so liegt das Verhältnis von Neuabschlüssen bei Berufs- im Vergleich zu Dread Disease-Versicherungen bei etwa 1:100. Somit steht ein noch erhebliches Vertriebspotenzial im Raum.

Ein Grund, der die Verbreitung von Produkten zur Absicherung schwerer Krankheiten behindern dürfte, ist die mangelnde Bewerbung in den öffentlichen Medien. Wer hat schon einmal Werbspots für eine Dread Disease im Fernsehen wahrgenommen? Was nicht beworben wird, ist in der öffentlichen

Wahrnehmung auch nicht präsent. Dies verhindert zudem zuverlässig eine mögliche „Kannibalisierung“ der eigenen Berufsunfähigkeitsprodukte und schützt zumindest nicht unerheblich Kritik von Verbraucherschützern. Diese warnen seit Jahren vor Dread Disease-Produkten, weil die häufigsten Ursachen von Berufsunfähigkeit, nämlich Beschwerden der Psyche und der Wirbelsäule, hier nicht unter den Versicherungsschutz fallen. Ein anderer Fakt für die mangelnde Annahme von Dread Disease-Produkten ist, dass die soziale Absicherung in unserem Land erheblich besser ist als z.B. in Großbritannien.

Dr. Nicola-Alexander Sittaro von der E+S Rück sieht als „eine Schwäche von Dread Disease- Versicherungen die Diskrepanz zwischen tatsächlichem „Schaden“, d.h. der Schwere der körperlichen Beeinträchtigung und einer Versicherungsleistung. So werden heute Herzinfarkte oft ohne dauerhafte körperliche Beeinträchtigung überstanden. Eine körperliche Beeinträchtigung besteht also nur in der Akutphase des Herzinfarktes, dafür gibt es ja die Krankenversicherung.“

Weiter kritisiert er, dass die versicherten Summen oftmals nicht ausreichen, wenn „eine Dread Disease tatsächlich

zu einer lebenslangen und irreversiblen Beeinträchtigung, die auch keine Erwerbstätigkeit zulässt," führt. „Für Versicherte im jungen oder mittleren Lebensabschnitt wären hier dann Versicherungssummen von mehreren hunderttausend Euro erforderlich, um die finanziellen Belastungen der Zukunft zu bewältigen.“

Abschließend sieht Dr. Sittaro ein weiteres Defizit der Dread Disease-Versicherung in der „Limitierung der Leistung auf einen Krankheitskatalog. Für eine dauerhafte und schwere Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit gibt es aber weit mehr Ursachen als die bisher versicherten Krankheiten. Es muss jedoch anerkannt werden, dass moderne Dread Disease-Produkte mit 40 bis 50 oder sogar mehr versicherten Krankheiten dem Ziel eines umfassenden Schutzes näher kommen.“

#### ■ Dread Disease-Bausteine nehmen deutlich zu

Dass die Dread Disease trotz dieser Bedenken eine sinnvolle Ergänzung zur Berufsunfähigkeitsvorsorge sein kann, dokumentiert sich schon allein aus der Zahl der bisherigen Leistungsfälle.

Bisher weitgehend unbemerkt profitieren die Anbieter daher vom Trend, immer neue Annexprodukte an „den Mann“ zu bringen. Erfolgreich ist dieser Weg in Kombination mit einer Unfallversicherung sowie der Möglichkeit, anstelle der Dread Disease eine funktionelle Invaliditätsabsicherung zu verkaufen.

Diesbezüglich stellen auch Einmalzahlungen oder auf bis zu 60 Monate befristete Rentenleistungen in manchen funktionellen Invaliditätstarifen (z.B. Barmenia oder BBV) nicht eigentlich eine Organrentenleistung, sondern vielmehr einen Dread Disease-Baustein dar. Besonders deutlich wird der Dread-Disease-Baustein im Rahmen der Körper-SchutzPolice aus dem Hause Allianz (siehe hierzu „Risiko & Vorsorge“ 4/2011 sowie den Beitrag zur funktionellen Invalidität in dieser Ausgabe).

#### ■ Dread Disease Angebote im deutschen Markt

Der Markt der Stand-Alone-Produkte wird faktisch von **Canada Life**, **Gothaer** und **Skandia** beherrscht. Darüber hinaus ist derzeit nur **Chartis Europe**, die frühere **AIG**, zu nennen. Anders als die

### Zur Statistik

#### • **Krebs**

2009 verstarben laut Statistischem Bundesamt<sup>1</sup> in Deutschland fast 386.200 Menschen an bösartigen Neubildungen (Krebs), davon besonders häufig bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge, bösartigen Neubildungen des Dickdarms sowie der Brustdrüse (Mamma). Prozentual lagen bei diesen Krankheitsbildern die Männer mit gut 53% vorne.

#### • **Schlaganfälle**

(Ischämischen) Schlaganfällen erlagen insgesamt gut 160.800 Personen.

#### • **Herzinfarkte / Diabetes / Multiple Sklerose**

Akuten und rezidivierenden Myokardinfarkten (Herzinfarkten) erlagen hingegen nur fast 60.200 Personen, Diabetes mellitus fast 22.800 Personen und Multiple Sklerose sogar nur 1.142 Personen.

#### • **Koronare Herzkrankheit**

Die häufigste Todesursache war laut Statistik die chronische ischämische Herzkrankheit (koronare Herzkrankheit), meist durch Arteriosklerose verursacht und mit dem Leitsymptom Angina Pectoris. Insgesamt waren von ihr im Berichtsjahr 73.899 Personen betroffen.

#### • **Unfall**

Durch einen Unfall starben im Berichtsjahr insgesamt gut 19.200 Personen, also nur rund 2,25% aller Verstorbenen.

#### • **71% aller an schweren Krankheiten Verstorbenen**

Zählt man die Toten durch die beschriebenen Krankheitsbilder Krebs, Schlaganfall und Herzinfarkt zusammen, so sind dies etwa 71% aller an schweren Krankheiten Verstorbenen.

Noch stirbt etwa jeder vierte Krebspatient an den Folgen seiner Krankheit, doch aufgrund des großen medizinischen Fortschritts könnten dies bald wesentlich weniger Personen 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 einer BU.

Die obigen Ausführungen geben leider nur einen relativen Aufschluss über das Todesfallrisiko durch die benannten schweren Erkrankungen, wobei natürlich zu beachten ist, dass die Dread Disease-Versicherung bereits mit Diagnose des Leistungsfalls für den Versicherten eintritt.

#### • **Leistungsstatistik von Canada Life**

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.

Auffällig ist, dass weder chronische ischämische Herzkrankheit noch Diabetes mellitus zu den für Erwachsene versicherbaren schweren Krankheiten gehören. Bei beiden Krankheitsbildern liegt dies daran, dass die meisten Erkrankten jahre- oder gar jahrzehntelang nach der erstmaligen Diagnose überleben können, so dass bezahlbare Prämien schwer darstellbar wären. Während Diabetes gar nicht versichert wird, lassen sich bei koronarer Herzkrankheit bei den einzelnen Anbietern immerhin noch die Folgen besonders schwer wiegender Behandlungen versichern, wie sie sich in den versicherten Krankheitsbildern „Bypass-Operation (der Herzkranzgefäße)“, „Koronare Bypass-Operation“, „Bypass am Herzen“ oder „Bypass-Operation der Koronararterien“ wiederfinden.

<sup>1</sup> Quelle: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400097004,property=file.pdf>

Wettbewerber bleibt der Versicherungsschutz hier auf sieben frauenspezifische Varianten des Krebsrisikos (Brustkrebs, Eierstockkrebs, Eileiterkrebs, Gebärmutterkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Scheidenkrebs und Krebs der äußeren Schamlippen (einschließlich der Schamlippenhaut)) begrenzt.

Andere Versicherer bieten Dread-Disease-Leistungen als Zusatz zu einer Risikolebens-, Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung an. Der Leistungsumfang ist dabei sehr unterschiedlich.

Seit Juli 2010 mischt mit dem Tarif AKG der **Württembergische** Krankenversicherung auch ein privater Krankenversicherer mit. Durch den Tarif soll es Patienten im „Katastrophenfall“ möglich sein, sich ambulant wie ein Privatpatient behandeln zu lassen. Zu den versicherten Krankheiten gehören hier unter anderem Krebs, Leber- oder Nierenversagen mit Dialysepflicht, insulinpflichtige Diabetes, AIDS, schweres Schädel-Hirn-Trauma oder Querschnittslähmung, zusätzlich auch andauernde tiefe Bewusstlosigkeit (Koma).

Vergleicht man die Produktwelt 2010 und 2011 miteinander, so haben sich maßgebliche Änderungen in den Tarifbedingungen eigentlich nur bei der **Stuttgarter** ergeben. Hier wurden die Vertragsbedingungen tatsächlich in wesentlichen Punkten überarbeitet und beispielsweise bei Erwachsenen auch eine Mitversicherung verschiedener Krebsrisiken eingeschlossen.

Brancheninsider sprechen davon, dass insbesondere Canada Life in den letzten Jahren hohe Stornoquoten in Kauf zu nehmen hätte, die wesentlich zur beobachtbaren Stagnation des Neugeschäfts beitragen. Über die Gründe hierfür kann allerdings nur spekuliert werden.

Echtes Neugeschäft in relevanter Stückzahl schreiben derzeit vor allem Unfallversicherungen mit einer Dread Disease als Annexprodukt. Hier soll der Gesamtbestand bereits die Marke von etwa 500.000 Stück überschritten haben, während selbstständige Produkte noch immer nicht die Gesamtzahl von 150.000 überschritten hätten.

Viele Lebensversicherer haben aus den Entwicklungen der letzten Jahre die Konsequenz gezogen und sich vom Dread Disease Markt zurück gezogen. Der Versicherer **Quantum** Leben hat 2009 vollständig das Neugeschäft ein-

gestellt. Die Bestände wurden im Frühjahr 2011 von der **Darag** (Deutsche Versicherungs- und Rückversicherungs-AG) übernommen. Auch **Delta Lloyd** hat zwischenzeitlich das Neugeschäft in Deutschland eingestellt. Zum 31.07.2011 hat als bisher jüngster Anbieter auch **Swiss Life** im Zuge ihres BU-Relaunches das Neugeschäft ihrer Erwerbsminderungsversicherung mit Dread Disease-Baustein als Ergänzung zu einer Lebens- oder Rentenversicherung eingestellt. Anders als bei den vorbenannten Anbietern bleibt das Angebot an sonstigen Lebens- und Berufsunfähigkeitsprodukten jedoch erhalten.

Die Bestände vormaliger DD-Anbieter befinden sich ähnlich wie bei Quantum Leben heute im Bestand der jeweiligen Rechtsnachfolger. Die ehemaligen Salibestände verwaltet heute Canada Life, die Bestände der noch 2010 verkaufsoffenen **Fingro** liegen beim damaligen Mutterkonzern, der Gothaer.

### ■ Mit der BBV aus der Stagnationsfalle?

Entgegen dem allgemeinen Trend im Lebensversicherungsmarkt will im Januar 2012 mit der **BBV** ein neuer Anbieter in den Markt der Dread Disease-Produkte eintreten und die Sparte mit einem neuartigen Modell aus der Stagnationsfalle befreien. Der Tarif Diagnose BBV-Premium PROTECT stellt eine Kombination aus Dread Disease und Absicherung des Todesfalles dar. Versichert sind insgesamt 38 versicherte schwere Krankheiten. Minderjährige Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Die Leistung bei Tod beträgt pauschal 5.000 Euro, die Versicherungssumme für den Fall des Eintritts einer schweren Krankheit mindestens 25.000 Euro. Versicherungsfähig sind Personen von 15 bis 65 Jahren. Es gilt eine Karenzzeit von 28 Tagen, wobei bei Krankheiten bereits nach 14 Tagen eine Vorauszahlung von 5.000 Euro möglich sei. In den ersten zehn Jahren wird auf eine Anwendung des § 163 VVG (Bruttobeitragsanpassung) verzichtet. Leider lagen die entsprechenden Verbraucherinformationen bei Redaktionsschluss noch nicht vor, so dass hier keine abschließende Bewertung des Tarifes möglich ist.

### ■ Argumente pro Dread Disease

Es gibt viele gute Gründe, die für den Abschluss einer Dread Disease spre-

chen können. Zum einen ist da die Zunahme an Neuerkrankungen bei den Zivilisationskrankheiten Krebs, Herzinfarkt und Schlaganfall – oft auch schon in jungen Jahren. Ein wesentlicher Auslöser ist hier der zunehmende Stress, teilweise schon im Kindesalter. Oft führen die benannten Krankheiten zu einer mehr oder minder langen Arbeitsunfähigkeit, jedoch nicht notwendigerweise gleich zu Berufsunfähigkeit. Die klassische Absicherung mittels einer Berufsunfähigkeitsversicherung ist sicher sinnvoll, allerdings kann der Entscheidungsprozess bis zur Auszahlung der Versicherungsleistung oft Monate oder gar Jahre dauern. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass der Leistungsfall nicht immer so klar ist wie bei einer abschließend definierten Diagnose. Weitere Probleme können bei einer BU-Absicherung durch eine mögliche abstrakte Verweisung oder eine von Selbstständigen und Freiberuflern geforderte Umorganisation erfolgen. In dieser Zeit können nicht nur weitere Kosten (z.B. für etwaige Gutachten) auflaufen, sondern auch Ersparnisse schnell aufgebraucht sein. Wer besides Pech hat, verliert darüber hinaus die Möglichkeit, seine Altersvorsorge fortzuführen und stürzt erst recht ins Nichts.

Eine Dread Disease als Ergänzung zu einer leistungsstarken BU bedeutet daher, dass die einmalige Kapitaleistung auch dazu gebraucht werden kann, um ohne zusätzlichen Stress den Entscheidungsfindungsprozess bis zur Anerkennung der BU zu überbrücken. Damit erspart sich manch ein Versicherter das zusätzliche Risiko der Ungewissheit über die weitere Zukunft, so z.B. die Möglichkeit, einen weiteren Schlaganfall zu erleiden und als Folge gelähmt zu werden, Seh- oder Sprachstörungen zu erleiden.

### ■ Krankheitsbilder

Der Wettbewerb erfolgt noch immer 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 43 Krankheiten, bei der Skandia 32 (davon 7 im Basischutz und 25 weitere im Komfortschutz) und bei der Gothaer 28 Stück versichern. Nach den Produktinformationen des zuletzt benannten Anbieters sind minde-

stens 46 Krankheiten versichert, da hier auch solche einzeln aufgeführt sind, die im Tarif unter Oberbegriffen zusammengefasst werden. Eine entsprechende höhere Benennung von 46 verschiedenen Krankheitsbildern ist damit auch für Canada Life möglich.

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 zählt, benennt Chartis insgesamt sieben verschiedene frauenspezifische 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 sowie die meisten Makler bleibt die Vergleichbarkeit verschiedener Produkte daher auf der Strecke.

#### ■ Anspruchsvolle Bedingungswerke in der DD

Ein Kernproblem von Dread Disease-Produkten sind zum einen die fehlenden Musterbedingungen von Seiten des GDV, zum anderen das verständlicherweise geringe medizinische Hintergrundwissen der meisten Makler. Welcher Makler weiß schon aus dem Stand, was der verbreitete Ausschluss für CIN 1 und CIN 2 im Rahmen der Mitversicherung des Krebsrisikos bedeutet? In diesem Beispiel handelt sich um eine leichte bzw. mittelgradige Dysplasie, also eine Gebärmutterhalskrebsvorstufe, die vor allem bei jungen Leuten zwischen 24 und 27 Jahren auftritt und sich mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder zurück entwickelt. Laut Wikipedia entwickeln sich nur etwa 10% aller CIN 1-Fälle zu CIN 3 weiter.<sup>2</sup> Dem Verständnis einer „furchtbaren Krankheit“, was dem Sinn des

englischen Wortes „Dread Disease“ am nächsten kommen würde, entsprechen diese Vorstufen damit nicht.

Nicht nur Makler, sondern auch Kunden müssen lernen, die Bedingungen aufmerksam zu lesen. So entschied das Oberlandesgericht Oldenburg in einem Beschluss vom 10. Dezember 2009 (Az: 5 U 87/09), dass eine Kundin nicht davon ausgehen könne, dass ausnahmslos alle Krebserkrankungen mitversichert seien, wenn in den Bedingungen unter anderem „Carcinoma in situ“ ausgeschlossen seien. Wenn also Bedingungswerke neben allgemeinsprachlichen Formulierungen auch Fachwörter der Medizin verwenden, so kann durchaus zugemutet werden, sich diesbezüglich zu erkundigen. Dann hätte die klagende Kundin nach Meinung des Gerichts auch erkannt, dass damit Tumore im Frühstadium ohne Tendenz zur Metastasenbildung gemeint seien. Eine überraschende oder auch nur unklare Klausel sei dies nicht.

<sup>2</sup> [http://de.wikipedia.org/wiki/Zervikale\\_intraepitheliale\\_Neoplasie](http://de.wikipedia.org/wiki/Zervikale_intraepitheliale_Neoplasie) (Stand: 20.06.2011)

Das einzigartige  
KlinikSchutz-Programm:  
Zweibettzimmer  
für alle!



Das innovative Stufenkonzept der SIGNAL Krankenversicherung bietet Ihren Kunden je nach individuellem Bedarf Leistungen bei Unfall, schweren Erkrankungen (Dread Disease) bzw. in der Top-Variante den stationären Komplettschutz. Mit und ohne Alterungsrückstellungen – bereits ab 3,50 Euro monatlich.

Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem persönlichen SIGNAL IDUNA Ansprechpartner oder auf [www.si-vp.de](http://www.si-vp.de)

**SIGNAL IDUNA**  
Versicherungen und Finanzen



Gut zu wissen, dass es SIGNAL IDUNA gibt.

**SIGNAL IDUNA Vertriebspartnerservice AG** ● Joseph-Scherer-Straße 3 ● 44139 Dortmund  
Telefon (02 31) 1 35 93 22 ● Telefax (02 31) 1 35 22 64 ● [si-vp.kranken@signal-iduna.de](mailto:si-vp.kranken@signal-iduna.de) ● [www.si-vp.de](http://www.si-vp.de)

Für den Makler bedeutet dies, dass er in der Beratungsdokumentation vorbeugend darauf hinweisen sollte, dass natürlich nicht jede mögliche Ausprägung der benannten Krankheiten versichert sei, sondern tatsächlich nur die konkret beschriebenen Diagnosen. Kein verständiger Kunde dürfte von seinem Makler erwarten dürfen, dass dieser gleichwohl Doktor der Medizin, des Versicherungsrechts und zudem auch noch Mitglied einer Verbraucherschutzkommission sei.

Es sei übrigens an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass ein Ausschluss für Carcinoma in situ zwar für den deutschen Markt üblich ist, jedoch beispielsweise in Südostasien nicht nur deutlich größere Stückzahlen an Dread Disease geschrieben werden, sondern vielfach auch anteilige Versicherungssummen bei benannter Diagnose zur Auszahlung kommen können. Exemplarisch sei hier die Dread Disease der **ING Versicherung Malaysia** benannt. In der Kurzinformation zu den Bedingungen heißt es hierzu auszugsweise wie folgt:

„Coverage for Angioplasty and Carcinoma-in-situ 4 • You are also covered for Angioplasty, a procedure that widens a narrowed or obstructed heart blood vessel.

- Carcinoma-in-situ is a unique coverage that gives you protection for pre-invasive cancer that is not commonly found under a critical illness plan.
- Coverage for both of these conditions is equivalent to the lower of 10% of its insured amount or RM 25,000. Such payout will reduce the rider insured amount accordingly for subsequent claim under Group 1 (for Angioplasty) or Group 5 (for Carcinoma-in-situ), whichever is applicable.
- Only 1 claim of Angioplasty and Carcinoma-in-situ can be made.

1 Each critical illness claim must be from a different group.  
 2 Terms & conditions apply.  
 3 Prime Critical Waiver of Premium Rider is only for applicants age 18 years old and above.  
 4 Carcinoma-in-situ of colon, cervix and breast.“

Inwiefern dies ein Vorbild auch für den deutschen Markt sein wird, muss an dieser Stelle unbeantwortet bleiben.

■ **Alttarife nicht unbedingt von Nachteil für den Kunden**

Nicht unwichtig kann dennoch ein Vergleich von alten und neuen Bedingungen sein. Dies gilt dann, wenn ein Kunde überraschenderweise bereits eine Dread Disease vorliegen hat und eine Überprüfung

des alten Vertrages wünschen sollte. Vergleicht man beispielsweise die Sali-Definition mit Stand 10.1999 mit der aktuellen Definition des Krebsrisikos bei Canada Life mit Stand 08.2011, so sind die Unterschiede nur auf den ersten Blick erheblich:

Stand 10.1999 / Sali	Stand 08.2011 / Canada Life
<p><b>Krebs</b>                      Vorliegen eines histologisch nachgewiesenen malignen Tumors, der charakterisiert ist durch eigenständiges Wachstum, infiltrative Wachstumstendenz und Metasierungstendenz. Unter den Begriff „Krebs“ fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems. Ausgeschlossen sind alle Hautkrebserkrankungen, außer malignen Melanomen. Ausgeschlossen sind weiterhin Carcinoma-in-situ und Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion.                      Bei Krebserkrankungen wird keine Versicherungsleistung fällig, wenn die Diagnose innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes gestellt wird. Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz.</p>	<p><b>3 Krebs</b>                      Krebs ist die Diagnose eines fortgeschrittenen, bösartigen Tumors. Die Diagnose muss anhand eines feingeweblichen Nachweises durch einen qualifizierten Onkologen oder Pathologen erfolgen. Krebs zeichnet sich durch ein unkontrolliertes Wachstum, die Vermehrung von Tumorzellen und die Einwanderung in gesundes Gewebe und dessen Zerstörung aus.                      Die Diagnose Krebs umfasst auch Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne Knochenmarkserkrankungen.                      Folgende Erkrankungen sind ausgeschlossen:                      • Carcinoma in situ (alle prä-malignen Erkrankungen oder nicht-invasiven Krebserkrankungen im Stadium 0, CIN-1 bis CIN-3 bei Gebärmutterhalsveränderungen)                      • Früher Prostatakrebs nach der TNM-Klassifikation T1a N0 M0 und T1b N0 M0                      • Maligne Melanome der Haut nach der TNM-Klassifikation T1a N0 M0, T1b N0 M0 und T2a N0 M0                      • Hyperkeratosen, Basaliome und Spinaliome                      • Alle anderen Tumorerkrankungen im Stadium I, wenn für die Behandlung weder eine Strahlen- noch eine Chemotherapie erforderlich ist; die Notwendigkeit einer Strahlen- oder Chemotherapie ist durch einen gemäß § 28 Absatz 11 qualifizierten Arzt zu bestätigen.                      Stadieneinteilungen und Klassifikationen gemäß der TNM-Klassifikation nach UICC/AJCC oder der Klassifikation für Lymphom-erkrankungen nach Ann Arbor.                      Es besteht kein Versicherungsschutz für Krebs, der innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes (siehe § 14 Absatz 1) bzw. nach Erhöhung des Schutzes, bezogen auf den erhöhten Teil, diagnostiziert wird.</p>

Zunächst einmal präzisiert der neue Tarif, durch wen die Diagnose zu erfolgen hat. Auch die Ausschlussbestimmung zu den Carcinoma in situ wurde deutlich präzisiert. Waren früher alle malignen Melanome ohne Einschränkung mitversichert, so sind heute bestimmte Voraussetzungen an den Versicherungsschutz geknüpft. Ein Ausschluss für Hyperkeratosen (übermäßige Verhornung der Haut), Basaliome (weißer Hautkrebs) und Spinaliome (Stachelzellkrebs) war in den alten Bedingungen zwar auch schon vorgesehen, jedoch nicht unmittelbar als solcher erkennbar. Während eine Hyperkeratose kein Krebs im engeren Sinne ist,

sind Spinaliome die zweithäufigste Form von bösartigen Hauttumoren und damit durch den Ausschluss von „Hautkrebserkrankungen“ ohnehin ausgenommen. Einen Ausschluss für frühen Prostatakrebs gab es damals hingegen nicht, obwohl dieser die dritthäufigste krebsbedingte Todesursache bei Männern ist.

■ **Frühstadien noch umfassender vom Versicherungsschutz ausgenommen**

In der Quintessenz bedeuten die neuen Bedingungen neben verschiedenen Klarstellungen vor allem, dass Frühstadien noch umfassender vom Versicherungs-

schutz ausgenommen sind als bisher, da neuere Behandlungsmethoden zu immer besseren Heilungschancen bei Krebs geführt haben. Beispielweise wäre nach der alten Krankheitsdefinition ein Hodentumor im Stadium I (also T1 N0 M0) noch mitversichert gewesen, obwohl die Krankheitsdauer heute nur noch bei etwa 4 Wochen liegt, die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden und keine Chemotherapie erforderlich wäre. Gleiches gilt für ein Melanom mit einem Histologiebefund nach Stadium I (also T1 N0 M0) mit einer Größe von etwa 2 mm (im Vergleich: Stadium II: immer 2 mm, Stadium III: mehr als 2 mm). In diesem Fall wäre nicht einmal eine weitere Behandlung erforderlich, dennoch hätte die Canada Life nach den alten Sali-Bedingungen eine Versicherungsleistung erbringen müssen. Sinn und Zweck der Versicherung, nämlich einer finanziellen Vorsorge für den Fall lebensbedrohender Krankheiten und deren Folgen, ist damit eigentlich nach den alten Bedingungen teilweise verfehlt. Aus Maklersicht wäre allerdings eine Tarifumstellung – von der höheren Prämie im Neugeschäft und anderen Leistungsunterschieden einmal ganz abgesehen – nicht im Sinne des Kunden. Zudem wurde die Wartezeit von damals 3 auf nun 6 Monate verlängert.

#### ■ Mitversicherte Krankheiten

Ein anderes Problem besteht darin, dass der Markt der Dread Disease-Anbieter in erste Linie über die Zahl der mitversicherten Krankheiten wirbt. In diesem Zusammenhang benennt beispielsweise Canada Life eine ausdrückliche Mitversicherung von Amyotropher Lateralsklerose (tatsächlich eine Unterform des Krankheitsbildes Motoneuronenerkrankung), Asbestose (einer Unterform der fortgeschrittenen Lungenerkrankung) oder fortgeschrittene Lungenerkrankung selbst. Bei letzter wird die Leistung allerdings erst dann ausgelöst, wenn die Lunge bereits so geschädigt ist, dass eine zusätzlich mitversicherte Lungentransplantation zwingend erforderlich wäre.

Eine andere Darstellung wählt die Gothaer, bei der die Amyotrophe Lateralsklerose als Unterform der Motoneuronenerkrankung benannt wird und die namentlich benannten Krankheiten Creutzfeld-Jacob-Krankheit und Morbus Alzheimer unter den Oberbegriff „Übrige Erkrankungen des Zentralen Nervensystems“ fallen. Damit lassen sich aus 28 in den Bedingungen benannten Oberbegriffen insgesamt 46 Krankheitsbilder als ausdrücklich benannt herleiten. Dies mag man als „geschickte Verpackung“ und „hervorragenden Marketingsansatz“ betrachten. Tatsächlich erhält der Kunden jedoch auch einen besseren Überblick über die versicherten schweren Krankheiten, da er sich beispielsweise unter „übrige Erkrankungen des zentralen Nervensystems“ wenig vorstellen kann.

Unklar bleibt bei Canada Life in den Bedingungen vor 08.2011 auch, in welchem Umfang Versicherungsschutz bei Herzinfarkt besteht, wenn ein Kunde bereits unbemerkt einen solchen erlitten hatte. Im Zweifel hat dieser schließlich schon vor dem Vertragsabschluss bestanden. In den Bedingungen wird schließlich auf „Das erste Auftreten eines Herzinfarktes“ abgestellt. Weder Gothaer noch Skandia sehen einen solchen Nachweis als Einschränkung vor. Trotz Änderungen der Bedingungen mit Stand 08.2011 im Ver-

# Ideenwelt 2012



## Revolutionieren Sie Ihren Verkaufserfolg!

Sie werden begeistert sein von den Highlights unserer neuen Produkte, wie z. B. sofortige Risikoprüfung und Entscheidung bei biometrischen Risiken noch während Ihres Kundengesprächs:

- ▶ **Diagnose X – Income PROTECT**
  - Umfassende finanzielle Absicherung bei Verlust der Arbeitskraft
  - Neues Beratungs-Tool
- ▶ **BBV-Strategie-Rente XXL**
  - Hohe Mindest-Verzinsung von 2,75% p.a. oder ein noch besseres Ergebnis durch Beteiligung an der Börse
- ▶ **BBV-Tarif V.I.P.**
  - Kranken-Zusatzversicherung mit Risikoprüfung vor Ort für BBV-Tarif V.I.P. dental und BBV-Tarif V.I.P. stationär durch neues Beratungs-Tool
- ▶ **BBV-SecurFlex Police**
  - Maßgeschneidertes Rundumkonzept für Hab und Gut

BBV M-Dienstleistungs-Center (MDC)  
 Service-Rufnummer: 089/67 87 -9232  
 Service-Faxnummer: 089/67 87 -9666  
 E-Mail: [mdc@bbv.de](mailto:mdc@bbv.de)  
[www.bbv-makler.de](http://www.bbv-makler.de)



Bayerische Beamten Versicherungen  
 Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG  
 Bayerische Beamten Versicherung AG

gleich zum Stand 01.2008 bleibt dieser Kritikpunkt in leicht veränderter Form bestehen. Vorher hieß es (auszugsweise) wie folgt: „Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln **und durch typische Brustschmerzen**, erhöhte herzspezifische Enzyme und frische, typische EKG-Veränderungen nachgewiesen werden.“ Neu ist nun insbesondere der Wegfall der typischen Brustschmerzen in der Definition: „Die Diagnose **und der Zeitpunkt des Auftretens** müssen durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den

entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln, durch erhöhte herzspezifische Enzyme und frische, typische EKG-Veränderungen nachgewiesen werden.“

### ■ „Second Event“

Die Skandia wirbt damit, dass die dortigen Verträge anders als beim Wettbewerb, nicht schon nach dem ersten Leistungsfall erlöschen. Vielmehr ist auch ein „Second Event“ versichert, sofern der erste und der zweite Leistungsfall nicht in einem kausalen Zusammenhang zueinander stehen. Tatsächlich ist es jedoch schwer feststellbar, ob ein etwaiger Schlaganfall die Folge einer früheren

Bypassoperation ist oder ob eine versicherte Blindheit ursächlich für einen gleichfalls versicherten schweren Unfall war. Gleiches gilt für Herzinfarkt und Schlaganfall, die beide Folge erhöhten Blutdruckes sein können. Damit soll zwar nicht gesagt werden, dass das Second Event keinen Mehrwert habe, allerdings gibt es sicher eine ganze Reihe von Einzelfällen, bei denen ein Leistungsfall eben nicht ohne Weiteres festgestellt werden kann.

Laut Skandia habe es hier seit 2005 bis zum 15.06.2011 über 100 Leistungsfälle gegeben, davon dreimal Second Event. Dabei sind nicht berücksichtigt die Leistungsfälle des Vorgängerproduktes *Critical Illness Plan*.

## Große Makler-Checkliste

Dread-Disease-Produkte sind sehr unterschiedlich. Damit macht es Sinn, folgende Fragen für seine Kunden beantworten zu können und später auch in der Dokumentation zu protokollieren. Hier einige wesentliche Besonderheiten im Bereich der Lebensversicherung am Beispiel von Canada Life, Gothaer und Skandia:

- Unternehmensratings (z.B. Skandia zu finden unter <http://www.skandia.de/aktuelle-ratinguebersicht.html>)
- Welche Krankheiten sind versichert? (Beispielhaft sollten wesentliche Ausschlüsse benannt werden)
- Beitragshöhe
- Art der Kapitalanlage: entweder hauseigene Fonds (z.B. Setanta Managed Fund bei Canada Life) oder allgemein zugängliche Publikumsfonds (z.B. Gothaer und Skandia).
- Art der Kalkulation: entweder auf Risikobasis (z.B. Skandia) oder Fondsbasis (z.B. Canada Life, Gothaer). Das bedeutet, dass bei der Skandia nur die Überschüsse in die Investmentanlage fließen, die nicht für den Versicherungsschutz benötigt wer-

den. Bei Canada Life und Gothaer hingegen wird vollständig in den Fonds investiert und aus diesem die Risikoprämie entnommen. Canada Life und Gothaer nehmen im Rahmen ihrer Hochrechnungen eine Wertentwicklung im Rahmen der Fondsanlage als Kalkulationsgrundlage an, während bei der Skandia nur dann ein Fondsvermögen aufgebaut wird, wenn der Vertrag auch die kalkulierten Überschüsse erzielt. Auf der anderen Seite trägt die Skandia hier das Kapitalmarktrisiko selbst und nicht der Kunde. Sollte die angenommene Wertentwicklung aus der Fondsanlage bei Canada Life oder der Gothaer nicht erreicht werden, so kann es im Rahmen der regelmäßigen Vertragsüberprüfung zu einer Erhö-

hung der Prämie kommen. Die Prämienkalkulation im Risikotarif der Skandia ist unabhängig von jeglicher Fondswertentwicklung. Skandia bietet somit einen Tarif mit der größten Sicherheit hinsichtlich einer langfristig konstanten Prämie.

- Damit verbunden sind die Voraussetzungen für eine stabile Prämienhöhe: bei Skandia kann eine Beitragsgarantie zwischen 5 und 10 Jahren vereinbart werden, danach findet im gleichen zeitlichen Abstand eine erneute Überprüfung statt. Canada Life überprüft die Beitragshöhe alle 5 Jahre sowie im Leistungsfall, bei Laufzeitänderungen und sonstigen Vertragsänderungen ausgenommen im Fall einer Beitragsfreistellung. Ab dem



65. Lebensjahr erfolgt die Beitragsüberprüfung jährlich. Die Gothaer überprüft die benötigte Beitragshöhe ab dem fünften Jahr in jährlichem Abstand. Die jeweiligen Beitragsüberprüfungen sind Folge der Fondsanlage in den jeweiligen Produkten.

- Verlängerungsoption: Canada Life (nach Ablauf von mindestens 12 Jahren ist eine Laufzeitverlängerung zu den bisher geltenden Bedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu den dann gültigen Konditionen möglich. Dabei darf die Versicherungsdauer das 100. Lebensjahr nicht überschreiten); Gothaer (nein); Skandia (nein)
- Kostenquote (Abschluss- und Verwaltungskosten)
- Maximale Versicherungsdauer: z.B. zwischen 12 Jahren und lebenslang bei Canada Life, bis zum vollendeten 100. Lebensjahr bei der Gothaer oder bis 75 bei Skandia
- Maximale Versicherungssumme: bei Canada Life und der Gothaer beträgt die maximale Versicherungssumme 1 Mio. Euro, bei der Skandia ist mit 4 Mio. Euro Versicherungssumme eine weit höhere Absicherung möglich.
- Art der Gesundheitsfragen im Antrag: Canada Life (allgemeine Gesundheitsfragen 5 Jahre, stationäre Fragen sowie wegen Alkohol und Operationen 10 Jahre, HIV ohne zeitliche Begrenzung; Frage nach Raucherstatus sowie bestimmten schweren Erkrankungen von leiblichen Eltern oder Geschwistern vor dem vollendeten 60. Lebensjahr. Auch Abfrage von Erkrankungen oder Beschwerden ohne ärztliche Behandlung oder Untersuchung. Umfangreiche Abfrage auch bestehender, beantragter oder abgelehnter Absicherungen einschließlich BU, EU und Dread Disease), Gothaer (allgemeine Gesundheitsfragen und stationäre Fragen 10 Jahre; Frage nach Raucherstatus sowie bestimmten schweren Erkrankungen von leiblichen Eltern oder Geschwistern vor dem vollendeten 65. Lebensjahr. Weitgehende Abfrage von Erkrankungen oder Beschwerden ohne ärztliche Behandlung oder Untersuchung. Abfrage auch bestehender oder gestellter Absicherungen einschließlich BU, EU und Dread Disease), Skandia (sta-

tionäre oder psychotherapeutische Fragen 10 Jahre, allgemeine Gesundheitsfragen 5 Jahre; Frage nach Raucherstatus sowie bestimmten schweren Erkrankungen von leiblichen Eltern oder Geschwistern vor dem 65. Lebensjahr. Abfrage von Erkrankungen oder Beschwerden ohne ärztliche Behandlung oder Untersuchung. In den Gesundheitsfragen wird nicht nach einer ärztlichen Diagnose gefragt. Ab einer Versicherungssumme von 50.000 Euro auch Abfrage von bestimmten schweren Erkrankungen von leiblichen Eltern oder Geschwistern (Familienanamnese) sowie zu bestehenden oder gestellten Absicherungen einschließlich BU, EU und Dread Disease). Insgesamt erscheinen hier die Antragsfragen der Skandia als am verbraucherfreundlichsten und am leichtesten wahrheitsgemäß zu beantworten.

- Raucherstatus: alle Versicherer unterscheiden zwischen Prämien für Raucher- und Nichtraucher. Obwohl die Canada Life bei der Prämienberechnung, unabhängig des Alters der versicherten Person, eine Unterscheidung zwischen Raucher und Nichtraucher vornimmt, wird dieser Status bei bis zu 15jährigen nicht berücksichtigt. So führt die Canada Life bis zum 14. Lebensjahr der versicherten Person nur eine vereinfachte Gesundheitsprüfung durch, welche ausschließlich auf Größe und Gewicht sowie Operationen etc. der letzten 10 Jahre abzielt. Erst ab einer Versicherungssumme von über 150.000 Euro wird bei versicherten Personen bis zum 14. Lebensjahr die „normale“ Gesundheitsprüfung durchgeführt. Somit spielt die „Raucherfrage“ bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres eine nur theoretische Rolle.
- Tele-Underwriting bei Canada Life: 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.
- Rücktrittsmöglichkeiten bei nicht vorsätzlicher oder arglistiger Verletzung

der vorvertraglichen Anzeigepflicht: Canada Life, Gothaer und Skandia (je 5 Jahre).

- Zahl der mitversicherbaren Personen: zwei Personen innerhalb eines Vertrages bei Canada Life, je eine Person bei Gothaer oder Skandia
- Fortführung des Versicherungsvertrages nach Eintritt des Leistungsfalls: bei Skandia möglich. Versicherungsschutz besteht auch für einen zweiten Leistungsfall, sofern beide Leistungsfälle in keinem kausalen Verhältnis zueinander stehen. Bei Canada Life und Gothaer automatische Vertragsbeendigung
- Voraussetzungen für eine Beitragsfreistellung: Canada Life (ab einem Anteilsguthaben von mindestens 500 Euro), Gothaer (ab einem Mindestwert des Fondsvermögens von 3.000 EUR), Skandia (sofern eine beitragsfreie Versicherungssumme von mindestens 25.000 Euro besteht)
- Kombination aus Dread Disease, Berufsunfähigkeit und Pflegeabsicherung: bei Gothaer möglich, nicht jedoch bei Canada Life oder Skandia. Canada Life bietet jedoch die Möglichkeit, den reinen Dread Disease-Schutz um eine Pflegeversicherung oder eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung bei chronischer Erkrankung des Geistes oder der Wirbelsäule zu erweitern
- Versicherungsschutz auch bei Altersdemenz: nur bei der Gothaer. Canada Life und Skandia versichern nur präsenile Demenz
- Umfang der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern
- Mindesteintrittsalter: 6 Monate und 1 Tag bei der Gothaer, 1 Jahr bei Canada Life bzw. 15 Jahre bei der Skandia
- Zugehörigkeit zu einem Sicherungsfonds: Canada Life (nein), Gothaer und Skandia (Protector). Canada Life weist jedoch auf die Regelung zum Sicherungsvermögen bzw. zur bevorzugten Behandlung von Kundenansprüchen (inklusive Leistungsfällen) gemäß irischem Recht hin.

*Bitte beachten Sie, dass diese Übersicht notwendigerweise nicht vollständig sein kann und mögliche weitere Punkte (z.B. Leistungen bei Tod, Beitragsstundung, Ratenzahlungszuschläge, Stornogebühren bei Kündigung) in Ihrem Ermessen liegen.*

**Fachwissen für Makler**



**Risiko & Vorsorge,  
Ausgabe 3-2011**

- **Kosten-Transparenz**
  - VOLATIUM
  - ITA SELECT
  - Simulationsgrundlagen im Überblick
- **Was kosten Garantien?**
- **Absicherung von nachgewiesenen Restkosten: Pflegekostentarife**
  - Demenzrisiko und die Pflegestufe „0“
- **Mitversicherung ambulanter Operationen in der stationären Zusatzversicherung**
- **Unfallversicherungsschutz für Angehörige von Heilberufen**
- **Spezialversicherer**
- **Die neue Tarifwelt der InterRisk**
- **Feste Standards bei der Vermittlung von Wohngebäudeversicherungen, Teil 2**
- **GDV-Standard keine Selbstverständlichkeit**
  - Teil 1: Private Haftpflichtversicherung
- **Ratings**
  - Unfallversicherungen
  - Stationäre Krankenzusatztarife
  - Privathaftpflichtversicherungen
  - Hausratversicherungen
  - Wohngebäudeversicherungen
  - Jagdhaftpflicht für Jäger/Förster
  - Pferdehalterhaftpflicht
  - Rating Hundehalterhaftpflicht
- **Software**
  - Online- oder Offline-Maklerverwaltungsprogramm
- **Fonds**
  - Dachfonds-Ranking
  - Investmentfonds-Rating

[www.promakler.de](http://www.promakler.de)

■ **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 Kombination 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 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.

*Abweichende versicherte Krankheiten*

Weiter ist bei allen Anbietern zu beachten, dass bei kostenloser Kindermitversicherung abweichende versicherte Krankheiten üblich sind. Nicht zu den versicherten Krankheiten gehören bei Canada Life „Abhängigkeit von einer dritten Person“ und bei der Gothaer „HIV-Infektion in Verbindung mit der beruflichen Tätigkeit“ sowie „Übrige Erkrankungen des zentralen Nervensystems“. Bei der Gothaer gilt für die Mitver-

sicherung von Kindern eine einjährige Wartezeit, in der nur der versicherte Elternteil unter den Vertrag fällt.

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

■ **Unfallversicherung und DD**

Bei Dread Disease-Produkten als Annex zu einer Unfallversicherung sollten unter anderem folgende Punkte im Zentrum der Beratung stehen:

- Unternehmensratings
- Versicherte Krankheiten
- Umfang des zugrunde liegenden Unfallschutzes (z.B. Mitversicherung auch von Eigenbewegungen bei der Haftpflichtkasse Darmstadt)
- Mitwirkungsregelung: Verzicht auf Kürzung der Leistung für den Dread-Disease-Baustein bei der Würzburger, aber Kürzung ab einem Mitwirkungsanteil von 25% bei HDI-Gerling und der Itzehoer, von 35% bei der Stuttgarter bzw. von 70% bei der Haftpflichtkasse Darmstadt.

■ **Ausschlüsse**

Bei allen Versicherern gelten verschiedene Arten von Ausschlüssen. Im Zentrum der Beratung stehen sicher die nicht versicherten Krankheitsbilder, doch sind auch weitere Ausschlüsse erwähnenswert. So besteht bei der Gothaer kein Versicherungsschutz bei Selbsttötung innerhalb der ersten zwei Jahre ab Vertragsbeginn, ausgenommen bei einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit. Bei Canada Life und Skandia gilt abweichend eine Frist von drei Jahren.

Neben den geltenden Ausschlüssen, sollten Vermittler mit ihren Kunden auch Obliegenheiten im Leistungsfall, Warte- und Karenzzeiten 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 Schlagan-

fall 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 Karenzzeiten vor. Auch sind teilweise abweichende Wartezeiten zu beachten, so etwa bei Gothaer Verlust der Sprache frühestens ab dem vollendeten 3. Lebensjahr.

### ■ Leistungsvoraussetzungen

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.

Eine der versicherten „schweren Krankheiten“ heißt bei der Skandia „schwerer Unfall“. Die Höchstleistung bei definiertem schweren Unfall beträgt 25% der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 75.000 Euro.

## Für das Neugeschäft verfügbare 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.
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	ACE Dread Disease Schutz, Stand 01.2008 (ACE DD VB 2008) als Ergänzung zum Tarif ACE Company FirstClass Unfallversicherungs-Bedingungen 2008 (ACE Company FirstClass UB 2008), Stand 26.02.2009
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

### Fachwissen für Makler



Risiko & Vorsorge, Ausgabe 4-2011

- **Prinzipien der Invaliditätsabsicherung**
  - Umfassende Absicherung der Arbeitskraft in der Praxis
  - Die neue KörperSchutzPolice der Allianz
  - Vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung
- **Berufsunfähigkeitsschutz für Lehrer und Angehörige von Heilberufen**
- **Abschließende Risikoprüfung biometrischer Risiken am P.O.S.**
- **GDV-Garantien in der Realität, Teil 2, Sparte Hausrat**
- **Stillstand in der Kfz-Versicherung?**
  - Tarif-News
  - Oldtimerversicherungen
- **Wohngebäudeversicherungen, Teil 3, Haftungsfall Photovoltaik**
- **Interviews**
  - Gert Wagner, Swiss Life Deutschland *Differenzierung von Berufsgruppen in der BU*
  - Dr. h.c. Josef Beutelmann, Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG *„Billig-Tarife“ und Einsteiger-Tarife in der PKV*
- **Ratings**
  - Unfallversicherungen
  - Stationäre Krankenzusatztarife
  - Privathaftpflichtversicherungen
  - Hausratversicherungen
  - Wohngebäudeversicherungen
  - Jagdhafterpflicht für Jäger/Förster
  - Pferdehalterhaftpflicht
  - Hundehalterhaftpflicht
- **Software**
  - Schöne neue Maklerwelt
- **Fonds**
  - Dachfonds-Ranking
  - Investmentfonds-Rating

[www.promakler.de](http://www.promakler.de)

Canada Life	
Markteintritt in Deutschland:	2000
Aktueller Bestand:	fast 80.000 Verträge (Stand 07.2010), darunter auch die 2004 übernommenen ehemaligen Salibestände. Der Gesamtbestand per 31.12.2006 betrug 73.002 Policen. 2004 lag der Gesamtbestand bei ca. 54.000 Verträgen. Betrachtet man den Zeitraum von 2004 auf 2010, so bedeutet dies einen jährlichen Zuwachs im Bestand von ca. 5.200 Verträgen.
Neugeschäft 2006:	8.641 Verträge
Neugeschäft 2009:	8.400 Verträge
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE, Stand 08.2011
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 erythematodes, HIV-Infektion als Folge bestimmter berufl. Tätigkeiten, HIV-Infektion durch Bluttransfusion, Aplastische Anämie, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Knochenmarkstransplantation, Asbestose, Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Schwerer Unfall, Intrakranielles Aneurysma und Progressive Supranukleäre Bickparese.
Charakteristik:	Wahlmöglichkeit zwischen 4 Alternativen: 1. selbstständige Dread Disease, 2. Dread Disease mit Risiko Leben Absicherung, 3. Risiko Leben Absicherung mit vorgezogener Dread Disease und 4. selbstständige. 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 bei Kündigung oder zum Vertragsablauf 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 30. Lebensjahr. 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. Wenn zugleich mehr als eine versicherte schwere Krankheit für ein automatisch mitversichertes Kind vorliegt, erbringt der Versicherer nur eine Zahlung. Wenn mehr als ein Kind automatisch mitversichert ist, beträgt die Summe aller Leistungen, die insgesamt während der Laufzeit des Versicherungsvertrags für alle automatisch mitversicherten Kinder gezahlt wird, maximal 50 % der gesamten in diesem Versicherungsvertrag für die Eltern des Kindes versicherten Leistung für Schwere Krankheiten. Wenn vom Versicherer eine Teilzahlung erbracht wurde, verringert sich die oben beschriebene Leistung um diese Teilzahlung und es besteht kein Anspruch auf eine weitere Teilzahlung in Bezug auf die versicherte schwere Krankheit, für welche eine Teilzahlung erbracht wurde. Der Schwere Krankheiten Schutz für ein automatisch mitversichertes Kind bleibt in diesem entsprechend verringerten Umfang bestehen. Bei Zahlung einer Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind wird das Anteilguthaben nicht verringert. Die Versicherungssumme für den mitversicherten Elternteil bleibt implizit in voller Höhe uneingeschränkt erhalten.
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). Zum August 2011 wurde die Nachversicherungsgarantie um eine Ereignis unabhängige Form erweitert. Gemäß dieser kann der VN, ohne dem Eintritt eines bestimmten Ereignisses, zum 5. und/oder 10. Jahrestag des Vertrages seinen Versicherungsschutz im Rahmen der genannten Grenzen erhöhen.
---	---

<b>Chartis Europe</b>	
Markteintritt in Deutschland:	Chartis ist seit 1946 im deutschen Markt aktiv und firmierte bis Mitte 2009 unter dem Namen AIG. Der Markteintritt in Deutschland mit einer Frauenkrebsversicherung erfolgte im Jahr 2004. Das Produkt „WOMANCARE“ wurde in unterschiedlichen Leistungsvarianten direkt von Chartis Europe an Endkunden und von ausgewählten Maklern vertrieben, wie etwa von dem degenia Versicherungsdienst unter dem Namen „ladyprotect“. Inzwischen wird das Produkt unter der Marke WÜBA einer nun breiten Maklerschaft zur Verfügung gestellt – beispielsweise über das Maklerportal WÜBAnet.de.
Aktueller Bestand:	k.A.
Neugeschäft 2009:	k.A.
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	WomanCare Versicherung, Stand 02.2010
Versicherte Krankheiten:	Mammakarzinom (Brustkrebs) an einer oder beiden Brüsten, Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs) an einem oder beiden Eierstöcken, Tubenkarzinom (Eileiterkrebs) an einem oder beiden Eileitern, Uteruskarzinom (Gebärmutterkrebs), Zervixkarzinom (Gebärmutterhalskrebs), Vaginalkarzinom (Scheidenkrebs), Vulvakarzinom (Krebs der äußeren Schamlippen, einschließlich der Schamlippenhaut).
Charakteristik:	Selbständige Krebsversicherung für Frauen auf Risikobasis mit Höchstleistung von 50.000 Euro bei Eintritt einer versicherten schweren Erkrankung. Versicherungsleistung für versicherte schwere Krebserkrankungen in Form einer Kapitalzahlung (10.000, 20.000, 30.000, 40.000 oder 50.000 Euro), einer anschließenden monatlichen Rente für 12 Monate in Höhe von 500, 1.000, 1.500, 2.000 oder 2.500 Euro sowie einem Krankenhaustagegeld für bis zu 100 Tage in Höhe von 10, 20, 25 oder 30 Euro. Dazu werden subsidiär Leistungen für krebsbedingte kosmetische Operationskosten in Höhe von 5.000, 10.000, 15.000, 20.000 bzw. 25.000 Euro erbracht. Der Beitrag ist ab Vertragsbeginn für mindestens 5 Jahre stabil und passt sich anschließend an die Beitragskategorie gemäß des aktuellen Alters an. So zahlen beispielsweise Frauen zwischen 30 und 39 Jahren für die maximale Versicherungssummen 325,90 Euro jährlich, sind sie hingegen nur zwischen 18 und 29 Jahren alt abweichend nur 107,80 Euro jährlich.
Eintrittsalter:	ab 18 Jahre bis maximal zur Vollendung des 65. Lebensjahres
Endalter:	sofern der Vertrag nicht vorzeitig durch den Versicherungsnehmer gekündigt wird, besteht dieser fort bis zum Tode der versicherten Person, der Schutz bei Krebserkrankungen jedoch höchstens bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres.
Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles:	nein
Mindestvertragslaufzeit:	1 Jahr
Mindestbeitrag:	20 Euro jährlich bzw. 15 Euro pro Rate bei unterjähriger Zahlweise. (tatsächlich also 21,60 Euro jährlich oder 15,15 Euro monatlich)
Beitragsrückgewähr:	nein (Ausnahme: es kommt zu einem Leistungsfall während der Wartezeit)
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
Besonderheiten:	der Versicherungsschutz ist unter anderem ausgeschlossen, wenn bei der versicherten Person innerhalb von drei Jahren vor Versicherungsbeginn eine Krebserkrankung behandelt oder diagnostiziert worden ist oder wenn die versicherte Krebserkrankung in einem unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit einer HIV Infektion (AIDS) steht.

<b>Deutscher Ring (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)</b>	
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.
Neugeschäft 2010:	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 Leistungsfalles 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.

<b>Domcura (alternativ eigenständiges Produkt oder als Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)</b>	
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“. Risikoträger ist hier ACE.
Aktueller Bestand:	ca. 500-600 Verträge (Stand: 07.2011)
Neugeschäft 2009:	k.A.
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	Schwere Krankheitenversicherung, Stand 01.08.2008
Versicherte Krankheiten:	fortgeschrittene Krebserkrankung, Herzinfarkt, Schlaganfall
Charakteristik:	Sehr gerne als optionaler Leistungsbaustein zu einer Unfallversicherung verkauft, aber auch alleine möglich. 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 Verdienstausschlag, 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 bestimmten 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. Alle Anteile an der Dialog gingen 1974 an den Deutschen Lloyd, der seit den 1920er Jahren zur Generali-Gruppe gehörte. Damit gehört auch die heutige Dialog seit 1974 zur Generali-Gruppe 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.
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu), Stand 04.2011
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:	Grundsätzlich entsteht der Leistungsanspruch mit abschließender Diagnose im Sinne der Bedingungen. Der Leistungsanspruch bei koronarer Bypassoperation entsteht abweichend erst mit dem erfolgreichen Abschluss der Operation. Bei Nierenversagen ist die fachärztlich gesicherte Indikation für eine Dialyse oder eine erfolgreiche Operation mit Transplantation entscheidend. Für Schlaganfälle müssen die tariflich beschriebenen neurologischen Ausfälle mindestens 3 Monate bestanden haben. Eine multiple Sklerose muss im tariflich beschriebenen Umfang mindestens 6 Monate durchgehend bestanden haben
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:	implizit, 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
Besonderheiten:	lag bereits ein Fall von Berufsunfähigkeit vor, erlischt der Anspruch auf Leistungen aus dem Dread-Disease-Baustein. Das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit wird erst nach Ablauf der Sechsmonatsfrist geprüft.

<b>Gothaer</b>	
Markteintritt in Deutschland:	1820 (Gothaer Perikon seit dem 01.08.2005)
Aktueller Bestand:	40.000 Verträge (Stand: 07.2010)
Neugeschäft 2009:	9.000 Verträge
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	Gothaer Perikon – Fondsgebundene Risikoabsicherung (FC08-2 und FC08-3 Deutschland, Version 06.12.2010)
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), Hirngewebeentzündung (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 erythematodes mit Beteiligung des Gehirns, Chronische Hirndruckerrhöhung (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 fondsgebundene Risikoversicherung mit Leistung zwischen 5.000 Euro und 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)
Eintrittsalter:	zwischen 6 Monaten und einem Tag und 60 Jahren
Endalter:	zwischen 6 Jahren und 100 Jahren (FC08-2) / 70 Jahren (FC08-3), Beitragszahlung max. 85 Jahre (FC08-2) / bis 70 Jahre (FC08-3)
Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles:	nein. Dies gilt nicht für Leistungsfälle mitversicherter Kinder.
Mindestvertragslaufzeit:	5 Jahre
Mindestbeitrag:	25 Euro monatlich bzw. 300 Euro jährlich für Kinder unter 15 Jahren, sonst 30 Euro monatlich bzw. 360 Euro jährlich
Beitragsrückgewähr:	Nein. Ausgezahlt wird bei Ablauf oder im Fall einer Kündigung 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 Herzkranzgefäße)
Karenzzeit:	28 Tage ab ärztlicher Diagnose, abweichend 3 Monate bei Schlaganfall bzw. 1 Jahr bei chronisch fortschreitender multipler Sklerose. Verlust der Sprache sowie übrige Erkrankungen des zentralen Nervensystems sind erst ab dem vollendeten dritten Lebensjahr versichert.
Mitversicherung von Lebenspartnern:	nein
Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern:	ja (bis 1/3 der Versicherungssumme, max. 25.000 Euro. Allerdings wird die Leistung für jedes Kind nur einmal gezahlt. Das gilt auch bei gleichzeitigem Eintritt mehrerer schwerer Krankheiten. Die Summe aller Leistungen für mitversicherte Kinder ist auf die Versicherungssumme der versicherten Person begrenzt)



Meldefrist des Leistungsfalls:	unverzüglich
Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher:	nein
Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen:	ja
Besonderheiten:	unterschiedliche Leistungsanforderungen für Schlaganfälle vor und nach Vollendung des vollendeten dritten Lebensjahres. Gemäß Teil C, § 7 AVB kann die Gothaer bei einem Interessewegfall die versicherten Krankheiten anpassen und gegebenenfalls zwischenzeitlich Heilbare vom Versicherungsschutz ausschließen. Der Beitrag wird dann auch entsprechend angepasst. Voraussetzungen dafür können Gentherapie, mögliche Impfungen nach Diagnose einer Krankheit sowie jegliche andere Form von medizinischer oder sonstiger Behandlung sein.

<b>Haftpflichtkasse Darmstadt (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)</b>	
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.
Neugeschäft 2010:	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

<b>Heidelberger Leben (Leistungsbaustein zur Berufsunfähigkeitszusatzversicherung)</b>	
Markteintritt in Deutschland:	k.A.
Aktueller Bestand:	k.A.
Neugeschäft 2009:	k.A.
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	Bedingungen für die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung, Stand 01.04.2010 (ML022/0410)
Versicherte Krankheiten:	Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Lähmung, Koma, Vollständige Blindheit, Tödliche Krankheit, Organtransplantation
Charakteristik:	Liegen zeitgleich Berufsunfähigkeit und die Diagnose eine der im Tarif benannten schweren Erkrankungen vor, so wird eine Soforthilfe in Höhe von ein bis sechs Monatsrenten wegen

	Berufsunfähigkeit fällig. „Die Soforthilfe bei schwerer Erkrankung zahlen wir ab Stellung der ärztlichen Diagnose der schwerwiegenden Erkrankung, jedoch nicht vor Ende einer eventuell vereinbarten Karenzzeit bis zur Anerkennung von Berufsunfähigkeitsleistungen, längstens jedoch für sechs Monate. Durch Zahlung der Soforthilfe bei schwerer Erkrankung wird ausdrücklich keine Anerkennung auf Berufsunfähigkeitsleistungen getroffen. Bei Ablehnung des Leistungsantrags auf Berufsunfähigkeitsleistungen endet im selben Monat die Leistungspflicht für die Soforthilfe bei schwerer Erkrankung. Eine ausbezahlte Soforthilfe bei schwerer Erkrankung muss aber nicht zurückbezahlt werden, sofern die Voraussetzungen für die Soforthilfe bei schwerer Erkrankung vorgelegen haben.“
Eintrittsalter:	ab 15 Jahre
Endalter:	bis 65 Jahre
Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles:	ja
Mindestvertragslaufzeit:	5 Jahre
Mindestbeitrag:	13 Euro monatlich
Beitragsrückgewähr:	nein
Wartezeit:	nein
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:	ja

<b>HDI-Gerling (beitragsneutraler Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)</b>	
Markteintritt in Deutschland:	das Unternehmen geht zurück auf den 1903 gegründeten Hatpflichtverband der Deutschen Eisen- und Stahlindustrie V.a.G. sowie die 1904 gegründete Vermittlungsgesellschaft Bureau für Versicherungswesen Robert Gerling & Co. mbH als Keimzelle der späteren Gerling-Versicherungsgruppe. HDI-Gerling entstand 2006/07, nachdem die Talanx – der Mutterkonzern der HDI-Gesellschaften – Gerling übernommen und mit den entsprechenden HDI-Gesellschaften verschmolzen hat. Die heutigen Deckungserweiterungen zur Unfallversicherung wurden erstmals für das damalige Tochterunternehmen Aspecta unter der Tarifbezeichnung UP 99 entwickelt.
Aktueller Bestand:	k.A.
Neugeschäft 2009:	k.A.
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	Private Unfall-Versicherung, Stand 01.01.2011 (AUB 2011: Basispaket Unfall mit Paket Risiko Plus und / oder Leistung Plus)
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. Über den Baustein Risiko Plus werden 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) 20% der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität, höchstens jedoch 15.000 Euro, gezahlt. Wird auch der Baustein Leistung Plus eingeschlossen, so gilt ein erweiterter Versicherungsschutz auch für kosmetische Operationen bei krebs- oder unfallbedingter Brustoperation bis in Höhe von 20.000 Euro. Die entstehenden Kosten für Arzthonorare, die kosmetische oder plastische Brustoperation und die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik werden bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für kosmetische Operationen gezahlt. Die entstehenden Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker werden über den Baustein Leistung Plus bis zur Höhe von 10% der vereinbarten Versicherungssumme für kosmetische Operationen gezahlt, also bis maximal 2.000 Euro.
Eintrittsalter:	zwischen 0 und 80 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

<b>Itzehoer (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)</b>	
Markteintritt in Deutschland:	Der Grundstein der heutigen Itzehoer Versicherungen auf Gegenseitigkeit wurde 1906 durch den Zusammenschluss mehrerer kleiner Versicherungsvereine gelegt. Ein Maklervertrieb auch außerhalb von Schleswig-Holstein wurde erstmals 1997 aufgebaut. Einen Dread-Disease-Baustein gäbe es laut Anbieters Auskunft bereits seit über 10 Jahren.
Aktueller Bestand:	k.A.
Neugeschäft 2009:	k.A.
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	AUB 2011 – Ausgabe 09/11 - Unfallversicherung mit EXTRA-PLUS-Leistungen für Erwachsene; AUB 2011 – Ausgabe 09/11 - Unfallversicherung mit EXTRA-PLUS-Leistungen für Kinder
Versicherte Krankheiten (Erwachsene):	Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt), Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (Schlaganfälle), bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (bei weiblichen versicherten Personen), bösartige Neubildungen des Hodens (bei männlichen versicherten Personen), Organtransplantation; versicherte Krankheiten (Kinder): Diabetes mellitus Typ I, Leukämie, Epilepsie, Organtransplantation
Charakteristik:	Leistungsbaustein im Rahmen der Unfalldeckung. Der Versicherer leistet im Rahmen der „Sofortleistung bei schweren Krankheiten“ eine einmalige Kapitalzahlung von 7.500 Euro bei Eintritt einer der versicherten schweren Krankheiten
Eintrittsalter:	zwischen 0 und 17 Jahren (Kinder), ab 18 Jahren bis 55 Jahre (Erwachsene), ohne Baustein ExtraPlus abweichend bis Endalter 64 (dann aber ohne Dread-Disease-Annex)
Endalter:	der Tarif für Kinder wird automatisch mit Vollendung des 18. Lebensjahres in den Tarif für Erwachsene ohne Extra-Plus und Plus-Leistungen umgestellt. Gegen besondere Vereinbarung kann der Extra-Plus-Baustein für Erwachsene eingeschlossen werden. Die besonderen Extra-Plus-Leistungen für Erwachsene enden automatisch mit Vollendung des 60. Lebensjahres. Es erfolgt eine Reduzierung auf die Plus-Bedingungen.
Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles:	ja, allerdings wird je versicherter Krankheit die Leistung nur einmal erbracht.
Mindestvertragslaufzeit:	1 Jahr
Mindestbeitrag:	30,00 Euro netto jährlich
Beitragsrückgewähr:	nein
Wartezeit:	3 Monate
Karenzzeit:	4 Wochen ab Diagnose und Überleben (der Versicherungsschutz erlischt 1 Jahr nach dem Eintrittstag)
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
Bemerkungen:	ausgeschlossen sind alle benannten Krankheiten, bei denen die versicherte Person bereits bei Abschluss der Versicherung bereits gelitten hat oder leidet. Ausgeschlossen sind auch alle Erkrankungen, an deren Entstehung ein gegenwärtiger oder in der Anamnese bestandener Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) und dessen Frühformen mitgewirkt haben. Ausgeschlossen sind ferner alle Krankheiten, wegen derer oder deren ausdrücklich benannter Vorstufen die versicherte Person in den letzten 2 Jahren vor Abschluss der Versicherung ärztlich untersucht oder behandelt wurde.

<b>maxPool (beitragsneutraler Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)</b>	
Markteintritt in Deutschland:	Die maxPool GmbH wurde 1998 in Hamburg gegründet, nachdem die Nachfrage von Maklern nach den bestehenden Deckungskonzepten immer größer geworden war. Für den Tarif max2007 war die Aspecta der Vorläufer, die 2007 von der Volksfürsorge, jetzt Generali Versicherungen, als Risikoträger abgelöst worden ist. Risikoträger für den zum 01.10.2010 eingeführten Tarif maxFamily mit Dread-Disease-Baustein ist ACE.
Aktueller Bestand:	k.A.
Neugeschäft 2009:	k.A.
Neugeschäft 2010:	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 besteht nur bei Eintritt der Krebserkrankungen 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 (gesetzliche Verjährung)
Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher:	nein
Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen:	nein

<b>maxPool (beitragspflichtiger Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)</b>	
Aktueller Bestand:	k.A.
Neugeschäft 2009:	k.A.
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	maxFamily (ACE) mit Baustein Dread Disease; Versicherungsbedingungen mit Stand 29.06.2010
Versicherte Krankheiten:	Herzinfarkt, Krebs, Schlaganfall
Charakteristik:	Dread-Disease-Baustein in der Unfallversicherung mit Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten. Der Versicherungsschutz besteht nur bei Eintritt einer der versicherten schweren Krankheiten vor Vollendung 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. Die Versicherungssumme bei Dread Disease beträgt wahlweise 15.000 oder 25.000 Euro.
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:	84 Euro brutto pro Jahr (bei Summe 15.000 Euro, Alter 18-45, Nichtraucher)
Beitragsrückgewähr:	nein
Wartezeit:	3 Monate. Wird die Versicherungssumme nachträglich erhöht, beginnt die Wartezeit bezogen auf den erhöhten Teil von neuem. Ein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht ferner nicht

Wartezeit:	für den Eintritt einer schweren Erkrankung innerhalb der ersten beiden Jahre nach Versicherungsbeginn, soweit die schwere Erkrankung aus einer der tariflich genannten Grundkrankheiten, 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:	„In Ihrem Interesse empfehlen wir Ihnen, uns umgehend schriftlich zu benachrichtigen, wenn Gründe für die Annahme bestehen, dass sich der Gesundheitszustand einer versicherten Person dergestalt verschlechtert hat, dass die Definition einer oder mehrerer schwerer Erkrankungen im Sinne von Ziffer 3 erfüllt ist oder dies nahe liegt. Dies ermöglicht es uns, weitere medizinische oder sonstige Nachweise zu veranlassen, die wir benötigen, um den Anspruch frühestmöglich zu prüfen. Sie sind jedoch verpflichtet, uns spätestens drei Monate nach Vorliegen einer fachärztlichen Erstdiagnose einer schweren Erkrankung im Sinne von Ziffer 3 schriftlich zu benachrichtigen.“
Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher:	nein
Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen:	nein

<b>Nürnberger (Ergänzung zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung)</b>	
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.
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	BUZ, BUZC, BUZC mit garantierter Rentensteigerung, IBU2501, IBU2501(D C ), IBU2501 (C), SBU2501 (C), SBU2501 (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. Bedingungsstand für den Schnellhilfe-Baustein ist 01.2011.
Versicherte Krankheiten:	Herzinfarkt (Myokardinfarkt), Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie), Krebs (maligne Tumoren), Benigner Hirntumor (gutartiger Hirntumor) und 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 Trägeversicherung unverändert erhalten)
Mindestvertragslaufzeit:	1 Jahr
Mindestbeitrag:	10 Euro monatlich (BU-Rentenhöhe mindestens 600 Euro monatlich)
Beitragsrückgewähr:	nein (aber optionaler Fondsüberschuss möglich)
Wartezeit:	nein
Karenzzeit:	bei SH2008 30 Tage ab dem Tag der fachärztlich nachgewiesenen Diagnose des versicherten Krankheitsbildes, abweichend beim Nierenversagen ab dem Tag der ersten Dialysebehandlung bzw. ab dem Datum der erfolgten Nierentransplantation
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
Bemerkungen:	der Baustein SHR ist nicht bei garantierter Rentensteigerung ab Eintritt des Leistungsfalls einschließbar.

<b>Nürnberger (Ergänzung zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung)</b>	
Aktueller Bestand:	k.A.
Neugeschäft 2009:	k.A.
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	BUZ, BUZC, BUZC mit garantierter Rentensteigerung IBU2501, IBU2501 (D C), IBU2501 (C), SBU2501 (C), SBU2501 (D C), IBA2500 jeweils mit Schnellhilfe-Kapital-Zusatzversicherung (SH2008) bzw. BUZ2011 oder BUZ20118C mit SHR-Rente; Schnellhilfe-Rente auch zur SBU, SBUC, jeweils Stand 01.2011
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 Trägeversicherung 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
Bemerkungen:	der Baustein SHR ist nicht bei garantierter Rentensteigerung ab Eintritt des Leistungsfalls einschließbar

<b>NV-Versicherungen (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)</b>	
Markteintritt in Deutschland:	2000 (bundesweiter Maklervertrieb)
Aktueller Bestand:	ca. 23.500.000
Neugeschäft 2009:	ca. 171.588 Neuverträge
Neugeschäft 2010:	ca.194.063 Neuverträge
Tarif:	AUB 2011, Stand 10.2011: BBU-UnfallPremium 3.0 – 10/2011
Versicherte Krankheiten:	Brustkrebs
Charakteristik:	„Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebserkrankung einer Brustoperation mit mindestens einer Entfernung der kompletten Brustdrüse unterziehen. Die krebsbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker. [...] Wir leisten insgesamt bis 10.000 EUR Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind. Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis maximal 10 % der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für kosmetische Operationen bezahlt.“ Die Mindestversicherungssumme für die Unfallinvalidität beträgt 25.000 Euro.
Eintrittsalter:	0 Jahre
Endalter:	65 Jahre (danach Umstellung in einen Seniorentarif)
Weiterführung des Vertrages nach Eintritt des Versicherungsfalles:	ja
Mindestvertragslaufzeit:	1 Jahr
Mindestbeitrag:	35,70 Euro brutto p.a.

Beitragsrückgewähr:	nein
Wartezeit:	3 Monate ab Vertragsbeginn
Karenzzeit:	nein
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

Skandia	
Markteintritt in Deutschland:	1999 (bis 2003 unter dem Namen „Critical Illness Plan“, seit 2004 als „Dread Disease“)
Aktueller Bestand:	13.500 Verträge Dread Disease sowie Critical Illness Plan (Stand: 05.2011). Im Vergleich ca. 12.700 Verträge zum Stand: 31.12.2009. Per 31.12.2006 betrug der Gesamtbestand 9.400 Verträge.
Neugeschäft 2006:	rund 2.500 Verträge
Neugeschäft 2009:	1.300 Verträge
Neugeschäft 2010:	rund 1.300 Verträge
Tarif:	„Skandia Dread Disease Versicherung“, Stand 05/2011 (DDB08 oder DDK08)
Versicherte Krankheiten:	Bypass am Herzen, Herzinfarkt, HIV/AIDS – Bluttransfusion/Berufsausübung, Krebs, Multiple Sklerose, Nierenversagen, Schlaganfall; <u>in der Komfortdeckung zusätzlich:</u> 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 mit Höchstleistung von 4 Millionen Euro bei Eintritt einer versicherten schweren Erkrankung oder sonstigen versicherten Ereignissen. Optionale Auszahlung der Versicherungssumme in bis zu 5 Jahresraten (jährliche Mindestrate von 500 Euro). Eine mögliche Jahresrate 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 (bei Kündigung oder Vertragsablauf Auszahlung des Rückkaufswerts)
Wartezeit:	3 Monate nach Versicherungsbeginn bis zur Erstdiagnosestellung bei Krebs, Bypass-OP
Karenzzeit:	14 Tage ab Diagnose, bei Bypassoperation am Herzen abweichend ab Durchführung einer Operation oder deren Notwendigkeit. Bei Nierenversagen und Organtransplantation beginnt die Karenzzeit mit Durchführung einer entsprechenden Transplantation oder mit Aufnahme in eine offizielle Transplantationswarteliste, bei Nierenversagen abweichend auch mit Aufnahme einer Dialyse. Die Karenzzeit im Rahmen der Aorta-Transplantationschirurgie sowie Herzklappenchirurgie beginnt mit der Durchführung operativer Maßnahmen oder der eindeutigen Bestätigung, dass ein solcher Eingriff aufgrund der tariflich beschriebenen Leistungsvoraussetzungen notwendig ist
Mitversicherung von Lebenspartnern:	nein
Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern:	50% der Versicherungssumme (max. 35.000 Euro. Eine Leistung aus dem Vertrag wird für jedes Kind nur einmal erbracht. Eine Maximierung der Leistung für mitversicherte Kinder ist nicht vereinbart)
Meldefrist des Leistungsfalls:	nicht zutreffend
Nachmeldeverpflichtung bei Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher:	nein (gegebenenfalls auf Antrag Beitragsreduzierung, wenn Wechsel von Raucher zu Nichtraucher nachgewiesen werden kann)
Nachversicherungsgarantie bei besonderen Ereignissen:	ja
Bemerkungen:	Unter den in Ziffer 19.4 der Bedingungen benannten Voraussetzungen ist für laufende Verträge ein Wechsel vom Raucher- in den Nichtraucherstatus möglich, allerdings behält sich die Skandia das Recht vor, einen entsprechenden Antrag trotz Beibringung der geforderten Nachweise abzulehnen.

<b>Stuttgarter (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)</b>	
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. Zu 2011 wurde erstmals im Erwachsenenpaket auch Versicherungsschutz für Krebs eingebaut.
Aktueller Bestand:	k.A.
Neugeschäft 2009:	k.A.
Neugeschäft 2010:	k.A.
Tarif:	1000Plus-Lady-Unfallversicherung (AUB 2011 – Fassung 01.01.2011), 1000Plus-Unfallversicherung für Beruf und Freizeit (AUB 2011 – Fassung 01.01.2011) sowie 1000Plus-Kinder-Unfallversicherung (AUB 2011 – Fassung 01.01.2011)
Versicherte Krankheiten (Zielgruppe Kinder):	Krebserkrankungen
Versicherte Krankheiten (Zielgruppe Erwachsene):	Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen, Erblindung, Krebs (Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Eierstockkrebs, Prostatakrebs, Hodenkrebs)
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 30.000 Euro (Zielgruppe Kinder: 10.000 Euro) erbracht. 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). Für die eigentliche Unfallversicherung gilt abweichend ein Eintrittsalter bis Endalter 64 Jahre, ab Alter 65 der Seniorentarif der Stuttgarter. In diesem ist ein Dread-Disease-Baustein nicht mehr vorgesehen.
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. Die Leistung erfolgt gestaffelt (20% ab dem 7. Monat des ersten Versicherungsjahres, 40% im zweiten Versicherungsjahr, 60% im dritten Versicherungsjahr, 80% im vierten Versicherungsjahr und 100% ab dem fünften Versicherungsjahr)
Karenzzeit:	30 Tage ab 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
Bemerkungen:	für die Mitversicherung von Krebserkrankungen ist zudem Voraussetzung, dass zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch überhaupt keine bösartige Krebserkrankung ärztlich festgestellt wurde. Bei Nierenversagen setzt die Diagnose einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten voraus, in dem die tariflich beschriebenen neurologischen Ausfallerscheinungen bestanden haben. Zudem beginnt die Karenzzeit erst, wenn das Versagen beider Nieren entweder die Einleitung einer regelmäßigen Nierendialyse oder einer Nierentransplantation bedingt. Auch bei Schlaganfall müssen die neurologischen Ausfallerscheinungen über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten bestanden haben, bevor die Karenzzeit beginnt.

<b>Würzburger (Leistungsbaustein zur Unfallversicherung)</b>	
Markteintritt in Deutschland:	die Versicherung wurde 1989 als 100%ige Tochter der ERC Frankona Rückversicherungs-AG als Unfallversicherer gegründet. Seit einigen Jahren ist das Unternehmen im Privatbesitz. Seit April 1999 gibt es den Tarif Ladylike mit speziellen Leistungen bei frauenspezifischen Krebserkrankungen.
Aktueller Bestand:	k.A.
Neugeschäft 2009:	k.A.



Neugeschäft 2010:	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

## STATEMENT



*Heiko Reddmann,  
Vertriebsdirektor  
der Skandia Lebens-  
versicherung AG*

Alle 3 Minuten erleidet in Deutschland ein Mensch einen Schlaganfall. Das sind pro Jahr mehr als 200.000 Fälle; ebenso viele Menschen trifft jährlich ein Herzinfarkt (Quellen: Statistisches Bundesamt, Robert-Koch-Institut). In vielen Fällen gibt es keinerlei Vorzeichen, die die Betroffenen vorwarnen könnten. Mit einer solchen Erkrankung gehen erhebliche finanzielle Risiken einher, wie beispielsweise längere Einkommensausfälle. Diese Risiken sind jedoch durch eine Kranken- oder Berufsunfähigkeit häufig nicht ausreichend abgedeckt.

Genau an diesem Punkt setzt die Dread Disease Versicherung an: Sie stellt schnell und unbürokratisch eine bestimmte Summe für den Fall zur

Verfügung, dass den Versicherten eine schwere Krankheit trifft.

Im Basisschutz versichert sind bei der Skandia Dread Disease die Krankheitsbilder Krebs, Herzinfarkt, Bypass-Operation, Schlaganfall, Nierenversagen, Multiple Sklerose und HIV-Infektion infolge von Bluttransfusion oder Berufsausübung. Im Komfortschutz sind Absicherungen gegen weitere 25 Erkrankungen bzw. schwere Ereignisse möglich. Darin enthalten ist auch die Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit, z. B. als Folge des so genannten Burnouts, Psychosen oder von Schizophrenien, versichert. Im November 2011 wurde diese Produktneuerung eingeführt und trägt der wachsenden Zahl von psychischen Erkrankungen Rechnung. Laut Deutscher Rentenversicherung gingen im Jahr 2009 bereits 38% aller Zugänge in die Erwerbsminderungsrente auf diese Diagnose zurück.

Darüber hinaus erfolgte eine Klarstellung als Reaktion auf die aktuellen Lebensmittelskandale: Auch für bereits versicherte Krankheiten, die durch virale und bakterielle Erreger verursacht epi-

demisch auftreten, besteht Versicherungsschutz.

Im Gegensatz zu Berufsunfähigkeitsversicherungen sowie Unfallversicherungen knüpfen Dread Disease Policen die Leistung lediglich an eine bestimmte Diagnose, um dann unbürokratisch und schnell zu zahlen – die Skandia wickelt die Mehrheit der Dread Disease Leistungsfälle in weniger als 3 Monaten ab. Die Leistung aus einer Dread Disease Versicherung erfolgt auch, wenn sich der Betroffene letztlich über eine schnelle Genesung freuen kann.

Letztendlich hängt es auch bei dieser Risikovorsorge individuell vom Kunden und seiner Lebenssituation ab, ob eine Dread Disease Versicherung eventuell auch in Ergänzung zu einer Berufsunfähigkeitsversicherung das Richtige für ihn ist.

Aus Sicht der Skandia aber gehört die Dread Disease Versicherung in jedem Fall ins Produktportfolio eines jeden Vermittlers und Finanzberaters, um jedem Kunden das Bedürfnis zu erfüllen, finanzielle Vorsorge zu treffen für den Fall einer schweren Erkrankung.

## STATEMENTS



*Martin Gräfer,  
Vorstand Service  
und Vertrieb,  
Bayerische Beamten  
Versicherungen*

Die Bayerische Beamten Versicherungen geht neue Wege, um den Kunden zeitgemäßen Schutz zu bieten. Mit der „Diagnose X - BBV-Income PROTECT“ bietet sie eine umfassende Absicherung für sein Einkommen und damit für Existenz und Sicherung der Familie. Ob der Kunde berufsunfähig wird oder eine schwere Krankheit bekommt, die aber noch nicht zur Berufsunfähigkeit führt, ob er einen schweren Unfall erleidet oder pflegebedürftig wird – das Konzept deckt mit Einmalzahlungen oder laufenden Renten die finanziellen Folgen ab. Das Besondere dabei: Die BBV bietet mit dem Diagnose X – BBV- Income-PROTECT nicht isolierte Lösungen an, sondern Rundumsicherung als integrierte Lösung. Dieses Konzept setzt sich zusammen aus drei frei kombinierbaren Bausteinen: BBV-Premium PROTECT bietet Schutz bei schwerer Krankheit oder im Todesfall. Versichert sind insgesamt 38 Krankheitsbilder wie Herzinfarkt, Krebs, Schlaganfall, oder Parkinson. BBV-Multi PROTECT deckt die finanziellen Folgen bei Invalidität durch Krankheit, Unfall, Organschädigungen, und Pflegebedürftigkeit durch eine lebenslange Rente ab. BBV-BU PROTECT ist der Basis-Schutz für den Fall, dass der Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann.



*Adolf Totzauer-  
Levermann,  
Vorstand  
SIGNAL IDUNA  
Vertriebspartner-  
service AG*

Zweibettzimmer für alle? Was der Gesetzgeber nicht schafft, ermöglicht die SIGNAL Krankenversicherung allen GKV-Versicherten. Das einzigartige KlinikSchutz-Programm bietet – ohne Wartezeiten – in seinem Stufen-Tarifsystem Zweibettzimmer, privatärztliche Behandlung, Assistance-Leistungen mit Kostenübernahme, Rooming-In und Auslandsbehandlung. Der Tarif KlinikUNFALLpur bildet den Einsteigerschutz ohne Gesundheitsprüfung für unfallbedingten Krankenhausaufenthalt. Bei schweren Erkrankungen (Dread Disease, siehe Titelthema) leistet der Tarif KlinikSTART(pur). Ab dieser Tarifstufe ist ein Optionsrecht auf höherwertigeren Schutz enthalten. Darüber rangieren der Tarif KlinikPLUS (pur) und die Top-Variante KlinikTOP (pur), in der sofortiger Komplettschutz besteht. Hier sind zudem ambulante Operationen mitversichert. Die Tarife sind wahlweise mit oder ohne Alterungsrückstellungen („pur-Varianten“) kalkuliert. Fazit: Die SIGNAL Krankenversicherung ist die erste Gesellschaft mit einem KlinikSchutz-Programm. Mit der Dread-Disease-Komponente kommen damit insbesondere junge Leute zu äußerst günstigen Konditionen zu einem besseren Versicherungsschutz beim Krankenhausaufenthalt.



*Antje Knoop,  
Produktmanagerin  
Gothaer  
Lebensversicherung*

Bei der Dread Disease Versicherung handelt es sich um die finanzielle Absicherung gegen schwere Krankheiten. Einer der Pioniere in Deutschland auf diesem Gebiet ist die Gothaer Lebensversicherung, die mit dem Produkt Gothaer Perikon ein breites Leistungsspektrum anbietet: eine Absicherung für den Todesfall, für den Fall einer schweren Krankheit, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit. Leibliche und adoptierte Kinder im Alter von unter achtzehn Jahren sind bei Eintritt bestimmter schwerer Krankheiten über den Vertrag der Eltern ohne zusätzlichen Beitrag automatisch mitversichert. Hinzu kommt ein flexibel wählbares, zeitgemäßes Bausteinsystem, das auf die individuelle Situation der Kunden zugeschnitten werden kann. Das Unternehmen geht mit Perikon als einziger deutscher Anbieter einer selbständigen Dread Disease Versicherung mit dem fondsbasierendem Produkt auch in der Kapitalanlage einen innovativen Weg. Mit den Beiträgen zahlt der Kunde in Publikumsfonds ein, die er selbst aus ausgewählten Fonds renommierter Kapitalanlagegesellschaften aussuchen kann. Zusätzlich wird die Möglichkeit angeboten, Demenz bis in hohe Alter von 100 Jahren abzusichern.



*Torsten Bauer,  
Managing Director  
A&H Germany*

ACE bietet eine Dread Disease Versicherung, die Unternehmen für ihre Mitarbeiter zusätzlich zum Gruppenunfallschutz abschließen können. Die ACE Dread Disease Versicherung hilft durch eine einmalige Zahlung, die negativen Folgen einer schweren Krankheit abzu-

federn. Sie kommt immer dann zum Tragen, wenn bei einem versicherten Mitarbeiter erstmalig ein Herzinfarkt, ein Schlaganfall oder eine Krebserkrankung diagnostiziert wird. Damit schließt die ACE Dread Disease Police über 80 Prozent aller Fälle von schweren Erkrankungen ein. Der Betroffene erhält nach einer 30-tägigen Karenzzeit von ACE die versicherte Summe, die je nach Vereinbarung zwischen 5.000 und 50.000 Euro beträgt. „Das Geld steht dem Leistungsempfänger zur freien Verfügung und ermöglicht ihm Handlungsoptionen, die

er sich ansonsten oft nicht hätte leisten können“, so Torsten Bauer, Director Accident & Health bei ACE. „Der Erkrankte kann entscheiden, ob er zum Beispiel eine zweite Expertenmeinung einholt, sich in einer renommierten Spezialklinik im In- oder Ausland behandeln lässt oder sich bessere und schnellere Reha-Maßnahmen leistet. Einige ergänzen ihre Therapie durch alternative Heilmethoden, andere bauen ihre Wohnung krankengerecht um.“ Versicherbar sind Personen zwischen 18 und 65 Jahren.

Erster Marktvergleich aller Tarife.

# Alles eine Frage der Kalkulation

## Funktionelle Invaliditätsabsicherung auf dem Vormarsch.

Im November 2011 waren insgesamt 6 Versicherer am deutschen Versicherungsmarkt mit Angeboten für funktionelle Invaliditätsabsicherung vertreten.<sup>1</sup> Von sieben weiteren ist bekannt, dass entsprechende Produkte im Entwicklungsstadium oder kurz vor Abschluss stehen. Die BBV hat bereits zur DKM im Oktober 2011 ihr neues Produkt Multi-PROTECT vorgestellt. Hier soll der Produktstart für Januar 2012 erfolgen. Geplant sein soll für 2012 auch ein Tarif zur Absicherung der funktionellen Invalidität aus dem Hause Nürnberger. Offiziell wollte sich der Versicherer diesbezüglich jedoch noch nicht weiter äußern, nachdem zunächst die Aussagen von Branchenkennern über einen angeblichen Produktstart im Januar 2012 als unzutreffend benannt wurden. Von weiteren Erstversicherern und einem Rückversicherer ist lediglich bekannt, dass diese eine mögliche Produkteinführung erwägen.



### Inhalt

- Alles eine Frage der Kalkulation
- Die Tarife
- Echte Unterschiede: die Unfallrenten im Vergleich
- Die Organrenten im Vergleich
- Die Grundfähigkeitenrenten im Vergleich
- Die Pflegerenten im Vergleich
- Weitere Leistungsunterschiede

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

Allianz – AXA – Barmenia – BBV – E+S Rück – Janitos – Nürnberger – Sparkassen-Versicherung Sachsen – Swiss Re – VPV

Aus Kapazitätsgründen war eine Überprüfung der Aussagen im Text durch die Allianz nicht möglich..

Autor: Stephan Witte / siehe zu diesem Thema auch „Risiko & Vorsorge“ 4/2011

Waren es bisher mit Ausnahme der Allianz nur Sachprodukte, so soll nun zumindest der laut Brancheninformationen von der Nürnberger angekündigte Tarif gleichfalls der Lebenssparte zuzuordnen sein. Laut Versicherungsjournal vom 10.11.2011 habe die Allianz bereits in den ersten Monaten nach Verkaufsstart etwa 1.500 Verträge auf KörperSchutz-Police schließen können<sup>2</sup>, also alles in allem ein guter Start.

Zielgruppe sind insbesondere die im Verkauf stark vernachlässigten Berufsgruppen C und D, die laut Allianz mehr als die Hälfte aller Beschäftigten ausmachen. Oft seien diese Berufsgruppen entweder finanziell nicht in der Lage oder bereit, die Kosten für eine adäquate Berufsunfähigkeitsvorsorge zu bestreiten. Um Prämien zu senken, sei diese Zielgruppe laut Marktrecherche der Allianz gerne bereit dazu, auf eine Absicherung psychischer Erkrankungen zu verzichten, da man diese für weniger bedeutsam halte. Ob diese Einschätzung dazu erhalten kann, auf die entsprechende Leistung zu verzichten, kann sicher kritisch hinterfragt werden. Fakt ist jedoch, dass eine zielgruppenspezifische Lösung Sinn machen kann. Insbesondere gilt dies, wenn der Gesundheitszustand einen Abschluss herkömmlicher Lösung schwer bis unmöglich machen würde. Viele Kun-

den hätten laut Allianz ferner eine Einmalleistung bei den als besonders wichtig erachteten schweren Krankheiten gewünscht. Da Krebs, Herzinfarkt und ähnliche Krankheiten recht häufig sind, macht deren Einschluss in Form eines Dread Disease-Bausteins natürlich einen erheblichen Kostenblock aus, weshalb man sich für eine nur stark begrenzte Leistung entschieden habe.

Um die Beitragshöhe in einem für die Zielgruppe erträglichen Rahmen zu halten, habe sich die Allianz für einen Prognosezeitraum von 12 statt etwa 6 Monaten entschieden. Andernfalls hätte man für sämtliche schweren Frakturen durch Ski- oder Fußballunfälle eintreten müssen, die oft schon nach 8 bis 9 Monaten ausgeheilt seien.

#### ■ Zielgruppengerechtes Pricing

Ein zielgruppengerechtes Pricing ist auch bei den schon länger am Markt präsenten Wettbewerbern Kern der Produktentwicklung gewesen und den einzelnen Produkten durchaus anzusehen. Deutlich erkennbar bleibt in diesem Zusammenhang, dass es der Allianz bisher nicht gelungen ist, das Kalkulationsmodell der Sachversicherer von AXA bis Janitos nachzuvollziehen. In einer Onlinepräsentation vom 06.10.2011 hieß es, dass das Pricing beim Wettbewerb „ins Blaue rein“ erfolgt sei, „also ohne echte Expertise“. Dies sei besonders kritisch, da alle Sachprodukte denselben

Rückversicherer hätten und daher jährliche Beitragsanpassungen zumindest sehr wahrscheinlich seien. Polemisch wurde behauptet, dass die „Multi-ertenprodukte nahezu wertlos“ seien und eine „massive Zahl an Einschränkungen“ enthielten. Nur dadurch sei auch deren äußerst niedriger Beitrag zu begründen.

Was nun ganz konkret die Kalkulation betrifft, so ist nur bekannt, dass die Entwicklung der zugrunde liegenden Kalkulationsmodelle allein bei der AXA etwa sechs Jahre gedauert habe. Schwerpunkt der Vorarbeiten bei der Produktentwicklung war die Erfassung, Bewertung und Umwandlung spezifischer medizinischer Daten in Rechnungsgrundlagen für das Organkonzept.

Generell kann davon ausgegangen werden, dass gerade bei großen Versicherern wie der AXA eine umfassende interne Kontrolle hinsichtlich Kalkulations- und Rechnungsgrundlagen erfolgt. Komplexe biometrische Produkte mit hochsummigen Absicherungen können nur von einem Spezialistenteam erarbeitet werden. Aktuarien brauchen hierbei die Unterstützung von Ärzten und Statistikern. Sind solche Voraussetzungen vorhanden (Beispiel AXA) können auch vollkommen neuartige Absicherungen (Entwicklung des Organkonzepts) durch valide Rechnungsgrundlagen realisiert werden, so dass die Kritik aus dem Hause Allianz unbegründet erscheint.

## Die Tarife Per November 2011 gab es zur Absicherung funktioneller Invalidität folgende Produkte

### Allianz

Tarif: KörperSchutzPolice

Produktstart: 07.2011

Aktueller Bedingungsstand: 06.2011

Sparte: Lebensversicherung

Mindesteintrittsalter: 15 Jahre

Höchsteintrittsalter: 54 Jahre

Höchstversicherungsdauer: bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres

versicherbare Rentenleistungsdauer: bis Endalter 67 Jahre oder kürzer

versicherbare Rentenhöhe: zwischen 50 und 5.000 Euro monatlich (maximal jedoch 80% des Nettoeinkommens zum Zeitpunkt der Antragsstellung. Bei Studenten abweichend bis 1.250 Euro monatliche Rente)

Aktivdynamik: keine oder 3% p.a. (ma-

ximal bis zum rechnungsmäßigen Alter 55 Jahre und bis 3 Jahre vor Ablauf)

Passivdynamik: keine, 1%, 2% oder 3% p.a. (gilt nicht für Einmalleistung bei Dread Disease)

Bemerkungen: bei Eintritt definierter schwerer Erkrankungen wird die Leistung abweichend nicht als Rente, sondern als Einmalzahlung in Höhe von

zwölf Monatsrenten erbracht. Eine gleichzeitige Renten- und Kapitalleistung wird nur erbracht, wenn neben einer versicherten schweren Erkrankung zusätzlich der Verlust einer definierten Grundfähigkeit eingetreten ist

### AXA

Tarif: Kinderschutzpaket

Produktstart: 04.2011

Aktueller Bedingungsstand: 04.2011

Sparte: Sachversicherung

Mindesteintrittsalter: Kinder ab dem 3. Lebensstag, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Beantragung gesund ist und keine Auffälligkeiten gemäß Kinder-Untersuchungsheft vorliegen. Letzteres setzt voraus, dass die vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen anhand des Kinder-Untersuchungsheftes nachgewiesen werden können (mindestens Kinder-Untersuchungsheft U2)

Höchsteintrittsalter: 14 Jahre

Höchstversicherungsdauer: bis zur Hauptfälligkeit nach Vollendung des 18. Lebensjahres (18. Geburtstag + 6 Monate + nächster Monatserster)

versicherbare Rentenleistungsdauer: nur lebenslang

versicherbare Rentenhöhe: 500, 1.000 oder 1.500 Euro monatlich

Aktivdynamik: keine oder 3% p.a. (max. bis auf 2.500 Euro monatlich)

Passivdynamik: 1,5% p.a.

Bemerkungen: Wird eine Rentenleistung aufgrund eines der vier definierten Leistungsfälle erbracht, wird zusätzlich eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 50.000 Euro fällig und dies unabhängig von der vereinbarten Rentenhöhe. Bei definierten schweren Operationen oder einer Krebsdiagnose erhalten Eltern zur Abdeckung des zusätzlichen Finanzbedarfs zudem eine Sofortleistung in Höhe einer halben Jahresrente. Muss ein Kind häuslich gepflegt werden und es kommt dadurch zu einem Verdienstausschlag, unterstützt AXA die Eltern finanziell für bis zu sechs Monate mit einem Pflegebeitrag. Eingeschlossen ist ferner ein Rehamanagement mit dem ein Kind zielgerichtet in ein normales Leben eingegliedert werden soll. Optional kann eine privatärztliche Behandlung im Krankenhaus (max. 5facher Satz GOÄ) mit freier Krankenhauswahl, Unterbringung im Zweibettzimmer einschließlich einer betreuenden Begleitperson bis zum 5. Lebensjahr des Kindes eingeschlossen

werden. Zum Ablauf des Vertrages nach Erreichen des 18. Lebensjahres, kann der Vertrag für die versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung, bis zur Höhe der beim Ablauf erreichten Versicherungssumme, in einen entsprechenden Versicherungsvertrag für Erwachsene gemäß den dann gültigen Tarifen umgewandelt werden. Das Optionsrecht kann nicht in Anspruch genommen werden, sofern in den letzten 5 Jahren eine Rente nach Ziffer 1.1 der Bedingungen beantragt wurde oder ein Rentenfall objektiv eingetreten ist oder der ablaufende Vertrag nur unter erschwerten Bedingungen, wie zum Beispiel einer Ausschlussklausel oder Risikozuschlag angenommen wurde oder die Diagnose einer Herzerkrankung oder Diabetes gestellt wurde, oder ein Grad der Behinderung (GdB) / Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von größer oder gleich 50% oder ein Merkzeichen nach Feststellung einer Pflegestufe gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) vorliegt. In diesen Fällen ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

### AXA

Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder

Produktstart: 04.2010

Aktueller Bedingungsstand: 04.2011

Sparte: Sachversicherung

Mindesteintrittsalter: Kinder ab dem 6. Lebensmonat, welche die vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen anhand des Kinder-Untersuchungsheftes nachweisen können (mind. Kinder-Untersuchungsheft U5)

Höchsteintrittsalter: 15 Jahre

Höchstversicherungsdauer: bis zur Hauptfälligkeit nach Vollendung des 18. Lebensjahres

versicherbare Rentenleistungsdauer: nur lebenslang

versicherbare Rentenhöhe: 250 bis 2.000 Euro monatlich

Aktivdynamik: keine oder 3% p.a. (max. bis auf 2.500 Euro monatlich)

Passivdynamik: 1,5% p.a.

Bemerkungen: Bei definierten schweren Operationen oder einer Krebsdiagnose erhalten Eltern zur Abdeckung des zusätzlichen Finanzbedarfs zudem eine Sofortleistung in Höhe einer halben Jahresrente. Eingeschlossen ist ferner ein Rehamanagement mit dem ein Kind zielgerichtet in ein normales Leben eingegliedert werden soll. Zum Ablauf des Vertrages nach Erreichen des 18. Lebensjahres, kann der Vertrag für die versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung, bis zur Höhe der beim Ablauf erreichten Versicherungssumme, in einen entsprechenden Versicherungsvertrag für Erwachsene gemäß den dann gültigen Tarifen umgewandelt werden. Das Optionsrecht kann nicht in Anspruch genommen werden, sofern in den letzten 5 Jahren eine Rente nach Ziffer 1.1 der Bedingungen beantragt wurde oder ein Rentenfall objektiv eingetreten ist oder der ablaufende Vertrag nur unter erschwerten Bedingungen, wie zum Beispiel einer Ausschlussklausel oder Risikozuschlag angenommen wurde oder die Diagnose einer Herzerkrankung oder Diabetes gestellt wurde, oder ein Grad der Behinderung (GdB) / Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von größer oder gleich 50% oder ein Merkzeichen nach Feststellung einer Pflegestufe gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) vorliegt. In diesen Fällen ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

### AXA

Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene

Produktstart: 04.2010

Aktueller Bedingungsstand: 04.2011

Sparte: Sachversicherung

Mindesteintrittsalter: 16 Jahre

Höchsteintrittsalter: bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres

Höchstversicherungsdauer: bis zur Hauptfälligkeit nach Vollendung des 65. Lebensjahres

versicherbare Rentenleistungsdauer: lebenslang

versicherbare Rentenhöhe: 250 bis 3.000 Euro monatlich

Aktivdynamik: keine oder 3% p.a. (max. bis auf 3.500 Euro monatlich und höchstens bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres)

Passivdynamik: 1,5% p.a.

Bemerkungen: Die Erwachsenen-Existenzschutzversicherung war eine Weiterentwicklung der Unfall-Kombi-rente, die 09.2006 eingeführt wurde

### Barmenia

Tarif: Barmenia-Opti5Rente

Produktstart: 02.2010

Aktueller Bedingungsstand: 02.2010

Sparte: Sachversicherung  
Mindesteintrittsalter: 18 Jahre  
Höchsteintrittsalter: bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres  
Höchstversicherungsdauer: bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres  
versicherbare Rentenleistungsdauer: wahlweise bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres oder lebenslang  
versicherbare Rentenhöhe: 500 bis 3.000 Euro monatlich  
Aktivdynamik: keine oder 5% p.a.  
Passivdynamik: keine oder 1,5% p.a.

**BBV**

Tarif: Multi-PROTECT  
Produktstart: 01.2012  
Aktueller Bedingungsstand: 01.10.2011  
Sparte: Sachversicherung  
Mindesteintrittsalter: 18 Jahre  
Höchteintrittsalter: 60 Jahre  
Höchstversicherungsdauer: Vertrag endet mit Hauptfälligkeit nach Vollendung des 67. Lebensjahres  
versicherbare Rentenleistungsdauer: wahlweise bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres oder lebenslang  
versicherbare Rentenhöhe: 500 bis 3.000 Euro monatlich (mit Beitragsdynamik bis auf 5.000 Euro und Alter 45 Jahre)  
Aktivdynamik: keine, 3% oder 5% p.a.  
Passivdynamik: keine oder 1,5% p.a.  
Besonderheiten: Tarif auf Risikobasis (daher anfänglich günstige Einstiegsprämien, die mit dem Alter ansteigen). Tarifbedingungen können sich zwischen Redaktionsschluss und 01.2012 ggf. noch minimal ändern!

**Janitos**

Tarif: Multi-Rente für Kinder  
Produktstart: 04.2009  
Aktueller Bedingungsstand: 04.2009 mit Aktualisierungen zu 06.2010  
Sparte: Sachversicherung  
Mindesteintrittsalter: 4 Jahre  
Höchteintrittsalter: bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres  
Höchstversicherungsdauer: bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres  
versicherbare Rentenleistungsdauer: wahlweise bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres oder lebenslang  
versicherbare Rentenhöhe: 300 bis 2.000 Euro monatlich  
Aktivdynamik: keine, 3% oder 5% p.a.  
Passivdynamik: keine oder 1,5% p.a.  
Bemerkungen: Die Multi-Rente für Kin-

der wird zum Ende des Monats, in dem die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person folgt, automatisch ohne erneute Gesundheitsprüfung auf das Erwachsenen Produkt (Multi-Rente für Erwachsene) umgestellt. Die Umstellung erfolgt auf die entsprechende Produktvariante des Produktes für Erwachsene mit Eintrittsalter 18 Jahre. Die im Kinderprodukt enthaltenen Regelungen zur Rentenbezugsdauer, Aktiv- oder Passivdynamik werden übernommen. Eventuelle Sondervereinbarungen bei der Begrenzung des Versicherungsschutzes laut Versicherungsschein oder Risikozuschläge bleiben in Höhe und Umfang weiterhin bestehen. Der Zusatzbaustein der Kapitalsofortleistung der Multi-Rente für Kinder ist im Erwachsenen-Produkt nicht mehr versicherbar und entfällt daher zum oben genannten Zeitpunkt der Umstellung automatisch.

**Janitos**

Tarif: Multi-Rente für Erwachsene  
Produktstart: 04.2008  
Aktueller Bedingungsstand: 04.2009 mit Aktualisierungen zu 06.2010  
Sparte: Sachversicherung  
Mindesteintrittsalter: 18 Jahre  
Höchteintrittsalter: bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres  
Höchstversicherungsdauer: bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres  
versicherbare Rentenleistungsdauer: wahlweise bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres oder lebenslang  
versicherbare Rentenhöhe: 500 bis 3.000 Euro monatlich  
Aktivdynamik: keine, 3% oder 5% p.a.  
Passivdynamik: keine oder 1,5% p.a.

**Sparkassen-Versicherung Sachsen**

Tarif: Existenzversicherung für Erwachsene  
Produktstart: 07.2011  
Aktueller Bedingungsstand: 07.2011  
Sparte: Unfallversicherung  
Mindesteintrittsalter: 18 Jahre.  
Höchteintrittsalter: bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres.  
Höchstversicherungsdauer: bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres  
versicherbare Rentenleistungsdauer: lebenslang  
versicherbare Rentenhöhe: 750 bis 3.000 Euro monatlich

Aktivdynamik: keine oder 5 % p. a.  
Passivdynamik: 1% p.a.

**VPV**

Tarif: Vital-Rente für Kinder  
Produktstart: 10.2011  
Aktueller Bedingungsstand: 10.2011  
Sparte: Sachversicherung  
Mindesteintrittsalter: 6 Monate  
Höchteintrittsalter: bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres  
Höchstversicherungsdauer: bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres  
versicherbare Rentenleistungsdauer: nur lebenslang  
versicherbare Rentenhöhe: 300 bis 2.000 Euro monatlich  
Aktivdynamik: keine, 3% oder 5% p.a.  
Passivdynamik: 1,5% p.a.  
Bemerkungen: Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene mit vereinfachter Gesundheitsprüfung für die Umstellung. Der Versicherungsnehmer hat jedoch folgendes Wahlrecht: a) Er zahlt den bisherigen Beitrag, und die VPV reduziert die Versicherungssummen entsprechend; b) der Versicherungsnehmer behält die bisherigen Versicherungssummen, und es wird ein entsprechend höherer Beitrag berechnet.

**VPV**

Tarif: Vital-Rente für Erwachsene  
Produktstart: 07.2010  
Aktueller Bedingungsstand: 10.2011  
Sparte: Sachversicherung  
Mindesteintrittsalter: 16 Jahre  
Höchteintrittsalter: bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres  
Höchstversicherungsdauer: bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres  
versicherbare Rentenleistungsdauer: nur lebenslang  
versicherbare Rentenhöhe: 500 bis 3.000 Euro monatlich  
Aktivdynamik: keine, 3% oder 5% p.a.  
Passivdynamik: 1,5% p.a.

### ■ Das Grundprinzip

Das gemeinsame Grundprinzip ist einfach umschrieben: zeitlich befristete oder lebenslange Rentenzahlung im Fall einer erheblichen Minderung von definierten Körperfunktionen oder Verlustes definierter Grundfähigkeiten. Anstelle einer reinen Diagnoseabsicherung wie im Fall einer Dread Disease, geht es um die dauerhaften Folgen einer funktionellen Invalidität. Dabei spielt es im Regelfall keine Rolle, ob diese unfall- oder krankheitsbedingt erfolgte.

Bis zur Einführung der KörperSchutz-Police der Allianz war eine Umschreibung der wichtigsten Leistungsauslöser sehr übersichtlich:

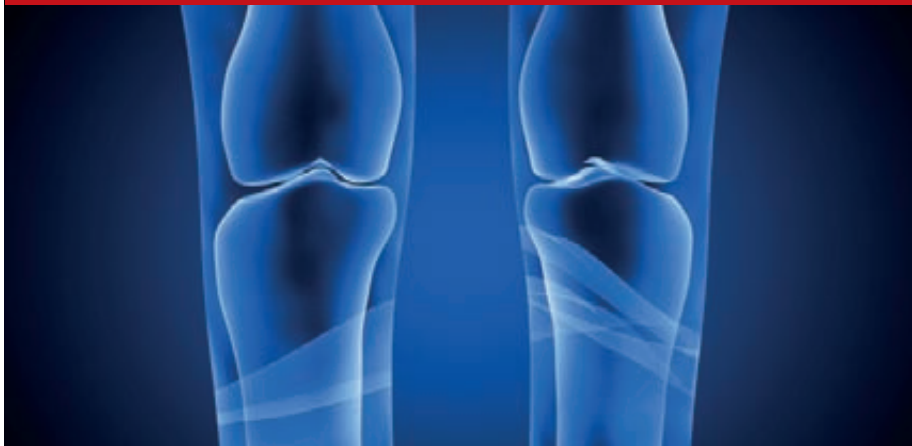
- Rentenleistung wegen unfallbedingter Invalidität ab 50% (Unfallrente)
- Rentenleistung wegen Minderung der Funktion wesentlicher Organe (Organrente)
- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I (Pflegerente)

Die Allianz hat das Spektrum auf der einen Seite um einen Dread Disease-Baustein erweitert und auf der anderen Seite den Leistungsbaukasten „Organrente“ wie auch die „Unfallrente“ ersatzlos gestrichen. Obwohl zumindest alle Sachprodukte aus dem gleichen Hause kommen, nämlich der Produktschmiede der E+S Rück, gibt es im Detail durchaus nicht unwesentliche Leistungsunterschiede, die im zunehmenden Wettbewerb begründet sind und eine eingehendere Betrachtung verdienen. Interessant ist jedoch besonders ein Vergleich zur neuartigen Produktkonstruktion der Allianz mit dem Rückversicherer Swiss Re im Hintergrund.

Ganz grundsätzlich sehen fast alle Versicherer eine Innovationsklausel vor, wonach beitragsneutrale Verbesserungen des Versicherungsschutzes auch für den Bestand gelten.

Negative Ausnahmen sind in dieser Hinsicht die Allianz sowie die Sparkassen-Versicherung Sachsen.

## Echte Unterschiede: Unfallrenten im Vergleich



Mit Ausnahme des Lebensversicherungsproduktes aus dem Hause Allianz sehen alle Anbieter von funktioneller Invalidität eine Unfallrente als Leistungsbaustein vor. Dabei gilt für alle Wettbewerber eine sehr ähnliche Tarifgestaltung mit voller Leistung ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip.

Statistisch führen auf Basis der Standardgliedertaxe nur etwa 5% aller leistungspflichtigen Unfälle zu einem Invaliditätsgrad von 50% oder mehr.

Naturgemäß lässt sich eine Eintrittspflicht des Versicherers am besten durch eine Erhöhung einzelner Invaliditätsgrade laut Gliedertaxe erhöhen. Eine zumindest teilweise verbesserte Gliedertaxe sehen nur Barmenia, BBV und Janitos vor. Für den unfallbedingten Verlust der Stimme wird jeweils ein wenig überzeugender Invaliditätsgrad von nur 40% festgesetzt, so dass hier die bedingungsseitige Definition der Grundfähigkeit Sprechen mit ihrer vergleichsweise strengen Definition entscheidend ist.

### *Eigenbewegungen*

Der eigentliche Unfallbegriff wird nur von der AXA auch um Eigenbewegungen erweitert, während immerhin Barmenia, BBV, Janitos, Sparkassen-Versicherung Sachsen und VPV einen Einschluss erhöhter Kraftanstrengungen vorsehen. Eine ausdrückliche Mitversicherung auch erhöhter Kraftanstrengung ist bei der AXA nicht vorhanden. Da Eigenbewegungen jedoch willentliche Kraftanstrengungen sind, sei eine Kraftanstrengung als solche nicht weiter zu definie-

ren, so dass sowohl „leichte“ als auch nur erhöhte Kraftanstrengungen eingeschlossen seien.

### *Unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche*

Unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche sind bei BBV und Janitos ausdrücklich mitversichert. AXA hingegen weist einen ausdrücklichen Einschluss nur für durch Eigenbewegungen verursachte Bauch- und Unterleibsbrüche auf, sieht auf der anderen Seite jedoch keinen ausdrücklichen Ausschluss für sonstige Brüche dieser Art vor. Schäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen sowie Gehirnblutungen sind ebenfalls nur bei BBV und Janitos ausdrücklich eingeschlossen, bei der AXA aufgrund einer fehlenden Ausschlussbestimmung.

### *Mitwirkungsanteile*

Da die Unfallrente nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip funktioniert, stellt die mögliche Kürzung des Invaliditätsgrades aufgrund der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen eine große Gefahr da. Bei AXA und VPV wird bereits ab einem Mitwirkungsanteil über 25% gekürzt, bei der BBV und bei der Sparkassen-Versicherung Sachsen generell erst ab 40%. Abweichend gilt bei der Sparkassen-Versicherung Sachsen im Fall einer bestehenden Osteoporose jedoch ebenfalls eine Kürzung bereits ab 25%. Eine durchgängig verbesserte Mitwirkungsregelung mit Kürzung erst ab einem Mitwirkungsanteil ab 50%, sehen derzeit nur Barmenia und Janitos vor.

**Bewusstseinsstörungen**

Schwere Unfälle lassen sich nicht selten auf eine Bewusstseinsstörung durch Alkohol zurückführen. Bei AXA, Barmenia, BBV und Janitos besteht für entsprechende Unfälle beim Führen eines Kfz Versicherungsschutz bis zu einem Blutalkoholgehalt von 1,3 Promille, bei der VPV bis unter 0,8 Promille, während die Sparkassen-Versicherung Sachsen sich generell auf den Ausschluss nach den Musterbedingungen des GDV beruft. Bewusstseinsstörungen durch Medikamente sind bei Barmenia, BBV und Janitos mitversichert.

**Herzinfarkt, Schlaganfall, Krampfanfälle** Unfälle durch Herzinfarkt oder Schlaganfall sowie durch epileptische Anfälle und Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person erfassen, sind nach den Musterbedingungen vom Versicherungsschutz ausgenommen, es sei denn sie wurden durch ein unter den Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht oder fallen unter den Deckungsinhalt der Organrente. Ähnlich verfahren auch Barmenia, Sparkassen-Versicherung Sachsen und VPV. Eine Besserstellung gegenüber dem GDV-Standard gibt es bei der AXA (weder Klarstellung noch Ausschluss) sowie Janitos (epileptische Anfälle sowie Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, sind mitversichert, allerdings nur, sofern im Zusammenhang mit einer Geister- oder Bewusstseinsstörung). Bei der BBV besteht ausdrücklich Versicherungsschutz für Unfälle sowohl durch Herzinfarkt oder Schlaganfall, als auch für Unfälle durch epileptische und sonstige Krampfanfälle.

**Motorradunfälle**

Mit Ausnahme von BBV und Janitos besteht uneingeschränkter Versicherungsschutz auch als Fahrer von Motorrädern. So gilt bei Janitos abweichend:

*Kein Versicherungsschutz besteht für eine Invalidität „durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines Motorrades zustoßen.*

*Als Motorräder werden alle Krafträder, Kraftrroller, Quads, oder Trikes mit einem Hubraum ab 50 ccm eingestuft. Durch Zahlung eines individuell vereinbarten Zuschlags auf die Versiche-*

*rungsprämie kann diese Leistung in den Vertrag eingeschlossen werden und wird im Versicherungsschein gesondert dargestellt“. Der optionale Zuschlag beträgt 25%.*

Für Personen unter 35 Jahren erhebt die BBV einen Zuschlag in Höhe von 35%, ab einem Alter von 35 Jahren wird auf diesen Zuschlag verzichtet. In den Bedingungen selbst wird nur auf einen möglichen Mehrbeitrag, nicht jedoch auf die konkrete Höhe eingegangen:

**1.7 MOTORRADFAHRER**

*Es besteht Versicherungsschutz für eine Invalidität in Folge eines Unfalls oder daraus resultierender Krankheit, die der versicherten Person als Fahrer(in) oder Beifahrer(in) eines Motorrades zustoßen, wenn die versicherte Person zu Beginn des Versicherungsjahres älter als 35 Jahre ist.*

*Hat die versicherte Person zu Beginn des Versicherungsjahres das 36. Lebensjahr noch nicht vollendet, kann durch Zahlung eines individuell vereinbarten Zuschlags auf die Versicherungsprämie diese Leistung in den Vertrag eingeschlossen werden. In diesem Fall erfolgt eine gesonderte Darstellung im Versicherungsschein.*

*Als Motorräder werden alle Krafträder, Kraftrroller, Quads, oder Trikes mit einem Hubraum ab 50 ccm eingestuft.*

**Psychische Unfall-Reaktionen**

Recht wichtig kann in der Praxis die Mitversicherung von unfallbedingten krankhaften Störungen auch infolge psychischer Reaktionen sein. Während Janitos, Sparkassen-Versicherung Sachsen und VPV hierfür den GDV-typischen Ausschluss vorsehen, heißt es abweichend bei der Barmenia und der BBV:

*„Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an den Unfall eintreten, werden Leistungen erbracht, wenn und soweit diese auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen ist.“*

Bei der AXA ist zwischen dem Erwachsenenprodukt (fehlender Ausschluss) und den beiden Kindertarifen zu unterscheiden. In letzterem gelten die weitreichenden Ausschlüsse zur Psyche aus



**Know-how für Makler**

**Risiko & Vorsorge**  
 Vierteljährlich aktualisierte Sicherheit in Produkt- und Haftungsfragen!



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



dem Organkonzept. Als Folge dieses Ausschlusses würde beispielsweise eine therapieresistente Schizophrenie über den Erwachsenentarif, nicht jedoch über die Organ- oder Grundfähigkeitenrente bei Kindern abgedeckt sein. Grundsätzlich ist eine klare Abgrenzung zwischen „schweren“ und „leichten“ psychischen Erkrankungen nicht möglich, da es um das subjektive, individuelle Verarbeiten einer gesundheitlichen Störung geht, welche subjektiv sehr unterschiedlich stark empfunden werden kann. Damit ist ein vollständiger Ausschluss aller psychischen Störungen deutlich zu weitgehend. Schließlich betrifft dies sämtliche Erkrankungen, bei denen die versicherte Person einer Betreuung durch andere Personen bedarf, aber auch Erkrankungen, die eine eigenständige Lebensführung nicht zulassen. Konkret sind dies dauerhafte Orientierungsverluste.

### *Infektionsklausel*

In den letzten Jahren ist auch die Infektionsklausel immer mehr in das Bewusstsein der Versicherungswirtschaft geraten. Eine gegenüber den AUB verbesserte Infektionsklausel besitzen nur Janitos und die Sparkassen-Versicherung Sachsen. Bei Janitos lautet sie wie folgt:

*„Ziffer 5.2 AUB findet keine Anwendung. Abweichend von Ziffer 5.2 AUB besteht insbesondere Versicherungsschutz für Infektionen.“*

Damit wäre auch eine unfallbedingte Infektion mit z.B. HIV oder Hepatitis uneingeschränkt mitversichert. Nachteilig ist, dass der Eintritt einer Invalidität und die Geltendmachung entsprechender Leistungen in den unten benannten Fristen zu erfolgen hat. Die Sparkassen-Versicherung Sachsen wird analog üblicher Erweiterungen zur Unfallversicherung deutlich konkreter:

*„Der Ausbruch der Infektionskrankheiten Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest gilt - in Ergänzung von Ziffer 5.2.4 AUB - ebenfalls als Unfall, sofern diese durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen werden. Der Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungs-*

*scheines stattfand. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die aufgeführten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet. Die Infektion durch einen Insektenstich oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen werden durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.“*

Eine Infektionsklausel sieht auch die BBV vor:

*„1.5 Infektionen (abweichend von Ziffer 1.3 AUB 2008) Eingeschlossen in die Versicherung sind alle entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.“*

### *Bedeutung der Infektionsklausel für die funktionelle Invalidität:*

Natürlich ist es transparent, eine dauerhafte Invalidität durch FSME, Borreliose oder andere schwerwiegende Infektionen bedingungsseitig zu regeln. Im Rahmen einer klassischen Unfallversicherung macht dies besonderen Sinn, da etwa Zeckenbisse mit der klassischen Unfalldefinition wenig zu tun haben. Anders als eine Unfallversicherung umfassen die in diesem Beitrag beschriebenen Produkte gerade auch Versicherungsschutz bei funktionellen Einschränkungen von Organen und Grundfähigkeiten. Damit spielt es tatsächlich keine entscheidende Rolle, ob eine Invalidität einen Leistungsanspruch aus der Unfallrente begründet oder der Leistungsfall durch eine Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, eine Einschränkung von Mobilität, Seh-, Sprach- oder Hörvermögen oder gar eine Pflegebedürftigkeit beschrieben ist. Es ist also unerheblich, welche Ursache zu einer Invalidität geführt hat. Da Gesundheitsschäden verursacht durch „Zeckenbisse“ vielfältig sein können (z.B. Hirnhautentzündung mit Orientierungsverlust, Taubheit, Epilepsie oder Lähmung als Folge), können Organkonzept, Grundfähigkeiten oder Pflegebedürftigkeit zum Leistungsauslöser werden.

Sinngemäß gilt das für die Infektionsklausel Gesagte auch für Nahrungsmittelvergiftungen, Unfallfolgen durch Eigenbewegungen oder andere Leistungsbausteine der Unfallrente.

### *Verletzung der vertraglichen Meldefristen*

Ein häufiger Streitpunkt im Leistungsfall ist die Verletzung der vertraglichen Meldefristen. Daher ist es zu begrüßen, dass alle Wettbewerber hier eine Besserstellung der Versicherten gegenüber den AUB vorsehen:

Frist zur ärztlichen Feststellung einer Invalidität:

- 15 Monate: AXA, Janitos
- 18 Monate: Barmenia
- 21 Monate: BBV
- 24 Monate: Sparkassen-Versicherung Sachsen, VPV

Frist zur Geltendmachung einer Invalidität:

- 21 Monate: AXA, Barmenia, BBV, Janitos
- 24 Monate: Sparkassen-Versicherung Sachsen, VPV

Wünschenswert wäre es, dass ebenfalls alle Versicherer auf eine Anzeige zunächst geringfügig erscheinender Unfallfolgen verzichten. Tatsächlich sehen allerdings nur die Barmenia und die BBV sowohl eine Geringfügigkeits- als auch eine Versehensklausel vor.

### *Leistungsgarantie*

Erstaunlicherweise garantiert kein Versicherer hinsichtlich den Unfallrentenbedingungen eine Leistungsgarantie gegenüber den Musterbedingungen des GDV oder den Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse.

### *Weitere Leistungsunterschiede*

Weitere Leistungsunterschiede betreffen zum Beispiel Schäden durch Nahrungsmittel- und sonstige Vergiftungen, durch Tauchunfälle, das unerlaubte Führen eines Kfz bei Kindern oder durch Hitze und Kälte. Aus Gründen des Umfangs wird auf diese an dieser Stelle nicht näher eingegangen.

**Zwischenfazit: Insgesamt scheint die Unfallrente am leistungsstärksten bei Barmenia, BBV und Janitos zu sein.**

## Organrenten im Vergleich



Der laut Statistik bisher grundlegendste Leistungsbaustein jeder funktionellen Invalidität ist die Organrente, wie sie alle Wettbewerber mit Ausnahme der Allianz vorsehen. Insgesamt werden bisher etwa 2/3 aller Leistungsfälle aus der Organrente, 10 bis 20% aus der Unfallrente, 10 bis 15% aus der Grundfähigkeitsrente und weniger als 5% aus der Pflegerente erbracht. Im Rahmen des dominierenden Organkonzepts entfallen etwa 50% aller Leistungsfälle auf die Leistungsart Krebs. Bei den Krebserkrankungen führend ist dabei Brustkrebs.

Relativ einheitlich sind derzeit die versicherten Krankheitsbilder im Rahmen der Organrente:

- Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems
- Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten
- Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Lungenerkrankungen
- Krebs
- Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

### *Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten*

Bei den Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems gibt es keine leistungsrelevanten Unterschiede. Anders sieht es bei den psychischen Störungen oder Geisteskrankheiten aus. AXA (Tarifvariante für Erwachsene), Barmenia, BBV, Janitos und Sparkassen-Versicherung Sachsen sind inhaltlich

jeweils nahezu wortgleich. Hier die Formulierung der Sparkassen-Versicherung Sachsen:

### *„Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten*

*Versichert sind alle psychischen oder geistigen Erkrankungen, **die nach einer Prognose für mindestens zwölf Monate***

- *zu einer dauerhaften Betreuung/Vormundschaft oder dauerhaften Pflege-schaft oder*
- *zu einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder*
- *zu einem dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung geführt haben.*

*Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften geschlossenen Unterbringung auf Grund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen.“*

Die Wettbewerber unterscheiden sich nur im fehlenden Satz zur zeitlichen Prognose (obige Hervorhebung durch den Autor). Wer also wegen Depressionen oder Burnout eine ambulante Behandlung durch einen Psychotherapeuten „genießt“ und nach diversen Sitzungen als weitgehend geheilt entlassen wird, kann aus der funktionellen Invaliditätsabsicherung anders als aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung keinen Leistungsanspruch herleiten. Tatsächlich dürfte die Einweisung in eine geschlossene Einrichtung mit den oben benann-

ten Einschränkungen nur sehr selten einen Leistungsanspruch begründen.

Abweichend noch deutlich weiter eingeschränkt ist der Leistungsumfang in der Existenzschutzversicherung für Kinder und dem Kinderschutzpaket aus dem Hause AXA und dem neuen Tarif der VPV, hier zitiert nach dem Wortlaut der AXA:

*„3.2.2 Psychische Erkrankungen in der Kinder-Existenzschutzversicherung  
Ein Rentenanspruch aus dem Organ-konzept liegt vor, sofern nachweislich durch ein sich während der Vertrags-laufzeit eingetretenes Unfallereignis, durch eine Infektion oder durch einen Impfschaden ein Intelligenzdefekt neu entstanden ist und durch diesen Intelli-genzdefekt der gemessene Intelligenz-quotient die altersentsprechende Norm um mehr als 40% unterschreitet.*

*Vom Versicherungsschutz ausge-schlossen sind jedoch psychische Erk-rankungen. Hierzu gehören alle Erk-rankungen des „International Statisti-cal Classification of Diseases and Related Health Problems“, Internatio-nale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesund-heitsprobleme, 10. Revision Stand: 24.09.2010 (ICD 10) der Krankheits-Gruppen F00 bis F99. Der vollständige Text der ICD 10 ist im Internet unter der Adresse: [www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/index.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/index.htm) abrufbar. Sollte Ihnen kein Internetzugang zur Verfügung stehen, senden wir Ihnen den entsprechenden Text zu.*

*Zu den Krankheits-Gruppen F00 bis F99 gehören:*

- *Organische psychische Störungen*
- *Störungen durch die Einnahme psy-chotroper Substanzen*
- *Wahnerkrankungen, affektive Stö-rungen und Erkrankungen des schi-zophrenen Formenkreises*
- *Neurotische Störungen, Belastungs-störungen und somatoforme Stö-rungen*
- *Verhaltensstörungen mit und ohne körperliche Störungen*
- *Persönlichkeitsstörungen*
- *Entwicklungsstörungen*
- *Emotionale Störungen*
- *Soziale Störungen*
- *Intelligenzminderungen, sofern sie nicht im ersten Satz dieser Ziffer er-fasst sind“*

### *Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen*

Bei der Mitversicherung von Herzinfarkten und anderen Herzkrankheiten gibt es nur minimale Unterschiede, die keinen erkennbaren Leistungsunterschied bedeuten. So heißt es beispielsweise bei der Barmenia wie folgt:

*„Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie z.B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben.*

*Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:*

- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % oder
- Fractional Shortening kleiner gleich 15 % oder
- Herzvergrößerung Herz-Thorax-Ratio größer gleich 1,5 oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV

*Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.“*

Deutlich abweichend ist an dieser Stelle die bei der Allianz vorhergesehen Einmalleistung bei Herzinfarkt im Rahmen des Dread-Disease-Bausteins, zumal hier sonstige Herzerkrankungen ausgenommen sind:

*„Es liegt ein während der Versicherungsdauer akut aufgetretener Infarkt vor, der mit den im Zeitpunkt des Auftretens geltenden kardiologischen Nachweisverfahren eindeutig belegt worden ist.*

*Andere Erkrankungen des Herzmuskels, die nicht eindeutig als Herzinfarkt nachgewiesen werden können, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.“*

In den Kinderprodukten von AXA, Janitos und VPV wird darauf hingewiesen, dass sich die „Herzinsuffizienz NYHA“ auf die „modifizierte Form für Kinder und Säuglinge“ bezieht. Janitos präzisiert zwei Leistungsvoraussetzungen wie folgt:

*„- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30% der altersentsprechenden Norm oder  
- Fractional Shortening kleiner gleich 15% der altersentsprechenden Norm oder“*

### *Nieren- und Lungenerkrankungen*

Nieren- und Lungenerkrankungen sind wieder bei allen Versicherern inhaltlich identisch formuliert. Bei den Lungenerkrankungen verweist Janitos wie schon bei den Herzerkrankungen auf die altersentsprechende Norm.

### *Größte Leistungsunterschiede bei mitversicherten Krebserkrankungen*

Die größten Leistungsunterschiede gibt es bei den einzelnen Anbietern hinsichtlich der mitversicherten Krebserkrankungen. Dies ist deshalb besonders bedeutsam, weil keine andere Leistungsart vergleichbar oft Versicherungsleistungen bedingt. Auch durchbricht „Krebs“ als Leistungsauslöser das eigentliche Prinzip der Organrente, wonach nicht eine spezielle Diagnose, sondern vielmehr die daraus resultierenden funktionellen Folgen versichert sind.

Generell wird zwischen Blutkrebs, Lymphknotenkrebs und sonstigen Krebsarten unterschieden. Grundsätzlich beschreibt Krebs einen bösartigen Tumor, die je nach Schweregrad in eines von vier Stadien (bei Hirntumoren abweichend Schweregrade) unterteilt werden. Besonders leichte Fälle sind dem Stadium I, besonders schwere Fälle dem Stadium IV zugeordnet. Im Stadium IV ist die Übersterblichkeit besonders hoch und höher noch als im Stadium III, im Stadium III entsprechend höher als in Stadium I oder II. Gleichzeitig steigt auch die Wahrscheinlichkeit einer Rezidivität. Wer also im Stadium III an Krebs erkrankt ist, hat ein sehr hohes Risiko nach einiger Zeit auch von Stadium IV betroffen zu werden. Während Darmkrebs im Stadium III oft noch geheilt werden kann, ist dies bei vielen anderen Krebsarten eher unwahrscheinlich.

### *Leistungsdauer*

Üblicherweise werden Leistungen aus der Organrente lebenslang erbracht, wenn die Leistungsvoraussetzungen bei Erwachsenen für einen Zeitraum von mindestens drei Jahren, bei Kindern von mindestens fünf Jahren erfüllt sind. Dies gilt bei AXA, Janitos und VPV auch für die Leistungsart „Krebs“. Barmenia, BBV

und Sparkassen-Versicherung Sachsen zahlen je nach Stadium der Erkrankung abweichend nur für einen Zeitraum zwischen 6 und 60 Monaten. Damit sind sie diesbezüglich mit dem Dread-Disease-Baustein der Allianz zu vergleichen.

Die Barmenia und die BBV leisten die vereinbarte Rente je nach Stadium für bis zu sechs Monate (Stadium I), 12 Monate (Stadium II), 36 Monate (Stadium III) bzw. 60 Monate (Stadium IV), die Sparkassen-Versicherung Sachsen erbringt vergleichbare Leistungen, dies jedoch ausgenommen einer Leistung im Stadium I. Damit lässt sich die Sparkassen-Versicherung Sachsen gut mit der Allianz vergleichen, die bei Krebs ebenfalls erst ab Stadium II zahlt.

Die VPV zahlt zwar auch erst ab Stadium II, erbringt jedoch im Zweifel eine lebenslange Rente. Ähnliches gilt auch für die AXA im Erwachsenenprodukt, die allerdings erst ab einem Stadium von III zahlt, dies jedoch ebenfalls lebenslang. In der Existenzschutzversicherung für Kinder wird abweichend bereits ab Stadium I geleistet und zwar eine Kapitalleistung in Höhe von sechs Monatsrenten. Ab einem Stadium III wird generell unbefristet geleistet: „In der Kinder-Existenzschutzversicherung erfolgt zwischen dem 54. und 60. Monat nach der ersten Rentenzahlung eine Nachprüfung. Besteht die Krebserkrankung zum Zeitpunkt der Nachprüfung fort oder besteht eine Leistungspflicht aus dem Organkonzept (Ziffer 3.1 bis Ziffer 3.6), den Grundfähigkeiten (Ziffer 4) oder dem Pflegefall (Ziffer 5), wird die Rente lebenslang gezahlt, ohne weitere Nachprüfung. Anderenfalls endet die Rentenleistung mit Ablauf des 60. Monats.“ Hierzu Dr. Sittaro, E+S Rück::

*„Eine Grundbedingung der Funktionsinvalidität ist die dauerhafte und irreversible Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Im Organkonzept sind hierfür exakte Schwellenwerte definiert. Für Krebserkrankungen kann ein solcher Schwellenwert nicht definiert werden, weil auch bei fortgeschrittenem Krankheitszustand eine komplette Heilung möglich ist. Die Lösung für Krebserkrankungen ist daher die dem Krankheitsstadium angepasste, zeitlich befristete Rente. Die „geheilte Krebserkrankung“ stände ansonsten im Widerspruch zu der Grundanforderung „dauerhaft“ und „irreversibel“.“*

### ■ Bedeutung der Krebsrentenleistungsdauer

Natürlich ist es möglich, dass eine nur zeitliche befristete Krebsrente dadurch lebenslang erbracht wird, weil die versicherte Person zugleich erhebliche Einschränkungen aus dem weiteren Organkonzept, der Grundfähigkeits- oder Pfliegerente nachweisen kann. Oft führt ein Krebsstadium IV innerhalb von weniger als 60 Monaten zum Tode. In Einzelfällen kann es aber auch sein, dass die Folgen der Krebserkrankung diesen Zeitraum überdauern, ohne dass weitere Leistungen geltend gemacht werden können. Damit ist eine lebenslange Rentendauer aus dem Krebskonzept sicher vorteilhaft, kann jedoch in vielen Fällen durch andere Varianten funktioneller Invalidität kompensiert werden.

Janitos zahlt bei entsprechender Vereinbarung lebenslang bereits ab Stadium I, sofern eine Lymphknotenbeteiligung (N positiv) vorliegt, andernfalls ab Stadium II.

AXA, Barmenia, BBV, Janitos sowie VPV sehen einen Ausschluss für bestimmte Krebsfrühstadien vor. Aufgrund der Formulierung nicht so offensichtlich sind diese Einschränkungen bei der Sparkassen-Versicherung Sachsen.

Eine Besonderheit der Allianz ist, dass unter Umständen eine Leistung sowohl aus dem Dread-Disease-Baustein für Krebs als auch aus der Grundfähigkeitsrente erbracht wird. Bei der AXA hingegen wird ebenfalls eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe von sechs Monatsrenten bezahlt, wenn bei einem versicherten Kind Krebs ab Stadium I diagnostiziert wird. Auch hier kann es also dazu kommen, dass sowohl die Einmalzahlung als auch die Organrente gleichzeitig zur Auszahlung kommen.

Auf Seite 48-49 finden Sie den Versicherungsschutz bei Krebserkrankungen im Überblick.

**Zwischenfazit: Die Organrente als Ganzes scheint bei Janitos am besten versichert zu sein. Es folgt mit durchaus einigem Abstand der Erwachsentarif der AXA.**

#### *Dread Disease-Baustein der Allianz*

Anstelle einer Organgliedertaxe mit im Zweifel lebenslangen Rentenleistungen sieht die Allianz in ihrer KörperSchutzPolice eine Einmalzahlung in Höhe von zwölf Monatsrenten bei Diagnose defi-

nierter schwerer Erkrankungen vor. Diese sind: Herzinfarkt, Koma, Krebs, Multiple Sklerose, Schlaganfall und Querschnittslähmung. Grundsätzlich sind diese Leistungen nicht mit dem Wettbewerb vergleichbar (Krebs und eingeschränkt auch Herzinfarkt einmal ausgenommen)

und sollen daher in diesem Beitrag nicht detaillierter betrachtet werden. Entscheidend ist insbesondere, dass anders als in den bisher beschriebenen Organrenten nur abschließend definierte Krankheiten anstelle der durch diese verursachten Diagnosen versichert sind.

## Grundfähigkeitenrenten im Vergleich



Relativ einheitlich sind derzeit auch die versicherten Grundfähigkeiten definiert, wobei allein die Allianz aufgrund der abweichenden Gestaltung nur eingeschränkt vergleichbar ist. Mit Ausnahme der Allianz ist bei allen Wettbewerbern der Verlust folgender Grundfähigkeiten mitversichert:

- Unfähigkeit Arme bewegen
- Unfähigkeit Beugen
- Nicht gehen können
- Verlust von Handfunktionen
- Unfähigkeit Heben und Tragen
- Verlust des Hörvermögens (Taubheit)
- Unfähigkeit Knien und Bücken
- Verlust der Orientierung
- Verlust des Sehvermögens (Blindheit)
- Unfähigkeit Sitzen und Erheben
- Verlust des Sprachvermögens (Stummheit)
- Unfähigkeit Stehen
- Unfähigkeit Treppen steigen
- Unfähigkeit Auto fahren (außer in den Kindertarifen)

Abweichend kennt die Allianz folgende Grundfähigkeiten, deren bedingungsge-mäßer Verlust versichert ist:

- Gebrauch der Beine
- Gebrauch eines Armes
- Gebrauch beider Hände
- Knien oder Bücken
- Autofahren
- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Gleichgewichtssinn
- Intellekt

#### *Grundfähigkeit Sehen*

Die Grundfähigkeit Sehen der Allianz lässt sich gut mit dem Wettbewerb vergleichen. Wobei alle Wettbewerber einheitliche Kriterien ansetzen und daher auf dem besseren Auge trotz Hilfsmitteln eine Restsehschärfe von unter 0,02 vorliegen muss, reicht bei der Allianz bereits eine Sehschärfe von unter 0,05.

#### *Grundfähigkeit Sprechen*

Nicht ganz so gestaltet sich der Vergleich zwischen Wettbewerb und Allianz hinsichtlich der Grundfähigkeit Sprechen. Zwar nutzen alle Sachversicherer auch hier eine einheitliche Formulierung, wonach die versicherte Person kein verständliches Wort mehr formen kann und dies unabhängig von psychogenem Sprachverlust.

	Allianz	AXA	AXA	AXA	Barmenia
	<i>KörperSchutzPolice</i>	<i>Kinderschutzpaket</i>	<i>Existenzschutzversicherung für Kinder</i>	<i>Existenzschutzversicherung für Erwachsene</i>	<i>Opti5Rente</i>
Tarif und Bedingungsstand	KörperSchutzPolice E 230; AVB, Juni 2011	AB ESV 2011, Stand: April 2011	AB ESV 2011, Stand: April 2011	AB ESV 2011, Stand: April 2011	AUB 2008 – ADCURI, Stand 01.01.2009; Besondere Bedingungen zur Opti5Rente für Erwachsene - Erweiterungen zu den AUB 2008 (ADCURI), Stand 01.02.2010
Wartezeit	6 Monate ab Vertragsbeginn bis zur Erstdiagnose	nein	6 Monate ab Vertragsbeginn bis zur Erstdiagnose	6 Monate ab Vertragsbeginn bis zur Erstdiagnose	6 Monate ab Vertragsbeginn bis zur Erstdiagnose
Leistung zeitlich bis zum Ende der Vertragsdauer	nein (Einmalleistung in Höhe einer Jahresrente. Diese nimmt nicht an etwaigen Dynamisierungen teil)	ja (lebenslang; 6 Monatsrenten zusätzlich bei Krebs)	ja (lebenslang; 6 Monatsrenten zusätzlich bei Krebs)	ja (lebenslang)	nein (je nach Schweregrad zwischen 6 und 60 Monatsrenten)
Nachprüfung	nein, da Leistung einmalig erbracht wird	zwischen dem 54. und 60. Monat nach der ersten Rentenzahlung. Besteht die Krebserkrankung zum Zeitpunkt der Nachprüfung fort oder besteht eine Leistungspflicht aus dem Organkonzept, den Grundfähigkeiten oder dem Pflegefall, wird die Rente lebenslang gezahlt, ohne weitere Nachprüfung. Anderenfalls endet die Rentenleistung mit Ablauf des 60. Monats.	zwischen dem 54. und 60. Monat nach der ersten Rentenzahlung. Besteht die Krebserkrankung zum Zeitpunkt der Nachprüfung fort oder besteht eine Leistungspflicht aus dem Organkonzept, den Grundfähigkeiten oder dem Pflegefall, wird die Rente lebenslang gezahlt, ohne weitere Nachprüfung. Anderenfalls endet die Rentenleistung mit Ablauf des 60. Monats.	längstens bis zum Ende des 36. Monats nach der erstmaligen Diagnose	nein
generelle Leistung ab Stadium / Schweregrad	II / 2	III / 3 (ergänzend ab I: 6 Monatsrenten)	III / 3 (ergänzend ab I: 6 Monatsrenten)	III / 3	I / 1
Mitversicherung carcinoma-in-situ (TIS)	ab Stadium II, wobei Stadium III die Regel sein dürfte	nein	nein	nein	nein
Mitversicherung Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3	nein	nein	nein	nein	nein
Mitversicherung Hautkrebs-erkrankungen	ja (ab Stadium II)	ja (sofern nicht Stadium I oder II - dann allerdings 6 Monatsrente)	ja (sofern nicht Stadium I oder II - dann allerdings 6 Monatsrente)	ja (sofern nicht Stadium I oder II)	ja (sofern nicht Stadium I oder II)
Mitversicherung Leukämie (Blutkrebs)	ja	ja	ja	ja	ja
Mitversicherung Lymphome (Lymphknotenkrebs)	ja	ja	ja	ja	ja
Mitversicherung Tumore der Größe T1 ohne Lymphknotenbeteiligung bzw. N positiv	nein	nein	nein	nein	ja (sofern bösartig)

BBV	Janitos	Janitos	Sparkassen-Versicherung Sachsen	VPV
<i>Multi-PROTECT</i>	<i>Multi-Rente Kinder</i>	<i>Multi-Rente</i>	<i>Existenzversicherung</i>	<i>Vital + Vital Junior</i>
AUB, Stand 01.2008; Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi-PROTECT) für Erwachsene - Erweiterungen zu den AUB 2008, Stand: 01.10.2011	AUB, Stand 01.01.2008; Zusatzbedingungen zur Multi-Rente für Kinder, Stand 01.04.2009 mit Aktualisierung Stand 06.2010	AUB, Stand 01.01.2008; Zusatzbedingungen zur Multi-Rente, Stand 01.04.2009 mit Aktualisierungen Stand 06.2010	AUB, Ausgabe Oktober 2008; Besondere Bedingungen zur Existenzversicherung (BB Existenzversicherung), Ausgabe Juli 2011	3.PES.0221 10.2011 EA
6 Monate ab Vertragsbeginn. Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung innerhalb der angegebenen Wartezeit, ist diese Krankheit und deren Folgen nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch die daraus folgenden Krankheitsfolgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.	6 Monate ab Vertragsbeginn bis zur Erstdiagnose	6 Monate ab Vertragsbeginn bis zur Erstdiagnose	6 Monate ab Vertragsbeginn bis zur Erstdiagnose	6 Monate ab Vertragsbeginn bis zur Erstdiagnose
nein (je nach Schweregrad zwischen 6 und 60 Monatsrenten)	ja (je nach Vereinbarung bis Endalter 67 oder lebenslang)	ja (je nach Vereinbarung bis Endalter 67 oder lebenslang)	nein (je nach Schweregrad zwischen 12 und 60 Monatsrenten)	nein (je nach Schweregrad zwischen 12 und 60 Monatsrenten)
nein	längstens bis zum Ende des 36. Monats nach der erstmaligen Diagnose (abweichend bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres: bis zum Ende des 60. Monats nach der erstmaligen Diagnose)	längstens bis zum Ende des 36. Monats nach der erstmaligen Diagnose	nein	nein
I / 1	I / 1 (sofern mit Lymphknotenbeteiligung oder N positiv)	I / 1 (sofern mit Lymphknotenbeteiligung oder N positiv)	II / 2	II / 2
nein	nein	nein	nein	nein
nein	nein	nein	nein	nein
ja (sofern nicht Stadium I oder II)	nein (ausgenommen maligne Melanome mit einer Tumordicke von mehr als 1,5 mm nach Breslow oder Clark Level 3)	nein (ausgenommen maligne Melanome mit einer Tumordicke von mehr als 1,5 mm nach Breslow oder Clark Level 3)	ja (ab Stadium II)	ja (ab Stadium III)
ja	ja (ab Stadium II)	ja (ab Stadium II)	ja (ab Stadium II)	ja (ab Stadium II)
ja	ja (ab Stadium II)	ja (ab Stadium II)	ja (ab Stadium II)	ja (ab Stadium II)
ja (sofern bösartig)	nein	nein	nein	nein

Die deutlich umfangreichere Formulierung der Allianz stellt hier jedoch keine echte Besserstellung dar.

### *Grundfähigkeit Hören*

Beim Verlust des Hörvermögens verlangt die Allianz lediglich einen Verlust des Hörvermögens ab 60 Dezibel (Frequenzbereich des normal gesprochenen Wortes), während einheitlich alle Sachversicherer eine Schwelle von 90 Dezibel (Frequenzbereich eins vorbei fahrenden Lkw) vorsehen.

### *Grundfähigkeit Intellekt*

Nur eingeschränkt vergleichbar ist der Verlust der Grundfähigkeit Intellekt bei der Allianz mit dem „Verlust der Orientierung“ des Wettbewerbs, da es bei der Allianz um die geistige Leistungsfähigkeit und damit eine Kombination aus „Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung, Handlungsplanung“ geht. Erwähnenswert ist, dass die AXA die Grundfähigkeit „Orientierung“ in ihrem Kinderprodukt nicht vorsieht.

Bei allen folgenden Grundfähigkeiten gibt es einen sehr erheblichen Vorteil der Allianz gegenüber ihren Wettbewerbern. Der Leistungsanspruch entsteht hier jeweils bereits ab dem Verlust nur einer Grundfähigkeit, während bei den Wettbewerbern insgesamt je 100 Punkte erreicht werden müssen, wobei der Verlust einzelner Fähigkeiten mit zwischen 15 und 30 Punkten bemessen wird.

### *Grundfähigkeit „Verlust von Handfunktionen“*

Als erstes gilt diese Regelung für die Grundfähigkeit „Verlust von Handfunktionen“, welche nicht unmittelbar vergleichbar ist, da der Wettbewerb auf die Gebrauchsunfähigkeit beider Hände, die Allianz auf den Gebrauch eines Armes oder den Gebrauch beider Hände abstimmt. Bei den Sachversicherern ist mit Ausnahme der AXA die einzige echte Unterscheidung die zwischen Kindern und Erwachsenen. So erhalten Kinder bei Janitos 25 Punkte, wenn sie „weder mit der rechten noch mit der linken Hand einen Faustschluss vollziehen und dabei ein Gewicht von 250g halten“ können, bei Erwachsenen sind dies 2 Kg. Stark abweichend ist die Regelung in den Kinderprodukten der AXA:

*„Eine Leistung wird fällig bei Erkrankungen, die zu einer Einschränkung der Mobilität (laufen/gehen), des Gebrauchs der oberen Extremitäten sowie des Muskel-Skelett-Apparates aufgrund von*

*– Lähmungen durch Infektionen (auch Impfschäden bei Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten)  
– Amputationen (z. B. Krebs, Durchblutungsstörungen [z. B. Diabetes])  
– Spätmanifestationen bei angeborenen Erkrankungen wie „ Muskeldystrophie“  
führen.*

*Eine Leistung wird immer fällig bei*  
*– Querschnittslähmung mit vollständiger Aufhebung des Gehvermögens  
– Vollständiger Verlust des Gebrauchs beider Hände*

*Der Stütz- und Bewegungsapparat wird nach den Kriterien der Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.1.1 AUB 2008 auf die Funktionsfähigkeit geprüft. Es muss ein Invaliditätsgrad von größer oder gleich 50 Prozent auf die entsprechende Funktion der einzelnen Körperteile nachgewiesen werden. Von 2.1.2.2 AUB 2008 abweichende Vereinbarungen bezüglich der Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.“*

### *Grundfähigkeit „Heben und Tragen“*

Zur Grundfähigkeit „Heben und Tragen“ besteht kein Äquivalent der Allianz zur oben analog geltenden Regelung der AXA im Kinderprodukt oder den Regelungen aller sonstigen Versicherer.

### *Grundfähigkeit „Unfähigkeit Arme bewegen“*

Die „Unfähigkeit Arme bewegen“ unterscheidet sich bei den Sachversicherern nur bei den Kinderprodukten der AXA (siehe oben). Trotz deutlich abweichender Umschreibung der Leistungsvoraussetzungen, sind diese bei der Allianz doch einigermaßen vergleichbar zu Barmenia, Janitos & Co.

### *Grundfähigkeit „Treppen steigen“*

Nur geringe Unterschiede zwischen Allianz und dem Wettbewerb gibt es hinsichtlich des Verlustes der Fähigkeit „Treppen steigen“. Jeweils geht es um eine exemplarische Treppe von 12 Stufen, die selbstständig auf- und abzusteigen ist. Dabei stellt die Allianz darauf ab,

dass dies ohne Unterbrechung zu erfolgen hat, die Sachversicherer – wieder mit Ausnahme der Kinderprodukte der AXA – hingegen erlauben eine Pause von immerhin einer Minute.

### *Grundfähigkeit „Nicht gehen können“*

Beim „Nicht gehen können“ verlangt die Allianz die Unfähigkeit, eine Strecke von 400 Metern zurück zu legen, die Sachversicherer von nur 200 Metern. Naturgemäß ist ein Leistungseintritt bei der Allianz nicht nur wegen dieser Besserstellung deutlich wahrscheinlicher, sondern auch, weil hier nur eine Grundfähigkeit zu 100% erfüllt sein muss, während beim Wettbewerb gerade einmal 30 von 100 Punkten erreicht wären.

### *Grundfähigkeiten „Stehen“ sowie „Sitzen und Erheben“*

Die Grundfähigkeiten „Stehen“ sowie „Sitzen und Erheben“ sind mit Ausnahme der Kinderprodukte der AXA stets gleich definiert, bei der Allianz jedoch keine versicherte Grundfähigkeit. Die jeweilige Definition von Allianz und den Sachversicherern bei der Grundfähigkeit „Knien und Bücken“ ist zwar nicht deckungsgleich, aber doch so ähnlich, dass ein höchstens marginaler Unterschied besteht.

### *Grundfähigkeit „Beugen“*

Die Unfähigkeit „Beugen“ bei den bisherigen Anbietern ist nur teilweise mit der bereits benannten Grundfähigkeit „Knien oder Bücken“ der Allianz identisch. Insgesamt ist jedoch deutlich wahrscheinlicher für sie genommen, unfähig zu sein, „einen Gegenstand von 2 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen“ als bei der Allianz „nicht mehr in der Lage [zu sein], sich aus eigener Kraft zu bücken oder hinzuknien, um den Boden zu berühren, und sich danach wieder aufzurichten“. Im Kinderprodukt der Janitos gilt abweichend ein Gewicht von nur 1 Kg für Kinder im Alter von 4 bis 6 Jahren. Die stark abweichende Regelung in den Kinderprodukten der AXA wurde bereits mehrfach thematisiert.

### *Grundfähigkeit „Autofahren“*

Nimmt man die Kinderprodukte aus, so sehen alle Tarife die Grundfähigkeit „Autofahren“ vor. Hier gibt es tatsächlich einige feine Unterscheidungen, diese sind jedoch ohne nennenswerten Einfluss auf die Eintrittsschwelle.

Ein Alleinstellungsmerkmal der Allianz ist der Verlust des Gleichgewichtssinns.

**Zwischenfazit:** Vergleicht man allein die Eintrittsschwelle der einzelnen Grundfähigkeiten, muss man die Allianz für besonders vorteilhaft halten. Betrachtet man jedoch die Regelungen zur Nachprüfung des Leistungsfalles, so gestaltet sich die Situation schnell anders. Während alle Sachversicherer eine Nachprüfung der Leistungsvor-

aussetzungen letztmals nach drei Jahren (Erwachsene) bzw. fünf Jahren (Kinder) durchführen dürfen, steht der Allianz eine Nachprüfung analog zur Berufsunfähigkeitsversicherung jedoch jährlich zu. Damit ist zwar eine vorübergehende Leistung bei der Allianz am wahrscheinlichsten, eine Leistung auf Dauer jedoch bei AXA (nur Erwachsenentarif), Barmenia, BBV, Janitos, Sparkassen-Versicherung Sachsen und VPV.



**NEU**

Der große Ratgeber zu allen Pflege-Themen für Sie und Ihre Eltern!

## Pflegerenten im Vergleich



Eine grundlegende Entscheidung gibt es hinsichtlich des Leistungsfalls Pflege. Während mit Ausnahme der Allianz stets auf eine Pflegeeinstufung nach dem SGB abgestellt wird, sind bei der Allianz definierte ADL zu erfüllen. Alle Anbieter sehen eine Leistung ab Pflegestufe I und das Recht einer Nachprüfung des Pflegefalls vor. Allerdings gilt auch hier wieder, dass die Allianz jährlich nachprüfen kann, die Wettbewerber jedoch höchstens innerhalb der ersten drei bzw. fünf Jahre ab Vertragsbeginn.

Obwohl kein Anbieter ausdrücklich Versicherungsschutz durch Demenz in der Pflegestufe 0 in den Versicherungsschutz einschließt, lässt sich dies doch zumindest bei den Sachversicherern durch den Verlust der Grundfähigkeit „Orientierung“, bei der Allianz gegebenenfalls über den Verlust des „Intellekts“ darstellen. In keinem Fall einen Versicherungsschutz in der Pflegestufe 0 sehen die Kindertarife der AXA vor. Gerade bei sehr kleinen Kindern ist dies durchaus nachvollziehbar.

Ein genereller Unterschied betrifft den Leistungsbeginn, welcher bei der Allianz frühestens ab dem 6. Monat einer bedingungsseitigen Pflegebedürftigkeit einsetzt, bei den Wettbewerbern jedoch auch rückwirkend für die ersten sechs Monate.

**Zwischenfazit:** Aufgrund der rückwirkenden Leistung für die ersten sechs Monate sind die AXA (nur Erwachsenentarif), Barmenia, BBV, Janitos, Sparkassen-Versicherung Sachsen und VPV vorzuziehen.



**Pflege & Vorsorge**  
Jetzt im Zeitschriftenhandel  
Nur 4,90 Euro!



Direkt bestellen:  
[info@bhm-marketing.de](mailto:info@bhm-marketing.de)



## Weitere Leistungsunterschiede



Diese Darstellung wäre nicht vollständig, ohne nicht zumindest in Kürze auf weitere Leistungsunterschiede zwischen den Wettbewerbern einzugehen.

### *Meldepflicht bei Berufswechsel*

Eine Meldepflicht bei Berufswechsel besteht bei Barmenia, BBV, Janitos, Sparkassen-Versicherung Sachsen sowie VPV, allerdings kann der Versicherer allein bei der Sparkassen-Versicherung von einem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen, wenn der Kunde in einen laut Tarif nicht versicherbaren Beruf wechselt.

Weniger klar formuliert ist der Passus zum Berufswechsel bei der BBV. Zunächst werden in Ziffer 2.2 nicht versicherbare Berufe benannt. Für diese komme nach Unternehmensinformationen gar nicht erst ein Vertrag zustande, wenn dieser Tätigkeit bereits bei Antragsstellung nachgegangen wurde. Wechselt ein Kunde nachträglich in einen Gefahr erhöhenden Beruf und vergisst versehentlich seine Obliegenheit, so reduziert sich die vereinbarte Versicherungssumme gemäß Ziffer 2.3 der Bedingungen. Wechselt er in einen nicht versicherbaren Beruf und unterlässt versehentlich die Anzeige, bleibt die bisherige Versicherungssumme abweichend von Ziffer 6.2 AUB 2008 uneingeschränkt bestehen. Unterbleibt die Anzeige eines Berufswechsels in einen der in Ziffer 2.2 benannten Berufe wissentlich und ist zugleich ursächlich für den Versicherungsfall, so greift § 57 VVG, wonach der Versicherer im Versicherungsfall von der Leistung befreit ist.

Allein AXA und Janitos sehen uneingeschränkten Versicherungsschutz unabhängig von einem späteren Berufswechsel vor.

### *Arbeitslosigkeit*

Bei Arbeitslosigkeit besteht ein Anrecht auf vorübergehende Beitragsbefreiung bei allen Anbietern außer bei der BBV und der Sparkassen-Versicherung Sachsen, bei der AXA abweichend Beitragsbefreiung nur im Kinderschutzpaket.

Zeitlich befristet bis zum 31.12.2012 gibt es bei der BBV ein Beiblatt, in dem ein Anspruch auf Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit oder -unfähigkeit definiert ist. Beiträge werden dadurch für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren weitergezahlt. Inwiefern das Beiblatt vor oder nach Vertragsabschluss ausgehändigt werden wird und wie genau die Anspruchsvoraussetzungen definiert sind, war bei Redaktionsschluss noch unklar.

Da die Allianz als Lebensversicherungsprodukt kalkuliert ist, ist hier unter bestimmten Umständen eine generelle Beitragsfreistellung möglich, während auch im Fall einer Kündigung grundsätzlich kein Rückkaufswert zur Auszahlung käme.

Kommt der Elternteil eines bei AXA oder Janitos in den Kinderprodukten versicherten Kindes zu Tode, so wird der Vertrag bei Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes bis zum vereinbarten Ablauf (also spätestens mit der Vollendung des 18. Lebensjahres) fortgeführt. Grundlegend ist, dass der versicherte Elternteil das 65. bzw. 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

### *Kapital-Leistungen*

In den Kinderprodukten von AXA und Janitos ist eine einmalige Kapitalzahlung bei schweren Krankheiten ohne gleichzeitigen Eintritt eines sonstigen Leistungsfalles möglich. Sie beträgt 6 bzw. 12 Monatsrenten und ist bei der AXA obligatorisch und bei Janitos gegen Zuschlag einschließbar.

Wird eine Rentenleistung aufgrund einer der vier definierten Leistungsfälle erbracht, wird im Kinderschutzpaket der AXA zusätzlich eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 50.000 Euro fällig und dies unabhängig von der vereinbarten Rentenhöhe. Bei definierten schweren Operationen oder bei Krebsdiagnose erhalten Eltern zur Abdeckung des zusätzlichen Finanzbedarfs zudem eine Sofortleistung in Höhe einer halben Jahresrente.

Muss ein Kind häuslich gepflegt werden und es kommt dadurch zu einem Verdienstausschlag, unterstützt AXA die Eltern finanziell für bis zu sechs Monate mit einem Pflegebeitrag. Optional kann eine privatärztliche Behandlung im Krankenhaus (max. 5facher Satz GOÄ) mit freier Krankenhauswahl, Unterbringung im Zweibettzimmer einschließlich einer betreuenden Begleitperson bis zum 5. Lebensjahr des Kindes eingeschlossen werden.

Nur bei der AXA sind spezielle Rehaleistungen mit Sublimits von 10.000 bzw. 15.000 Euro je nach Art der Rehaleistung mitversichert. Ebenfalls eine Besonderheit der AXA im Kinderprodukt ist eine detailliert definierte Kostenübernahme für Nachhilfestunden für bis zu 100 Tage sowie für Kurbeihilfe sowohl im Kinder- als auch Erwachsenenprodukt.

### *Anlassabhängige*

#### *Nachversicherungsmöglichkeiten*

Ausnahmslos alle Anbieter sehen unter bestimmten Voraussetzung (z.B. Heirat, Geburt oder Adoption eines Kindes) das Recht auf anlassabhängige Nachversicherungsmöglichkeiten mit einer Frist von drei Monaten bzw. bei der Allianz innerhalb von sechs Monaten ab dem definierten Ereignis. Ergänzend gibt es bei der Allianz in den ersten drei Jahren nach Vertragsabschluss ein mögliches Recht auf anlassunabhängige Nachversicherung. Einzig bei Janitos besteht das Recht auf bedingungsgemäße Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung nur ein einziges Mal.

## Funktionelle Invalidität ■

### Assistance-Leistungen

Abschließend erwähnenswert als Leistungen sind noch verschiedene Assistenzleistungen bei AXA und VPV.

### Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt bei allen Anbietern grundsätzlich weltweit. Diverse Restriktionen (z.B. Unterlagen in deutscher Sprache bei Barmenia, BBV und Janitos, Anrecht des Versicherten auf das Durchführen von Untersuchungen in Deutschland bei sämtlichen Wettbewerbern) erschweren diese Wirksamkeit jedoch in der Praxis. Während eine abschließende Prüfung bei den Sachversicherern spätestens nach fünf

Jahren abgeschlossen sein muss, ist diese Regelung ein echtes Manko für die Allianz, da ein Kunde seinen Leistungsfall im Zweifel jahrzehntelang einmal im Jahr in Deutschland als fortbestehend nachweisen muss.

### Verzicht auf Kündigungsrecht

Bis auf die VPV verzichten alle Anbieter auf ihr ordentliches Kündigungsrecht. Das ist bedeutsam, da ein Versicherter sich sonst nach einem Schadenfall oder auch zu jeder Hauptfälligkeit von seinen Kunden trennen könnte, was gerade bei der Absicherung biometrischer Risiken nur eingeschränkt Sinn macht, sofern eine Alternative dazu besteht.

## VERGLEICHSERGEBNIS

Wer Kinder gegen funktionelle Invalidität versichern möchte, sollte sich die Janitos wählen, da hier ein automatischer Übergang in den Erwachsenentarif ohne Wenn und Aber sichergestellt ist und zudem auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet wird. Die besonderen Stärken der Janitos liegen in Unfall- und Organrente, während der Grundfähigkeiten- und Pflegerentenbaustein sich kaum von den vergleichbaren Wettbewerbern unterscheidet.

Bei Kindern unter 4 Jahren, die bei Janitos nicht versicherbar sind, ist die AXA die erste und einzige Wahl, da nur hier Versicherungsschutz schon kurz nach der Geburt, also ab dem 6. Lebensmonat im Existenzschutz für Kinder

bzw. ab dem 3. Lebensstag im Kinderschutzpaket möglich ist.

Bei der Versicherung von Erwachsenen ist dieselbe Empfehlung herzuleiten, da die Janitos als einziger Versicherer mit sowohl herausragendem Unfallrenten- als auch Organkonzept auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet. Den teilweise sehr guten Leistungen von Barmenia und BBV gerade im Unfallbereich steht als Wermutstropfen die nur zeitlich befristete Leistung bei Krebs entgegen.

Insgesamt muss daher die Janitos als klarer Testsieger hervorgehoben werden, während sich für sehr kleine Kinder gar nicht erst die Wahl stellt und allein die AXA für eine Absicherung zur Verfügung steht.

<sup>1</sup> Eine grundlegende Einführung ins Thema sowie eine ausführliche Darstellung der KörperSchutzPolice aus dem Hause Allianz finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 4/2010 auf den Seiten 12-13 bzw. 16-20.

<sup>2</sup> Siehe <http://www.versicherungsjournal.de/vertrieb-und-marketing/ein-verzicht-auf-bu-beratung-ist-fahrlaessig-109996.php>

## Lacuna Healthcare-Fonds. Dreifach gesundes Portfolio.



**Wesentliche Werttreiber sind dabei Megatrends wie stark ansteigende Bevölkerungszahlen. Beständige Innovationen und eine stetig steigende Nachfrage zeichnen die Healthcare-Branche aus. Profitieren Sie von weltweiten Wachstumsmärkten.**

### Lacuna - Adamant Global Medtech

WKN A0Q8LU / ISIN LU0385207252

### Lacuna - Adamant Asia Pacific Health

WKN A0JEKR / ISIN LU0247050130

### Lacuna - Biotech

WKN 989696 / LU0095994793

Informieren Sie sich jetzt:

[www.lacuna.de](http://www.lacuna.de)

**Allgemeiner Risikohinweis:** Wertentwicklungen in der Vergangenheit sind keine Garantie für zukünftige Ergebnisse. Der Wert der Fondsanteile sowie die Einnahmen daraus können sowohl fallen als auch steigen. Herkunftsland der Teilfonds ist Luxemburg. Hinweise zu Chancen, Risiken sowie den Gebühren entnehmen Sie bitte dem letztgültigen Verkaufsprospekt. Die Lacuna AG veröffentlicht ausschließlich Produktinformationen und gibt keine Anlageempfehlung. Maßgeblich sind die Angaben im Verkaufsprospekt sowie der aktuelle Halbjahres- und Jahresbericht. Den Verkaufsprospekt, die Rechenschaftsberichte sowie die wesentlichen Anlegerinformationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos bei der Lacuna AG, Furttmayrstraße 3, 93053 Regensburg, sowie bei Banken und Finanzberatern. Zahl- und Informationsstelle in Österreich ist Raiffeisen Zentralbank Österreich AG, Am Stadtpark 9, A-1030 Wien. Die wesentlichen Anlegerinformationen und den Verkaufsprospekt des Fonds erhalten Sie in der Schweiz kostenlos beim Vertreter IPCConcept (Schweiz) AG, In Gassen 6, CH-8022 Zürich und der Zahlstelle DZ PRIVATBANK (Schweiz) AG, Münsterhof 12, CH-8022 Zürich.

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

Ageas Deutschland – Alte Leipziger – DBV – Donau Versicherung – HDI-Gerling – Infinma Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH – InterRisk – LV 1871 – Metallrente – Nürnberger – Prisma Life – R+V – Stuttgarter – Swiss Life – uniVersa – VHV – Volkswohl Bund

# Neuartiges Berufsunfähigkeitsrating durch Infinma Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH



Üblicherweise werden Ratings so angegangen, dass die Rater ein bestimmtes Leistungsprofil als wünschenswerten Mindeststandard definieren. Im Extremfall kann dies dazu führen, dass kein Anbieter diesen Kriterien entspricht. Auch ist mit einer individuellen Kriterienvorgabe und –gewichtung stets ein gewisser subjektiver Moment gegeben.

Autor: Sebastian Krügereit

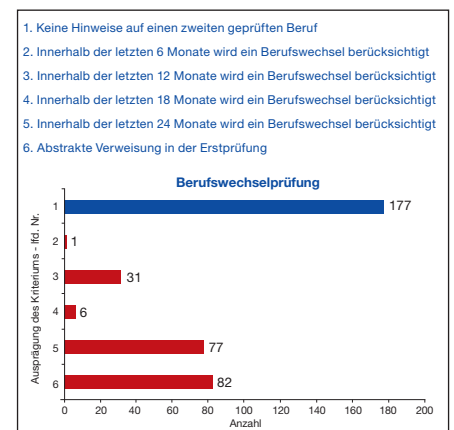
Das Infinma Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH hat im Rahmen der BU-Ratings einen neuen Weg gesucht und gefunden. Nach eigenem Bekunden habe man 374 Tarife von 86 Anbietern für Berufsunfähigkeitsversicherung hinsichtlich 17 definierter Kriterien überprüft. Auf Seite 2 der Analyse „Marktstandards in der Berufsunfähigkeitsversicherung“ mit Stand 09.2011 wird der besondere Bewertungsansatz präzisiert:

„Aus diesen 17 Kriterien wird ausdrücklich **kein Rating erstellt, da wir auf dem Standpunkt stehen, dass sich die einzelnen Bedingungsbestandteile nicht gegeneinander „aufrechnen“ lassen.** Aus genau diesem Grund

nehmen wir auch keine Bewertung in Form von Punkten vor, sondern stellen für die einzelnen Kriterien lediglich dar, ob der Versicherer eine Regelung getroffen hat, die besser oder schlechter als der Marktstandard ist. Der Marktstandard wird für uns durch die Regelung definiert, die in den betrachteten Bedingungswerken am Häufigsten verwendet wird.“

Erstmals habe man diese Herangehensweise bereits 2004 in der Zeitschrift „Versicherungswirtschaft“ vorgestellt. Ein Beispiel aus den Untersuchungsergebnissen soll die konkrete Herangehensweise verdeutlichen. Auf Seite 16 wird auf die Monatsklausel eingegan-

gen, welche hier „Berufswechselpflicht“ benannt wird.



Quelle: Infinma Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH „Marktstandards in der Berufsunfähigkeitsversicherung“

Als Ergebnis bleibt in diesem Beispiel festzuhalten, dass Marktstandard nur Tarife ohne Berufswechsel sein können. Daher fallen Versicherer wie Alte Leipziger, InterRisk, Nürnberger oder VHV aus dem weiteren Selektionsprozess heraus. Das hier zitierte Beispiel wird von infinma in den infinma-news Nr. 09/2011 auf S. 8 für eine grundsätzliche Kritik an vielen herkömmlichen Ratings herangezogen:

„Zudem sind viele der bekannten Produktratings so aufgebaut, dass eine solche Klausel nicht zu erkennen ist. Grund hierfür ist die grundsätzliche Funktionsweise von Ratings, bei der i. d. R. für zahlreiche Kriterien Punkte vergeben werden und das Rating-Ergebnis von der Gesamtpunktzahl abhängig ist. Unabhängig davon, ob möglicherweise ein bestimmtes Qualitätsmerkmal gar nicht erfüllt ist, kann trotzdem eine Bestbewertung verliehen werden.“

#### ■ Insgesamt 16 Klauseln auf dem Prüfstand

Weitere Klauseln, die infinma überprüft hat, betreffen den Prognosezeitraum, rückwirkende Leistungen, abstrakte und konkrete Verweisung, Umorganisation, Leistungsbeginn, Meldefristen, Geltungsbereich, Erhöhungsoption ohne Anlass, Beitragsstundung, befristete Anerkennnisse, Mitwirkungspflichten, Nachprüfung, eine mögliche Weiterführung der Dynamik in der Hauptversicherung im Leistungsfall, garantierte Leistungsdynamik für den Leistungsfall sowie Infektionsklausel.

Überwiegend sind die Kommentare zu den bewerteten Kriterien informativ und sinnvoll. An einer Stelle besteht jedoch ein gewisser Nachbesserungsbedarf. So werden bei der Frage zum Prognosezeitraum die Varianten „sechs Monate“, „drei Jahre“ und „voraussichtlich dauernd“ benannt. Dabei fehlt leider eine Klarstellung, dass laut ständiger Rechtsprechung kein Unterschied zwischen den beiden letzten Varianten besteht. Infinma hat auf die Kritik reagiert und möchte eine entsprechende Klarstellung in die nächste Aktualisierung aufnehmen.

„Allerdings sind wir dennoch der Meinung, dass die Ausprägungen unter-

schieden werden sollten, weil der „durchschnittlich informierte Kunde“ i. d. R. nicht wissen wird, wie die ständige Rechtsprechung aussieht. Daher ist für ihn die Formulierung „drei Jahre“ günstiger. Allerdings wird bei uns (z. Zt.) ohnehin nicht danach unterschieden, ob eine Regelung ungünstiger oder sehr viel ungünstiger ist.“

#### ■ Bewertungsansatz überwiegend neu und innovativ

Trotz der minimalen Kritik ist der Bewertungsansatz überwiegend neu und innovativ und verdient damit Anerkennung. Inwiefern die Ergebnisse für den Makler zielführend sind, ist sicher ebenso subjektiv wie es Testergebnisse herkömmlicher Ratings und Produktvergleiche sind.

In jedem Fall sind die Ergebnisse der Auswertung teilweise durchaus überraschend. So fehlen etwa für den Maklermarkt bedeutsame BU-Versicherer wie Alte Leipziger, LV 1871, Nürnberger oder Stuttgarter, während die vergleichsweise unbekanntere Ageas Deutschland Lebensversicherung AG zu den 11 Testsiegern mit durchgehend guter Bewertung gehört.

Als Testsieger nennt infinma für den diesjährigen Test Tarife folgender Unternehmen:

- Ageas Deutschland Lebensversicherung AG
- DBV Deutsche Beamten Versicherung Lebensversicherung AG
- Donau Versicherung AG Vienna Insurance Group
- HDI-Gerling Lebensversicherung AG
- Metallrente
- Prisma Life AG
- R+V Lebensversicherung AG
- R+V Lebensversicherung a.G.
- Swiss Life AG Niederlassung für Deutschland
- Universa Lebensversicherung a.G.
- Volkswahl Bund Lebensversicherung a.G.

Den vollständigen Text der Marktanalyse können Sie im Internet unter <http://www.infinma.de/lupe/marktstandards.pdf> herunterladen, die mit Zertifikat belohnten Versicherer unter [http://www.infinma.de/lupe\\_zert.php](http://www.infinma.de/lupe_zert.php).

## Die Welt der Honorarberatung

Jeden Monat  
kostenfrei neu:  
[www.hbmagazin.de](http://www.hbmagazin.de)

[www.hbmagazin.de](http://www.hbmagazin.de)

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

adesso – Allianz – Axa – Barmenia – Canada Life – Deutsche Rück – ErgoDirekt – Domcura – GenRe – Gothaer – Hannover Rück / E+S Rück – Janitos – Konzept & Marketing – MunichRe – Neue Leben – R+V – Sparkassen-Versicherung Sachsen – Swiss Re – VPV

# Abschließende Risikoprüfung biometrischer Risiken am P.O.S., Teil 2

Die Anwendung von P.O.S. ist für etwa 95% aller Antragskonstellationen geeignet. Einheitliches Bild noch lange nicht in Sicht.

Seit Jahren bietet sich dasselbe Bild: nur ein Bruchteil der versicherungsfähigen Personen verfügt über eine Absicherung gegen Berufsunfähigkeit. Betrachtet man auf der anderen Seite die versicherungswilligen Personen, so erhalten diese oft nicht den gewünschten Schutz. Folge ist Frust auf Seiten von Vermittler und Kunde. Der Makler ärgert sich, dass er viel Zeit in eine unnütze Datenerfassung gesteckt hat und der Kunde unversichert bleibt. Oft kommt noch der Umstand dazu, dass ein Kunde bereits im HIS (Hinweis und Informationssystem der Versicherungswirtschaft; vormals: Sonderwagnisdatei) steht und damit ein Versicherungsschutz erschwert wird.



Autor: Thorben S. Hagenau

Viele Kunden geben bereits nach dem ersten Versuch mit Ablehnung durch den Versicherer auf. Nicht selten werden dabei mögliche Alternativen wie z.B. eine Dread Disease, eine Grundfähigkeitsversicherung, eine funktionelle Invaliditätsabsicherung, eine Pflegezusatzversicherung oder eine Unfallversicherung außer Betracht gelassen. Der hohe Aufwand, stets unterschiedlich gestellte Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß zu beantworten, ist sicher auch ein Grund für die Zurückhaltung vieler Kunden bei der Beantragung von Krankentagegeld- und Risikolebensversicherungen. Gleichzeitig begründet sich hieraus auch der vergleichsweise hohe Erfolg bei der Vermittlung von Unfallversicherungen mit ihren deutlich abge-speckten Gesundheitsfragen.

## Unterschiedliche Rückversicherer und ihre Systeme zur Risikoprüfung

Es liegt in der Natur der Sache, dass Risikoprüfungssysteme der verschiedenen Rückversicherer nicht nur eine unterschiedliche Herangehensweise haben, sondern darüber hinaus auch noch eine verschiedene Verbreitung haben.

### ■ MARE & NORMRISK

**Munich Re** zum Beispiel spricht nicht von Automatisierung, sondern von Automatisierungskonzepten. Das Unternehmen begründet das damit, dass jede Automatisierung auf die individuellen Anforderungen des Kunden abgestimmt ist. Nur wenn dies gelinge, sei auch die Akzeptanz im Vertrieb gegeben. Munich Re bietet deshalb sowohl ein automatisiertes Underwriting am Point of Sale wie auch die Kombination mit Tele-Under-

writing an. Die Software kommt für das Segment der Lebensversicherung in jedem Fall von der Allfinanz Ltd., einer Tochtergesellschaft von Munich Re.

Als Regelwerk bietet Munich Re deutschen Lebensversicherern „MARE“ (Munich Re Automated Risk Enabler) an. MARE wurde speziell für das Underwriting am Point of Sale, am Telefon, im Backoffice oder auch im Internet entwickelt. Der Kunde kann es entsprechend seiner Vertriebswege, seines Produktangebots oder Risikoprofils anpassen. In der Krankenversicherung bietet Munich Health, dem innerhalb von Munich Re zuständigen Geschäftsfeld für das internationale Gesundheitsgeschäft, NORMRISK Health an. Das System ermöglicht eine schnelle und einfache Risikoprüfung sowie eine abschließende Bewertung von Anträgen. Dabei ist es flexibel und kann in die IT-Landschaft

des Kunden ohne großen Aufwand integriert werden. Das System NORMRISK Health ist modular ausbaubar bis hin zu spezifisch konfigurierbaren „tailor-made“-Lösungen für P.O.S und / oder Tele-Underwriting. In einem Pilotprojekt mit der AXA wurde das Regelwerk MA-RE auch im Bereich Leben und Berufsunfähigkeitsabsicherung erstmals auf NORMRISK übertragen.

Noch unter dem Namen KarstadtQuelle führte die zum Rückversicherer MunichRe gehörende, heutige ErgoDirekt den „Sofort-Annahme-Check am Telefon“ ein. Damit sollen alle Gesundheitsfragen zur Beantragung einer Risikolebensversicherung sowie Berufs-/ Erwerbsunfähigkeitsversicherung abschließend am Telefon geklärt werden können. Das Besondere an diesem System auf Basis des irischen Softwareunternehmens „Allfinanz Ltd“ beschrieb der Versicherer in einer Presserklärung vom 10.08.2009 wie folgt:

„[...] im Gegensatz zu den bislang vereinzelt praktizierten Methoden im deutschen Versicherungsmarkt, bei denen es sich primär um ein Tele-Interview handelt, erfolgt bei dem Fürther Direktversicherer neben der Klärung der Gesundheitsfragen auch sofort deren Prüfung. „Der Kunde bekommt also direkt eine Auskunft, ob er versichert werden kann und wie hoch sein Beitrag und eventuelle Zuschläge sind“, erklärt Endres.

#### ■ COMPASS

Die Kölner **GenRe** ist nach der MunichRe der zweitgrößte Rückversicherer in Deutschland mit der Allianz als wichtigstem Kunden für das Risikoprüfungstool COMPASS. Soweit bekannt, greifen derzeit über 20 Gesellschaften auf das Tool zurück. COMPASS wird vom Rückversicherer bereits seit 1993 eingesetzt. Nach eigenen Angaben werden damit täglich weltweit mehr als 15.000 Lebens- und Krankenversicherungsanträge auf Basis der Antragsangaben geprüft. Direkt aus dem System kann für ca. 33.000 Berufsbezeichnungen, ca. 16.000 Krankheitsbegriffe und ca. 400 Sportarten entschieden werden, ob ein Antrag normal angenommen werden kann, ein Zuschlag, ein Ausschluss oder gar eine Ablehnung zu formulieren sind.

#### *Intelligente Suchprogramme*

Intelligente Suchprogramme nehmen entsprechende Begriffszuordnungen insbesondere für Krankheitsbegriffe, die häufig falsch geschrieben oder umgangssprachlich formuliert sind, vor.

Sabine Fischer-Hamm vom Head of LifeHealth / ClientServices - Systems der Gen Re äußert sich dazu wie folgt: „Ziel unseres Systems am Point-of-Sale ist die Annahme möglichst vieler Risiken zu normalen oder erschwerten Bedingungen. Hierbei beziehen wir uns auf die komplette Produktpalette, d.h. inklusive BU, EU, GF, DD, Pflege, u.a. Abhängig von der Ausrichtung des Versicherers können sämtliche Anträge komplett am POS entschieden werden oder aber auch einige Fälle an die manuelle Risikoprüfung weitergeleitet werden. In diesen Fällen werden dann die fehlenden Informationen/Unterlagen direkt angegeben, so daß diese automatisch angefordert werden können.

#### *Beispiel „Herzinfarkt“*

Als Beispiel sei hier der „Herzinfarkt“ genannt. Ein Lebensversicherer mit Außendienst/Maklern wird diesen für die LV und BU nicht am POS entscheiden, da definitiv medizinische Unterlagen für die Einschätzung notwendig sind. Ein Direktversicherer lehnt diese Erkrankung möglicherweise sofort ab und hat damit eine finale Entscheidung getroffen. Ebenso mag dieses auf knapp kalkulierte Kombiprodukte zutreffen. Die dynamische Nachfrage nach Detailinformationen macht in diesem Beispiel wenig Sinn, da der Antragsteller dieses medizinische Wissen in der Regel nicht hat. Es ist hier also stark zu unterscheiden, welchen Bedarf der Lebensversicherer hat, welche Produkte und welchen Außendienst. Abhängig davon läßt sich COMPASS anwenden.

#### *Hochflexible Software*

Bei COMPASS handelt es sich um eine sehr flexible Software, die problemlos einstellbar ist. Eine entsprechende Analyse im Vorfeld ist daher selbstverständlich und wird bei uns nicht separat als Differenzierungsmerkmal zu anderen Systemen aufgeführt. Wir bieten COMPASS als Webversion „online“ und als Laptopversion „offline“, je nach Kundenwunsch an. In beiden Varianten werden alle Antragsinformationen erfasst und erst dann erfolgt die Prüfung. Ob der

Vermittler die Daten dann verändern „darf“ oder nicht, entscheidet der Lebensversicherer. In beiden Varianten kann ausprobiert werden.“

#### *Zwei COMPASS-Varianten*

Je nach Bedarf wird COMPASS in zwei verschiedenen Varianten eingesetzt. Die Standardvariante dient dem Einsatz in Hauptverwaltungen oder Bezirksdirektion, während die P.O.S-Variante direkt vor Ort durch den Vermittler im Kundengespräch eingesetzt werden kann, aber auch für den Telefonverkauf konzipiert wurde.

Die POS-Variante zeichnet sich durch risikogerechte dynamische Nachfragen aus, die vom Antragsteller einfach zu beantworten sind. Abhängig von der Annahmephilosophie des Lebensversicherers erhält der Antragsteller direkt sein Annahmeergebnis und der Vermittler/Makler kann den Fall direkt abschließen. Wichtig dabei ist, dass nur wenige, aber klar verständliche Fragen gestellt werden. Eine Tele-Underwriting-Service bietet die Gen Re in Kooperation mit einem Provider ebenfalls über COMPASS an. Erneut kommen hier die dynamischen Nachfragen zum Einsatz. Die direkte Beantwortung der Gesundheitsfragen über einen Link durch den Antragsteller ist mit COMPASS ebenso eine Möglichkeit und wird in Kürze bei einem Lebensversicherer zum Einsatz kommen.“ Dabei sei es nach eigenen Angaben fast immer möglich, den Kunden fallabschließend zu beraten. Laut eigenen Angaben sei es fast immer möglich, den Kunden fallabschließend zu beraten.

#### ■ EXAKT

Für die öffentlichen Versicherer zählt sicher die **Deutsche Rück** zu den ersten Adressen. Die hier eingesetzten P.O.S.-Systeme stammen dabei maßgeblich aus der Softwareschmiede der adesso AG. Schwerpunkte der Tätigkeit der Deutschen Rück liegen neben der Entwicklung von Schadenmodellen für verschiedene Elementargefahren mit dem Schwerpunkt Deutschland auch in der Bereitstellung von Underwritinglösungen für die öffentlichen Lebensversicherer. Das Risikoprüfungstool der Deutschen Rück mit dem Namen EXAKT steht jedoch nicht nur den Öffentlichen, sondern auch allen anderen Marktteilnehmern zur Verfügung.

## Wie funktionieren Point-of-Sales-Systeme?

*Im engeren Sinne geht es in diesem Zusammenhang nur um P.O.S., die vom Vermittler direkt vor Ort beim Kunden eingesetzt werden können, um damit biometrische Risiken zu beraten. Zunächst einmal setzen sich Vermittler und Kunde zusammen. Der Vertreter oder Makler erstellt seinem Kunden ein Angebot. Fühlt sich der Kunde davon angesprochen, so wird für ihn vor Ort eine persönliche Risikoprüfung durchgeführt. Diese kann offline (z.B. Janitos), oder online (z.B. Barmenia) erfolgen. Das Ergebnis der Risikoprüfung erfolgt auf den Fuß. Während eine Janitos die Prüfung allein für die Multirente durchführt, kann beispielsweise bei der VPV das Ergebnis die Annahmeentscheidung gleich zu zwei Produkten (Power-BU und Vital-Rente) begründen.*

Geeignet ist die Anwendung von P.O.S. für etwa 95% aller Antragskonstellationen. Wer jedoch Kunden mit Sonder Risiken oder sehr komplizierten Diagnosen voller medizinischer Detailfakten hat bzw. zahlreiche Arztberichte beisteuern möchte, fährt derzeit auch weiterhin mit den klassischen Vertriebswegen deutlich besser.

Um das Ergebnis der Risikoprüfung später eindeutig dem richtigen Kunden zuordnen zu können, wird für jeden Durchlauf eine individuelle Risikoprüfungsnr. erstellt.

Hat sich der Kunde im Anschluss für ein bestimmtes Produkt entschieden, liegt es am Vermittler eine zeitnahe Beratungsdokumentation zu erstellen, den Antrag und die Gesundheitsfragen unterschreiben zu lassen und dem Versicherer zu übermitteln. Teil des Antrags ist dabei selbstverständlich auch die Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 VVG.

Nur ausnahmsweise kann es im Nachgang noch zu einer überraschenden Mitteilung des Versicherers kommen, wonach ein Antrag abgelehnt wurde. Dies ist dann der Fall, wenn der Versicherer feststellen muss, dass offensichtlich beim Risikofindungsprozess manipuliert wurde. Dies ist durch

die Risikoprüfungssoftware ausdrücklich möglich. Bisher sind Manipulationsversuche jedoch nicht markant häufiger als ohne P.O.S.

Der Risikoprüfprozess im P.O.S. wird vom Kunden in der Praxis kaum bemerkt, weil er sich logisch in die Antragsfragen des Versicherungsantrages einfügt.

*Beispiel:* Kunde erwähnt z.B. eine Sprunggelenksfraktur. Damit fragt das System, wann die Fraktur war, ob sie rechts oder links war und ob noch immer Beschwerden bestehen bzw. Behandlungen erfolgen.

### Offline- oder Online-Prüfung?

Oft bemerkt der Kunde nicht einmal, dass er eigentlich in ein neues System übergegangen ist, weil die P.O.S. Systeme voll integriert sind und sich auf die individuellen Eingaben des Kunden beziehen. Der Kunde findet die Fragen sogar logisch, passend und beantwortet sie gerne. Im herkömmlichen Vertriebsmodell hätte er jetzt einen Fragebogen vom Versicherungsunternehmen zu seiner Sprunggelenksfraktur zugeschickt bekommen.

Leider sind mögliche Manipulationsversuche, aber auch die Aneignung von Geschäftsgeheimnissen rund um die Risikoprüfung Hauptgründe dafür, weshalb einige Rückversicherer eher zurückhaltend sind, was Offline-Systeme am P.O.S. betrifft. Man muss sich dazu nur den Gegenwert von vielen Millionen Euro Entwicklungskosten und den Zeitaufwand der dafür zugrunde liegenden medizinischen Risiko-Datenbanken mit ihren unzähligen Verknüpfungen vor Augen führen.

In erster Linie bieten Rückversicherer daher lieber Onlineprozesse an oder versuchen Systeme zu etablieren, bei denen erst vollständig alle Fakten eingegeben werden müssen, bevor am Ende eine Entscheidung über Annahme oder Ablehnung herauskommt.

Die GenRe sieht Offlineprozesse als derzeit durchaus attraktives Geschäftsmodell an und hegt keine Bedenken.

## MAGNUM

Auch **Swiss Re**, als zweitgrößter Rückversicherer weltweit, besitzt mit ihrem Risikoprüfungstool Magnum bereits eine Kundenbasis im deutschen Raum und baut diese derzeit aktiv aus. Magnum wird mittlerweile von mehr als 30 Erstversicherern aus 16 Ländern verwendet, um damit Neuanträge in den Sparten Leben, Critical Illness und verschiedenen Arten der Invaliditätsabsicherung zu prüfen. Außerdem entwickelt Swiss Re momentan mit Kunden ein Regelwerk für P.O.S. zur Entscheidungsfindung bei Krankenversicherungen und sogenannten „Impaired Annuities“ (Altersrentenversicherungen für Antragsteller mit Vorerkrankungen).

*Jährlich mehr als 2,5 Millionen Policen weltweit*

Nicht umsonst wurde das zugrundeliegende Regelwerk im Laufe der letzten zwanzig Jahre in zehn Sprachen übersetzt. Nach eigenen Angaben verarbeitet man mit diesem System jährlich mehr als 2,5 Millionen Policen weltweit, während man in Deutschland bisher noch keine Policen auf diesem Wege verkauft habe. Dabei ist es mit Hilfe der Software möglich, in einer Vielzahl von Fällen zu Fall abschließenden Entscheidungen zu kommen. Magnum ist in verschiedenen Vertriebskanälen einsatzbereit. Neben P.O.S. (derzeit bei einem Dutzend Kunden weltweit eingesetzt) wird Magnum ebenso durch Makler, welche über ein eigenes Portal direkt Zugriff auf Magnum erhalten, via Tele-Underwriting, in der Generalagentur (z.B. auf Papieranträgen basierend) oder über Internet eingesetzt – Magnum kann somit auch per iPad oder Smartphones genutzt werden. Das Interessante für den Verkaufsprozess – der Kunde kann theoretisch wählen, ob er die Risikoprüfung lieber direkt am Verkaufsort, bequem zuhause über den Internetbrowser oder lieber via Tele-Underwriting erledigen möchte.

### Benutzerfreundlichkeit

Swiss Re legt dabei einen besonderen Fokus auf die Benutzerfreundlichkeit ihrer Lösung – das System beinhaltet nicht nur einen ausführlichen Katalog an Begriffen verschiedenster Kategorien (Krankheitsbegriffe, Berufe, Hobbys, Reisedestinationen), sondern verfügt über einen fortgeschrittenen Algorithmus um die Freitext-Eingaben der Be-

nutzer dieser Begriffe zuzuordnen. Dadurch wird eine höhere Zahl der Angaben des Kunden vom System erkannt und somit (mit Hilfe reflexiver Fragen) eine höhere Dunkelverarbeitungsrate erreicht, ohne den Prozess unnötig zu verlängern – somit wird mehr Geschäft schneller abgeschlossen. Auch in Fällen, bei welchen eine automatische Entscheidung durch das System nicht möglich ist (z.B. Aufgrund medizinischer Angaben wie „Herzfehler“, oder einer hohen Versicherungssumme), kann Magnum dem Benutzer die zum Abschluss der Risikoprüfung notwendigen Schritte direkt mitteilen, und somit den Weg durch die manuelle Risikoprüfung verkürzen. Magnum wird seit November 2011 von einem Erstversicherungsunternehmen in Deutschland aktiv im Maklervertrieb eingesetzt (P.O.S.-Nutzung über Internetzugang). Der Rückversicherer äußert sich dazu wie folgt: „Nach dieser erfolgreichen Einführung starten wir mit einem zweiten Erstversicherer derzeit die Implementierungsphase, um in 2012 auch mit dieser Gesellschaft live zu gehen. Mit etlichen weiteren Kunden sind wir in fortgeschrittenen Gesprächen. Verlässliche Informationen über die Nutzung

bereits vorhandener Systeme liegen nicht vor. Es gibt unseres Wissens einige Lizenzen der Mitbewerber, die nie wirklich genutzt wurden.“

#### ■ HLR-POS

Die zu den größten Lebensrückversicherern im deutschen Markt gehörende **E+S Rück** spielt hinsichtlich der P.O.S.-Systeme bislang eine eher untergeordnete Rolle. Das Unternehmen tut sich noch schwer, seine durchaus innovativen P.O.S.-Systeme bei den deutschen Erstversicherern zu positionieren. Dafür ist die Muttergesellschaft Hannover Rück allerdings sehr stark in den skandinavischen Ländern wie Schweden und Norwegen aufgestellt. Auch die Marktposition in Großbritannien oder Südafrika ist nicht unerheblich. Ein besonderer Vorteil des Risikoprüfungstools HLR-POS (Hannover Life Re Point-of-Sale) aus dem Hause Hannover Rück ist die in den meisten Fällen abschließende Bewertung von eingehenden Anträgen.

In Deutschland werden monatlich im Durchschnitt über 4.000 Anträge auf Absicherung funktioneller Invalidität geprüft. In diesem Segment ist die E+S Rück auch als Vorreiter zu sehen. So

kommen die unterschiedlichen Tarife zur Absicherung funktioneller Invalidität aus den Häusern Axa, Barmenia, Janitos oder VPV ausnahmslos aus der Produktschmiede von Dr. Nicola-Alexander Sittaro. Dabei unterscheiden sich die einzelnen Produkte in wesentlichen Nuancen voneinander. Beispielsweise ist es bei der Multi-Rente der Janitos möglich, eine einmal geschlossene Risikoprüfung wieder aufzunehmen und zu ergänzen, während bei der Barmenia eine einmal abgeschlossene Prüfung dauerhaft bestehen bleibt.

Eine optimale Lösung bietet die Barmenia mit ihren Online-Policierungsprozessen bei der Opti5Rente und der Unfallversicherung an. Hier erfolgt bereits während der Online-Antragserfassung eine vollständig maschinelle Risikoprüfung am Point of Sale, so dass im Anschluss unmittelbar die Policierung ohne weitere Rückfragen durchgeführt wird.

Der umfangreiche Teil I zu diesem Thema erschien in „Risiko & Vorsorge“ 4/2011. Zu bestellen unter [info@bhm-marketing.de](mailto:info@bhm-marketing.de)



## Fachbücher helfen verkaufen

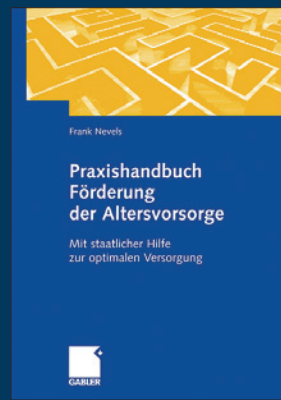


Ausgabe 2005 · Gebunden  
288 Seiten · 39,90 Euro

Jürgen Hauser  
*bAV erfolgreich verkaufen*

Der Markt für bAV-Berater ist gigantisch. Im Verkauf hapert es jedoch nach wie vor.

Wie man es richtig macht, zeigt Jürgen Hauser mit diesem Buch.



Ausgabe 2009 · Gebunden  
380 Seiten · 44,90 Euro

Frank Nevels  
*Praxishandbuch Förderung der Altersvorsorge*

Gesamtüberblick über alle staatlichen Fördermodelle der Altersvorsorge.

Bestellen unter [www.promakler.de](http://www.promakler.de)



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

Domcura – Düsseldorfer – Generali – Hallesche – Ideal – Nürnberger – Signal Iduna

# Pflege-Tarife werden ausgebaut: Flexibilität und Demenz



In den letzten Monaten sind neue Pflegeprodukte auf den Markt gekommen bzw. wurden einige Tarife grundlegend überarbeitet. Ein Ausschnitt davon wird an dieser Stelle vorgestellt.

Autor: Sebastian Krügereit

## Domcura

Bereits im Mai 2011 hat die Domcura ein neues Pflegegeld eingeführt. Risikoträger für den Tarif PZV ist die Deutsche Familienversicherung. Versicherungsschutz besteht ab Pflegestufe I und zusätzlich optional auch im Fall einer erhöhten Einschränkung der Alltagskompetenz aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen. Ergänzend sieht der Tarif eine Pflegebedürftigkeit nach der Grundsicherung vor. Zur Einstufung von Demenzfällen heißt es ergänzend:

„Soweit die Einschränkung der Alltagskompetenz durch den medizinischen Dienst im Pflegegutachten festgestellt wurde, aus dem Pflegebescheid Ihrer Krankenversicherung oder dem Pflegegutachten des medizinischen Dienstes aber nicht hervorgeht, dass Ursache der Einschränkung der Alltagskompe-

tenz auch demenzbedingte Funktionsstörungen sind, behalten wir uns vor, den Feststellungen des medizinischen Dienstes erst dann zu folgen, wenn ein neurologisches Gutachten eines Facharztes auch das Vorliegen demenzbedingter Fähigkeitsstörungen bestätigt. Die durch das Einholen eines neurologischen Gutachtens entstehenden Kosten und Aufwendungen werden Ihnen von uns erstattet.“

Die maximale Leistung bei definierter Grundsicherung beträgt 200 Euro im Monat und ergibt sich aus dem doppelten Betreuungsgeld der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung aufgrund einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz. Die versicherten Leistungen sind nur bedingt frei wählbar. Stattdessen steht im Rahmen eines selbst rechnenden Antrages nur vier Tarifvarianten zur Verfügung:

	Premium 1	Premium 2	Premium 3	Premium 4
	Monatliches Pflegegeld	Monatliches Pflegegeld	Monatliches Pflegegeld	Monatliches Pflegegeld
	Pflegestufe	Pflegestufe	Pflegestufe	Pflegestufe
Pflegestufe 3	1.200 €	1.500 €	1.800 €	2.100 €
Pflegestufe 2	600 €	750 €	900 €	1.050 €
Pflegestufe 1	300 €	450 €	600 €	750 €
Pflegestufe 0	450 €	600 €	750 €	900 €
Sofortleistung	1.000 €	2.000 €	3.000 €	4.000 €
Beitragsbefreiung	Beitragsbefreiung bei Pflege, Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit			
Leistungsverdoppelung	Leistungsverdoppelung in Pflegestufe 1-3 bei zusätzlichem Eintritt von Demenz			

Laut Anbietersauskunft stehen abweichend folgende Höchstversicherungssummen zur Verfügung:

- Pflegestufe 0 (Demenz): 900 Euro monatlich
- Pflegestufe I: 1.500 Euro monatlich (bei Demenz verdoppelt)
- Pflegestufe II: 2.250 Euro monatlich (bei Demenz verdoppelt)
- Pflegestufe III: 3.000 Euro monatlich (bei Demenz verdoppelt)
- Sofortleistung: 10.000 Euro

Bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit besteht ein Anrecht auf eine Sofortleistung in Höhe von 5.000 Euro. Weiter beinhaltet der Tarif eine Umbaukostenbeihilfe als finanziellen Zuschuss zu einem erforderlichen, pflegegerechten Umbau von Wohnung oder Haus sowie eine Erholungskostenbeihilfe als finanziellen Zuschuss zu einem Erholungsurlaub einer Pflegeperson. Für den Todesfall wird des weiteren eine Beerdigungskostenbeihilfe zur Verfügung gestellt. Letztere wird alternativ an eine namentlich benannte bezugsberechtigte Person oder die gesetzlichen Erben ausgezahlt. Über die Höhe dieser Zuschüsse machen leider weder Tarifbedingungen noch Highlightblatt eine erhellende Aussage. Es gilt eine Beitragsfreistellung ab Pflegestufe 0.

#### *Pflegeanwartschaft*

Eine echte Besonderheit ist eine Pflegeanwartschaft für einen Zeitraum von 20 Jahren mit Sofortschutz für Kinder gegen Einmalbeitrag. Damit können nicht nur der Gesundheitszustand bei Antragsstellung gesichert werden, sondern auch das heutige Eintrittsalter. Leider wird bedingungsseitig nicht weiter auf die Voraussetzungen, Prämienhöhe oder etwaige Einschränkungen für diese Anwartschaft eingegangen.

#### *Assistanceleistungen*

Zum Leistungsumfang gehört ein umfassender Katalog an Assistanceleistungen mit 24-Stunden-Hotline für den Versicherten sowie definierte nahe Angehörige (z.B. Kinder, Enkelkinder, Eltern- und Schwiegereltern). Versicherte Serviceleistungen betreffen Information und Beratung zu unmittelbaren und mittelbaren Pflegeleistungen und auch die Vermittlung ausgewählter Dienstleistungen (z.B. Beförderung, Tag- und Nachtwache, Kin-

derbetreuung oder Freizeitbetreuung). Anders als die Begrifflichkeit vermuten lässt, werden auch die Kosten für einige Dienstleistungen bedingungsseitig übernommen. Beispielhaft seien genannt:

- Menüservice: „Anlieferung jeweils einer Hauptmahlzeit pro Tag für die versicherte Person und einer im selben Haushalt lebenden Person. Diesen Personen steht die Wahl unter dem vom Dienstleister angebotenen Menüsortiment frei.“
- Gartenpflege: „Pflege des sich am Haus oder an der Wohnung befindlichen Gartenbesitzes der versicherten Person für die Dauer von bis zu zwei Stunden wöchentlich in allgemein üblichem Umfang (z.B. Rasenmähen, Unkrautbeseitigung, Ernte von Obst und Gemüse).“
- Kinderbetreuung: „Betreuung der Kinder der versicherten Person oder des pflegenden nahen Angehörigen, soweit diese das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben durch folgende Dienstleistung:
  - Beaufsichtigung durch Fachpersonal für die Dauer von bis zu sieben Tagen
  - Fahrdienst zur Schule, Kindergarten oder entsprechenden Betreuungseinrichtungen für die Dauer von bis zu 14 Tagen
  - Schülernachhilfe für die Dauer von bis zu 14 Tagen“.

Die Assistanceleistungen stehen der versicherten Person bzw. ihren benannten Angehörigen alle drei Jahre für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten nach Eintritt und Feststellung des Versicherungsfalles zur Verfügung. Dabei findet diese zeitliche Begrenzung „keine Anwendung auf die Vermittlung von ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen zur teilstationären Pflege oder Kurzzeitpflege.“ Die Leistung ist je Versicherungsfall auf bis zu 2.750 Euro beschränkt.

#### *Beitragsbefreiung*

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht ein Anspruch auf Beitragsbefreiung für einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten innerhalb von drei Jahren bei Arbeitslosigkeit oder definierter Arbeitsunfähigkeit und dies unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes.

#### *Nachversicherungsgarantie*

Eine Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung besteht in-

nerhalb von sechs Monaten nach dem Tod von Ehepartner, leiblichen oder adoptierten Kindern sowie nach einer Scheidung. Zusätzlich wird der Versicherungsschutz vor Vollendung des 60. Lebensjahres alle drei Jahre um je 5% erhöht. Dieses Recht auf Dynamisierung erlischt, wenn entweder eine Pflegebedürftigkeit nach SGB eingetreten ist – auch wenn die konkrete Pflegestufe bei der Domcura gar nicht versichert ist – oder die doppelte Höhe der anfänglich versicherten Rente erreicht wurde.

#### *Beitragsrückgewähr bei Tod*

Auf Wunsch können Kunden eine Beitragsrückgewähr bei Tod vereinbaren, welche auch noch nach Eintritt des Leistungsfalles zur Geltung kommt. Ein Wechsel von einem Tarif mit in einen solchen ohne Beitragsrückgewähr ist einmal innerhalb von 24 Monaten möglich. Erwähnenswert ist, dass der Tarif keine Einschränkungen der Pflegezahlung während eines Kur-, Reha- oder stationären Aufenthaltes vorsieht. Interessant ist die Möglichkeit einer Beitragsvorauszahlung für einen mehrjährigen Zeitraum, sofern dies vorher mit dem Versicherer entsprechend vereinbart wurde.

#### *Gesundheitsfragen*

Im Rahmen der Antragsstellung betont der Versicherer, dass zum einen nur zwei Gesundheitsfragen gestellt werden und zum anderen auch eine telefonische Gesundheitsprüfung möglich ist. Zwar stimmt es, dass nur zwei Fragen gestellt werden. Diese beziehen sich jedoch auf eine Liste verschiedener Krankheitsbilder und einen Fragezeitraum von fünf Jahren. Im Vergleich zu den Fragen bei Hallesche oder Signal Iduna sind die Fragen als sehr umfassend zu charakterisieren. Zur Beantwortung sollte der Versicherungswillige sich unbedingt Zeit für eine genaue Lektüre nehmen.

#### **Düsseldorfer**

Zum 01.11.2011 hat die Düsseldorfer der DKM ihr überarbeitetes Pflegegeld vorgestellt. Highlights sind insbesondere eine generelle Leistung auch bei Demenz in der Pflegestufe 0 und flexibel wählbare Zusatzleistungen bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz und Pflegebedürftigkeit in den Stufen 1 bis 3. Die maximale Leistung bei Demenz in der

Pflegestufe 0 beträgt 30 Euro pro Tag, höchstens jedoch den vereinbarten Tagessatz für die Pflegestufe I. Damit trägt die Düsseldorf der Kundennachfrage und den Gegebenheiten bei den Pflegekosten für Demenz-Erkrankte Rechnung. Weiteres wichtiges Leistungselement ist eine obligatorisch enthaltene Dynamik im Leistungsfall (3% alle zwölf Monate ab Leistungsbeginn). Die Dynamik wirkt allerdings nur auf die Stufen 2 und 3. Die Teilnahme an einer vorherigen Dynamik ist nicht Voraussetzung. Weitere Bausteine, wie eine optionale Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit und die Möglichkeit, die stationären Leistungen der Stufen 1 und 2 auf die Leistungen der Stufe 3 anzuheben, runden das Angebot ab. Beitragsbefreiung im Leistungsfall ist ab Stufe 1 möglich.

Der maximal versicherbare Tagessatz in den einzelnen Pflegestufen ist 100 Euro. Dabei ist die Leistung für ambulante und für stationäre Pflege jeweils gleich.

### IDEAL

Der Seniorenversicherer IDEAL hat 2011 sowohl die bestehenden Tarife im Umfang aktualisiert als auch ein neues Pflegekonto aufgelegt.

Als Grundabsicherung steht der Tarif PflegeRente Basis zur Verfügung. Die Leistung erfolgt ab Pflegestufe III, die Beitragszahlung erfolgt lebenslang. Die Gesundheitsprüfung ist zwar vereinfacht, aber setzt dennoch in vielen Fällen die Angabe konkreter Angaben zu Behandlungen und Untersuchungen während der vergangenen fünf Jahre vor Antragsstellung voraus. Hier sind Antragsfragen nach dem Muster der Krankenversicherer Düsseldorf, Hallesche oder Signal Iduna deutlich verbraucherfreundlicher. Positiv ist jedoch die Risikohotline der IDEAL, mit der sich eine mögliche Versicherbarkeit im Vorfeld telefonisch überprüfen lässt.

#### *Tarif PflegeRente Exklusiv*

Deutlich interessanter ist nun der Tarif PflegeRente Exklusiv. Die Leistung erfolgt hier in den Pflegestufen I bis III sowie bei Demenz. Dabei wird für Demenz eine Leistung in Höhe der versicherten Pflegerente für die Pflegestufe II erbracht. Die Leistungen in den Pflegestu-

fen I und II sind dabei frei wählbar, müssen jedoch gleich oder kleiner sein als die Leistungen in den Pflegestufen II respektive III. Eine Unterscheidung der Leistungshöhe nach ambulanter und stationärer Leistung ist hingegen nicht vorgesehen.

Die Einstufung des Pflegefalls erfolgt analog den Regelungen des SGB XI vom 01.01.2010. Kommt es auf dieser Basis zu keiner Pflegeeinstufung, so kann alternativ um eine Prüfung nach einem im Tarif verankerten ADL-Katalog gebeten werden.

Eine Beitragsbefreiung ist im Grundpaket ab Pflegestufe I eingeschlossen. Gegen Zuschlag können eine Sofortleistung in Höhe von sechs Monatsrenten bei Eintritt des Pflegefalles, eine Leistung bei Tod oder eine jährliche Dynamisierung der vereinbarten Rentenhöhe zwischen 1% und 5% p.a. vereinbart werden.

Neben der flexiblen Tarifgestaltung neu ist auch der grundsätzlich weltweite Versicherungsschutz neu, wobei hier Einschränkungen gelten.

Die wichtigste Neuerung betrifft die Flexibilität der Beitragszahlung. Neben laufenden Beiträgen kommen nun auch eine Kombination aus Einmalzahlung und laufendem Beitrag oder individuelle Zuzahlungen während eines laufend bezahlten Vertrages in Frage. Damit besteht die Möglichkeit, den vereinbarten Beitrag entweder nachträglich zu reduzieren oder sogar gänzlich abzulösen.

Eine lediglich redaktionelle Verbesserung der Bedingungen war im Juni 2011 rückwirkend auch für seit Februar 2011 abgeschlossene Verträge die Klarstellung, dass etwaige gestundeten Beiträge zinslos gestundet würden. Daneben wurden noch einige andere Punkte in den Bedingungen präzisiert oder neu eingefügt, um ein Höchststrating bei Morgen & Morgen erreichen zu können. Unter anderem betrifft dies den ausdrücklichen Verzicht auf die Anwendung des § 19 VVG sowie den Hinweis, dass der Versicherungsnehmer mindestens alle vier Wochen über den Stand der Leistungsregulierung informiert werde.

Die Gesundheitsfragen sind recht umfassend, verlangen jedoch lediglich eine Beantwortung von Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, die auch ärztlich untersucht oder behandelt wurden. Bei der Zielgruppe der ab 40jährigen sollte es kaum möglich sein, hier

wahrheitsgemäß alle Fragen pauschal verneinen zu können. Laut Ideal würden in der Praxis jedoch fast die Hälfte aller eingehenden Anträge durchgehend mit „Nein“ beantwortet.

#### *Prämienbeispiel zum Tarif*

##### *PflegeRente Exklusiv*

Ein Kunde ist 40 Jahre alt und möchte in der Pflegestufe I 500 Euro monatlich zur Verfügung haben, in der Pflegestufe II 1.000 Euro und in der Pflegestufe III 2.000 Euro monatlich. In diesem Fall ergeben sich für den Exklusiv-Tarif ohne weitere Leistungsoptionen für Männer und Frauen gleiche Beiträge in Höhe von 72,25 Euro monatlich bei lebenslanger Zahlungsdauer.

##### *Pflegekonto*

Als letzte Neuerung hat die IDEAL im Juli 2011 das Pflegekonto eingeführt. Im Prinzip handelt es sich dabei um einen Pflegerentenoptionstarif analog dem schon länger bestehenden Angebot der Generali. Nach Ende der Aufschubzeit von mindestens fünf Jahren (bei Leistung ab Pflegestufe III) bzw. sieben Jahren (bei Leistung ab Pflegestufe II) kann sich der Kunde entscheiden, ob er eine Kapitalabfindung oder eine lebenslange Rente zzgl. der Pflegerentenoption wünscht.

Wird allein die Absicherung in der Pflegestufe III gewünscht, so entfallen die Gesundheitsfragen. Nicht möglich ist Versicherungsschutz in der Pflegestufe I oder bei Demenz in der Pflegestufe 0. Die Pflegerentenoption kann anders als bei der Generali nur dann in Anspruch genommen werden, wenn zu diesem Zeitpunkt noch kein Pflegefall vorlag, kein Grad der Behinderung (GdB) von 70 oder mehr vorliegt und der Kunde noch nicht positiv auf HIV getestet wurde. Bei Absicherung von Leistungen auch für die Pflegestufe II darf zum Zeitpunkt der Optionsausübung auch der GdB zusätzlich einen Wert von 50 oder mehr nicht vorliegen. Mit diesen Einschränkungen verliert das Angebot allerdings auch deutlich an Attraktivität. Weitere Einschränkungen ergeben sich aus § 1 Nr. 38 der Bedingungen:

*Sie haben die Möglichkeit, zum Beginn der Rentenzahlung und auch zum vorzeitigen Rentenbeginn auf das Leben der Versicherten Person eine Pflegerentenversicherung mit Leistungen*

bei Pflegestufe II und III oder nur bei Pflegestufe III nach dem jeweils gültigen Pflegerenten-Optionstarif ohne Gesundheitsprüfung der IDEAL Lebensversicherung a.G. abzuschließen. Die Definitionen Schwerpflegebedürftigkeit (Pflegestufe II) und Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) entsprechen den Definitionen des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI mit Stand vom 01.01.2010).

Ändert sich die Definition der Pflegebedürftigkeit für die Pflegepflichtversicherung gemäß den §§ 14 und 15 SGB XI grundlegend, werden wir Ihnen abweichend einen entsprechenden Pflegerenten-Optionstarif anbieten, der die geänderte Gesetzeslage berücksichtigt und sich an den bisherigen Pflegestufen II und III orientiert.

Bietet die IDEAL Lebensversicherung a.G. zum Zeitpunkt des Rentenbeginns keine Pflegerentenversicherung mehr an, entfällt die Möglichkeit des Abschlusses einer Pflegerente.

Natürlich kann man dies als sehr transparente Darstellung ansehen. Wer jedoch als Makler das PflegeKonto bewirbt, hat gegebenenfalls ein erhebliches Problem. Zunächst einmal könnte der Kunde bereits pflegebedürftig geworden sein. Es könnte aber schlicht und einfach auch passieren, dass die Pflegerentenoption nicht einmal das Papier wert ist, auf dem sie steht; dann nämlich, wenn keine Pflegerenten mehr im Angebot sein sollten... Vorteilhaft ist hingegen im Gegensatz etwa zur Generali, dass die Pflegerentenoption beitragsneutral eingepreist ist. Nimmt ein Kunde sie also nicht in Anspruch, hat er dadurch keinen finanziellen Nachteil, was als zumindest teilweise Reduzierung der Maklerhaftung angesehen werden kann.

„Der Beitrag für die IDEAL PflegeRente darf höchstens 50 % der garantierten Rente zum Rentenbeginn ohne Überschuss-Beteiligung betragen. Die tariflich vorgesehene Höchstrente für die IDEAL PflegeRente ist in den zum Rentenbeginn gültigen Annahmerichtlinien für die Pflegerentenversicherung festgelegt und beträgt derzeit 3.000 €. Wir garantieren jedoch bereits heute, dass die tariflich vorgesehene Höchstrente für die Pflegerentenversicherung mindestens 1.000 € monatlich betragen wird.“

Ein wesentlicher Vorteil gegenüber der 3D-Pflege-Vorsorge aus dem Hause Generali ist die flexible Möglichkeit, Zuzahlungen zu leisten. Dafür muss ein minimales Ablaufalter von 60 Jahren in Anspruch genommen werden. Auch sind lediglich Einmalbeiträge und keine ratierlichen Zahlungen möglich. Dabei liegt der Mindesteigenbeitrag für einen heute vierzigjährigen Mann bei knapp unter 5.000 Euro. Aufgrund der beschriebenen Einschränkungen kann das PflegeKonto leider nicht empfohlen werden.

### Nürnberger

Ebenfalls 2011 hat die Nürnberger ihre neue Pflegerenten-Generation vorgestellt. Dem aktuellen Trend folgend kann im Tarif 2510 die Leistungshöhe in den Pflegestufen I und II flexibel in 5%-Schritten zwischen 0% und 100% eingestellt werden, wobei die Leistung in Pflegestufe I nicht höher als jene in Pflegestufe II sein darf. Eine separate Festlegung der Absicherung nach ambulanter und stationärer Pflege ist nicht möglich. Die maximale Pflegerentenhöhe in Pflegestufe III beträgt in dieser Tarifvariante 3.000 Euro monatlich.

Entscheidend ist eine Versicherungsleistung auch bei Autonomieverlust durch Demenz in Höhe der Leistung, die für die Pflegestufe II vereinbart wurde. Eine ausdrückliche Benennung von Versicherungsschutz in der Pflegestufe 0 ist damit nicht verbunden, doch ist die Definition recht eindeutig. Ein Leistungsanspruch erfolgt bei mittelschweren Leistungseinbußen ab dem Schweregrad 5 der Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

#### Optionale Tarifwahl

Optional kann ein Kunde den Tarif 2514 anstelle des Tarifs 2510 wählen. Der Versicherungsschutz steht dann mit deutlich vereinfachten Gesundheitsfragen und fünf Jahren Wartezeit zur Verfügung. In diesen ersten Jahren besteht dann wie zu erwarten kein Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit, sondern stattdessen eine Beitragsrückgewähr. Eine Ausnahme gilt nur bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit. Auch darf eine maximale monatliche Pflegerente von 1.000 Euro nicht überschritten werden und die Leistung in

der Pflegestufe I höchstens 40% derjenigen in Pflegestufe III betragen.

Als weitere Tarifvarianten stehen Versicherungsschutz mit Erbenschutz (Leistung bei Tod) oder gegen Einmalbeitrag zur Verfügung.

#### Pflegeeinstufungen

Alle Tarifvarianten sehen eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit auf Basis eines von der Nürnberger konzipierten ADL-Kataloges sowie bei Demenz vor. Zusätzlich dazu sind als weitere Leistungsauslöser die Pflegeeinstufungen des SGB XI in der Fassung vom 15.12.2008 vorhanden.

#### Gesundheitsfragen

Trotz vieler positiver Regelungen sind die wenig verbraucherfreundlichen Gesundheitsfragen der Nürnberger zu kritisieren, in der analog zur hauseigenen Berufsunfähigkeitsversicherung neben objektiven Angaben zu Krankheiten auch subjektiv nach nicht ärztlich diagnostizierten Beschwerden und Funktionsstörungen gefragt wird.

#### Diverse Modalitäten

Die Beitragszahlung in den Tarifen mit ratierlicher Zahlung erfolgt bis maximal zur Vollendung des 85. Lebensjahres. Bereits ab Pflegestufe I erfolgt im Tarif 2510 eine Beitragsfreistellung. Zur Anpassung des Versicherungsschutzes während der Vertragslaufzeit steht eine Nachversicherungsgarantie zur Verfügung, die innerhalb von sechs Monaten nach den benannten Ereignissen zu beanspruchen ist und außer bei Scheidung vom oder Tod des Ehepartners mit der Vollendung des 46. Lebensjahres erlischt. Darüber hinaus erhöht sich die versicherte Leistung wahlweise durch verzinsliche Ansammlung der Überschüsse, einen Investmentbonus oder einen Pflegebonus. Das angesammelte Kapital dient neben einer Erhöhung der monatlichen Pflegerente auch zur Auszahlung einer späteren Kapitalzahlung aus Überschüssen oder Investmentguthaben. Wird der Pflegebonus gewählt, so entfällt die Einmalzahlung im Leistungsfall. Stattdessen erfolgt eine Erhöhung der monatlichen Pflegerente ab Eintritt des Leistungsfalles.

Highlight für Kunden und Vermittler ist die Möglichkeit, Tarife mit vermindertem Anfangsbeitrag abzuschließen sowie eine Leistung bereits ab 2 ADL beanspruchen zu können.

# Wachstumsmarkt Pflege

Machen Sie das Thema Pflege zu Ihrem Thema!



Autor: Markus Reis,  
Produktmanager  
Kranken- u. Pflegeversicherung der  
MÜNCHENER VEREIN  
Versicherungsgruppe.

Pflege ist für viele Menschen nicht nur ein persönliches Thema, sondern auch ein enormer Wachstumsmarkt – unabhängig davon, ob es sich um die finanzielle Absicherung des Pflegefallrisikos oder um die vielfältigen Dienstleistungen für Pflegebedürftige handelt. Mit zunehmendem Alter steigt auch das Risiko, ein Pflegefall zu werden. Während in der Altersgruppe 75 bis 80 Jahre jeder Zehnte pflegebedürftig ist, ist es in der Gruppe der 85 bis 90-Jährigen mit 37% bereits jeder Dritte.

Die Frage, wer pflegt Pflegebedürftige, ist ebenfalls mit einem großen Fragezeichen versehen, denn in den nächsten 10 Jahren werden in Deutschland 100.000 bis 150.000 Pflegekräfte fehlen.

Das Szenario: Pflege kostet Geld und nicht für alle und nicht überall steht professionelle Hilfe im erforderlichen Umfang zur Verfügung. Gerade deshalb sollte man sich rechtzeitig mit dem Thema Pflege beschäftigen und finanzielle und organisatorische Vorbereitungen treffen, z.B. mit der DEUTSCHEN PRIVAT PFLEGE des MÜNCHENER VEREIN.

Das Thema Pflege betrifft nahezu jeden von uns. Entweder wird ein Angehöriger oder Bekannter pflegebedürftig oder wir selbst werden zu einem Pflegefall. Kein schöner Gedanke, aber die Zahlen sprechen für sich.

Da die Leistungen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung mit monatlich maximal 1.510 Euro in Pflegestufe III (2012 1.550 Euro) nicht annähernd die Kosten in einem Pflegeheim abdecken, muss jeder Pflegebedürftige die restlichen Kosten selbst aufbringen – durch die eigene Rente/Pension, Einkünfte aus Kapitalvermögen oder aus Vermietung und Verpachtung. Sofern diese Einkünfte nicht ausreichen, wird auf das Vermögen des Pflegebedürftigen zurückgegriffen und falls das aufgebraucht ist, werden auch die Kinder finanziell herangezogen.

Obwohl das Bewusstsein in der Bevölkerung, für den Pflegefall etwas tun zu müssen, mittlerweile vorhanden ist, haben noch nicht einmal 2 Mio. Menschen in Deutschland eine ausreichende finanzielle Vorsorge für den Pflegefall getroffen.

## Eigene Vorsorge erleichtert Vieles

Die Fakten zeigen: Für ca. 75 Mio. Menschen tickt eine finanzielle Zeitbombe. Und: Pflegeeinrichtungen vor Ort und Pflegekräfte, ganz gleich ob für eine ambulante oder stationäre Pflege, stehen nicht ausreichend zur Verfügung.

Gründe sind die fehlende gesellschaftliche Akzeptanz für den Pflegeberuf wie auch die geringe finanzielle Entlohnung. Auch hier ist der Pflegebedürftige im Vorteil, der über ausreichende finanzielle Mittel verfügt, um ein geeignetes Pflegeheim am Wohnort oder in nächster Nähe finanzieren zu können oder sich beispielsweise sein häusliches Umfeld für einen möglichst langen Verbleib im eigenen Wohnumfeld umzurüsten, denn 9 von 10 Personen wollen auch als Pflegefall zu Hause wohnen bleiben.

Viele Menschen können sich nicht vorstellen, gerade dann ihre vertraute Umgebung verlassen zu müssen. Mit dem Umbau der Wohnung, z.B. mit einem Treppenlift, lassen sich vermeintlich unüberwindbare Hindernisse meistern. Ambulante Pflegedienste übernehmen die pflegenden Aufgaben. Ein Hausnotrufsystem zu einer caritativen Organisation gibt den Betroffenen die notwendige Sicherheit, dass im Notfall schnelle Hilfe kommt. Auch eine Putzhilfe, die bei häuslichen Arbeiten und bei Einkäufen zur Hand geht, unterstützt einen möglichst langen Verbleib im eigenen Zuhause. Doch das alles hat seinen Preis und ist in der Regel mit der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung allein nicht zu finanzieren.

Bei der sogenannten Laienpflege bekommt der Pflegebedürftige von der gesetzlichen Pflegeversicherung in Pflegestufe I monatlich 225 Euro (2012: 235 Euro), in Pflegestufe II 430 Euro (2012: 440 Euro) und in Pflegestufe III 685 Euro (2012: 700 Euro). Nicht wirklich viel Geld für die täglichen Verrichtungen, Hilfen und Unterstützungen. Aber schon mit geringem Beitrag lässt sich ein zusätzliches privates Pflegetagegeld absichern.

### Beispiel:

60-jähriger Mann, 15 Euro Pflegetagegeld in Pflegestufe I, 20 Euro in Pflegestufe II und 25 EUR in Pflegestufe III sowohl bei ambulanter als auch stationärer Pflege und Beitragsbefreiung ab Pflegefall; Monatsbeitrag ca. 42 Euro.

## Private Pflegezusatzversicherung

Unser Beispiel macht deutlich, dass mit dem Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung nicht nur das maximale Risiko der vollstationären Pflege in Pflegestufe III abgesichert wird, sondern dass eine individuelle Pflegevorsorge auch die wesentlich häufigeren Pflegestufen I und II ausreichend absichert. Dennoch ist es wichtig, auch die große Versorgungslücke Pflegestufe III im vollstationären Bereich im Auge zu behalten. Schon für 10 Euro Mehrbeitrag zum vorherigen Beispiel kann im vollstationären Bereich die Pflegetagegeldleistung deutlich erhöht werden.

Beispiel: 60-jähriger Mann, 15 Euro Pflegetagegeld in Pflegestufe I bei ambulanter und stationärer Pflege, 20 Euro in Pflegestufe II bei ambulanter Pflege und 40 EUR Tagegeld bei vollstationärer Pflege und 25 EUR in Pflegestufe III bei ambulanter Pflege und 50 EUR Tagegeld bei vollstationärer Pflege; Monatsbeitrag ca. 52 Euro. Mit dem Bausteinprinzip der DEUTSCHEN PRIVAT PFLEGE können alle Versorgungskonstellationen passgenau abgesichert werden. Mit Vorsorgelösungen „von der Stange“ ist das einfach nicht möglich.

## Leistungsstarke Vorsorgepartner bieten mehr

Eingangs wurde anhand statistischer Zahlen aufgezeigt, wie hoch das Pflegefallrisiko in Deutschland ist. Im Einzelfall helfen uns allerdings diese statistischen Zahlen wenig, denn Pflegebedürftigkeit tritt häufig, oftmals innerhalb weniger Tage, ein - nach einem stationären Krankenhausaufenthalt, nach einem Schlaganfall, nach einem Unfall oder anderen akuten Ereignissen, die eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands mit anschließender Pflegebedürftigkeit zur Folge haben.

Hier sind Pflegebedürftige und deren Angehörige oft überfordert mit der Suche nach ambulanten Pflegediensten, nach einem geeigneten Pflegeheim oder ganz einfach damit, das häusliche Umfeld entsprechend umzugestalten. Selbst Fragen wie, „wo kann ich Pflegeleistungen beantragen?“ oder „wer legt die Pflegestufe fest?“, können nicht beantwortet werden. Mit dem Abschluss einer Pflegeversicherung wird zwar in

erster Linie das finanzielle Risiko abgesichert, aber ein leistungsstarker Vorsorgepartner zeichnet sich auch dadurch aus, dass er pflegebedürftige Versicherte und/oder deren Angehörige umfassend zum Thema Pflege beraten und unterstützen kann, hilfreiche Tipps anbietet oder innerhalb kürzester Zeit auch einen Pflegeheimplatz vermittelt.

## Pflegeportal

Die passenden Antworten auf all diese Fragen findet man im Pflegeportal unter [www.deutsche-privat-pflege.de](http://www.deutsche-privat-pflege.de) oder im Pflege-Ratgeber, bestellbar als Broschüre oder als Download. Jeder DEUTSCHE PRIVAT PFLEGE-Kunde erhält darüber hinaus seine persönliche DEUTSCHE PFLEGEKARTE mit wichtigen Serviceleistungen, wie z.B. einer telefonischen Pflegehotline und einer 24h Pflegeplatzgarantie. Die Kombination aus DEUTSCHER PRIVAT PFLEGE, Pflegeportal und DEUTSCHER PFLEGEKARTE macht aus einem leistungsstarken Versicherungsschutz ein komplettes Pflegepackage.

Zum Abschluss noch ein interessantes Zahlenbeispiel: Laut GDV sind in Deutschland rund 40 Mio. PKW zugelassen, davon ca. 20 Mio. mit einem Vollkaskoschutz. Ein durchschnittlicher Vollkaskoschaden kostet etwa 1.500 Euro. Dagegen haben erst knapp 2 Mio. Menschen eine ausreichende private Pflegeabsicherung, dabei kosten schon zwei Wochen in einem Pflegeheim ebenfalls 1.500 Euro.

Machen Sie das Thema Pflege zu Ihrem Thema – ob als Privatperson oder als Vertriebspartner.

NEU: Jetzt bestellen!



www.promakler.de

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

Allianz – Continentale – Düsseldorfer – Hallesche – Kravag – SDK – Signal Iduna – Volkswohl Bund

# Das neue flexible Pflegetagegeld der SDK

## Stärken und Schwächen im Wettbewerbsvergleich

Seit wenigen Monaten ist die SDK mit einem höchst flexiblen Pflegetagegeldtarif am Start. Wie kaum ein Wettbewerbstarif ermöglicht der PFLEGEprivat eine bedarfsgerechte Absicherung nach individuellen Vorgaben.



Autor: Sebastian Krügereit

Ein konkretes Beispiel soll die Vorteile der Tarifgestaltung verständlich machen. Ein Kunde möchte sich auf Basis der statistisch ermittelten Durchschnittskosten versichern. Für die stationäre Dauerpflege wurden hierzu gerundete Zahlen mit dem PflegeVorsorgeBerater des Volkswohl Bundes (Version 1.6) für den Bundesdurchschnitt ausgewählt. Die monatlichen Restkosten für die ambulante Pflege durch einen professionellen Pflegedienst wurden der Schulungspräsentation „Vermögensabsicherung im Pflegefall“ der Continentale (2010) entnommen.

Selbstverständlich können die benannten Zahlen in der Praxis je nach Ort und individueller Ausgestaltung der Pflege durchaus niedriger, aber auch deutlich höher sein.

### ■ Passgenauer Schutz?

Auf Basis der hier genannten Vorgaben lässt sich ein passgenauer Schutz weder bei den Anbietern Allianz, Düsseldorfer, Hallesche noch Signal Iduna erreichen.

Das Problem ist jeweils eine Unterversorgung in der stationären Pflegestufe I oder eine deutlich zu hohe Versorgung in einer oder mehreren der anderen Pflegestufen gegenüber den benannten Vorgaben.

Bei der Hallesche oder der Signal Iduna ist nicht einmal mit dem versicherbaren Höchsttagessatz eine passgenaue Lösung möglich. Allein die SDK ermöglicht eine Absicherung, die alle Vorgaben erfüllt, wenn auch im Bereich der stationären Pflegestufe III leicht übererfüllt. Dies liegt daran, dass eine ambulante Leistung generell nicht höher als eine vergleichbare stationäre Leistung abgesichert werden darf.

### ■ Preis- / Leistungsverhältnis

Allerdings ist das beispielhafte Preis- / Leistungsverhältnis bei der Signal Iduna mit Ausnahme der Leistungen in der stationären Pflegestufe I im Großen und Ganzen durchaus besser als beim Angebot der SDK und damit durchaus eine brauchbare Alternative.

Leider ist eine optimierte Absicherung auch bei Demenz in der Pflegestufe 0 nur schwer realisierbar. Nimmt man Zahlen aus dem Jahre 2010 für verschiedene Pflegeheime in Hannover als Maßstab, so bedeutet eine Heimunterbringung in der Pflegestufe 0 Restkosten zwischen etwa 1.800 Euro bis 2.050 Euro monatlich.

Die maximale Absicherung hier lässt sich über den Tarif der Allianz (1.080 Euro monatlich bei einem Tagessatz von 120 Euro) bzw. der Hallesche (720 Euro bei einem Tagessatz von 120 Euro) realisieren, dennoch verbleibt jeweils eine erhebliche Lücke.

### ■ Pflegekosten in Extremfällen

Kein Tarif ist in der Lage, die erheblichen Pflegekosten in besonderen Extremfällen hinreichend zu decken. So wurde von der Kravag im Rahmen einer Onlinepräsentation vom 11.10.2011 ein Beispiel benannt, wo eine Person als Folge eines

	professionelle Pflege zu Hause	Pflege in einem Pflegeheim
Pflegestufe I	Empfehlung: min. 400 Euro monatlich	Empfehlung: min. 1.300 Euro monatlich
Pflegestufe II	Empfehlung: min. 1.000 Euro monatlich	Empfehlung: min. 1.500 Euro monatlich
Pflegestufe III	Empfehlung: min. 1.900 Euro monatlich	Empfehlung: min. 1.700 Euro monatlich

■ Wettbewerber im Vergleich: Preis -/ Leistungsverhältnis

	Tarif	Tagessatz	Monatsbeitrag (Beginn: 01.11.2011; weiblich; Geburtsdatum: 01.10.1983)	Monatsbeitrag (Beginn: 01.11.2011; männlich; Geburtsdatum: 01.10.1963)	ambulant			stationär			Leistung auch bei Laienpflege	Einstufung im Pflegeanalog analog PPV	Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit	Versicherungsschutz auch bei Demenz in Pflegestufe 0
					I	II	III	I	II	III				
					gewünscht: 400 Euro mtl.	gewünscht: 1.000 Euro mtl.	gewünscht: 1.900 Euro mt.	gewünscht: 1.300 Euro mtl.	gewünscht: 1.500 Euro mtl.	gewünscht: 1.700 Euro mtl.				
<b>Allianz</b>	PZT Best	65,00 Euro	23,60 Euro	40,76 Euro	585 Euro	1.170 Euro	1.950 Euro	1.950 Euro	1.950 Euro	1.950 Euro	ja	ja	ab Pflegestufe III	ja (30% des versicherten Tagessatzes; hier also 585 Euro)
<b>Düsseldorfer</b>	PZ 1, PZ 2, PZ 3	Pflegestufe I: 45 Euro; Pflegestufe II: 50 Euro; Pflegestufe III: 65 Euro	41,67 Euro	65,02 Euro	1.350 Euro	1.500 Euro	1.950 Euro	1.350 Euro	1.500 Euro	1.950 Euro	ja	ja	ab Pflegestufe I	nein
<b>Hallesche</b>	OLGA extra	120,00 Euro*	59,28 Euro	107,28 Euro	1.080 Euro	2.520 Euro	3.600 Euro	1.080 Euro	2.520 Euro	3.600 Euro	ja	ja	ab Pflegestufe III	ja (20% des versicherten Tagessatzes; hier als 720 Euro)
<b>Hallesche</b>	OLGA extra	75,00 Euro	37,05 Euro	67,05 Euro	675 Euro	1.575 Euro	2.250 Euro	675 Euro	1.575 Euro	2.250 Euro	ja	ja	ab Pflegestufe III	ja (20% des versicherten Tagessatzes; hier also 450 Euro)
<b>Signal Iduna</b>	Pflege-TOP	100,00 Euro *	34,56 Euro	68,30 Euro	900 Euro	2.100 Euro	3.000 Euro	900 Euro	2.100 Euro	3.000 Euro	ja	ja	ab Pflegestufe III	ja (je 1% = 1% des gesetzlichen Anspruches; hier also 200 Euro)
<b>Süd-deutsche</b>	PS0A, PS0S, PS1A, PS1S, PS2A, PS2S, PS3A, PS3S	ambulant: 15 Euro, 35 Euro, 65 Euro; stationär: 45 Euro, 50 Euro, 60 Euro	34,46 Euro	44,51 Euro	450 Euro	1.050 Euro	1.950 Euro	1.350 Euro	1.500 Euro	1.950 Euro	ja	ja	ab Pflegestufe I	ja (450 Euro monatlich ambulant und 500 Euro stationär, da maximal in Höhe von Pflegestufe I und nicht > 500 Euro monatlich)

\* versicherbarer Maximalsatz

\*\* für eine bessere Vergleichbarkeit mit den Wettbewerbern wurde hier der maximal mögliche Tagessatz von 16 Euro zugrunde gelegt.

schweren Unfalls mit apallischem Syndrom ins Wachkoma fiel. Als Folge seien monatliche Pflegekosten in Höhe von 12.000 Euro angefallen. Laut Wikipedia vom 18.10.2011 leiden deutschlandweit wenigstens 10.000 Betroffene unter einer entsprechend schweren Schädigung des Gehirns.

Da entsprechende Kosten vergleichsweise die Ausnahme sein dürften, stellt sich die Frage wie eine entsprechende Versicherungslösung für ähnliche Extremfälle realisierbar wäre. Derzeit ist jedoch keine diesbezügliche Absicherungslösung bekannt.

Alle in der Tabelle benannten Tarife leisten in voller Höhe auch bei Laienpflege und führen eine Einstufung des Pflegefalls analog zur gesetzlichen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung durch.

■ Anpassung von Leistungen

Vorteilhaft bei der SDK ist die Regelung zur Anpassung von Leistungen vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles:

(1) Der Versicherer erhöht das monatliche Pflegegeld in den versicherten Tarifeinheiten alle 2 Jahre zum Ersten des Monats des Versicherungsbeginns um 5%.

Voraussetzung für die Anpassung ist, a) dass die versicherte Person das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, b) dass der Versicherungsschutz in allen vereinbarten Tarifeinheiten in den letzten 24 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes nicht geändert hat.

Eine Beitragsbefreiung steht der planmäßigen Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes nicht entgegen.

(2) Die Anpassung darf in der Tarifeinheit PS3 nicht zu einer Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes auf über 4500,- Euro führen.

Würde sich durch die Anpassung ein höheres monatliches Pflegegeld ergeben, wird dieses auf 4500,- Euro begrenzt. Auch die Tarifeinheiten PS0, PS1 und PS2 können dann nicht mehr nach dieser Vorschrift angepasst werden.

Laut Produktinformationsblatt gelte dieses Dynamisierungsrecht auch noch nach Eintritt einer Pflegebedürftigkeit. Grundsätzlich sind die Dynamisierungsregelungen der SDK begrüßenswert. Bei



Versicherungsjahr	Allianz	Hallesche	SDK	SDK mit lebenslanger Dynamikoption	Signal
1	50 Euro	50 Euro	50 Euro	50 Euro	50 Euro
10	65 Euro	67 Euro	60,78 Euro	60,78 Euro	50 Euro
20	85 Euro	92 Euro	77,57 Euro	77,57 Euro	50 Euro
30	115 Euro	138 Euro	99 Euro	99 Euro	73,21 Euro
40	170 Euro	185 Euro	126,35 Euro	126,35 Euro	97,44 Euro
50	225 Euro	248 Euro	150 Euro	150 Euro	142,66 Euro
60	305 Euro	366 Euro	150 Euro	150 Euro	189,87 Euro
70	405 Euro	489 Euro	150 Euro	150 Euro	252,72 Euro
80	405 Euro	652 Euro	150 Euro	150 Euro	252,72 Euro

einer sehr frühen Beantragung des Versicherungsschutzes verlieren sie jedoch schnell an Wert. Vorteilhaft ist daher die zumindest optionale Möglichkeit einer lebenslangen Dynamisierung alle zwei Jahre um 5% bis auf maximal 4.500 Euro monatlich.

Die SDK hat in den Bedingungen (Anhang AVB, S. 7 - Planmäßige Erhöhung, 2. Absatz, letzter Satz) festgelegt, dass der Höchstbetrag mit Zustimmung des Treuhänders für Prämienerrhöhungen der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden kann. Hier räumt der Versicherer ein, dass man in 40 Jahren vermutlich nicht mehr eine Grenze bei 4.500 Euro sehen wird. „Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden, das dem Versicherungsnehmer zum Anpassungszeitpunkt zugesandt wird. Nimmt der Versicherungsnehmer an drei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen nicht teil, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen.“ Letzteres ist übrigens eine Einschränkung, die auch der Tarif PZT Best der Allianz besitzt.

Zum Thema Dynamisierung heißt es bei der Hallesche, dass eine Dynamisierung des Pflegegeldes alle 3 Jahre um 10% stattfindet, sofern der Vertrag schon mindestens 36 Monate besteht. Der neue Betrag werde auf volle Euro aufgerundet. Die Signal Iduna erhöht bei Personen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr und vor Vollendung des 70. Lebensjahres alle drei Jahre um 10%, sofern der Versicherungsschutz nach diesem Tarif mindestens 36 Monate bestanden hat. Die Allianz erhöht alle 36 Monate um 10%, mindestens jedoch um 5 Euro und spätestens bis zur Vollendung des 69. Lebensjahres und sofern die versicherte Person bereits minde-

stens 36 Monate durchgängig versichert war. Bei allen diesen Anbietern gilt dies ausdrücklich auch im Pflegefall.

■ **Versicherung ab Geburt an**

Wer sein Kind schon früh versichern möchte, hat damit den besten Versicherungsschutz auch noch im Fall eines frühen Pflegefalls bei der Allianz und der Halleschen. Nimmt man einen anfänglichen Pflegegeldsatz von 50 Euro an, so enden die Beitragserhöhungen für ein ab Geburt versichertes Kind bei der SDK bereits mit der Vollendung des 43. Lebensjahres. Hier eine Tabelle für Personen, die sich ab Geburt versichern lassen wollen, für einen besseren Vergleich, wobei sich alle Angaben auf den versicherten Tagessatz beziehen (siehe Tabelle oben).

Im Vergleich sind die Dynamisierungsoptionen der Düsseldorfer eher bescheiden. Dies gilt insbesondere für die Zeit nach dem Eintritt des Leistungsfall:

„Ohne Gesundheitsprüfung ist eine Anpassung (maximal um zwei Tarifstufen zu je 5,- EUR) jeweils zu Beginn des 25. Monats, des 49. Monats und zu Beginn des 73. Monats, gerechnet ab Versicherungsbeginn, möglich.“

Gesunde Kunden können natürlich von sich aus an eine regelmäßige Anpassung denken und ihren Tarif entsprechend auf Basis der vereinfachten Gesundheitsfragen erhöhen. Vor allem aber muss der Kunde bei der Düsseldorfer selbst an die drei benannten Termine denken. Das ist vergleichsweise wenig verbraucherfreundlich.

Allen Tarifvarianten der Versicherer ist gemein, dass wahrscheinlich nur wenige Kunden tatsächlich jede einzelne Dyna-

mik mitmachen dürften. Nimmt man den Stand von heute, so ist sicher ein Pflegegeld in Höhe von 3.000 Euro zzgl. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in den allermeisten Fällen mehr als ausreichend. In der Zukunft kann der Geldwert jedoch aufgrund von Inflation stark sinken, so dass ein heute sportlicher Tagessatz von 100 Euro zukünftig leicht 200 oder gar 300 Euro Kaufkraft entsprechen kann.

■ **Pflegeunfallbaustein**

Bei Unfallpflege ist bei der SDK ergänzend eine Einmalleistung von bis zu 10.000 Euro möglich. Dabei handelt es sich um keine separate Pflegeunfallversicherung, bei der der Kunde nach einigen Jahren womöglich glaubt, eine umfassende Absicherung gegen jeden denkbaren Pflegefall zu haben, nur um zu erfahren, dass er tatsächlich nur das unfallbedingte Pflegerisiko abgesichert hat. Schön ist vor allem, dass der Pflegeunfallbaustein bei der SDK einzig als Ergänzung zu einem Gesamtpaket möglich ist, nicht jedoch als Stand-Alone-Produkt abgeschlossen werden kann.

■ **Beitragsbefreiung**

Ein weiterer Vorteil beim Angebot der SDK ist die vollständige Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit schon ab einer mitversicherten Pflegestufe I. Leistungen werden ohne Wartezeit erbracht, jedoch frühestens ab Antragsstellung. Dies gilt auch dann, wenn der Leistungsfall nachweislich vor Antragsstellung eingetreten ist.

■ **Zuzahlungen**

Um die Beitragshöhe zu senken, ist es bei der SDK nach Vollendung des 60. Lebensjahres möglich, Zuzahlungen in

Form von Einmalbeiträgen in den Vertrag einzubringen. Diese Möglichkeit ist tarifseitig möglich, sofern der niedrigste Erwachsenbeitrag zu diesem Zeitpunkt nicht unterschritten wird und von der Häufigkeit her nicht reglementiert.

**■ Anwartschaften**

Kunden, die sich bei Vertragsbeginn noch nicht für eine mögliche Mitversicherung der Pflegestufen 0, 1 und 2 entscheiden können, haben bei der SDK die Möglichkeit, die entsprechende Anwartschaft zu vereinbaren. Eine entsprechende Umwandlung in den höherwertigen Schutz ist dann mit einer Frist von 6 Monaten vor dem Umwandlungszeitpunkt zum vollendeten 30., 35., 40., 45., 50., 55., 60. und 65. Lebensjahr möglich. Schön ist also, dass die Option damit auch noch bis kurz vor Beginn der Regelaltersrente möglich ist.

Nachteilig ist, dass die Option mit Eintritt einer Pflegebedürftigkeit erlischt. Da die Anwartschaft Beiträge kostet, hat sie aber den Vorteil, dass ein Versicherter sich gegebenenfalls eher seiner Option bewusst ist, als im Fall einer beitragsneutralen Mitversicherung wie bei einigen Wettbewerbern.

**Fazit**

Bezogen auf den beispielhaft gewünschten Leistungsumfang bieten unter den aufgeführten Anbietern Allianz und SDK das beste Preis-Leistungsverhältnis.

Ein weiterer Vorteil der SDK sind die stark abgespeckten Gesundheitsfragen. Zum einen wird nach Pflegebedürftigkeit/Erwerbsminderung, zum anderen nach einem Katalog konkreter Vorerkrankungen der letzten 5 Jahre gefragt (z.B. koronare Herzerkrankung, Demenz oder psychischen Erkrankungen).

Die zu benennenden Krankheitsbilder sind zwar deutlich umfassender als bei einer Allianz (zumindest für Personen unter 60 Jahren), Düsseldorf, Haleschen oder Signal Iduna, jedoch dennoch ohne größere Probleme beantwortbar. Entsprechend verkürzte Gesundheitsfragen wirken sich, wie jedem bekannt, auf den Verkauf deutlich begünstigend aus.



# Risiko & Vorsorge

Höchste Kompetenz für Ihr Know-how



# „Neugeschäft um jeden Preis lehnen wir ab.“

Klaus Barde im Gespräch mit **Klaus Henkel**,  
Vorstandsvorsitzender  
der Süddeutschen  
Krankenversicherung a.G.



*Ihr Haus gewinnt im Maklervertrieb Stück für Stück mehr an Bedeutung. Eine Basis dafür sind sicher Ihre exzellenten Geschäftszahlen. Mit 107,5 Millionen Euro für das Jahr 2010 gegenüber 85,3 Millionen Euro in 2009 konnten Sie zum zweiten Mal in Folge ihren Überschuss deutlich steigern. Und was zählt mehr im Krankengeschäft als eine solide Eigenkapitalbasis. Hieraus erwächst stets auch Sicherheit in der Beitragsstabilität für den Kunden.*

Was die Beitragsstabilität betrifft haben wir in diesem Jahr ausgezeichnete Werte. Die Beiträge unserer vollversicherten Kunden steigen 2012 durchschnittlich nur um 1,2 Prozent. Rechnet man die Zusatzversicherungen dazu, sind wir bei 1,7 Prozent. Beides sind Spitzenwerte. Wir sehen darin auch unsere Tarifpolitik bestätigt. Unser generationenübergreifendes Tarifwerk ist seit 40 Jahren am Markt. Geschlossene Tarife gibt es bei uns schlichtweg nicht. Ich denke, langfristige angelegte Tarife dienen den Versicherten mehr, als wenn ständig neue Angebote auf den Markt kommen und gleichzeitig alte Tarife vom Markt genommen werden.

*Maßgeblich für Ihren guten Ruf sind unter anderem die Leistungen in der Pflegezusatzversicherung. Auf diesem Feld konnten Sie in den letzten fünf Jahren ihren Bestand vervierfachen. Ihr Marktanteil von aktuell 4,6 Prozent ist beachtlich. Dank welcher Produkteigenschaften können Sie bisher in diesem Wettbewerb so gut bestehen?*

Wir sind schon seit den 90er Jahren mit unseren Pflegezusatztarifen am Markt. Über die Jahre konnten wir uns einen guten Ruf aufbauen. Seit diesem Jahr haben wir ein neues Angebot. Um Top-Anbieter zu bleiben war es für uns an der Zeit, das Angebot weiter zu verbessern und der Zeit anzupassen. Unsere PS-Tarife sind absolut flexibel und passgenau. Je nach Pflegestufe kann das gewünschte Monatsgeld für ambulante und stationäre Pflege jeweils frei festgelegt werden. Unser großes Plus ist außerdem die Kombination von Beitragsbefreiung im Pflegefall und lebenslanger Dynamisierung der Leistungen. Selbst wer im Pflegefall keine Beiträge mehr bezahlen muss, kann die Leistungen noch dynamisieren.

*Seit Mai 2011 sichern Sie in Ihrem Tarifwerk auch Demenz ab. Wie gestaltet sich diese Absicherung? Vor allem, wie lauten Ihre Kriterien zur Definition von Demenz?*

Bis zu 500 Euro monatliches Pflegegeld können für Demenz, also Pflegestufe 0, abgesichert werden. Unter Demenz verstehen wir eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, ohne dass bereits Pflegestufe 1 vorliegt. Hier müssen wir uns nach den Richtlinien der sozialen Pflegeversicherung zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit richten.

*Ihre gesamte Tarifpolitik basiert ja bewusst auf einem einheitlichen Tarifwerk. Was muss sich der Makler darunter vorstellen?*

Das bedeutet, dass es bei uns keine geschlossenen Tarife gibt. Wir haben das Tarifwerk zwischendurch auch um ambulante Tarife ergänzt. Entscheidend ist aber, dass wir keine Versicherungsgruppen künstlich voneinander abschnitten. Die Wechselmöglichkeiten zwischen den Tarifen sind sehr gut. In einen Tarif mit weniger Leistungen zu wechseln geht immer, in höhere Tarife kann man zu bestimmten Anlässen wechseln, etwa wenn man heiratet oder wenn man 35, 40, 45, 50 oder 55 geworden ist. Das einheitliche Tarifwerk wird übrigens auch von Assekurata als Qualitätskriterium eingestuft.

*Die Süddeutsche Krankenversicherung ist Partner von über 1.000 Firmen im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung. Firmengruppenverträge: Ein Akquisitionsfeld für Makler?*

Auf jeden Fall. Makler haben häufig schon gute Kontakte zu Firmen über betriebliche Altersvorsorge. Betriebliche Krankenversicherung ist immer mehr im Kommen. Die Arbeitgeber sind sich immer mehr darüber bewusst, dass sie ihren Mitarbeitern auch für die Absicherung der Gesundheit etwas bieten müssen. Der demografische Wandel kommt den Versicherungen durch den verstärkten Wettbewerb um Arbeitskräfte hier ausnahmsweise mal zugute.

*Die Relation „Beitragseinnahmen“ zu „Ausgaben für Krankheiten der Versi-*

*cherten“ vermittelt bei der SDK das Bild eines gesunden Bestandes. Wie gelingt es Ihnen, nicht zu viele Risiken „einzukaufen“?*

Wir machen schon seit Jahren finanzielle Risikoprüfungen. Personen mit mangelnder Bonität nehmen wir nicht an. Wir nehmen nicht alles an Neugeschäft, was wir kriegen können, sondern denken auch an die langfristigen Konsequenzen. Die haben ja im Endeffekt Bestandskunden zu tragen. Neugeschäft um jeden Preis lehnen wir ab. Auch wenn das manchmal, das gebe ich zu, schwierig ist. In bestimmten Berufsgruppen schauen wir darauf, dass die selbstständige Tätigkeit schon mindestens 12 Monate besteht.

*Ein seit Jahrzehnten in vielen Fällen systematisch ausgenutztes Akquisitionsinstrument ist die rücksichtslose Umdeckung von Versicherungsverträgen. Sie sagen konsequent nein zu solchem Geschäft. Doch wie geht das in der Praxis? Welche Prüfkriterien haben Sie hierzu in der Annahmepolitik?*

Es ist nicht so, dass wir grundsätzlich keine Kunden annehmen, die von anderen Versicherungen kommen. Gesteuert wird das vielmehr über unsere Provisionszahlungen und den Kontakt zu unseren Vermittlern. Wir bezahlen keine überhöhten Provisionen und setzen auch sonst keine Anreize für Umdeckungsgeschäft. In einzelnen Fällen gibt es aber gute Gründe, den Anbieter zu wechseln. Dann ist uns der Kunde natürlich willkommen. Da meistens die Nachteile eines Wechsels für den Versicherten überwiegen, sind diese Fälle bei uns aber selten.

*Eine Frage in die Zukunft: Die Leistungserstattung aus einer Hand soll bei der SDK auch für die Pflege eingeführt werden. Was versteht Ihr Haus darunter?*

Wer bei unserem Kooperationspartner, der mhplus Krankenkasse, versichert ist, hat dort ja auch seine Pflegepflichtversicherung. Wenn er über uns Zusatzversicherung ist und der Leistungsfall eintritt, muss er sich nur an einen von uns wenden, um seine Ansprüche geltend zu machen. Wir nehmen dem Versicherten damit einen Dienstgang ab.

# 6 Jahre WFS-Leistungsratings

## ► Erläuterungen zur Rating-Qualität



### Allgemeine Einführung

WFS-Ratings sind in erster Linie Bedingungsratings (Ergebnisse und Kriterien siehe unten). Ziel ist es, dem Verbraucher jene Versicherer zu empfehlen, bei denen man auf den ersten Blick weiß, dass sie ein stark überdurchschnittliches Bedingungs-niveau haben und den Leistungsumfang ebenso transparent präsentieren.

Grundsätzlich gilt: Eine kompetente Beratung und Betreuung durch den Vermittler ist in der Regel wichtiger für den Kunden als der absolut tiefste Preis. Wer allein über die Prämienhöhe verkaufen möchte, ist mit Prämienvergleichen aus Vergleichsprogrammen und Internetportalen besser aufgehoben. Maximale Leistung und hohe Servicequalität haben ihren Preis. Im Schadenfall weiß ein Kunde diesen zu schätzen. Vor allem gilt dies für alle Nicht-0815-Schäden...

### Geschichte

In der Ausgabe 04/2005 der Zeitschrift „Rating-Sieger“ wurde erstmals ein Bedingungsrating in der Sparte Hundehalterhaftpflicht veröffentlicht. Dieses entstand in Zusammenarbeit mit Claus-Peter Meyer. Anfang 2006 wurde das Rating überarbeitet, nachdem die Arbeit an den Folgeratings von Witte Financial Services übernommen wurde. Weitere Ratingsparten folgten 2006, 2007, 2008, 2010 und 2011.

### „Dynamische Leistungsratings“

Dynamisches Leistungsrating bedeutet, dass die Ratingkriterien regelmäßig auf den Prüfstand gesteuert auf seinen Lorbeeren ausruhen kann, da der Mindeststandard jeweils neu im Vergleich zu den leistungsstärksten Anbietern bestimmt wird. Ein Beispiel für die Aktua-

lisierung der Ratinganforderungen liefert die erstmals im April 2010 überarbeitete Hausratsparte. Als die erste Fassung im Heft 04/2008 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 erklärt. Zahlreiche Tarife am Markt erfüllten diese Anforderung nicht. Heute im November 2011 gibt es bereits weit über 50 Versicherer und Konzeptanbieter mit vollständigem Quotelungsverzicht.

Sparte	letzte Aktualisierung der Ratingkriterien	Werden die Musterbedingungen des GDV als Mindeststandard definiert?	Wird eine Innovationsklausel als Mindeststandard definiert?	Sieht das Rating Mindestanforderungen (K.O.-Kriterien) vor?
Hausratsversicherung	Heft 02/2011	ja	ja	ja
Hundehalterhaftpflichtversicherung	Heft 02/2011	ab Gold	ja	ja
Jagdhaftpflichtversicherung	Heft 02/2011	nein	ab Gold	ja
Pferdehalterhaftpflichtversicherung	Heft 02/2011	ab Gold	ja	ja
Privathaftpflichtversicherung	Heft 02/2011	ja	ja	ja
stationäre Krankenzusatzversicherung	Heft 02/2011	nein	nein	nein
Unfallversicherung	Heft 02/2011	ja	ja	ja
Wohngebäudeversicherung	Heft 02/2011	ja	ja	ja

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

Beispiel Eigenbewegungen: diese waren noch vor wenigen Jahren außer bei maxPool und InterRisk nirgends mitversichert. Heute finden sie sich bei einer Reihe von Unfallversicherern in den jeweiligen Hochleistungstarifen. Der vollständige Verzicht auf Kürzung der Leistung wegen Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen wurde zum April 2010 von der VHV eingeführt und hat bereits die ersten Nachahmer gefunden.

**„Statische Leistungsratings“**

Für die Sparten Hundehalter- und Pferdehalterhaftpflichtversicherung wurden in der Vergangenheit ebenfalls dynamische Leistungsratings durchgeführt. Seit April 2010 wurden stattdessen die Mindeststandards neu definiert und vor allem stark ausgeweitet. Dies hat den Vorteil, dass ein Makler oder Kunde bei Entscheidung für einen mit Gold oder Silber gerateten Anbieter genau weiß, welche Leistungen mindestens erbracht werden. In beiden Sparten waren die tatsächlichen Innovationen der vergangenen Jahren – abgesehen von einer sich ausweitenden Mietsachsachschadendeckung – eher gering. Gleichzeitig hat nahezu jeder Reiter oder Hundebesitzer einen ähnlichen Mindestanspruch, so dass es hier Sinn machte, feste Standards zu definieren, anstatt weiter dem dynamischen Ansatz zu folgen.

Aus dem gleichen Grunde wurde für die Sparten Hausrat- und Wohngebäudeversicherung auf dynamische Leistungsratings verzichtet, wofür die Min-

destanforderungen entsprechend umfassend definiert wurden.

**Weshalb reichen nicht allein die Mindeststandards?**

Versicherungen sind vielfältig differenziert. Mindeststandards gewährleisten ein Leistungsniveau, das die selektierten Tarife von der Masse abhebt. Es ist jedoch zu erwarten, dass viele Versicherer versuchen werden, zwar diesen Standards zu entsprechen, nicht jedoch in allen anderen Punkten maximale Vorteile für ihre Versicherten zu definieren. So mehr weitere Kriterien in die Wertung eingehen, umso wahrscheinlicher ist es, dass ein Tarif nicht nur in einigen wenigen Punkten, sondern im Gros der Kriterien überragend sein muss, um sich mit Gold, Silber oder Bronze zu platzieren.

**Innovationsklauseln**

Nicht immer ist es für einen Makler einfach, jeden Kunden zu erreichen, um ihn über die Einführung neuer verbesserter Bedingungswerke zu informieren. Von daher profitieren nicht nur Makler, sondern auch Kunden davon, wenn Versicherer bedingungsseitig garantieren, dass neue verbesserte Bedingungen automatisch auch für den Bestand gelten, sofern dies mit keiner Mehrprämie verbunden ist (Innovationsklausel). Von daher wurde bei den jüngsten Aktualisierungen der WFS-Leistungsratings

darauf geachtet, dass eine Innovationsklausel, soweit sinnvoll möglich, eine Mindestanforderung für hochwertig bewertete Tarife ist.

**Warum gibt es nicht in allen Sparten die Bewertungen „Bronze“ und „empfehlenswert“?**

In Privat- und Tierhalterhaftpflichtversicherung bedeuten „Gold“ und „Silber“, dass bestimmte Mindestanforderungen erfüllt wurden. Diese Kriterien sind bereits so umfangreich, dass weitere Leistungsstufen wenig Sinn machen. Um die Höchstwertung einheitlich bei „Gold“ zu belassen, wurde darauf verzichtet, für Tarife mit festen Standards als einzigem Selektionsmerkmal eine erweiterte Unterscheidung zwischen „empfehlenswert“ und „sehr empfehlenswert“ einzuführen.

**Wer beauftragt WFS, Ratings zu erstellen?**

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

Die Ratings werden ausschließlich für die unabhängige Fachzeitschrift „Risiko & Vorsorge“ (vorher: „Rating-Sieger“) erstellt und quartalsweise aktualisiert.

Gibt es über die Mindeststandards hinaus zusätzliche Leistungsfragen?	Wertungen	Voraussetzungen für empfehlenswert	Anbieter im Test	Tarife im Test	Stand
nein	Gold, Silber, Bronze,	nicht vergeben	56	244	24.10.2011
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	66	366	09.11.2011
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	34	211	08.12.2011
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	66	346	09.11.2011
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	76	482	03.11.2011
ja	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	27	54	08.11.2011
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	83 (24)*	572 (98)*	30.11.2011
nein	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	52	173	30.10.2011

# Rating Unfallversicherungen








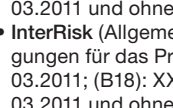



- Kinder
- Erwachsene
- Senioren
- Heilberufe

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 572 Tarife (allgemein) 98 Tarife (Heilberufe) Anbieter im Test: 83 für alle Berufe bzw. 24 für Angehörige von Heilberufen
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert
<b>Stand:</b>	30.11.2011

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de](http://www.witte-financial-services.de)  
Weitere empfehlenswerte Tarife auf [www.witte-financial-services.de/File/ratings.php](http://www.witte-financial-services.de/File/ratings.php)  
sowie Leistungsvergleiche zu ausgewählten Unfalltarifen im Menüpunkt „Finanzdienstleistungen“.

## Tarife für Senioren

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 03.2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 03.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 und PlusProgression 500%)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit dynamex2)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 03.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <p>nicht vergeben</p>
 <p>nicht vergeben</p>	 <p>nicht vergeben</p>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit Festrente)</li> </ul>

Kinder bis 14 Jahre










Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
<div data-bbox="124 293 300 406"> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 03.2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB-i-MAX 2008, Stand 05/2011 ohne Basisprogression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB-i-MAX 2008, Stand 05/2011 mit Basisprogression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB-XXL 2008, Stand 05/2011 ohne Basisprogression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB-XXL 2008, Stand 05/2011 mit Basisprogression)</li> </ul>	<div data-bbox="600 293 775 406"> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 03.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 mit Plus-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 mit Plus-Progression)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner GmbH</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression)</li> </ul>	<div data-bbox="1059 293 1235 406"> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit dynamex2)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+, Stand 05/2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+, Stand 05/2011)</li> </ul>
<div data-bbox="124 770 300 883"> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Normal-Progression)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	<div data-bbox="600 770 775 883"> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 03.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	<div data-bbox="1059 706 1235 819"> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008 i-MAX mit dynamex 2, Stand 05/2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL mit dynamex 2, Stand 05/2011)</li> </ul>
<div data-bbox="124 1259 300 1372"> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011])</li> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Bein (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011])</li> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Hand (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011])</li> </ul>	<div data-bbox="600 1161 775 1276"> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 ohne Plus-Progression)</li> </ul>	<div data-bbox="1059 940 1235 1053"> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit Festrente)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit Festrente)</li> </ul>



## Kinder ab 14 Jahre

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 03.2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 ohne Basis-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 mit Basis-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 ohne Basis-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 mit Basis-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 03.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 mit Plus-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 mit Plus-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit dynamex2)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+, Stand 05/2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+, Stand 05/2011)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Normal-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 03.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner GmbH</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (InterRisk (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 2, Stand 05/2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL mit dynamex 2, Stand 05/2011)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011])</li> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Bein (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011])</li> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Hand (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011])</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Normal-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 ohne Plus-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 ohne Plus-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit Festrente)</li> </ul>

**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"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 03.2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 mit Basis-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 ohne Basis-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 mit Basis-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 ohne Basis-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 03.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 und PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 mit Plus-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 mit Plus-Progression)</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 03.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 und ohne PlusProgression 500%)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX, Stand 05/2011 ohne Plus-Progression)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 05/2011 ohne Plus-Progression)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner GmbH</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit Premium-Progression)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit dynamex3+)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit dynamex2)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL mit dynamex 3+, Stand 05/2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 2, Stand 05/2011)</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX mit dynamex 3+, Stand 05/2011)</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL mit dynamex 2, Stand 05/2011)</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 03.2011 mit Festrente)</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b> (AUB 2007, Stand 01/2011 gültig ab 01.12.2010: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz)</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75 % Invalidität und Premium-Progression)</li> <li>• <b>VHV</b> (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010)</li> </ul>		
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Hand, Bein und Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011])</li> <li>• <b>Swiss Life Partner</b> (AUB 2008-SLP, Stand 07/2010, Besondere Bedingungen PRIMUS PLUS ohne Premium-Progression)</li> </ul>		

**Angehörige von Heilberufen**

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 225% Progression: Invaliditätsleistung
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit HeilberufeTaxe, Stand 03.2011). Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-i-MAX, Stand 08/2009 mit verbesserter Gliedertaxe für Heilberufe). Versicherbare Berufe: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker</li> <li>• <b>InterRisk</b> (AUB 2008-XXL, Stand 08/2009 mit verbesserter Gliedertaxe für Heilberufe). Versicherbare Berufe: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>InterRisk</b> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 03.2011; (B 18): XXL mit Heilberufe-Taxe, Stand 03.2011). Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Mediziner (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]). Versicherbare Berufe: Ärzte, Kieferorthopäden, Orthopäden, Zahnärzte</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Janitos</b> (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Mediziner (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011]). Versicherbare Berufe: Ärzte, Kieferorthopäden, Orthopäden, Zahnärzte</li> </ul>

# Rating Stationäre Krankenzusatztarife



Anbieter im Test: Allianz, Arag, Axa, Barmenia, BayerischeBe amtenkrankenkasse (BBKK), Central, Concordia, Continentale, CSS, Debeka, DEVK, DKV, Ergo Direkt, Gothaer, Hallesche, Hanse Merkur, HUK-Coburg, Janitos, LKH, Mannheimer, Münchener Verein, Nürnberger, Signal Iduna, Süddeutsche, Union, Universa, Württembergische

**Basis:** Tarife im Test: 54 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife  
Anbieter im Test: 27

**Wertung:** Gold, Silber, Bronze

**Stand:** 08.11.2011

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de/File/ratings.php](http://www.witte-financial-services.de/File/ratings.php)

## Einzelrating Bedingungen




	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Barmenia (Tarif: VS100 + ESZ, Stand 01.2011)	Barmenia (Tarif: VS200 + ESZ, Stand 01.2011)
	CSS (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)* Hallesche (Tarif: CSA 100, CSW1, Stand 01.2009)	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
	Concordia (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) Mannheimer (Tarife: ZSW, Stand 01.2010; ZSWR-OPT, Stand 01.2009)	Concordia (Tarife: SZ2 und SZ PLUS, Stand 01.2010) 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) Barmenia (Tarif: S, Stand 01.2011) CSS (Tarif: CSS clinic, Stand 11.2008)* HUK-Coburg (Tarif: SZ, Stand 05.2011) Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)* LKH (Tarif: 400, Stand 01.2010)	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)
	Concordia (Tarif: SZ 1, Stand 01.2009)	Arag (Tarif: 262, Stand 01.2011) Ergo Direkt (Tarif: SZ, Stand 01.2008)
	Arag (Tarif: 261, Stand 01.2011) Hallesche (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 01.2009) Nürnberger (Tarif: SZ1, Stand 01.2009)	Concordia (SZ 2, Stand 01.2010) DEVK (Tarif: ST-G2, Stand 01.04.2009)

\* Tarif ohne Altersrückstellungen bei Erwachsenen




## Einzelrating Prämienniveau Frauen im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre

	1- und 2-Bettzimmer tarife	2-Bettzimmer tarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen <b>GOLD</b>	<b>Axa</b> (Tarif: Komfort, Stand 04.2009) <b>HUK-Coburg</b> (Tarif: SZ, Stand 05.2011) <b>Janitos</b> (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)* <b>LKH</b> (Tarif: 400, Stand 01.2010)	nicht vergeben
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen <b>SILBER</b>	<b>Concordia</b> (Tarif: SZ1, Stand 01.2009) <b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)	nicht vergeben
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen <b>BRONZE</b>	<b>Arag</b> (Tarif: 261, Stand 01.2011) <b>Barmenia</b> (Tarif: S, Stand 01.2011) <b>Süddeutsche</b> (Tarif: SG1, Stand 01.2011)	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 01.2011) <b>Ergo Direkt</b> (Tarif: SZ, Stand 01.2008) <b>Süddeutsche</b> (Tarif: SG2, Stand 01.2010)

## Preis-/Leistungsniveau Männer

	1- und 2-Bettzimmer tarife	2-Bettzimmer tarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer <b>GOLD</b>	<b>Concordia</b> (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) <b>CSS</b> (Tarif: clinic, Stand 11/2008)* <b>Hallesche</b> (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 01.2009)	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer <b>SILBER</b>	<b>Arag</b> (Tarif: 261, Stand 01.2011) <b>Janitos</b> (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 01.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer <b>BRONZE</b>	nicht vergeben	nicht vergeben

## Preis-/Leistungsniveau Frauen

	1- und 2-Bettzimmer tarife	2-Bettzimmer tarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen <b>GOLD</b>	<b>Concordia</b> (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) <b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)*	<b>CSS</b> (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen <b>SILBER</b>	<b>Arag</b> (Tarif: 261, Stand 01.2011) <b>Janitos</b> (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 07.2010)*	<b>Arag</b> (Tarif: 262, Stand 01.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen <b>BRONZE</b>	nicht vergeben	nicht vergeben

**Bitte beachten:** die Standangabe entspricht dem jüngeren Wert aus Beitragsanpassung oder Bezeichnung auf dem Tarifwerk. Beispiel Arag. Die letzte Beitragsanpassung erfolgte zu 04.2010. Seit 01.2011 gibt es jedoch ein neues Bedingungsnetz, in dem die Tarife 261 und 262 nicht geändert wurden. Damit wird als Stand 01.2011 benannt.

\* Tarif ohne Altersrückstellungen bei Erwachsenen

# Rating Privathaftpflichtversicherungen



■ Privathaftpflichtversicherungen für Familien, Paare und Singles: Leistungsvergleich

**Basis:** Tarife im Test: 482  
Anbieter im Test: 76

**Wertung:** Gold, Silber

**Stand:** 03.11.2011

## Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen



### ASC

- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.10.2011) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

### InterRisk

- (B 62: Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft, Stand 03.2011; B 68: Privathaftpflichtversicherung XXL, Stand 03.2011) mit 5, 10, 25 oder 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (AHB 2008, Stand 07.2008, Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung nach dem XXL-Konzept (PHV 2008-XXL), Stand 05.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

### VHV

- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.10.2011)



### ASC

- (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010 mit Annahmerichtlinien, Stand 01.07.2011): Best Selection Normal mit 10 u. 20 Mio. Euro Deckung
- (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010 mit Annahmerichtlinien, Stand 01.07.2011. Zusätzliche Vereinbarung zur Privathaftpflichtversicherung 55plus): Best Selection 55plus mit 10 und 20 Mio. Euro Deckung
- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.10.2011, mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V))

### BCA

- (VARIO Status, VARIO Plus; jeweils Stand 01.01.2010)
- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009)

### Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2011, BBR PHV VARIO Komfort Plus: VARIO-PAKET ohne Abwahl oder nur mit Abwahl der Leistungspakete „erweiterte Vorsorge“ und „Recht“)

### InterRisk

- (AHB 2008, Stand 07.2008, Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung nach dem XL-Konzept (PHV 2008-XL), Stand 06.2009)
- (AHB 2008, Stand 07.2008, Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung nach dem XXL-Konzept (PHV 2008-XXL), Stand 05.2011)
- (B 62: Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft, Stand 03.2011; B 67: Privathaftpflichtversicherung XL, Stand 03.2011)
- (B 62: Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft, Stand 03.2011; B 68: Privathaftpflichtversicherung XXL, Stand 03.2011)

### Invers

- (VARIO Status, Stand 01.01.2010)
- (VARIO Plus, Stand 01.01.2010)

### Janitos

- (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)

### Konzept & Marketing

- (AT 2010, PHV 2010: allsafe Tarif select Z1 – Stand 10/2010)
- (AT 2011, Stand 11.2010; PHV 2011, Stand 11.2011: allsafe Tarif select Z2)

### maxPool

- (VARIO, Stand 01.01.2010)

### NV-Versicherungen

- (AHB 2008, Stand 01.2008, Privatmax. 4.0, Stand 10.2010)
- (AHB 2008, Stand 01.2008, NV PrivatPremium, Stand 10.2010)

### Syncro24

- (PHV VARIO Plus, Stand 01.01.2010)
- (PHV VARIO Status, Stand 01.01.2010)

### VHV

- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009)

# Rating Hausratversicherungen

Tarife mit Versicherungsschutz mit einer Versicherungssumme von 60.000 und 150.000 Euro



<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 244 Anbieter im Test: 56 Versicherer bzw. Konzeptanbieter
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze
<b>Stand:</b>	24.10.2011

## Bedingungsrating

Basis: Versicherungssumme 60.000 Euro		
 Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro <b>GOLD</b>	 Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro <b>SILBER</b>	 Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 60.000 Euro <b>BRONZE</b>
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009)</li> <li>• (B 01, Stand 03.2011; B28 (Stand: 03.2011): XXL)</li> </ul> <p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (EV 2010, Stand 05/2011: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)*</li> </ul>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011)</li> </ul> <p><b>Swiss Life</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011 mit Sorglos-paket Prima Plus)</li> <li>• (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011)</li> </ul>	<p><b>ASC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009)</li> </ul> <p><b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2010, Stand 01.2011: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2011)</li> </ul> <p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2011, BBH Klassik-Garant - Juli 2011, Baustein Exklusiv - Juli 2011, BWE 2011 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein)</li> </ul>
Basis: Versicherungssumme 150.000 Euro		
 Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro <b>GOLD</b>	 Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro <b>SILBER</b>	 Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro <b>BRONZE</b>
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009)</li> <li>• (B 01, Stand 03.2011; B28 (Stand: 03.2011): XXL)</li> </ul> <p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (EV 2010, Stand 05/2011: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)*</li> </ul>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011)</li> </ul> <p><b>Swiss Life</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011 mit Sorglos-paket Prima Plus)</li> <li>• (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011)</li> </ul>	<p><b>ASC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009)</li> </ul> <p><b>Haftpflichtkasse Darmstadt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2010, Stand 01.2011: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2011)</li> </ul> <p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VHB 2011, BBH Klassik-Garant - Juli 2011, Baustein Exklusiv - Juli 2011, BWE 2011 - Privat: Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein)</li> </ul>

\* 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/File/ratings.php](http://www.witte-financial-services.de/File/ratings.php)

# Rating Wohngebäudeversicherungen



- Einfamilienhäuser
- Zweifamilienhäuser
- Mehrfamilienhäuser

**Basis:** Tarife im Test: 173  
Anbieter im Test: 52 Versicherer bzw. Konzeptanbieter

**Wertung:** Gold, Silber, Bronze

**Stand:** 30.10.2011

► Analysiert wurden ganz oder überwiegend privat genutzte Wohngebäudeversicherungen ohne Berücksichtigung eines möglichen Einschusses von Glasschäden. Sofern geforderte Mindestleistungen nur gegen Zuschlag mitversichert werden können, wurde ein solcher Mindestzuschlag berücksichtigt. Nicht berücksichtigt wurde ein möglicher Mehrbedarf für die Mitversicherung von Geothermie- oder Photovoltaikanlagen. Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de](http://www.witte-financial-services.de).



Bedingungsrating Einfamilienhäuser		
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 03.2011)</li> <li>• (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011)</li> </ul> <p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (EV 2010, Stand 05.2011: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)*</li> </ul>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011)</li> </ul>	<p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Juli 2011)</li> <li>• (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Juli 2011)</li> </ul>
Bedingungsrating Zweifamilienhäuser		
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 03.2011)</li> <li>• (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011)</li> </ul> <p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (EV 2010, Stand 05.2011: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)*</li> </ul>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011)</li> </ul>	<p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Juli 2011)</li> <li>• (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Juli 2011)</li> </ul>
Bedingungsrating Mehrfamilienhäuser		
<p><b>InterRisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 03.2011)</li> <li>• (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011)</li> </ul>	<p><b>Konzept &amp; Marketing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011)</li> </ul>	<p><b>VHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Juli 2011)</li> <li>• (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Juli 2011)</li> </ul>

\* 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.

# Rating Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster



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

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 211 Anbieter im Test: 34
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert
<b>Stand:</b>	08.12.2011

## Bedingungsrating Jagdhaftpflichtversicherung

WITTE FINANCIAL SERVICES 1 GOLD	WITTE FINANCIAL SERVICES 2 SILBER	WITTE FINANCIAL SERVICES 3 BRONZE
<p><b>Gothaer Allgemeine Versicherung AG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AHB, Stand 01/2008, BBR, Stand 01.2011</li> <li>• AHB, Stand 01/2008, BBR, Stand 01.2011 mit Klausel 144</li> </ul> <p>Tarife mit 6 oder 15 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- u. Vermögensschäden</p> <p><i>Versicherter Personenkreis:</i> der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner</p> <p><i>Innovationsklausel:</i> ja / <i>GDV-Garantie:</i> nein</p>	<p><b>degenia Versicherungsdienst AG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung (Stand 11/11) premium (DEG-JHV-002) Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden</li> <li>• AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung (Stand 11/11) premium (DEG-JHV-002); AUB 2004 DEG; DEG-JHV/RS-001 Jäger-Rechtsschutz: Jägerpaket Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden</li> </ul> <p><i>Versicherter Personenkreis:</i> der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner</p> <p><i>Innovationsklausel:</i> ja / <i>GDV-Garantie:</i> nein</p> <p><i>Laut Bedingungen besteht keine ausdrückliche Mitversicherung auch von Geschossen, sondern nur von Schusswaffen und Munition. Eine substantielle Einschränkung ist trotz entsprechender GDV-Abweichung nicht erkennbar, zumal die Bedingungen keinen Ausschluss für entsprechende Schäden aufweisen.</i></p> <p><b>VGH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AHB, Stand 07.2010; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 07.2010</li> </ul> <p>Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden</p> <p><i>Versicherter Personenkreis:</i> der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdveranstalter bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner</p> <p><i>Innovationsklausel:</i> ja / <i>GDV-Garantie:</i> nein</p>	<p><b>VGH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AHB, Stand 07.2010; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 07.2010</li> </ul> <p>Tarif mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden</p> <p><i>Versicherter Personenkreis:</i> der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdveranstalter bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner</p> <p><i>Innovationsklausel:</i> ja / <i>GDV-Garantie:</i> nein</p>

► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter [www.witte-financial-services.de/File/ratings.php](http://www.witte-financial-services.de/File/ratings.php). Dort finden Sie auch umfassendere Prämientabellen sowie beispielhafte Leistungsunterschiede verschiedener Tarife.



# Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen



- für nicht gewerbliche Besitzer von Pferden, Kleinpferden, Ponys, Eseln und Maultieren
- selbstständige Policen oder in Verbindung mit Privathaftpflicht

<b>Basis:</b>	Tarife im Test: 346 Anbieter im Test: 66
<b>Wertung:</b>	Gold, Silber
<b>Stand:</b>	09.11.2011

## Bedingungsrating Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung



### InterRisk

- (B 62, Stand 03.2011: B 69 - XXL, Stand 03.2011) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden

### VHV

- (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V. Maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person).



### ConzeptA

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

### 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)

### Janitos

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

### Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V).

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)

### Swiss Life Partner

- (BBR Tierhalter SLP 2008, Stand 01.11.2009) mit 8 oder 10 Mio. Euro (P, S, V)

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)

**NV-Versicherungen** (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR PferdePremium, Stand 03.2010) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S) und 10 Mio. Euro (V)

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



### InterRisk

- (B 62, Stand 03.2011: B 69 - XXL, Stand 03.2011) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden

### VHV

- (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V. Maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person).



### 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)

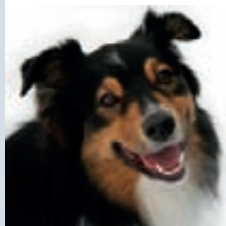
### Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V).

Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und damit implizit auch Distanzritten gegen Zuschlag.

Hinweis: maxPool verwendet in diesem Zusammenhang als Risikoträger für die Pferdehalterhaftpflichtversicherung den Volkswahl Bund, für das private Haftpflichtrisiko jedoch wahlweise den Tarif der Medien-Versicherung oder den empfehlenswerten Tarif der Haftpflichtkasse Darmstadt

# Rating Hundehalterhaftpflichtversicherungen



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

**Basis:** Tarife im Test: 366  
Anbieter im Test: 66

**Wertung:** Gold, Silber

**Stand:** 09.11.2011

## Bedingungsrating (Tarife für die selbständige Hundehalterhaftpflichtversicherung)



Hundehalter-  
Haftpflichtversicherung  
Selbstständige THV  
Alle Hunde

**GOLD**

### ConceptA

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

### InterRisk

- (B 62, Stand 03.2011: B 69 - XXL, Stand 03.2011) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögensschäden

### Janitos

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

### Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V); **Voraussetzung für die Empfehlung** ist die Mitversicherung der erweiterten Mietsachschadendeckung gegen Zuschlag
- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)



Hundehalter-  
Haftpflichtversicherung  
Selbstständige THV  
Alle Hunde

**SILBER**

### ConceptA

- (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S), 2,5 Mio. Euro (V)

### ConceptIF

- (Konzept VI: AHB, Stand 01.2008; BBR Hundemax. - 03/2010: Tierhalter-Haftpflicht-Versicherung) mit 6 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

### 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)

### Janitos

- (AHB, BBR für Tierhalter, Stand 01.01.2008: Balance; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S), 2,5 Mio. Euro (V)

### Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

### NV-Versicherungen

- (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR Hundemax. - 03/2010) mit 5 Mio. Euro (P, S) und 5 Mio. Euro (V)
- (AHB 2008, Stand 01.2008, BBR HundePremium - 03/2010) mit 10 Mio. Euro (P, S) und 10 Mio. Euro (V)

### Swiss Life Partner

- (BBR Tierhalter SLP 2008, Stand 01.11.2009) mit 8 oder 10 Mio. Euro (P, S, V)

### VHV

- (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V, maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person)

### Waldenburger

- (AHB, Stand 10.2010, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für Halter von Tieren, Stand 01.07.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V)

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



Hundehalter-  
Haftpflichtversicherung  
Alle Hunde  
+Private Haftpflicht

**GOLD**

### InterRisk

- (B 62, Stand 03.2011: B 69 - XXL, Stand 03.2011) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögensschäden



Hundehalter-  
Haftpflichtversicherung  
Alle Hunde  
+Private Haftpflicht

**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)

### Konzept & Marketing

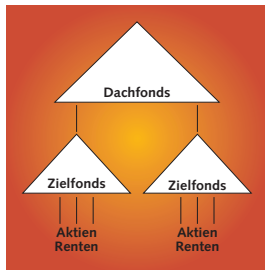
- (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

### VHV

- (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V), maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person)

**Hinweis:** Alle hier aufgeführten Tarife gelten nur für tariflich definierte Hunderassen, nicht jedoch für „Kampfhunde“ im Sinne der jeweiligen Tarife. Besonders empfehlenswert ist für diese Hunde die Haftpflichtkasse Darmstadt, da hier nicht zwischen gefährlichen und weniger gefährlichen Hunden unterschieden wird. Sehr leistungsstark sind auch die Hundehalterhaftpflichtversicherungen der degenia (classic, premium und optimum, 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.

# Dachfonds-Ranking



- Dachfonds dynamisch Welt
- Dachfonds defensiv Welt
- Dachfonds flexibel Welt
- Dachfonds ausgewogen Welt

**Basis:** 898 Dachfonds

**Wertung:** ★★★★★

**Ranking:** 31.10.2011  
**Stichtag:** (Stand: 11/2011)

## 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](http://www.fww.de)

## Schwerpunkt Dachfonds dynamisch Welt

(Produkte, die vorrangig in Aktienfonds investieren)

Basis: 292 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 24.11.2011

Fondsname	KAG	ISIN	per 1 Jahr	per 3 Jahre p.a.	per 5 Jahre p.a.	Vola 3 Jahre	FWW FundStars
Allianz Horizont Dynamik	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0103683248	-9,52	12,33	-1,98	11,72	★★★★★
apo Vivace INKA	INKA Internationale KAG mbH	DE000A0M-2BQ0	0,83	5,85	---	5,67	★★★★★
Argentos Sauren Dynamik-Portfolio	DWS Investment GmbH	DE000DWS0PD9	-11,32	12,15	---	13,73	★★★★★
AXA Portfolio 7	AXA Investment Managers Deutschland GmbH	DE0009789537	0,05	16,22	2,66	12,59	★★★★★
BerolinaCapital Premium	Deka International S.A.	LU0096429609	-15,13	12,20	-4,51	16,23	★★★★★
Best-in-One World	Allianz Global Investors KAG mbH	DE0009787002	-7,81	13,16	-3,67	14,91	★★★★★
ComfortInvest Chance	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605318	-10,70	16,11	---	15,42	★★★★★
Commerzbank allstars-anlage Chance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0322107672	-9,42	8,17	---	10,39	★★★★★
D&R Multi Asset Strategy - Growth	HANSAINVEST LUX S.A.	LU0105425887	-3,91	7,40	-2,71	8,57	★★★★★
DekaStruktur: 3 Chance Plus	Deka International S.A.	LU0124427930	-14,53	11,55	-4,60	15,83	★★★★★
DekaStruktur: 4 ChancePlus	Deka International S.A.	LU0185901153	-14,66	11,46	-4,67	15,82	★★★★★
Elbe Strategieportfolio Offensiv UI	Universal-Investment GmbH	DE000A-0MYGZ7	-6,11	10,67	---	11,47	★★★★★
ETF-PORTFOLIO GLOBAL	Veritas Investment Trust GmbH	DE000A0M-KQK7	-13,76	12,65	---	16,63	★★★★★
FFPB Dynamik	Oppenheim Asset Mgmt Services S.à r.l.	LU0317844412	-10,45	11,13	---	13,47	★★★★★
FondsManagement Chance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0320549602	-7,09	9,79	---	12,22	★★★★★
GlobalManagement Chance 100	SGSS Deutschland KAG mbH	DE000A0NE4U4	-7,13	8,01	---	8,84	★★★★★
Gothaer Comfort Dynamik	DWS Investment GmbH	DE000DWS-ORY1	-7,55	7,88	---	10,07	★★★★★
H&S FM Global 100	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605359	-3,97	12,00	---	10,89	★★★★★
LBBW Equity Select	LRI Invest S.A.	LU0281806751	-9,38	12,58	---	12,28	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Performance (EUR)	Legg Mason Investments (Lux) S.A.	LU0196847098	-8,65	10,80	-2,54	11,94	★★★★★
Legg Mason Multi-Manager Performance (USD)	Legg Mason Investments (Lux) S.A.	LU0196862568	-4,36	11,99	-2,67	12,18	★★★★★
MEAG GlobalChance DF	MEAG MUNICH ERGO KAG mbH	DE0009782789	-10,79	11,72	-5,01	14,13	★★★★★
MultiManager Fonds 4	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013617	-11,44	12,75	-2,62	13,47	★★★★★
MultiManager Fonds 5	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013625	-11,77	16,11	-3,39	15,21	★★★★★
MultiSelect Welt-Aktien	Institutional Trust Mgmt Company S.à.r.l.	LU0098504490	-6,01	13,38	-4,62	15,05	★★★★★
PremiumMandat Balance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0268208047	-4,09	10,43	---	6,33	★★★★★
PremiumMandat Dynamik	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0268210969	-7,68	11,65	---	9,60	★★★★★
PremiumMandat Dynamik Plus	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0345923816	-11,60	14,54	---	14,90	★★★★★
PremiumStars Chance	Allianz Global Investors KAG mbH	DE0009787077	-3,68	13,37	-0,66	12,55	★★★★★
Sauren Global Champions	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0123374935	-12,33	10,11	-4,48	12,85	★★★★★
Sauren Global Opportunities	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0106280919	-9,53	18,71	1,23	11,33	★★★★★
Sauren Global Stable Growth	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0136335097	-3,35	14,03	2,43	9,15	★★★★★
Schoellerbank Global Dynamic	Schoellerbank Invest AG	AT0000A08Q96	-4,96	7,29	---	8,49	★★★★★
SEB Optimix Wachstum	SEB Asset Management S.A.	LU0066376988	-7,66	8,18	-3,44	8,80	★★★★★
StarCap SICAV - German Masters	StarCapital S.A.	LU0105752140	-12,25	11,13	-3,50	12,13	★★★★★
TradeCom FondsTrader	Security Kapitalanlage Aktiengesellschaft	AT0000654645	-6,74	6,54	2,36	8,88	★★★★★
VR Nürnberg (IPC) - Global Best Select	IPConcept Fund Management S.A.	LU0263668369	-17,74	13,30	-6,90	14,62	★★★★★
WWK Select Chance	WWK Investment S.A.	LU0126855997	-7,89	11,98	-4,37	13,69	★★★★★

## Schwerpunkt Dachfonds defensiv Welt

(Produkte, die vorrangig in Rentenfonds investieren)

Basis: 224 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 24.11.2011

Fondsname	KAG	ISIN	per 1 Jahr	per 3 Jahre p.a.	per 5 Jahre p.a.	Vola 3 Jahre	FWW FundStars
3 Banken Renten-Dachfonds	3 Banken-Generali Investment-Ges. mbH	AT0000744594	-2,81	4,20	2,96	4,14	★★★★★
3 Banken Strategie Klassik	3 Banken-Generali Investment-Ges. mbH	AT0000986351	-0,87	5,89	1,92	3,50	★★★★★
ARIQON Konservativ	C-QUADRAT Kapitalanlage AG	AT0000615836	-1,42	6,90	4,71	3,91	★★★★★
AXA Portfolio 6	AXA Investment Managers Deutschland	DE0009789529	-1,12	5,98	4,87	7,84	★★★★★
Best Global Bond Concept OP	Oppenheim Asset Mgmt Services S.à r.l.	LU0173001990	-0,08	2,93	2,11	3,18	★★★★★
Best-INVEST Bond Satellite	LBB-INVEST	DE0005319909	-4,74	5,95	1,67	4,09	★★★★★
ComfortInvest Substanz	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605300	-4,27	8,02	---	6,56	★★★★★
C-QUADRAT ARTS Total Return Bd	C-QUADRAT Kapitalanlage AG	AT0000634720	1,62	11,34	5,51	6,75	★★★★★
Deka-PB Werterhalt 2y	Deka International S.A.	LU0333672870	1,67	3,90	---	2,17	★★★★★
Elbe Strategieportfolio Defensiv UI	Universal-Investment GmbH	DE000A0MYGX2	-0,76	6,97	---	4,66	★★★★★
ESPA PORTFOLIO BALANCED 30	ERSTE-SPARINVEST KAG m.b.H.	AT0000A09R60	-2,07	3,53	---	3,20	★★★★★
FondsManagement Substanz	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0320548547	-3,16	4,36	---	3,37	★★★★★
Franklin Templeton Strategic Conservative	Franklin Templeton Intern. Services S.A.	LU0236640628	-3,61	5,07	1,73	4,24	★★★★★
HAIG Select Formel 25	Hauck & Aufhäuser Investmentges S.A.	LU0090344127	-2,61	3,81	1,40	3,47	★★★★★
HUK-Vermögensfonds Basis	BayernInvest Luxembourg S.A.	LU0123853409	-2,83	4,20	0,61	3,48	★★★★★
MLP absolute return I	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0252186555	-0,59	6,33	---	3,27	★★★★★
MLP absolute return II	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0268212239	-1,46	8,57	---	4,48	★★★★★
MultiManager Fonds 1	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013583	-6,13	5,07	1,12	5,48	★★★★★
PremiumMandat Defensiv	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0268209441	-2,24	6,64	---	3,68	★★★★★
Private Banking Premium Ertrag	LBB-INVEST	DE0005320030	0,18	2,90	0,46	2,23	★★★★★
RAM Konservativ	DWS Investment S.A.	LU0093745825	-0,67	8,74	5,42	6,06	★★★★★
Santander Vermögensverwaltungs-f. Kapitalprotekt Substanz	SEB Investment GmbH	DE000SEB1AM4	-0,20	1,94	---	0,68	★★★★★
Sauren Global Defensiv	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0163675910	-1,79	3,78	2,32	2,56	★★★★★
SEB Optimix Substanz	SEB Asset Management S.A.	LU0151339883	0,18	2,35	1,29	1,17	★★★★★
siemens/portfolio.two	Allianz Invest Kapitalanlageges.mbH	AT0000781570	-2,42	5,31	1,78	3,69	★★★★★

## Schwerpunkt Dachfonds flexibel Welt

(Dachfonds mit sehr breitem Anlagehorizont und einem Mix der Anlagestile)

Basis: 234 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 24.11.2011

Fondsname	KAG	ISIN	per 1 Jahr	per 3 Jahre p.a.	per 5 Jahre p.a.	Vola 3 Jahre	FWW FundStars
AAA Multi Asset Portfolio Rendite AMI	AmpegaGerling Investment GmbH	DE000A0MY021	-5,57	3,30	---	5,35	★★★★★
Best Opportunity Concept OP	Oppenheim Asset Mgmt Services S.à r.l.	LU0173002295	-13,22	7,37	-5,78	12,96	★★★★★
ComfortInvest Perspektive	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605367	-13,95	10,06	---	14,67	★★★★★
Constantia Multi Invest 92	Semper Constantia Invest GmbH	AT0000A09HN4	-13,63	13,68	---	14,56	★★★★★
ETF-Dachfonds Emerging Markets Plus Money	Veritas Investment Trust GmbH	DE0009763326	-2,49	11,14	0,28	12,03	★★★★★
FM Core Index Selection Fund	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013658	-6,46	9,23	1,86	10,14	★★★★★
GANADOR - Ataraxia	AXXION S.A.	LU0321869041	-13,94	15,06	---	15,65	★★★★★
Gerling Portfolio Multi ETF Strat.	AmpegaGerling Investment GmbH	DE0009847327	-4,95	7,97	-0,21	8,54	★★★★★
Global Opport. HAIG - WorldSelect	Hauck & Aufhäuser Investmentges. S.A.	LU0288319352	5,48	11,93	---	11,34	★★★★★
Golden Gate Global AMI	AmpegaGerling Investment GmbH	DE000A0MUQZ4	-5,70	11,88	---	13,59	★★★★★

## Schwerpunkt Dachfonds flexibel Welt

(Dachfonds mit sehr breitem Anlagehorizont und einem Mix der Anlagestile)

Basis: 234 Dachfonds, mindestens 3 Jahre im Markt, Performance-Stand: 24.11.2011

Fondsname	KAG	ISIN	per 1 Jahr	per 3 Jahre p.a.	per 5 Jahre p.a.	Vola 3 Jahre	FWW FundStars
Guliver Demografie Wachstum	LRI Invest S.A.	LU0195300784	0,13	10,12	-4,39	11,10	★★★★★
HAC World Top-Investors	WARBURG INVEST LUXEMBOURG S.A.	LU0321076134	-4,92	11,95	---	8,48	★★★★★
IAMF - CRP - Top Mix Welt	MK Luxinvest S.A.	LU0211525950	-14,22	6,32	-3,84	11,31	★★★★★
IAMF - World Strategy Portfolio	MK Luxinvest S.A.	LU0275530797	-10,00	8,14	---	11,35	★★★★★
IFP International Fund Picking Fd	Universal-Investment GmbH	DE000A0M6DV7	-5,13	7,90	---	7,26	★★★★★
Kapital Konzept multiflex	HSBC Trinkaus Investment Mgrs S.A.	LU0327379359	3,54	11,40	---	8,75	★★★★★
Multi Asset Fund of Funds 2	HSBC Trinkaus Investment Mgrs S.A.	LU0327379433	-8,94	5,80	---	10,69	★★★★★
Multi Opportunities	DWS Investment S.A.	LU0116291054	-1,51	11,23	1,36	9,90	★★★★★
Multi Opportunities II	DWS Investment S.A.	LU0148742835	-3,23	7,99	3,48	7,72	★★★★★
Multi-Strategie Global Union	Union Investment Privatfonds GmbH	DE000A0KDYH6	-3,87	5,41	---	7,67	★★★★★
Münchener Bank Global Select	Union Investment Privatfonds GmbH	DE000A0KDYK0	-0,77	4,60	---	4,27	★★★★★
MuP Vermögensverw. Horizont 10	HANSAINVEST	DE000A0M2H70	-17,07	9,92	---	13,99	★★★★★
nowinta - PRIMUS Global	AXXION S.A.	LU0324528339	-16,08	13,59	---	16,25	★★★★★
Patriarch Classic B & W Gbl Freestyle	Hauck & Aufhäuser Investmentges. S.A.	LU0191626133	-11,25	6,32	---	9,27	★★★★★
Patriarch Laransa Wachstums Fds	Hauck & Aufhäuser Investmentges. S.A.	LU0327869284	-8,53	8,75	---	10,73	★★★★★
Pioneer Investments Wachstum	Pioneer Asset Management S.A.	LU0047059125	-2,03	6,06	-3,21	7,58	★★★★★
S & H Globale Märkte	FRANKFURT-TRUST Investment-Ges.	DE000A0MYEG2	-11,78	10,26	---	11,23	★★★★★
Renditefonds Celle	HANSAINVEST	DE000A0MYEM0	-4,88	2,67	---	4,46	★★★★★

## Schwerpunkt Dachfonds 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: 24.11.2011

Fondsname	KAG	ISIN	per 1 Jahr	per 3 Jahre p.a.	per 5 Jahre p.a.	Vola 3 Jahre	FWW FundStars
Allianz Horizont Balance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0103682786	-7,59	11,02	-0,61	9,01	★★★★★
AXA Wachstum Invest	AXA Investment Managers Deutschland	DE0009789446	-3,29	8,03	-1,96	7,12	★★★★★
Elbe Strategieportfolio Balance UI	Universal-Investment GmbH	DE000A0MYGY0	-2,67	9,36	---	7,52	★★★★★
FondsManagement Balance	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0320548976	-3,70	6,92	---	6,19	★★★★★
FondsManagement Wachstum	Allianz Global Investors Luxembourg S.A.	LU0320549354	-4,93	8,77	---	9,21	★★★★★
GlobalManagement Classic 50	SGSS Deutschland KAG mbH	DE000A0NE4R0	-3,02	5,55	---	4,66	★★★★★
Gothaer Comfort Balance	DWS Investment GmbH	DE000DWS0RX3	-6,42	5,73	---	6,31	★★★★★
H&S FM Global 60	KAS Investment Servicing GmbH	DE0002605342	-3,46	8,21	---	7,23	★★★★★
Legg Mason Multi-Mger Balcd (EUR)	Legg Mason Investments (Lux) S.A.	LU0196846017	-6,78	9,07	-1,65	9,17	★★★★★
MEAG GlobalBalance DF	MEAG MUNICH ERGO Kapitalanlageges.	DE0009782763	-6,74	5,75	-0,99	6,29	★★★★★
MultiManager Fonds 3	KAS Investment Servicing GmbH	DE0007013609	-11,87	11,40	-1,53	13,53	★★★★★
PremiumStars Wachstum	Allianz Global Investors KAG mbH	DE0009787069	-2,90	10,35	-0,01	8,67	★★★★★
RAM Wachstum	DWS Investment S.A.	LU0093746120	-6,65	7,76	4,37	7,66	★★★★★
Sauren Global Balanced	Sauren Fonds-Select SICAV	LU0106280836	-3,52	9,43	0,78	6,75	★★★★★
Schoellerbank Global Pension Fds	Schoellerbank Invest AG	AT0000814991	-6,51	6,38	-0,91	6,52	★★★★★
SEB Optimix Ertrag	SEB Asset Management S.A.	LU0066376558	-3,96	5,48	-1,10	4,53	★★★★★

## Jahres-Sieger 2011

# Threadneedle European Smaller Companies

Man bekommt ihn nicht einfach so bei seiner Hausbank. Nur, wenn man darauf besteht. Denn die Hausbank verkauft an erster Stelle ihre Eigengewächse, völlig unabhängig davon, was diese wohl taugen mögen. Und: Nebenwerte-Fonds werden generell nur selten offensiv verkauft. Dabei ist das Angebot an Top-Fonds für europäische Small Caps richtig groß.

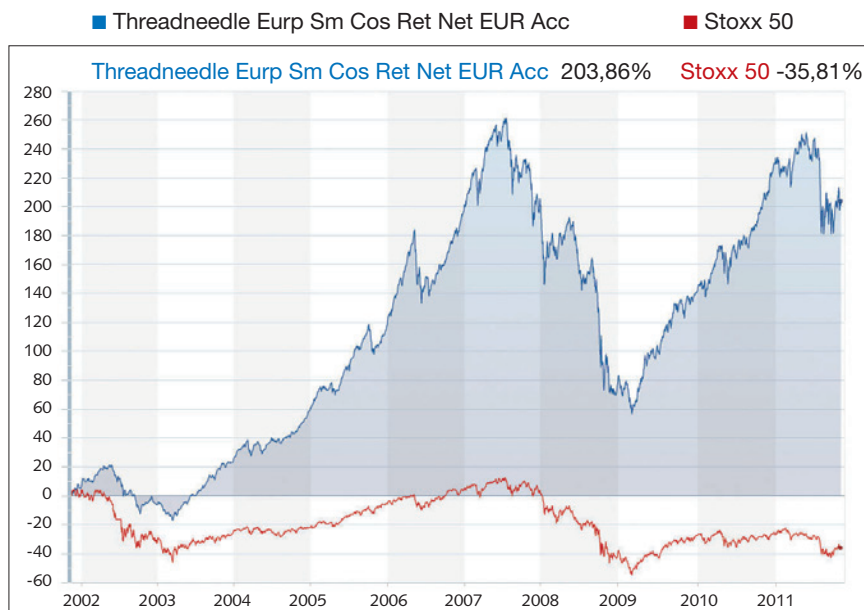
Alle Jahre wieder eine Empfehlung wert ist dabei der nahezu stetige Spitzenreiter: Threadneedle European Smaller Companies (GB 0002771383). Sogar im risikogewichteten CMP-Rating ist dieser Fonds häufig unter den ersten zehn europäischen Aktienfonds zu finden. Dass der Fonds gerade auch bei professionellen Anlegern gut ankommt, zeigt sein stolzes Volumen: aktuell 1.143 Milliarden Euro. Hinzu kommt: Ein durchaus preiswerter Fonds für diese echte Leistung!

Der Fondsmanager selektiert für den European Smaller Companies Unternehmen, die trotz excellenter Marktdaten mit einem jeweils niedrigen Kurs-Gewinn-Verhältnis aufwarten können. Er ist dabei frei von Branchen- und Ländervorgaben.

Der Fonds muss zudem Aktien aus mindestens acht verschiedenen Ländern und sechs Branchen halten. Wenn markttechnisch notwendig, kann der Fonds auch festverzinsliche Wertpapiere, andere Aktien und geldmarktnahe Papiere in Besitz haben.

Nebenwerte, in Deutschland im M- und S-Dax repräsentiert, gelten als eher ineffiziente Anlageklasse. Hier bietet das aktive Fondsmanagement daher bessere Chancen für eine deutliche Outperformance der Benchmark. Gerade in Zeiten eines Börsenaufschwungs sieht zum Beispiel der Dax 30 gegenüber den Nebenwerten meist recht alt aus.

Threadneedle, London, gilt als eine der führenden Investmentgesellschaften für europäische Nebenwerte. Über 2 Milliarden Euro werden hier ausschließlich in europäischen Nebenwerten verwaltet. Das gesamte Investmentteam umfasst 24 europäische Aktienspezialisten. Weltweit betreut die Gesellschaft 27,5 Milliarden Euro Investmentkapital. Threadneedle ist 1994 aus der Fusion von Allied Dunbar und Eagle Star hervorgegangen. Der erste Investmentfonds der Vorläufergesellschaft Allied Dunbar wurde bereits 1934 aufgelegt.



Threadneedle European Smaller Companies, 10 Jahre. Auswertung: Ulrich Pfeiffer.



Threadneedle European Smaller Companies	
ISIN	GB0002771383
Ausschüttungsart	Thesaurierend
Währung	Euro
Ausgabeaufschlag	bis 5 Prozent
Total Expense Ratio	1,69 Prozent

## Jahres-Sieger 2011

### EXPERTEN-KOMMENTAR



Fonds-Experte Ulrich Pfeiffer,  
FinanzSozietät Marburg,  
Gründer des CMP-Fonds-Rating  
(seit 1999)

### Kleine Werte + keine Nerven zeigen = Große Gewinne

So lautet die Formel für erfolgreiches Investieren in Aktienfonds. Ein herausragendes Beispiel dafür ist der 1997 aufgelegte European Smaller Companies von Threadneedle; gemanagt von Dave Dudding. Liegt der Eurostoxx 50 mit all seiner Bankenlastigkeit über die letzten 10 Jahre 35% unter Wasser (siehe 10-JahresChart auf Seite 10), hat dagegen der Smaller Companies von Threadneedle das Geld der Kunden verdreifacht. 11,6% Rendite erzielte der Kunde p.a. über 10 Jahre, der das Risiko von Kursschwankungen entspannt einfach

hinnahm. Enorme Konstanz zeigt Fondsmanager Dave Dudding, der für diesen Fonds seit knapp 10 Jahren im Sattel sitzt. Die Hälfte der aktuell im Fondsportfolio befindlichen Unternehmen sind im Investitions- und Konsumgüterbereich tätig.

Klassisches Stockpicking mit Wachstumswerten ist die Domäne des Fonds. Das Depot ist mit 70 Aktien gut überschaubar aber nicht extrem konzentriert. Warum laue Indexfonds kaufen, wenn es handgemacht besser geht?

## Aktienfonds Europa (Standardwerte-Fonds einschließlich Nebenwerte-Fonds)

Quartalswertung 3/2011 - Stand 09. September 2011  
Basis: 3 Jahre Laufzeit · 700 Fonds im Test · Volumen des Sektors: 165 Mrd. Euro



**TIMING  
INDIKATOR**  
1.1.2011 -  
9.9.2011

Fonds			CMP	1 J%	3J%	5J%	10J%	
		Flop	7,00	-23,35	-52,24	-55,48	-45,40	-31,57
		Top	78,07	22,28	31,53	39,28	167,65	4,72
Index: STOXX Europe 600 NR EUR	EUR			-7,94	-14,50	-22,20	-1,07	-16,48
Durchschnitt von total 815	Währ.	ISIN	45,89	-6,14	-14,93	-22,21	-2,54	-16,62
<b>CMP-Sieger</b>								
1 Comgest Growth Europe Acc	EUR	IE0004766675	73,33	6,09	12,38	6,31	2,02	-2,93
2 Comgest Europe	CHF	LU0039989081	73,17	5,45	12,44	6,54	3,92	-3,36
3 Spängler Quality Growth Europe T	EUR	AT0000857750	70,51	7,65	14,15	8,75	5,63	-4,71
4 Allianz RCM Europe Eq Growth AT EUR	EUR	LU0256839274	69,24	6,22	26,14	21,95	38,59	-9,18
5 Threadneedle Eurp Sm Cos Ret Net Acc	EUR	GB0002771383	68,27	11,13	14,85	17,94	167,65	-8,44
6 Franklin European Growth A Acc €	EUR	LU0122612848	68,00	-3,42	17,11	8,82	2,82	-12,57
7 W&W Inter Europa Aktien Prem II	EUR	LU0207472266	67,99	-5,47	0,40	-26,22		-10,21
8 Uni-Global Min Variance Europe B1	EUR	LU0191819951	67,03	1,66	7,18	0,95		-3,01
9 Invesco Europa Core Aktienfonds	EUR	DE0008470337	66,86	3,42	3,24	5,15	13,19	-6,41
<b>Schwergewichte</b>								
BGF European A2 EUR	EUR	LU0011846440	54,69	-5,13	-4,99	-11,82	5,77	-15,99
Franklin Mutual European A Acc €	EUR	LU0140363002	52,80	-8,73	-13,94	-17,03		-15,37
Oyster European Opportunities EUR	EUR	LU0096450555	52,26	-6,24	-10,86	-18,76	23,36	-16,63
Vanguard European Stock Idx Inv USD	USD	IE0002639445	51,78	-3,73	-11,44	-19,72	-1,01	-12,26
Alken European Opportunities R	EUR	LU0235308482	50,71	-5,38	-7,38	-11,80		-17,58
FF - European Growth A Euro	EUR	LU0048578792	48,54	-8,24	-18,62	-24,89	15,18	-20,23
AriDeka CF	EUR	DE0008474511	42,74	-7,92	-22,07	-30,68	-30,00	-18,00
Lyxor ETF EURO STOXX 50 A	EUR	FR0007054358	39,56	-14,55	-27,42	-32,16	-22,93	-20,04
<b>Top-Performer (1, 3, 5, 10 Jahre + Newcomer)</b>								
Scherrer Small Caps Europe	EUR	LI0018448063	65,88	22,28	31,53	5,35		-3,96
Squad Capital Growth	EUR	LU0241337616	62,85	13,27	30,35	39,28		-2,33
Baring Europe Select Trust GBP	GBP	GB0000796242	62,65	1,90	7,82	7,06	120,12	-18,77
MainFirst Top European Ideas A	EUR	LU0308864023	54,18	7,92	19,95			-9,13

CMP-Rating: Quelle: Risiko & Vorsorge 4/2011



Jahres-Sieger 2011

**Aktien Nebenwerte:  
Klein aber fein**

Nebenwerte sind Aktien von Aktiengesellschaften, deren Aktien nicht dem Leit-Index eines nationalen Marktes angehören. In Deutschland also nicht dem DAX. Das Gegenstück zum Nebenwert sind Standardwerte. Bei Nebenwerten wird unterschieden zwischen

1. Mid Caps: mittelhoher Börsenwert, in Deutschland MDAX-Teilnehmer.
2. Small Caps: geringer Börsenwert, in Deutschland SDAX-Teilnehmer

Ferner gibt es eine Fülle von Aktiengesellschaften, die in keinem Index vertreten sind. In Deutschland und auch international sind über 95% der börsennotierten Aktiengesellschaften Neben-

werte. Die markt- sowie aktientechnische Analyse dieser Unternehmen erfordert vom Fondsmanagement erheblich mehr Aufwand. Die renditetechnische Ausbeute ist jedoch in allen langfristigen Vergleichen entsprechend höher. Dafür kann die Schwankungsbreite dieser Aktientitel stärker sein als die Bewegungen der Schwergewichte eines Aktienmarktes. Zu den 50 Titeln des deutschen SDAX zählen zum Beispiel: Air Berlin, Hornbach Holding AG, KWS Saat AG, MLP AG, SIXT AG.

Im Rahmen der Investmentfonds kategorisiert das Ratingunternehmen Morningstar die Fonds-Sektoren „Aktien Deutschland Nebenwerte“ und „Aktien Europa Nebenwerte“ wie folgt:

**Aktien Deutschland Nebenwerte**

Die Fonds dieser Kategorie investieren vorwiegend in mittelgroße und kleine

Unternehmen mit Sitz in Deutschland. Aktien, die zu den untersten 30% der Marktkapitalisierung in Europa gehören, werden als Nebenwerte definiert. Mindestens 75% des Fondsvermögens sind in Aktien und mindestens 75% des Aktienanteils sind in deutschen Unternehmen angelegt. Morningstar Kategorie Index: MSCI Germany Small Cap NR

**Aktien Europa Nebenwerte**

Die Fonds dieser Kategorie investieren in kleine europäische Unternehmen. Aktien, die zu den untersten 10% der Marktkapitalisierung in Europa (inkl. Großbritannien) gehören, werden als klein definiert. Mindestens 75% des Fondsvermögens sind in Aktien und mindestens 75% des Aktienanteils sind in europäischen Unternehmen angelegt. Morningstar Kategorie Index: MSCI Europe Small Cap NR



Ab sofort  
im Handel  
und unter  
[www.promakler.de](http://www.promakler.de)  
erhältlich

**8182 Fonds**  
**sortiert von A-Z**  
**und nach Sektoren**

Auf der Suche nach ausgezeichneten Fonds?  
Mit Pioneer Investments sind Sie auf dem richtigen Kurs.

Erfahren Sie mehr: 0800.111.1928 oder [www.pioneerinvestments.de](http://www.pioneerinvestments.de)

Der Anruf ist in Deutschland gebührenfrei. Pioneer Investments ist ein Markenname der Unternehmensgruppe Pioneer Global Asset Management S.p.A.



15 Jahre Großer Fonds-Katalog: 306 Seiten!