

Risiko & Vorsorge

14. Jahrgang
Ausgabe 4-2014

Kundenkontaktfeld Ablauf- management

- ▶ Sachkunde
Wer prüft die Prüfer?
- ▶ Qualifizierter beraten
Kunde & Rücken
- ▶ Ratings in R & V
Noch mehr Bedingungs-Know-how
- ▶ Produkt-News
Pflege-Sparte





HERBSTTAG

Herr, es ist Zeit. Der Sommer war sehr groß.
Leg deinen Schatten auf die Sonnenuhren,
und auf den Fluren lass die Winde los.

Befiehl den letzten Früchten, voll zu sein;
gib ihnen noch zwei südlichere Tage,
dränge sie zur Vollendung hin, und jage
die letzte Süße in den schweren Wein.

Wer jetzt kein Haus hat, baut sich keines mehr.
Wer jetzt allein ist, wird es lange bleiben,
wird wachen, lesen, lange Briefe schreiben
und wird in den Alleen hin und her
unruhig wandern, wenn die Blätter treiben.

Rainer Maria Rilke

Mit dem anstehenden LVRG im Januar 2015 wird das bisher gravierendste Kapitel zur „Marktberreinigung“ im Vermittlermarkt geöffnet. Schönreden gilt jetzt nicht mehr!

Möge dieses Gedicht alle die wach machen, die immer noch zaudern und zögern, sich mit einem klaren Business-Plan der Zukunft zu stellen oder alternativ dazu, den Geschäftsbetrieb rechtzeitig und überlegt einzustellen.



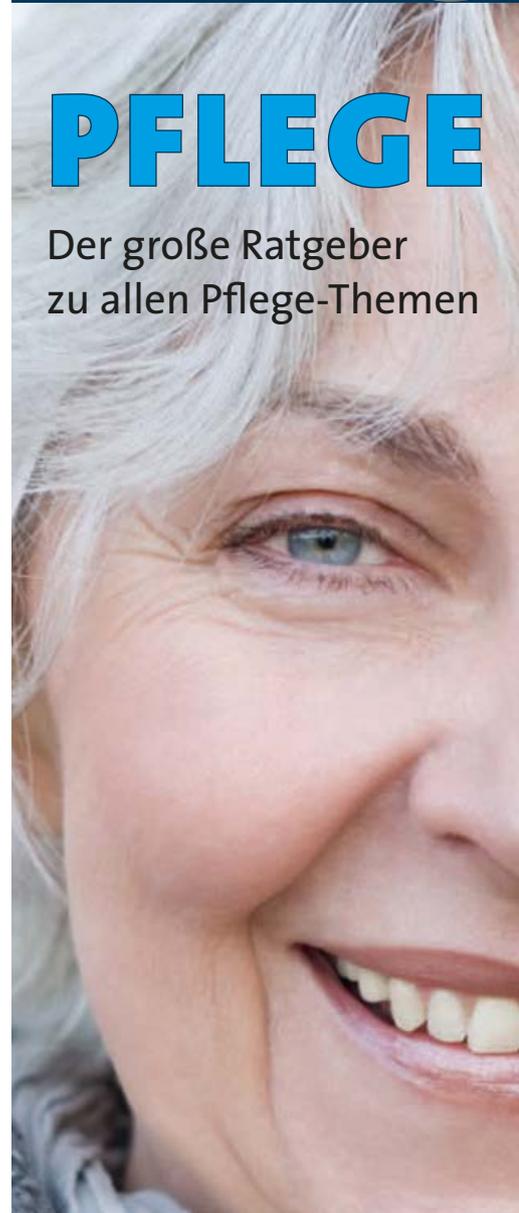
Herzlichst
Ihr

Klaus Hermann Barde
Herausgeber



PFLEGE

Der große Ratgeber
zu allen Pflege-Themen



1 Expl. 4,90 Euro
5 Expl. 12,00 Euro
10 Expl. 18,00 Euro
inkl. 7% Mehrwertsteuer, zzgl. Porto

**Sonderpreis
für Makler**

Direkt bestellen:
info@bhm-marketing.de

Editorial	3
Infos	4
■ Produkt-News	
• Gothaer: Stand-Alone-Bausteine in der Pflege	7
• Produkt-News / Interview Hallesche Krankenversicherung	9
• Alte Leipziger: Neue Hundehalter-Haftpflicht	11
■ Ablaufmanagement)	
• I. Auszahlungen aus ablaufenden LV-Verträgen	12
• II. Umschichtungen zum Kapitalerhalt für auslaufende FLV / FRV-Policen	13
• Umfrage „Fonds-Policen & Ablaufmanagement“ ...	15
■ Beratung	
• Versicherungsschutz für den Rücken	20
• „Rücken-Produkte“ & Deckungsumfang	22
■ Sachkunde gemäß § 34 f GewO	
Wer prüft die Prüfer?	23
■ Rechtsgrundlagen für Vermittler	
• Geldwäsche	32
• Datenschutz & weitere Regelungen	37
■ Qualifikationen	
• Berufsbegleitende Versicherungsstudiengänge	42
■ Marketing	
Ein Durcheinander	43
■ Buch-Rezension	
Kloth / Private Unfallversicherung	44

Impressum: Siehe www.risiko-vorsorge.net
Urheberrecht: Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt und Eigentum der BHM GmbH, Göttingen. Jede ungenehmigte Veröffentlichung wird verfolgt.

WFS-Leistungsratings

Erläuterungen zur Rating-Qualität 49

RATING

- Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) 49
- Stationäre Krankenzusatztarife 61
- Unfallversicherungen 66
- Pfl egetagegeld- und Pfl egetagegeldversicherung 78
- Geförderte Pfl egetagegeld- und Pfl egemonatsgeldtarife (Pfl ege-Bahr)..... 92
- Privathaftpflichtversicherungen 97
- Wohngebäudeversicherungen 103
- Hausratversicherungen 107
- Hundehalterhaftpflichtversicherungen..... 111
- Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster ... 116
- Pferdehalterhaftpflichtversicherungen..... 124



Der große Vorteil für das ganze Büro!

4 x im Jahr umfassendes, neues Makler Know-how plus aktualisierte Ratings!

Dazu: Das Archiv aller Ausgaben von „Risiko & Vorsorge“. Eine Datenbank, die Ihnen und Ihren Kunden immer wieder hilft!

Mit dem preiswerten ABO von „Risiko & Vorsorge“ öffnen Sie auch Ihren Kollegen den Zugang!

1 Jahr: Nur 12,- Euro zzgl. Mehrwertsteuer.

Viel mehr können Sie für Ihren Beruf nicht tun!

Mein ABO Bestellzugang
[hier anmelden](#)



YouGov: Zahlen zur BU

Neue BU-Kunden sind durchschnittlich 31 Jahre alt. Gut die Hälfte dieser BU-Kunden ist ledig und verfügt über ein Haushaltsnettoeinkommen von rund 3000 Euro monatlich. 73 Prozent denken sehr gründlich über diese Entscheidung nach. Nur rund jeder Vierte entscheidet aus dem Bauch heraus. Rund sieben von zehn Befragten fühlen sich nur wohl, wenn sie rundum gut abgesichert sind. Bei denen, die bereits länger eine BU besitzen, ist das Bedürfnis nach Sicherheit noch höher (80 Prozent). Für die Studie wurden rund 800 Personen über die vergangenen neun Jahre hinweg befragt. www.yougov.de

Allianz-Konzern: Rekordumsatz für das erste Halbjahr 2014

Der Gesamtumsatz stieg in den ersten sechs Monaten des laufenden Jahres um 7,8 Prozent auf 63,42 (58,82) Milliarden Euro. Das operative Ergebnis legte im gleichen Zeitraum um 6,4 Prozent auf 5,49 (5,16) Milliarden Euro zu. Die Hälfte des operativen Ergebnisses im zweiten Quartal (2,77 Milliarden Euro) wurde in der Schaden- und Unfallsparte erzielt. Im LV-Segment führte das Vorsorgekonzept Perspektive, das auf einen Garantiezins verzichtet und nur die eingezahlten Beiträge garantiert, zu signifikanten Beitragszuwächsen.

Netto-Rendite: Die Bayerische vorn

Mit 5,23 Prozent Nettorendite im Langzeitvergleich hat die Lebensversicherungstochter der Bayerischen in einer Untersuchung von 71 deutschen Lebensversicherern den ersten Platz erungen. Das ist das aktuelle Ergebnis vom „map-report“ (Ausgabe 867-868/2014). Die Analyse-Spezialisten werteten die Nettoergebnisse aus Kapitalanlagen der Jahre 2002 bis 2013 bei der Bayerischen Beamten Lebensversicherung AG und anderen Versicherungsunternehmen aus. Insgesamt wurde ein Branchendurchschnitt von 4,54 Prozent Nettorendite für den zwölf Jahreszeitraum errechnet. www.diebayerische.de

bAV: Kleinunternehmen noch unterversorgt

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) erstellten die Fachhochschule für Wirtschaft in Paderborn und die Kienbaum Management Consultants GmbH die „Machbarkeitsstudie für eine empirische Analyse von Hemmnissen für die Verbreitung der betrieblichen Altersversorgung in kleinen und mittleren Unternehmen“. In der Studie wurden 28 relevante Untersuchungen aus den letzten Jahren zur Verbreitung der betrieblichen Vorsorge eingearbeitet. Als KMU zählen Kleinunternehmen mit bis zu neun Beschäftigten und weniger als eine Million Euro Umsatz sowie mittelgroße Unternehmen mit bis zu 499 Beschäftigten und einem Jahresumsatz von bis zu 50 Millionen Euro. Große Defizite bei der bAV gibt es laut Studie nur bei den Kleinbetrieben. Im Zehn-Jahres-Zeitraum stieg die Zahl der Betriebsstätten mit 50 bis 99 Beschäftigten, die die bAV anbieten, von 75 auf 97 Prozent. Bei größeren Unternehmen stieg der Wert auf beinahe 100 Prozent. Dass der Ver-

breitungsgrad 2011 dennoch insgesamt nur 50 Prozent erreichte, lag an den Kleinunternehmen.

Weitere Ergebnisse (Auszug):

- Dass Arbeitnehmer Anspruch auf Entgeltumwandlung haben, ist den Arbeitgebern bewusst. Nur drei Prozent zeigten sich unwissend. Das Hauptargument, keine betriebliche Vorsorge anzubieten: auf Arbeitnehmerseite bestehe keine Nachfrage (69 Prozent).
- 43 Prozent der Arbeitgeber fürchten, dass die Kosten, die mit einer bAV-Einführung verbunden sind, zu hoch sind.
- 18 Prozent der Arbeitgeber halten die Altersvorsorgemodelle einfach für zu kompliziert.
- Die Studie zitiert auch aus einer Standard Life-Erhebung: das Nicht-Interesse der Arbeitnehmer ist demnach von 70,5 Prozent im Jahr 2009 auf 48,1 Prozent im Jahr 2011 zurückgegangen.

Franke und Bornberg: Alternativen zur BU

Auf dem Feld der Absicherung der Arbeitskraft konzentriert sich nicht nur der Vertrieb zu sehr auf die BU. Laut Franke und Bornberg habe auch der Verbraucherschutz die 75 Prozent der Erwerbstätigen aus den Augen verloren, die einen BU-Vertrag nicht bezahlen können oder aufgrund von Vorerkrankungen keine Chance haben. Unter anderem seien Erwerbsunfähigkeitsversicherungen (EU) oder MultiRisk-Tarife (Funktionsinvalidität) auf einem Niveau, das man durchaus glaubhaft beim Kunden vertreten könne. Michael Franke: „Waren in 2012 noch nicht einmal 20 Prozent der Makler bereit, sich mit Alternativen zu BU zu beschäftigen, so trifft dies inzwischen für die Mehrheit der Makler zu.“ www.franke-bornberg.de

Heutige Alternativen zur BU-Versicherung: EU = Erwerbsunfähigkeitsversicherung, GF = Grundfähigkeitsversicherung, ML LV = MultiRisk-Tarife auf LV-Basis (Funktions-Invalidität), MR UV = MultiRisk-Tarife auf Unfallbasis (Funktions-Invalidität), DD = Dread Disease Tarife

BVI: Fondsgruppen-Daten

Die Fondsbranche hatte nach Angaben des BVI im ersten Halbjahr 2014 über 46 Milliarden Euro Nettomittelzuflüsse zu verzeichnen. Rund drei Viertel davon entfielen auf Spezialfonds; das ist ein Neugeschäftsrekord. Bei den Publikumsfonds gab es nur bei Misch- und Rentenfonds größere Zuflüsse.

Fragezeichen: Nicht logisch – oder?

Warum muss eigentlich zu einem Aktienfonds mit einigem Verwaltungsaufwand seitens eines Vermittlers inhaltlich beraten werden, während zum gleichen Fonds – verpackt in einem Versicherungsmantel – erheblich weniger inhaltsbezogen beraten werden muss? Hat das Argument, dass es sich hier um ein biometrisches Produkt handelt und nicht um eine Kapitalanlage, nicht ganz, ganz kurze Beine? Und der Kapitalanlage-Vermittler muss eventuell seine Provision ausweisen und der Versicherungs-Vermittler nicht. www.bvi.de

Jahresendgeschäft: LV & Andere

Zum Jahreswechsel 2015 werden nicht nur LV und BU teurer. Hinzu kommen Todesfallpolicen, Riester-Verträge, Teile der betrieblichen Altersversorgung, die Pflegeversicherung sowie alle Rürup-Verträge und Fondspolicen mit Beitragsgarantie.

Hintergrund ist die vom Bundesfinanzministerium im Rahmen des LVRG mit Wirkung zum 01.01.2015 beschlossene Absenkung des Höchstrechnungszinses in der Lebensversicherung von 1,75 auf 1,25 %. Jede Absenkung der Garantie wirkt sich, wie bekannt, vor allem bei längeren Vertragslaufzeiten massiv aus. Beispiel: Das Softwarehaus Intelligent Solutions Services AG (iS2) hat einmal nachgerechnet. Demnach liegt die garantierte Ablaufleistung für einen 33-jährigen Versicherungsnehmer, der noch in diesem Jahr einen Vertrag mit einer Laufzeit von 32 Jahren zu alten Konditionen abschließt, um fast 14 % höher, als

wenn er erst 2015 tätig würde. Die Senkung des Rechnungszinses liefert somit ein nachhaltiges Argument für einen Abschluss noch in 2014.

Die mit dem Lebensversicherungsreformgesetz auf den Weg gebrachte Garantiezinssenkung wird auch generell Auswirkungen auf das Thema BU-Versicherungen haben. Die anstehende höhere Abgabe von Risikogewinnen führt rein zwangsläufig zu verminderter Risikobereitschaft bei Versicherern. Potenzielle BU-Kunden mit einer medizinischen Vorgeschichte dürften es daher in 2015 noch schwerer haben, einen BU-Schutz zu erwerben.

Mit dem LVRG sollen die Lebensversicherer für eine lang andauernde Niedrigzinsphase gerüstet und die vorhandenen Mittel gerechter zwischen auscheidenden und verbleibenden Kunden verteilt werden.

Makler-Medien: RISIKO & VORSORGE

Die Ergebnisse der Makler Media-Analyse (MMA) 2013 und 2014, einer Analyse der beruflichen Mediennutzung von unabhängigen Finanz- und Versicherungsmaklern, kam für „Risiko & Vorsorge“ zu folgenden Ergebnissen:

MMA 2013

- „Höchster Informationsgehalt“ mit 88% Nennungen
- „Höchste Qualität der Artikel“ mit 81% Nennungen

MMA 2014

- „Höchste Aktualität“ mit 78% Nennungen
- „Höchster Informationsgehalt“ mit 86% Nennungen
- „Höchste Qualität der Artikel“ mit 80% Nennungen

Erhebendes Institut:
YouGov Deutschland AG
www.yougov.de

Die **1**
Nummer



**KLASSIK
ROCKT
GEHEN SIE AUF
TOUR 2014**

Klassik rockt.

Am besten mit der Stuttgarter.

Gehen Sie auf Tour und sichern Sie Ihren Kunden Zinsvorteile.

Die Garantiezinssenkung kommt. Bei Abschluss in 2014 können Ihre Kunden noch vom höheren Garantiezins von 1,75% profitieren. Das sind pro Jahr 0,5% mehr für die Altersvorsorge – für die gesamte Laufzeit garantiert.

Die Stuttgarter unterstützt Sie mit wirkungsvollen Tools und Verkaufshilfen bei der Vorsorgeberatung.

www.klassikrockt.stuttgarter.de



Zukunft machen wir aus Tradition.



Die Stuttgarter
Der Vorsorgeversicherer

Zinsen und Versicherung

Je länger die Zinsen extrem niedrig bleiben, umso mehr steigt der Druck auf Deutschlands Versicherer, auf neuen Wegen Renditen zu erwirtschaften. Erste Unternehmen stellen ihr Anlageverhalten offenbar schon um.

Fakt ist: Seit Jahren wird das garantierte Vermögen der Kunden mehrheitlich zu diesen Teilen in diesen Anlageklassen angelegt. Rentenpapiere, inklusive Hypotheken und Darlehen (88 Prozent), in Aktien (3,4 Prozent), Beteiligungen an Unternehmen (3,4 Prozent), Immobilien (1,6 Prozent) und sonstige Anlagen (1,6 Prozent).

JP Morgan Asset Management sieht vor dem Hintergrund des Niedrigzinsumfeldes einen „enormen Druck“ auf den Versicherern, für Anleger und Versicherungsnehmer angemessene Renditen auf das investierte Kapital zu erzielen. Lebensversicherer müssen Garantiezinsen von drei Prozent und mehr für Altverträge erwirtschaften; mit festverzinslichen Anlagen wie deutschen Staatsanleihen ist dies nicht zu erreichen.

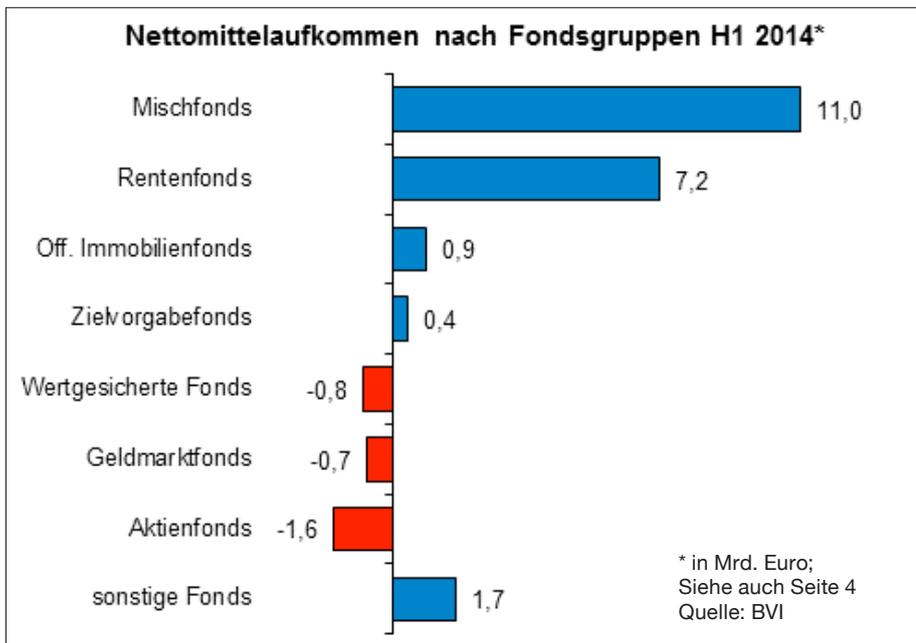
JP Morgan sieht die Situation für Schadenversicherer noch bedenklicher: Um etwa Schäden im selben Ausmaß wie bislang regulieren zu können, müssten die Unternehmen eine Kapitalrendite von 12 Prozent erzielen.

Die bisherigen Anlageschwerpunkte gehören daher auf den Prüfstand. Die Bafin reagierte im Sommer auf diesbezügliche Anfragen von Versicherern. Künftig können mehr als die an sich vorgesehenen fünf Prozent des garantierten Kundenvermögens, des sogenannten Sicherungsvermögens, in riskantere Hochzinsanleihen investiert werden. Weitere Möglichkeiten, über die diskutiert wird: Infrastrukturkredite und Unternehmensbeteiligungen (Private-Equity-Fonds) Aber: „Aktien und alternative Anlagen können sich als zu teuer für Versicherungsgesellschaften erweisen“, schreibt JP Morgan. Bis zu 49 Prozent Eigenkapital müssten Unternehmen im Zweifel für solche Assets hinterlegen, wenn sie das bisherige Standardmodell für die Beurteilung von Risiken zugrunde legen.

Maklersterben?

Der BVK hat in seiner 23. Strukturanalyse im März 2014 Daten zum Alter heutiger Vermittler erhoben. 57,2 % der Befragten gaben an, in der Altersgruppe

zwischen 45 und 60 Jahren zu liegen. 9,2 % waren über 60 Jahre alt, nur 3,1 % befanden sich in der Altersgruppe bis 30 Jahre. Insgesamt lag der Durchschnitt bei knapp 49 Jahren.



LVRG & Vertrieb

Das LVRG wirkt sich durch die darin enthaltene Absenkung des Höchstzillmersatzes unmittelbar auch auf den Vertrieb aus. Der Höchstzillmersatz gibt an, bis zu welchem Anteil der gesamten Beiträge über die Vertragslaufzeit der einzelne Versicherungsnehmer an den Abschlusskosten beteiligt werden darf. Durch die Senkung dieses Zillmersatzes von 40 Promille auf 25 Promille ab Januar 2015 wird dieser Betrag effektiv um 37,5 Prozent gesenkt. Abschlusskosten können damit nur noch in geringerem Umfang von den Versicherungs-Unternehmen auf die einzelnen Verträge umgelegt werden. Vier Möglichkeiten haben die Gesellschaften nun:

- Der Versicherer trägt die Differenz zum bisherigen Höchstzillmersatz. Das müsste er aus seinen Überschüssen finanzieren.
- Der Versicherer senkt die Vertriebsprovisionen. Im Gegenzug käme die Erhöhung der Bestandsprovisionen ins Spiel.
- Der Versicherer wandelt die Abschlusskosten in eine Bestandsprämie um. Diese Möglichkeit ist nur begrenzt möglich, da Verwaltungskosten nun bereits bei Vertragsabschluss den Versicherten offengelegt werden müssen.
- Längere Stornohaftung der Vermittler. Durch diese Möglichkeit wird die Haftung der Vermittler bei der Kündigung von Verträgen seitens der Versicherungsnehmer ausgeweitet.

Am Ende dürfte es ein Mix dieser Optionen sein. Vorfreude für den Makler kommt auf. Denn dieser Mix dürfte komplex und sehr diskussionswürdig sein.

9. Nordbayerischer Versicherungstag

Für die kleineren Agenturen sieht es angesichts des politischen Drucks auf die Versicherer, die Kosten zu senken, gar nicht gut aus. Mit dieser Botschaft bestätigte der Versicherungstag den Trend diverser Befragungen.

Speziell die Einzelvermittler müssten sich deshalb schnellstens zu größeren Einheiten zusammenschließen und zugleich ihre interne Organisation massiv optimieren. Während die Provisionseinnahmen aufgrund der gesetzgeberischen Maßnahmen sehr schnell drastisch sinken würden, würde das Volumen aus der Provisionshaftung steigen.

Allianz, Generali und Dialog

Neu: Eigenständige Pflegerenten-Versicherungen

Allianz: Die „Allianz PflegePolice Flexi“ hat keine festen Leistungsstaffeln. Der Kunde kann in den Pflegestufen I und II zwischen zehn und 100 Prozent der Pflegerente, die in Pflegestufe III vorgesehen ist, wählen. Für jede Pflegestufe gibt es einen eigenen Demenz- auslöser mit Leistungen inklusive Pflegestufe 0. Wahlfreiheit besteht zudem bei der Prämienzahlung. Neben laufenden Beiträgen sind eine abgekürzte Beitragsdauer sowie Zuzahlungen in unterschiedlicher Höhe möglich. Festgelegt sind der Beitrag und die Garantierente. Überschüsse dienen der Erhöhung der garantierten Pflegerente. Wahlweise kann eine einmalige Kapitalzahlung bei schwerer Pflegebedürftigkeit mit vereinbart werden. www.allianz.de

Generali: Die selbstständige Pflegerente besteht aus den Produktlinien Basis, Klassik und Premium mit jeweils zwei verschiedenen Leistungsstaffeln. Leistungen gibt es schon, wenn zwei Aktivitäten des Alltags nicht mehr ausgeübt werden können. Ab Pflegestufe I wird der Vertrag beitragsfrei gestellt. Laufende Beitragszahlung oder Einmalbeitrag ste-

hen zur Wahl. Während der Vertragszeit ist es möglich, Kapital zu entnehmen. Es gibt die Einschlussmöglichkeit einer Leistung im Todesfall und / oder bei Eintritt des Pflegefalls. www.generali.de

Dialog: Bei der Pflegeversicherung „SPR-care®“ wählt der Kunde die Rentenhöhe. Er kann sich für alle drei Pflegestufen zwischen 900 Euro Mindestjahresrente in Pflegestufe I und 42.000 Euro Höchstjahresrente in Pflegestufe III festlegen.

Vereinbart werden kann eine lebenslange oder eine abgekürzte Betragszahlung, einmalig zu Beginn, fortlaufend oder auch in Kombination.

Bei finanziellen Engpässen können Beitrag und Rente über einen längeren Zeitraum auf den Mindestsatz gesenkt und anschließend wieder ohne erneute Gesundheitsprüfung auf das Ausgangsniveau angehoben werden.

Vorgesehen sind des weiteren eine Zusatzleistung bei Härtefällen und Optionen im Leistungsfall, wie eine garantierte Rentendynamik zwischen einem und fünf Prozent oder eine Zahlung in Höhe von sechs Monatsrenten der Pflegestufe III. Bei Einmalbeitragszahlung gibt es eine Beitragsrückgewähr, wenn die versicherte Person stirbt, ohne Leistungen in Anspruch genommen zu haben.

www.dialog-leben.de

LV 1871

Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) mit Pflegerente

Die FIV „Goldene IV“ zahlt beim Verlust von Grundfähigkeiten wie Heben oder Tragen, bestimmten Erkrankungen oder Unfallfolgen eine Kapitalsfortleistung. Bei Pflegebedürftigkeit oder zum Beispiel schweren Organerkrankungen erhalten die Versicherten darüber hinaus auch eine Rente. Man bietet eine Klassik- sowie Exklusiv-Variante. www.lv1871.de

Continentale

Risikoleben mit Einmalzahlung im Pflegefall

Tatsächlich eine Alleinstellung: Um einen Pflege-Bonus hat der Continentale Versicherungsverbund auf Gegenseitigkeit jetzt seine Risikolebensversicherung Premium erweitert. Dieser Baustein ist seit Juli automatisch Bestandteil des Premium-Tarifs – und zwar ohne zusätzliche Gesundheitsfragen und Wartezeiten. Mit dem Pflege-Bonus erhält der Versicherte einmalig 10 Prozent der vereinbarten Todesfallleistung, maximal 15.000 Euro, wenn er während der Vertragslaufzeit pflegebedürftig wird. Der volle Bonus wird bereits ab einem von vier Pflegepunkten gezahlt, die in den Bedingungen transparent definiert sind. www.continentale.de

Neue Stand-Alone-Bausteine der Gothaer

Autor: Stephan Witte

Wer schon eine Pflegezusatzversicherung besitzt, bislang aber keine Demenzabsicherung besessen hat, kann dieses Teilrisiko separat über den Tarif MediP 0 absichern. Der MediP 0 kann auch dann versichert werden, wenn der Kunde bereits bei einem Wettbewerber versichert ist. Dieser ist allerdings gemäß der üblichen Tarifbedingungen über den Abschluss der zusätzlichen Absicherung in Schriftform zu informieren.

Versicherungsschutz besteht bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI. inklusive Demenz. Er endet bei Feststellung der Pflegestufen I, II oder III. Gleichzeitig

erwächst dadurch ein Anspruch auf Beitragsbefreiung für den laufenden Vertrag. Liegt keine Einstufung in die Pflegestufen I bis III mehr vor, so lebt die Beitragszahlung wieder auf.

Zusätzlich versichert ist eine Soforthilfe im vereinbarten Umfang für bis zu 28 Tage im Kalenderjahr, wenn die versicherte Person in Folge eines Unfalls stationär behandelt werden muss und sich daran eine ärztlich angeratene häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst anschließt, sofern keine Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung in Anspruch genommen werden. Zudem muss eine häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst zwingend durch einen in Deutschland niedergelassenen, behandelnden

Arzt angeraten werden. Das bedeutet eine Einschränkung der ansonsten bestehenden Weltgeltung. Gleiches gilt bei Leistungsfällen im Ausland. Hierzu legen die Bedingungen fest: „*Sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Leistungsantrags nicht in der deutschen Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig ist (vgl. Abschnitt B. 4.), wird der Versicherer einen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit oder die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches (SGB XI) feststellt. Die durch diese Begutachtung entstehenden Mehrkosten trägt der Versicherungsnehmer.*“ Dessen ungeachtet besteht hierdurch natürlich unzweifelhaft eine echte Weltgeltung.

Prämienbeispiele für einen Tagessatz von 50 Euro (= 1.500 Euro monatlich)	
Eintrittsalter 0 Jahre =	3,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 5 Jahre =	3,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre =	3,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 15 Jahre =	3,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre =	3,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 25 Jahre =	4,50 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre =	5,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 35 Jahre =	6,50 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre =	7,50 Euro monatlich
Eintrittsalter 45 Jahre =	9,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre =	11,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 55 Jahre =	14,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre =	17,50 Euro monatlich
Eintrittsalter 65 Jahre =	22,50 Euro monatlich

Technische Daten zum Tarif:

Eintrittsalter: 0 bis 65 Jahre

Versicherbarer Tagessatz:

1 bis 50 Euro

Geltungsbereich: weltweit

Wartezeit: nein

Leistungsdynamik: nein

Nachversicherungsoption:

max. um 20% des anfänglich vereinbarten Tagessatzes und u.a. höchstens bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Erstmalig ist eine Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung 10 Jahre nach Versicherungsbeginn möglich.

Bedingungen:

siehe http://www.makler.gothaer.de/app/maklerportal/StreamingServlet/app/dvz/DocumentDownload/215922?scope=makler_scope.

Da der erstmalige Eintritt einer Pflegebedürftigkeit oft mit besonders hohen Kosten verbunden ist, hat die Gothaer ebenfalls neu den Tarif MediP EZ entwickelt, der im Leistungsfall eine Einmalleistung vorsieht.

Der Leistungsfall tritt ein, sobald eine Einstufung in eine der gesetzlichen Pflegestufen I, II oder III erfolgt. Zugleich endet in diesem Fall auch der Versicherungsschutz.

Prämienbeispiele für eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 15.000 Euro	
Eintrittsalter 0 Jahre =	0,90 Euro monatlich
Eintrittsalter 5 Jahre =	0,90 Euro monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre =	0,90 Euro monatlich
Eintrittsalter 15 Jahre =	0,90 Euro monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre =	0,90 Euro monatlich
Eintrittsalter 25 Jahre =	6,30 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre =	8,10 Euro monatlich
Eintrittsalter 35 Jahre =	10,35 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre =	12,90 Euro monatlich
Eintrittsalter 45 Jahre =	16,50 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre =	21,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 55 Jahre =	27,30 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre =	36,60 Euro monatlich
Eintrittsalter 65 Jahre =	50,40 Euro monatlich

Technische Daten zum Tarif:

Eintrittsalter: 0 bis 65 Jahre

Versicherbare Einmalleistung:

500 bis 15.000 Euro

Geltungsbereich: weltweit

Wartezeit: nein

Bedingungen: siehe oben

Paragraf 34f: Last Minute / 2-tägiger Crash-Kurs

Ohne Sachkundenachweis dürfen in 2015 keine offenen und geschlossenen Investmentvermögen sowie Vermögensanlagen (auch Genossenschaftsanteile) mehr vermittelt werden.

Wer die Erlaubnis nach Paragraf 34f Gewerbeordnung erst in 2015 beantragt, hat erheblich mehr Aufwand. In 2015 muss der „34 f“ in allen Punkten neu beantragt werden. Die Regelungen der bisherigen Übergangsfrist entfallen vollständig.

Der AfW Bundesverband Finanzdienstleistung weist zudem darauf hin, dass

die letzte reguläre IHK-Sachkundeprüfung zum Finanzanlagenfachmann am **26. November 2014** stattfindet.

Mit einem 2-tägigen Crash-Kurs unterstützt TUTOR-Consult die Vorbereitung auf die IHK-Sachkundeprüfung. Hier wird bereits vorhandenes Fachwissen vorausgesetzt und darauf aufbauend mit realitätsnahen Prüfungsfragen die Prüfungssituation einstudiert. Behandelt werden dabei alle nach Gewerbeordnung vorgesehenen Spezialisierungen.

www.tutor-consult.de/crash-kurs-sachkunde-34f/

Für alle, die es wissen wollen.

Wie werde ich Spielführer?



Gefällt Ihnen die Zahl auf Ihrem Gehaltszettel? Gibt man Ihnen im Hotel das Zimmer mit Ausblick? War Ihr Auto ein Schnäppchen? Ja? Dann können Sie hier aussteigen. Allen anderen verrät Wirtschaftspsychologe Jack Nasher, wie man endlich das bekommt, was man will. Verhandlungsmethoden aus der Praxis und psychologische Techniken vermitteln Ihnen das Handwerkszeug für die besten Deals. Denn wer argumentiert, verliert.



2013. 272 Seiten, gebunden
€ 19,99
 ISBN 978-3-593-39821-1
Auch als E-Book erhältlich

„Die weltweite Geltung ist absolut verbindlich.“



Gespräch mit **Frank Kettner**,
Mitglied des Vorstands der
HALLESCHE Krankenversicherung

Im März 2014 wurde mit dem Pflegegeld-Tarif OLGAflex eine neue Tarifgeneration ins Leben gerufen. Sie soll für alle Pflegestufen ein ausreichend hohes Pflegegeld zu einem flexibel gestaltbaren Monatsbeitrag bieten. Das klingt für den Makler natürlich großartig. Aber wie definieren Sie ausreichend und welche echten Vorteile bietet der Aspekt „Flexibilität“ bei der Kundengewinnung?

Drei Viertel der Bevölkerung halten die zusätzliche Pflegevorsorge für wichtig. Das ist das Ergebnis einer YouGov-Studie. Allerdings sagen 62 %, dass sie in ihrer jetzigen Situation noch nicht bereit oder in der Lage sind, in diese Absicherung voll umfassend zu investieren. Der Aspekt „ausreichend“ bedeutet „passgenau“: Der Kunde kann sich bedarfsgerecht gegen das Risiko eines Pflegefalls versichern, auch in Lebensphasen, in denen die finanziellen Mittel noch begrenzt sind, z.B. weil mit der Familiengründung ein Einkommen wegfällt oder das Eigenheim noch abbezahlt werden muss. Will er Beitrag einsparen, braucht er weder Kompromisse in der Tagegeldhöhe einzugehen noch sich auf eine Worst-Case-Absicherung einzuschränken, die etwa nur die Pflegestufe III beinhaltet. Das waren bislang die einzigen Optionen, die der Markt anbot. Mit OL-

GAflex wählt man den vollen Schutz und passt dann den Beitrag flexibel an seine aktuellen Möglichkeiten an.

Wie muss man sich die Prämienspreizung zwischen einem Beitrags-Minimum bis zum 60. Lebensjahr und der Zeit danach vorstellen? Erhält der Makler hierzu Argumentations- beziehungsweise Rechenmodelle an die Hand?

OLGAflex umfasst zwei Tarifstufen. Eine bildet wie gewohnt Alterungsrückstellungen, die andere ist mit reinem Risikobeitrag kalkuliert und entsprechend niedrig im Beitrag. Beide können parallel abgeschlossen werden. Wählt der Versicherte einen reduzierten Startbeitrag oder möchte er aus irgendwelchen Gründen seinen Beitrag vorübergehend wieder reduzieren, wird ein Teil des Tagegelds in der Risiko-Stufe versichert. Nach einer Aufschubzeit von 5 Jahren werden alle 2 Jahre je 10 € Tagegeld in die Tarifstufe mit Rückstellungen umgeschichtet. Diese moderaten Beitragssprünge sind dann leicht zu finanzieren und die notwendigen Alterungsrückstellungen werden rechtzeitig aufgebaut.

Unsere Verkaufstools, etwa der Online-Abschluss, bilden die Beitragsverläufe grafisch und damit für Vermittler und Kunden transparent ab.

Wieviel Pflegegeld ist mit diesem Tarif maximal zu versichern?

Bei Vertragsabschluss sind bis zu 150 € Pflegegeld absicherbar. Durch die regelmäßige Dynamisierungsmöglichkeit kann diese Grenze natürlich überschritten werden.

Gibt es Leistungsunterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung?

Ist die vollstationäre Pflege erforderlich, erhält der Versicherte bereits ab Pflegestufe I das volle Pflegegeld. Bei ambulanter Pflege leisten wir 30% in Pflegestufe I und 70% bzw. 100% in den Pflegestufen II und III.

Wie ist OLGAflex betreffs der Demenzthematik ausgestattet?

In Pflegestufe 0 leisten wir immer 30% der vereinbarten Tagegeldhöhe.

Das Thema Weltgeltung war und ist eine Größe, die in den Bedingungswerken der Anbieter noch optimiert werden kann. Wie verbindlich ist Ihre Aussage zur Weltgeltung?

Die weltweite Geltung ist absolut verbindlich. OLGAflex ist nicht auf Gebietsangaben wie EU oder EWR einge-

beschränkt. Das ist ein wichtiger Aspekt: Denn welcher Kunde weiß heute schon ganz sicher, wo er in dreißig, vierzig Jahren einmal seinen Lebensabend verbringen wird?

Wie regeln Sie die Beitragsfreiheit hinsichtlich des Eintritts der einzelnen Pflegestufen?

Die Beitragsbefreiung erfolgt bei Eintritt der Pflegestufe III. Wird sie schon bei einer niedrigeren Pflegestufe gewünscht, gibt es übrigens immer folgende Möglichkeit: Einfach das Pflegegeld um ein paar Euro erhöhen und schon hat man unterm Strich mehr auf der Hand als in komplett beitragsbefreiten Produkten.

Auf dem Feld der Bestimmung der jeweiligen Pflegestufe bietet die HALLESCHE dem Versicherten neben der gesetz-

lichen Einstufung auch die bekannte Begutachtung nach ADL-Kriterien (Activities of Daily Living). Kann der Kunde hier im Sinne einer „Günstigerprüfung“ im Leistungsfall wählen?

Das ist bei Pflegegeldtarifen bislang einmalig. Diese „zweite Chance“ der Pflegeeinstufung bieten wir dem Versicherten auf Wunsch an. Es zählt dann in der Tat die für den Kunden günstigere Einstufung. Bei Demenz basiert die alternative Begutachtung auf der Reiskala.

Auf welche Nachversicherungsgarantien kann der Kunde vertrauen? Was bedeutet die Inanspruchnahme einer Nachversicherungsgarantie für den Beitrag?

Die Nachversicherung im Sinne der Dynamisierung bieten wir alle zwei Jahre mit einer Erhöhung von 5% an. Wer nicht

dreimal in Folge widerspricht, behält dieses Recht ohne Altersbegrenzung und auch im Pflegefall.

Die bislang am Markt üblichen Höherversicherungen durch spätere Hinzunahme weiterer Pflegestufen, inklusive der damit verbundenen Beitragssprünge, gibt es hier nicht. OLGaflex bietet optimalen Schutz in allen Pflegestufen von Anfang an – zum individuell gestaltbaren Beitrag.

Vielleicht noch ein Satz Ihres Hauses zum Tarif „FÖRDERbar“. Wie stellt sich die hier angebotene Kombination mit dem Tarif OLGaflex dar?

Unsere Kunden können auch hier flexibel entscheiden, ob sie die geförderte Pflegeversicherung mit OLGaflex kombinieren möchten. Beide Tarife sind so konzipiert, dass sie sich bedarfsorientiert ergänzen.

NEU Ihr großes, kostenfreies Fach-Magazin

„Makler & Pflege“

Unabhängig · kompetent · verkaufsfördernd

Die Rubriken

- Bausteine der Pflege-Beratung
- So beraten Kollegen
- Makler & Vergütung
- Rating Pflege-Bahr
- Rating Pflegegeld
- Pflegelücke ermitteln
- Seminare
- Bedingungswerke im Vergleich
- Gesellschaften im Gespräch



6 x jährlich, einfach zum kostenfreien Download.
Mit vielen Kunden-Service-Seiten für Ihr Marketing.
Zu Ihrer Anmeldung > www.makler-pflege.de



Neue Hundehalterhaftpflichtversicherung der Alte Leipziger sehr empfehlenswert

Die Alte Leipziger hat zum 01.07.2014 diverse Produkte optimiert, darunter auch die Tierhalterhaftpflichtversicherung für Hunde und für Pferde.

von Stephan Witte

■ HUNDE

Das Bedingungswerk für Hunde lässt nur wenig Wünsche offen. Etwas unverständlich ist eine GDV-Garantie bezogen auf die GDV-Musterbedingungen mit Stand 01.2008, obwohl bei Erscheinen des Tarifs bereits die neuen Musterbedingungen mit Stand 02.2014 und die Mustertarifstruktur III mit Stand 13.04.2011 veröffentlicht waren. Bei Erscheinen dieses Heftes gelten im Übrigen die damals noch unveröffentlichten neuen Musterbedingungen mit Stand 09.2014.

Forderungsausfalldeckung

Im Rahmen der Beratungsdokumentierung sollte Erwähnung finden, dass die im Rahmen der beiden Varianten classic und comfort eingeschlossene Forderungsausfalldeckung abweichend nur bis 2 Millionen Euro Versicherungssumme leistet, während die eigentliche Tierhalterhaftpflichtversicherung bis 10 bzw. 20 Millionen Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, höchstens jedoch 15 Millionen Euro je geschädigter Person, reguliert. Nicht selbstverständlich ist der eingeschlossene Spezial-Straf-Rechtsschutz zur Ausfalldeckung im Rahmen des comfort-Tarifes.

■ WEIT ÜBERDURCHSCHNITTLICHE PRÄMIE

Dem insgesamt sehr hohen Leistungsumfang beider Tarifvarianten steht in der Hundehalterhaftpflichtversicherung eine weit überdurchschnittliche Prämie gegenüber den typischen Maklerversicherern für dieses Risiko entgegen. Eine Mitversicherung auch „gefährlicher Hunde“ laut Tarif ist nicht möglich.

■ PFERDE

Weniger positiv schneidet die Pferdehalterhaftpflichtversicherung ab. Grundsätzlich ist das Leistungsniveau zwar bis auf die oben bereits benannte Einschränkung auch sehr hochwertig, doch erschließt es sich nicht, wieso auf der einen Seite der GDV-Standard 2008 garantiert wird, auf der anderen Seite jedoch die „die Teilnahme an Rennen und an Vielseitigkeitsreiten (Military)“ ausgeschlossen ist. Die damals geltenden und für den Vertrag relevanten Musterbedingungen sehen anders als beispielsweise die AHB 2004 keinen solchen Ausschluss mehr vor. Über das Angebotsprogramm werden zudem keine Prämien für Pferdebesitz inklusive Rennrisiko ausgewiesen. Vielmehr wird auf eine Direktionsanfrage verwiesen. Bei enger Auslegung kann

dieser Ausschluss auch bedeuten, dass Distanzritte vom Versicherungsschutz ausgeschlossen wären.

Prämienberechnung

Bei der Prämienberechnung von Pferden wird unterschieden, ob die Tiere an Rennen teilnehmen oder nicht bzw. ob es sich um Gnadenbrotpferde ohne Beritt handelt.

Werden Reittiere auch für Pferderennen eingesetzt, so ist für deren Tarifierung eine Direktionsanfrage erforderlich – dies obwohl Pferderennen nach GDV-Standard an sich grundsätzlich eingeschlossen sind und obwohl das Prämienniveau auch zur Pferdehalterhaftpflichtversicherung als „recht knackig“ bezeichnet werden könnte.

Fazit

Sieht man von den eher hohen Prämien ab, dürfte es der Alte Leipziger eigentlich spielend gelingen, ihre aktuellen Pferdehalterhaftpflichtbedingungen mit nur geringen Nachbesserungen auf einen echten Goldstandard anzuheben.

Für den comfort-Tarif wäre ergänzend lediglich eine GDV-konforme Mitversicherung des Rennrisikos erforderlich.

Fortschritte beim Ablaufmanagement: Wo?

„Risiko & Vorsorge“ spricht seit vielen Jahren immer wieder die Ablaufmanagement-Thematik an. So konnte ein guter Überblick hinsichtlich der Innovationsfreude in diesem Segment gewonnen werden. Doch es muss festgehalten werden: Dieses für den Kunden so immens wichtige Feld trägt kaum neue Früchte. Vor allem: die Makler verzichten auf Geschäft! Und das alle Jahre wieder.



Der Begriff Ablaufmanagement ist dem Makler auf zwei Produktfeldern gegenwärtig:

- I. Auszahlungen aus ablaufenden LV-Verträgen
- II. Umschichtungen zum Kapitalerhalt für auslaufende FLV / FRV-Policen

Auf beiden Gebieten kommen Versicherer und Makler wie auch gebundene Vermittler nicht „in die Hufe“. Wobei deutlich festgestellt werden muss: richtig in der Verantwortung steht hier der jeweilige Berater des Kunden. Ein ganz schwaches Bild. Der Schaden, der aus dieser Nichtbetreuung für den Verbraucher erwächst, ist immens.

I. Kapitalverlust durch Unterlassung

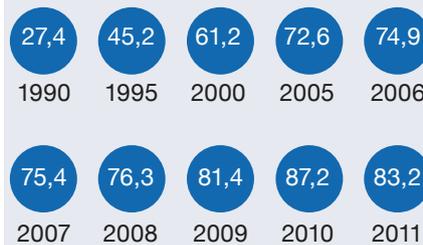
Die Unternehmen sind weiterhin nicht in der Lage, Auszahlungen aus ablaufenden Verträgen im eigenen Haus zu halten. Die Wiederanlage-Thematik ist eine einzige Katastrophe. Für die Versicherer, ihre Vermittler und nicht zuletzt für die Kunden selbst. Mehrheitlich verbleibt das angesammelte Kapital nach der Auszahlung durch den Versicherer auf den Bankkonten der Kunden. Hierfür gibt es natürlich einen Mix an Gründen. Faktor Nummer eins ist jedoch ganz eindeutig die mangelnde Kundennähe des Vermittlers. Und so zeigt sich auch an diesem jahrzehntealten Thema: Vieles ist im Vertrieb noch lange nicht so, wie es nach außen vollmundig alle Jahre wieder verkündet wird.

Murks, wohin man schaut. Trotz Motivation durch Provision! Das Ganze ist ein Stück Wahrheit über die tatsächliche und nicht über die „gefühlte“ Betreuungsleistung vieler Vermittler.

Beitragseinnahmen

(Lebensversicherungen)

1990 bis 2011 gebuchte Brutto-Beiträge – ohne Beiträge aus RfB
Angaben in Mrd. Euro



Quelle: GDV

Von diesen Beitragseinnahmen fließt jährlich über die Hälfte mittels Auszahlungen aus vertragsgemäß ablaufenden Policen wieder ab. Summen, für die sich nur wenige Makler/Vermittler ein Bein ausreißen. Ein professionelles Ablaufmanagement, um die Kunden auf Lebenszeit zu binden, ist leider nicht im Business-Plan verzeichnet. Laut einer Erhebung der Unternehmensberatung Schmidt Management Consulting (SMC) sind 28 Prozent der Versicherer in der Lage, zumindest 15 bis 25 Prozent der ausgezahlten Gelder erneut bei sich anzulegen. Bei jedem dritten befragten

>>

Das fehlt dem Makler: Kommunikation von sinnvollen Absicherungen, zum Beispiel „Pflegerisiko“. Alternativen zu Kapitalanlagen im Segment festverzinslicher Anlagen. Diese waren und sind derzeit gegen Inflation gerechnet, im Minus. Solange man den „Dauerbrenner“ Rentenpolicen gegen Einmalbeitrag nicht um flexiblere Produkte ergänzt, kann der Kunde auch bei seiner Bank bleiben. <<

Unternehmen wurden nur zwischen zehn bis 15 Prozent in die eigene Scheuer zurückgeführt.

Die Cosmos-Idee

CosmosDirekt offeriert seinen Kunden zur Anlage das Online-Produkt „Flexibler VorsorgePlan“. Die garantierte Verzinsung beträgt im ersten Jahr 1,2 Prozent, im zweiten Jahr 1,5 Prozent, im dritten Jahr 2,5 Prozent und ab dem vierten Jahr 3,5 Prozent: Bei jederzeitiger Verfügbarkeit über das Guthaben. Die Internetgemeinde fand das gut und belohnte diese Innovation mit spektakulären Beitragszuwächsen.

Argumente Pro Rentenpolice

Soll das zur Auszahlung anstehende Vermögen allein dazu dienen, eine lebenslange Rente zu garantieren? Dann ist, auch bei Niedrigstzinsen, die Rentenpolice gegen Einmalbeitrag durchaus auch heute noch zu empfehlen. Warum? Nun, das Langlebigerisiko kann eben nur durch Versicherungen abgedeckt werden.

II. Moderne Fondspolices müssen nicht nur zwingend ein attraktives Ablaufmanagement bieten – der Vermittler muss auch mitspielen.

Diese individuellen Optionen sollte die Police Ihrem Kunden heute zumindest bieten. Und Sie sollten beratend zur Seite stehen. Der Durchschnittskunde ist nach wie vor beim Thema Ablaufmanagement völlig überfordert. Optimal ist natürlich die Möglichkeit der Wahl einer Verlängerungsoption plus flexibles Ablaufmanagement.

Ablaufmanagement-Optionen

- ab wann sollen die, zum Beispiel, monatlichen Umschichtungen durchgeführt werden?
- aus welchen Fonds soll umgeschichtet werden?
- in welche Fonds soll umgeschichtet werden?
- welche Fonds sollen unverändert bestehen bleiben?

Dabei kann der Kunde das planmäßige Umschichten jederzeit unterbrechen, ändern und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufnehmen.

Thema Kosten

- keine Shiftgebühren
- keine Anrechnung auf eventuelle maximale Shiftanzahl
- keine Ausgabeaufschläge – bei „alten“ Tarifen, die Ausgabeaufschläge vorsehen, wird jedoch möglicherweise der Differenzausgabeaufschlag berechnet.

Thema Zeit

Spätestens (!) 5 Jahre vor Ablauf des Vertrags wird der Versicherungsnehmer automatisch zum Ablaufmanagement informiert. Der jeweilige Vertriebspartner erhält diese Info vor (!) Versand an den Kunden.

Kundenunterstützung

- Der Kunde wird angeschrieben
- Der Kunde erhält einen Antrag für die Beauftragung zur Einrichtung eines Ablaufmanagements. Der Kunde wird über seine Fonds und die jeweiligen Anteilswerte in Kenntnis gesetzt.

- Der Kunde erhält auf Basis seiner, am besten mit dem Makler, getroffenen Entscheidungen einen Shiftplan, der die Neu-Allokationen verbindlich im Detail beschreibt.

Typische Ausgestaltungsmöglichkeiten fondsgebundener Versicherungen

- *Verlängerungsoption* – Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag um fünf weitere Jahre verlängern. Diese Option ist sinnvoll, da ein fixes Vertragsende den Zwang bedeuten kann, die Fondsanteile zu einem bei Vertragsablauf niedrigen Stand zu verkaufen. Optimal ist die Möglichkeit der Wahl einer Verlängerungsoption plus flexibles Ablaufmanagement
- *Übertragungsoption* – Der Versicherungsnehmer kann sich die Fondsanteile nach der Vertragsbeendigung auf ein eigenes Depot übertragen lassen.
- *Abrufoption* – Der Kunde kann sich während der Vertragslaufzeit beliebige Teilbeträge aus seinem vorhandenen Fondsguthaben auszahlen lassen.
- *Sonderzahlungsoption* – Der Kunde kann sein investiertes Kapital durch Sonderzahlungen in einen bereits bestehenden Vertrag erhöhen.

Laufzeiten-Fonds: Beispiel DWS

Viele ältere fondsgebundene Versicherungen verfügen über kein oder nur ein sehr einfaches Ablaufmanagement. Diese äußerst verbraucherschädliche Lücke will die DWS mit einem dynamischen Ablaufmanagement im Rahmen eines DWS-Fondsproduktes für sich nutzen.

Dieser Laufzeit-Fonds mit dem Namen DWS Shift beinhaltet

1. Reduzierung des Verlustrisikos
2. Keinen Verzicht auf Erträge aus möglichen Kurssteigerungen.

3. Ein Jahr vor Laufzeitende bis zum Laufzeitende eine täglich beobachtete 90%ige Höchststandsgarantie.

„DWS Shift“ richtet sich an Anleger fondsgebundener Versicherungen, die ohne Ablaufmanagement sind und sich vier bis sechs Jahre vor Ablauf ihrer Police befinden. DWS Shift schiebt zur Kapitalsicherung von riskanten in risikoärmere Anlageklassen um. Diese neue Allokation ist jedoch nicht statisch. Aktuelle Marktentwicklungen werden weiterhin pro Vermögenswachstum genutzt. Das Plus für den Makler: Der Kunde kann sich eventuell noch rechtzeitig aus einer schwachen Fondsselektion in eine zumindest abgesicherte Fondskonzeption retten. Dem Thema Haftung wird damit, zumindest bei rechtzeitiger Empfehlung, noch etwas Genüge getan.

DWS Shift

Der Fonds folgt einer dynamischen Wertsicherungsstrategie, bei der laufend marktabhängig zwischen der Wertsteigerungskomponente (bestehend aus risikoreicheren Anlagen wie z. B. Aktien- und riskanteren Rentenfonds bzw. Direktanlagen) und der Kapitalerhaltkomponente (bestehend aus weniger risikoreichen Anlagen wie z.B. Renten-/Geldmarktfonds bzw. Direktanlagen und/oder Derivaten wie z.B. Zinsfutures) umgeschichtet wird. In DWS Shift kommt die dynamische Wertsicherungsstrategie DWS Flexible Portfolio Insurance® zum Einsatz, die zu einer deutlichen Reduzierung der Volatilität der DWS Shift Fonds beitragen kann. Fonds-Kategorie: „Mischfonds Laufzeiten + Garantie“

Wozu man auch raten kann

Anleger können die Umschichtung auch selbst abwickeln, wenn der Vertrag eine flexible Abrufphase beinhaltet. Der Kunde wählt dann für einen Teil des Fondsvermögens ein Ablaufmanagement, um den Erhalt der erzielten Gewinne zu sichern. Der andere Teil bleibt in reinen Aktienfonds investiert und wird je nach Börsenlage und eigenem Risikoempfinden flexibel abgerufen.

Im Niedrigzinsumfeld fokussieren sich etliche Gesellschaften bei der Produktentwicklung und Neukauf auf Vorsorgelösungen mit Fondsbindung. Bei jeder fünften Versicherung, die Lebensversicherer in 2013 verkauften, handelte es sich um eine fondsgebundene Rentenversicherung.

Zurich: Produktpflege bei Fondspolizen

Die Zurich Versicherung hat ihre fondsgebundenen Altersvorsorgeprodukte verschiedenen Produktpflegemaßnahmen unterzogen und noch besser an das anhaltende Niedrigzinsumfeld angepasst. Das Garantiemodell „I-CPPI“ (Individuelle Constant Proportion Portfolio Insurance) der Premium-Produktfamilie wurde erneut verbessert. Zurich hatte dieses in Zusammenarbeit mit der Deutsche Asset & Wealth Management (DeAWM, ehemals DWS) bereits im Jahr 2007 auf den Markt gebracht und kontinuierlich ausgebaut. Mit drei Maßnahmen werden den Kunden in den Premium-Produkten noch bessere Renditechancen eingeräumt. So wurden die Rentenfondskosten reduziert und der so genannte Multiplikator erhöht. Zudem wurde die DWS Flexible Portfolio Insurance (DWS FPI) eingebaut, damit die Premium-Verträge noch besser auf Kapitalmarktschwankungen reagieren können. Für Zurich Kunden bedeuten die Maßnahmen höhere Renditechancen bei gleichzeitiger Einhaltung der kundenindividuellen Garantien (z. B. Bruttobeitragsgarantie).

Das I-CPPI-Prinzip

Das Garantiemodell I-CPPI schichtet automatisch, börsentäglich und individuell die Kundengelder in eine Wertsteigerungs- und Kapitalschutzkomponente um. Die Umschichtungen hängen von unterschiedlichen Faktoren ab, u.a. von der Kapitalmarktentwicklung und von der Restvertragslaufzeit. Die Wertsteigerungskomponente besteht aus aktienorientierten Fonds. Die Kapitalschutzkomponente enthält auf Sicherheit ausgerichtete Rentenfonds. So wird volle Beitragsgarantie mit gleichzeitig optimalen Renditechancen

geboten. Bei fallenden Zinsen wird tendenziell mehr in die Kapitalschutzkomponente, bei steigenden Zinsen tendenziell mehr in die Wertsteigerungskomponente investiert. Um die Wertsteigerungskomponente zu stärken und langfristig an den Chancen des Kapitalmarktes zu partizipieren, wurden folgende Maßnahmen umgesetzt:

- **Reduzierung der Rentenfondskosten**

Die Rentenfondskosten wurden von durchschnittlich 0,75 Prozent pro Jahr auf 0,3 bis 0,5 Prozent gesenkt. Somit kann ein höherer Anteil des Kundenguthabens in die Wertsteigerungskomponente investiert werden.

- **Erhöhung des I-CPPI Multiplikators im Anlagemodell**

Bei I-CPPI sorgt ein Faktor (der sog. Multiplikator) für die Festlegung des Verhältnisses zwischen Wertsteigerungs- und Kapitalschutzkomponente. Im vierten Quartal 2013 wurde dieser Multiplikator erhöht mit dem Ziel, dass für viele Kunden der Anteil an der Wertsteigerungskomponente im Kundenvertrag ansteigt.

- **Einführung von DWS Flexible Portfolio Insurance (DWS FPI)**

DWS FPI dient dazu, dass die Premium-Produkte der fondsgebundenen Altersvorsorge noch besser auf die Schwankungen der Kapitalmärkte reagieren können und im Kundenvertrag langfristig ein stabilerer und höherer Anteil der Wertsteigerungskomponente enthalten ist. Durch diese Maßnahmen wird sich in der Folge die Möglichkeit einer langfristigen Partizipation an den Chancen der Aktienmärkte für den Kunden weiter erhöhen. www.zurich.de

Fondspolizen mit Garantie: Morgen und Morgen

Mehr als die Hälfte der 55 von Morgen und Morgen in einem aktuellen Rating analysierten Fondspolizen-Bedingungen erhielten die Bestnote.

Das M&M Rating „Fondsrente Bedingungen“ analysiert und bewertet in einem ersten Schritt die fondsgebundenen Rententariife der Schicht 3 mit Beitragsgarantie und individueller Fondsauswahl. Weitere Tarife sollen folgen.

Der Großteil der folgenden Leistungen wurde im Rating als Voraussetzung zur Bestbewertung angesetzt:

- Ein aktives Ablaufmanagement kann angewählt werden.
- Switchen und Shiften ist gebührenfrei möglich.
- Die Leistung kann sowohl aufgeschoben als auch vorzeitig abgerufen werden.
- Der Rentenfaktor wird bereits bei Vertragsschluss zumindest auf einen Teil des Vertragsguthabens garantiert.
- Es gibt keine unüblichen Einschränkungen.
- Eine befristete Beitragsfreistellung oder eine voraussetzungslose Wiedereinsetzung nach Beitragsfreistellung ist möglich.
- Eine angemessene Zahl von Zuzahlungen kann pro Jahr geleistet werden.

www.morgenundmorgen.de

Umfrage „Fonds-Policen & Ablaufmanagement“



Barmenia Lebensversicherung a. G.
www.barmenia.de

1. Wird Ihr Kunde generell vor Ablauf seiner Fondspolice zum Thema Ablaufmanagement informiert?

Ja.

2. Wie viele Jahre vor Ablauf der Police informieren Sie Ihren Kunden?

siehe Frage 3

3. Welche Optionen bieten Sie Ihren Kunden?

In den letzten 60 Monaten vor Rentenbeginn führen wir ein Ablaufmanagement zur Sicherung des erreichten Werts der Versicherung durch. Beim Ablaufmanagement schichten wir die gutgeschriebenen Anteile aller in das Ablaufmanagement einbezogenen Fonds schrittweise zu jedem Monatsersten in risikoärmere Fonds aus unserem dann gültigen Fondsangebot um. Der umzuschichtende Anteil des Fondsguthabens ergibt sich aus der Anzahl der verbleibenden Monate bis zum Rentenbeginn. Im ersten Monat wird 1/60 des Fondsguthabens umgeschichtet, im zweiten Monat 1/59 usw. bis zum restlichen Fondsguthaben im letzten Monat vor Rentenbeginn. Vor Beginn des Ablaufmanagements erhalten die Kunden von uns eine Information über den Start des Ablaufmanagements und die Zielfonds, in die die Umschichtungen erfolgen. Die Kunden haben dann die Möglichkeit, dem Ablaufmanagement zu widersprechen. Ein laufendes Ablaufmanagement können die Kunden zu jedem Monatsersten ausschalten. Ebenso können die Kunden ein ausgeschaltetes Ablaufmanagement zu jedem Monatsersten wieder einschalten. Das Ablaufmanagement und alle in seinem Rahmen vorgenommenen Umschichtungen des Fondsguthabens sind für die Kunden kostenlos.

4. Ist in diesem Zusammenhang auch eine persönliche Beratung möglich?

Ja, natürlich ist eine persönliche Beratung möglich. Letztlich entscheidet aber der Kunde.

5. Sehen Sie auf dem Feld des Ablaufmanagements noch Innovationspotenzial?

Ja.



Basler Lebensversicherungs-AG
www.basler.de

1. Wird Ihr Kunde generell vor Ablauf seiner Fondspolice zum Thema Ablaufmanagement informiert?

Ja.

2. Wie viele Jahre vor Ablauf der Police informieren Sie Ihren Kunden?

5 Jahre

3. Welche Optionen bieten Sie Ihren Kunden?

Zur Sicherung etwaiger Kursgewinne z.B. Wechsel des freien Fondsvermögens in risikoärmere Fonds.

4. Ist in diesem Zusammenhang auch eine persönliche Beratung möglich?

Ja

5. Sehen Sie auf dem Feld des Ablaufmanagements noch Innovationspotenzial?

Ja



1. Wird Ihr Kunde generell vor Ablauf seiner Fondspolice zum Thema Ablaufmanagement informiert?

Ja

2. Wie viele Jahre vor Ablauf der Police informieren Sie Ihren Kunden?

5 Jahre vor Rentenbeginn wird der Kunde zum ersten Mal informiert, danach jährlich.

3. Welche Optionen bieten Sie Ihren Kunden?

Es gibt drei Möglichkeiten:

- Phasenweise Umschichtung in einen Geldmarktfonds (passives Ablaufmanagement: Die Übertragung erfolgt dabei über 5 Jahre (60 Monate) hinweg folgendermaßen: Aus dem bestehenden Fondsguthaben werden monatlich Anteile in den oben genannten Fonds übertragen. Der Übertragungsbetrag errechnet sich aus dem aktuellen Fondsguthaben dividiert durch die Restlaufzeit (in Monaten). Das heißt: Zu Beginn des ersten Monats werden 1/60 umgeschichtet, zu Beginn des zweiten 1/59, zu Beginn des dritten 1/58 usw.
- Umtausch in eine konventionelle Rentenversicherung nach dem aktuellen Tarif
- Übertragung und Aufteilung des Fondsguthabens auf Fonds aus dem Condor-Fondsuniversum, die der Kunde selbst ausgewählt hat (aktives Ablaufmanagement).

4. Ist in diesem Zusammenhang auch eine persönliche Beratung möglich?

Condor arbeitet ausschließlich mit unabhängigen Vermittlern zusammen. Die Beratung erfolgt deshalb auch über den Vermittler des Kunden.

5. Sehen Sie auf dem Feld des Ablaufmanagements noch Innovationspotenzial?

Condor arbeitet kontinuierlich an der Weiterentwicklung ihrer Produkte. Dem Ablaufmanagement in Abhängigkeit vom Kapitalmarktverlauf kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Hier sind gerade bei sehr volatilen Märkten intelligente Lösungen gefragt. Aus diesem Grund haben wir bei Condor das Ablaufmanagement nicht automatisiert, sondern informieren den Kunden rechtzeitig vor Rentenbeginn über seine Möglichkeiten. Gefragt ist nicht zuletzt der Vermittler, der in Abhängigkeit von der individuellen Kundensituation eine passende Lösung erarbeiten sollte. Innovationspotenziale bestehen somit weiterhin.



1. Wird Ihr Kunde generell vor Ablauf seiner Fondspolice zum Thema Ablaufmanagement informiert?

Ja.

2. Wie viele Jahre vor Ablauf der Police informieren Sie Ihren Kunden?

Grundsätzlich 5 Jahre (plus 2 Monate) vor Ablauf bzw. Rentenbeginn oder bei Erreichen der Altersgrenze von 62 Jahren

3. Welche Optionen bieten Sie Ihren Kunden?

- Kostenfreies Umschichten in andere Fonds
 - Der Versicherungsnehmer bestimmt individuell:
 - ... ab wann die monatlichen Umschichtungen durchgeführt werden sollen,
 - ... aus welchen Fonds umgeschichtet werden soll (Entnahmefonds),
 - ... in welche Fonds umgeschichtet werden soll (Zielfonds),
 - ... welche Fonds unverändert bestehen bleiben sollen (neutrale Fonds).
- Dabei kann der Versicherungsnehmer das planmäßige Umschichten jederzeit unterbrechen, ändern und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufnehmen.

4. Ist in diesem Zusammenhang auch eine persönliche Beratung möglich?

Ja

5. Sehen Sie auf dem Feld des Ablaufmanagements noch Innovationspotenzial?

-

1. Wird Ihr Kunde generell vor Ablauf seiner Fondspolice zum Thema Ablaufmanagement informiert?

Ja.

2. Wie viele Jahre vor Ablauf der Police informieren Sie Ihren Kunden?

Grundsätzlich 5 Jahre (plus 2 Monate) vor Ablauf bzw. Rentenbeginn oder bei Erreichen der Altersgrenze von 62 Jahren

3. Welche Optionen bieten Sie Ihren Kunden?

- Kostenfreies Umschichten in andere Fonds

- Der Versicherungsnehmer bestimmt individuell:

... ab wann die monatlichen Umschichtungen durchgeführt werden sollen,

... aus welchen Fonds umgeschichtet werden soll (Entnahmefonds),

... in welche Fonds umgeschichtet werden soll (Zielfonds),

... welche Fonds unverändert bestehen bleiben sollen (neutrale Fonds).

Dabei kann der Versicherungsnehmer das planmäßige Umschichten jederzeit unterbrechen, ändern und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufnehmen.

4. Ist in diesem Zusammenhang auch eine persönliche Beratung möglich?

Ja

5. Sehen Sie auf dem Feld des Ablaufmanagements noch Innovationspotenzial?

-



1. Wird Ihr Kunde generell vor Ablauf seiner Fondspolice zum Thema Ablaufmanagement informiert?

Ja. Wir informieren alle Kunden, deren FLV ein Ablaufmanagement vorsieht.

2. Wie viele Jahre vor Ablauf der Police informieren Sie Ihren Kunden?

Das hängt von den Bedingungen des konkreten FLV-Tarifs ab. Beispiele:

- 10 Jahre vor Ablauf
- ab dem 50. Lebensjahr der versicherten Person
- nach 80 Prozent der Ansparphase

3. Welche Optionen bieten Sie Ihren Kunden?

Wir bieten zwei Optionen an: ein maschinelles und ein individuelles Ablaufmanagement. Welche Option zum Einsatz kommt, hängt grundsätzlich von den Tarifbedingungen ab. Beim maschinellen Ablaufmanagement wird das Vertragsguthaben des Kunden in monatlichen Raten in stärker sicherheitsorientierte Fonds umgeschichtet. Der Kunde definiert das Ziel und die Laufzeit der Umschichtung sowie die Höhe der monatlichen Raten. Beim individuellen Ablaufmanagement kommen die acht Investment-Stabilitäts-Pakete (ISPs) von HDI zum Einsatz. Die ISPs sind gemanagte Portfolios und ermöglichen dem Kunden, sein Vertragsguthaben so zu investieren, wie es seinem Sicherheitsbedürfnis entspricht. Zunächst ermittelt der Kunde mit Hilfe eines elektronischen Fragebogens sein persönliches Sicherheitsbedürfnis. Anschließend kann der Kunde ein ISP-Portfolio auswählen, das exakt seinem persönlichen Sicherheitsbedürfnis entspricht. Intelligente Steuerungsmechanismen sorgen dafür, dass – auch in kritischen Börsenphasen – dem Sicherheitsbedürfnis konstant Rechnung getragen wird. Die ISPs bieten dem Kunden eine Erwartungsrendite, die seinem Sicherheitsbedürfnis entspricht. Als Faustregel gilt: Je kleiner das Sicherheitsbedürfnis, desto größer die mögliche Rendite. Kunden, deren Tarif ein maschinelles Ablaufmanagement vorsieht, können auf Wunsch auch das individuelle Ablaufmanagement nutzen.

4. Ist in diesem Zusammenhang auch eine persönliche Beratung möglich?

Ja. Ergänzend zum elektronischen Fragebogen (s. Antwort auf Frage 3) können sich Kunden von den Mitarbeitern unseres Investment-Callcenters persönlich beraten lassen. Diese Mitarbeiter sind speziell für die Beratung zum Ablaufmanagement und zu den ISPs ausgebildet.

5. Sehen Sie auf dem Feld des Ablaufmanagements noch Innovationspotenzial?

Ja. Bei HDI arbeiten wir daran, das individuelle Ablaufmanagement mit ISPs sämtlichen Kunden, die eine FLV ohne Garantien besitzen, anzubieten. Dieses Ziel soll Ende 2015 erreicht sein.



1. Wird Ihr Kunde generell vor Ablauf seiner Fondspolice zum Thema Ablaufmanagement informiert?

Ja.

2. Wie viele Jahre vor Ablauf der Police informieren Sie Ihren Kunden?

Die PrismaLife informiert alle Kunden drei Monate vor Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person schriftlich an das Ablaufmanagement. Diese Information erfolgt unabhängig davon, ob der Kunde das Ablaufmanagement bei Vertragsschluss bereits aktiviert hatte oder nicht.

3. Welche Optionen bieten Sie Ihren Kunden?

a. Die PrismaLife bietet zum einen ein klassisches Ablaufmanagement an, bei dem ab der Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person die zukünftigen Beiträge risikoarm investiert werden und das vorhandene Deckungskapital kontinuierlich umgeschichtet wird.

b. Als zweite Option bieten wir unseren Kunden die Anlagestrategie „Managed for Life - das Lebensphasenkonzept“ für die gesamte Vertragslaufzeit an.

Hierbei wird je nach gewählter Vertragslaufzeit des Vertrages das Anlagevermögen in die jeweilige Risk Managed Strategie investiert. Wenn der Rentenbezug näher rückt, wird durch die PrismaLife automatisch in das jeweils defensivere Portfolio umgeschichtet. Managed for Life sorgt über ein Lebenszyklus-Modell für eine schrittweise Absenkung des Anlagerisikos. Je näher die Rente rückt, desto sicherer ist das angesparte Vermögen angelegt. Kunden profitieren von einem Vermögensmanagement, dass die aktuelle Lebenssituation berücksichtigt.

4. Ist in diesem Zusammenhang auch eine persönliche Beratung möglich?

Eine persönliche Beratung ist generell möglich. Insbesondere die Thematik Ablaufmanagement wird seitens der Vermittler im Rahmen der regelmässig stattfindenden Kundengespräche gemeinsam besprochen.

5. Sehen Sie auf dem Feld des Ablaufmanagements noch Innovationspotenzial?

Das Ablaufmanagement ist aus unserer Sicht ein wesentlicher Baustein für die sichere Altersvorsorge. Ein wichtiger Aspekt dabei ist jedoch die Flexibilität - PrismaLife Kunden können das Ablaufmanagement je nach persönlicher Lebenssituation hinzu wählen oder auch wieder abwählen.



1. Wird Ihr Kunde generell vor Ablauf seiner Fondspolice zum Thema Ablaufmanagement informiert?

Ja.

2. Wie viele Jahre vor Ablauf der Police informieren Sie Ihren Kunden?

5 Jahre vor Ablauf der Police erhält der Kunde ein schriftliches Angebot für sein Aktives Ablaufmanagement.

3. Welche Optionen bieten Sie Ihren Kunden?

Das Aktive Ablaufmanagement ist kostenlos.

Risikoreduzierung durch Umschichtung von renditeorientierten Fonds in risikoärmere Geldmarkt- und Rentenfonds. Der Umschichtungszeitraum ist frei wählbar, zwischen 12 und 60 Monaten.

4. Ist in diesem Zusammenhang auch eine persönliche Beratung möglich?

Natürlich ist jederzeit auch eine persönliche Beratung durch den jeweiligen Vermittler möglich.

5. Sehen Sie auf dem Feld des Ablaufmanagements noch Innovationspotenzial?

Sicherlich gibt es auch in diesem Themenkomplex noch Innovationspotenzial, wie z.B. ein renditeorientiertes Ablaufmanagement. D.h. je nach Wertentwicklung der Fonds, wird in den letzten 60 Monaten das Guthaben umgeschichtet.

1. Wird Ihr Kunde generell vor Ablauf seiner Fondspolice zum Thema Ablaufmanagement informiert?

Ja.

2. Wie viele Jahre vor Ablauf der Police informieren Sie Ihren Kunden?

AVB DHP §1 (16) Hat Ihr Vertrag für die Dauer bis zum vereinbarten Rentenbeginn eine Laufzeit von mindestens 6 Jahren, so erhalten Sie spätestens 5 Jahre vor dem vereinbarten Rentenbeginn von uns ein Angebot für ein Ablaufmanagement.

3. Welche Optionen bieten Sie Ihren Kunden?

AVB DHP § 1 (16) Ablaufmanagement Fonds (wenn kein Garantieplan vereinbart wurde), Ablaufmanagement Garantie, Ablaufmanagement Garantie90

4. Ist in diesem Zusammenhang auch eine persönliche Beratung möglich?

Ja, durch den Makler

5. Sehen Sie auf dem Feld des Ablaufmanagements noch Innovationspotenzial?

Nein



1. Wird Ihr Kunde generell vor Ablauf seiner Fondspolice zum Thema Ablaufmanagement informiert?

Ja.

2. Wie viele Jahre vor Ablauf der Police informieren Sie Ihren Kunden?

10 Jahre

3. Welche Optionen bieten Sie Ihren Kunden?

- Aktivierung: ohne Kosten und Gebühren in den letzten 10 Jahren vor dem frühest möglichen Abruftermin möglich
- Deaktivierung: jederzeit möglich.

Durch Umschichtung der bislang eingeschlossenen Fonds in den Rentenfonds DWS Euroland Strategie (Renten) wird das Kapitalanlageisiko minimiert. Das Ablaufmanagement erfolgt über eine gleichmäßige und kontinuierliche Umschichtung von Fondsanteilen. Nach der Aktivierung werden die weiter zufließenden Sparbeiträge ebenfalls im Rentenfonds DWS Euroland Strategie (Renten) angelegt.

4. Ist in diesem Zusammenhang auch eine persönliche Beratung möglich?

Der Kunde kann sich jederzeit von seinem Berater darüber informieren lassen.

5. Sehen Sie auf dem Feld des Ablaufmanagements noch Innovationspotenzial?

–

Versicherungsschutz für den Rücken

Diverse Versicherungs-Produkte stehen zur Verfügung, um die persönliche Arbeitskraft abzusichern. Allerdings unterscheiden sich diese maßgeblich hinsichtlich Leistungsumfang und Prämienniveau. Eine Mitversicherung von rückenbedingten Leiden ist ebenfalls höchst unterschiedlich gegeben. Wer bereits Rückenleiden hat, wird am ehesten in einem Produkt Versicherungsschutz finden, dass nur wenig Absicherung für den Rücken bietet, dafür aber auch keine oder nur geringe Prämie für die entsprechende (Nicht-)Mitversicherung berechnen muss.



von Stephan Witte

Querschnittslähmung & Versicherung

Der Worst Case ist eine Querschnittslähmung. Eine solche ist sehr selten. Ursache können beispielsweise schwere Unfälle, eine Multiple Sklerose oder auch jegliche Unterbrechung der Nervenleitungen des Rückenmarks sein. Da gerade junge Männer eine erhöhte Risikobereitschaft nicht nur im Straßenverkehr zeigen, verwundert es nicht, dass ungefähr 80% aller querschnittsgelähmten Personen Männer sind und dass Unfälle mit gut 70% aller Leistungsfälle hierfür die häufigste Ursache sind.

A Versicherungsschutz:

Hier leisten üblicherweise eine Krankentagegeld-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Pflegezusatz-, Dread Disease-, Funktionsinvaliditäts- sowie Grundfähigkeitsversicherung. Eine Unfallversicherung bietet nur dann Schutz, wenn ein versichertes Unfallereignis ursächlich war.

Neurologische Ausfälle & Versicherung

Deutlich häufiger sind degenerative Schädigungen der Wirbelsäule, die dann zu Schädigungen des Rückenmarkes führen können und daraus folgend zu neurologischen Ausfällen. Oft handelt es sich dabei, gerade bei älteren Menschen, um eine so genannte Spinalstenose. Regelmäßig wird hier eine operative Behandlung empfohlen.

► Versicherungsschutz:

Während eine Krankentagegeldversicherung in der Regel unproblematisch zahlen würde, würden eine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Funktionsinvaliditäts- oder Grundfähigkeitsversicherung regelmäßig erst den Heilungsprozess abwarten. Die Leistung hängt dann davon ab, ob eine Heilung zu erwarten oder ob anstelle einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ein dauerhafter Verlust der Arbeitskraft zu erwarten ist. Eine Unfallversicherung wiederum würde nur dann leisten, wenn ein unfallbedingter Wirbelkörperbruch vorliegt. Versicherungsschutz aus einer Dread Disease (Versicherung gegen schwere Krankheiten) ist nicht herleitbar. Für die Pflegeversicherung gilt, dass die Schädigung der Wirbelsäule bzw. des Rückenmarkes oder der aus dem Rückenmark austretenden Nerven so fortgeschritten sein muss, dass die Verrichtungen des täglichen Lebens hochgradig eingeschränkt sind.

Bandscheibenvorfall & Versicherung

Eine typische Schädigung des Rückens sind auch alle Arten von Bandscheibenvorfällen. Solche Schädigungen des Rückens sind äußerst häufig, kommen auch schon in jungen Jahren vor und haben eine mit dem Alter steigende Inzidenz. Dabei sind im Wesentlichen drei Arten von Bandscheibenvorfällen voneinander zu unterscheiden:

a) Wurzelsymptomatik (Radikulopathie)

Die Bandscheibe drückt auf die Nervenwurzeln des Rückenmarks. Dadurch entstehen oft starke Schmerzen, schwere Gehbehinderungen, eine Rückbildung der Muskeln, teilweise sogar Lähmungen. Sind die vorhandenen Schmerzen nicht akut, sondern chronisch, kann es als Folge auch zu depressiven Verstimmungen des Patienten kommen. Charakteristisch für eine Radikulopathie sind messbare Nerven ausfälle (z.B. Minderungen der Nervenleitgeschwindigkeit). Fast immer wird ein operativer Eingriff zwecks Heilung empfohlen. Dabei handelt es sich entweder um die klassische Bandscheibenoperation oder um einen mikrochirurgischen Eingriff (Schlüssellochoperation). Die Erfolgsquote ist mit Vorbehalt zu bewerten. Es ist keinesfalls sicher, dass die vor der Operation vorhandenen Beschwerden vollständig beseitigt werden. Nicht selten bleiben Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen bestehen oder treten nach einiger Zeit erneut auf. Auch ein erneuter Bandscheibenvorfall an einer anderen Stelle der Wirbelsäule kommt häufig vor.

b) Schmerzsymptomatik ohne Radikulopathie

Immer wieder kommt es vor, dass Patienten über erhebliche Schmerzen klagen, diese aber medizinisch nicht er-

klärbar sind. So können etwa Rückenmark, Nerven und Muskeln durchaus intakt sein, so dass eine psychosomatische Symptomatik nicht auszuschließen ist. In gewisser Weise lösen sich die Schmerzen von einer möglichen Ursache und verselbstständigen sich. Solche Zustände sind sehr schwer zu behandeln und verlangen ein gemeinsames Vorgehen von Orthopäden und Psychologen.

c) Degenerative Veränderungen der Bandscheiben

Diese sind meist die Folge von altersbedingtem Flüssigkeitsverlust im Gallertkern der Bandscheibe. Dadurch schmälert sich der Zwischenwirbelraum. Als Folge bewegen sich die Wirbelkörper stärker aufeinander zu, und die einzelnen Bänder sind nicht mehr straff gespannt. Der Bandscheibenapparat wird im Zwischenwirbelraum beweglicher. Dies gilt auch für die Zwischenwirbelgelenke. Durch unglückliche oder spontane Bewegungen kommt es zu einer Reizung der Kapseln dieser Zwischenwirbelgelenke. Diese Reizung wiederum wird durch Nerven übertragen. In der Empfindung der Betroffenen wird dies dann u.a. als „Hexenschuss“, reflektorischer Muskelhartspann oder Lumbago wahrgenommen.

Es existieren viele Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Gymnastik, Wärmeanwendung, Packungen, Massagen etc.), allerdings wird die Schmerzsymptomatik gerade bei körperlich tätigen Personen vielfach chronisch. Hinzu kommt, dass starke körperliche Beanspruchung die Wirbelsäule abnutzen lässt.

Aus diesem Grund erfolgt gerade bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherern meist eine sehr restriktive Annahme von Versicherungswilligen mit selbst minimalen Rückenproblemen.

Andere degenerative Veränderungen betreffen die Knochen selber (z.B. Osteoporose). Dann geht die Stabilität der Wirbelsäule verloren, Wirbelkörper können zusammen sintern. Das ist deshalb besonders gravierend, da die Wirbelsäule gerade beim Stehen (z.B. Tätigkeit als Verkäufer) besonders belastet wird. Damit gehen meist Schmerzen einher. Es kann jedoch durchaus auch vorkommen, dass degenerative Veränderungen vorliegen und damit aber kein Schmerz verbunden ist. Medizinisch ist dies nicht immer erklärbar.

► Versicherungsschutz:

Bei allen genannten Bandscheibenproblemen, ob Degeneration oder Vorfall oder sogar eine Einklemmung der Nervenwurzel (Radikulopathie) kann es zur länger andauernden Arbeitsunfähigkeit (Krankschreibung) kommen. Auch leichte degenerative Veränderungen oder leichte funktionelle Beeinträchtigungen können bei entsprechen Beschwerden – auch wenn eine psychische Komponente vorliegt – zur Invalidität führen.

Alle benannten Arten von Bandscheibenvorfällen begründen bei Chronifizierung regelmäßig einen Leistungsanspruch aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Führen degenerative Erkrankungen zu Veränderungen des Knochens, so liegt nicht zwangsweise auch eine Berufsunfähigkeit vor. Wer viel am PC sitzt, wird auch mit einer Wirbelsäulenverkrümmung meist problemlos seinen Beruf ausüben können. Wer hingegen viel heben und bewegen muss, der ist eher schneller berufs- oder gar erwerbsunfähig. Grundsätzlich führen Bandscheibenprobleme jeweils nur in besonders schweren Fällen oder bei starker Schmerzsymptomatik zu einem Leistungsanspruch aus einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung.

Eher unwahrscheinlich ist bei degenerativen Bandscheibenproblemen ein Leistungsbezug aus einer Funktionsinvaliditäts-, Grundfähigkeits- oder Pflegeversicherung.

Anders stellt sich dies hier bei schweren Formen der Radikulopathie dar. Hier sind Leistungen durchaus wahrscheinlich. Wenn degenerative Veränderungen des Knochens selber vorliegen, so kommt es vor allem auf nachweisbare Funktionsstörungen an, ob Grundfähigkeits- oder Funktionsinvaliditätsversicherung eine Leistung erbringen. Grundsätzlich müssen nachweisbare Funktionsminderungen, z.B. beim Bücken, Sich Erheben oder Stehen sehr gravierend sein.

Fehlt es jedoch an objektiv nachweisbaren Funktionsminderungen an Rückenmark, Nerven, Muskeln etc., so scheidet in der Regel trotz behaupteter chronischer Schmerzsymptomatik des Betroffenen ein Leistungsanspruch aus einer Grundfähigkeits-, Funktionsinvaliditäts- oder Pflegezusatzversicherung fast immer aus.

Sowohl die Grundfähigkeitsversicherung als auch die Funktionsinvaliditätsversi-

cherung verlangen objektivierbare Funktionsminderungen. Ist dies nicht gegeben, wird eher an eine psychische Überlagerung gedacht, die aber nicht versichert ist.

Leistungen aus einer Dread Disease sind für alle Arten von Bandscheibenvorfällen auszuschließen.

Ein Anspruch aus einer Unfallversicherung ist bei allein degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule wie auch bei Radikulopathie auszuschließen.

Eine Unfallversicherung leistet bei Bandscheibenvorfällen grundsätzlich selbst bei vorhandener Unfallkausalität nur dann, wenn Schäden auch an einem oder beiden benachbarten Wirbelkörpern entstanden sind. Viel häufiger ist aber, dass nicht ein Unfall selbst für den Bandscheibenvorfall ursächlich war, sondern bereits zuvor vorhandene degenerative Veränderungen des Rückens, die erst durch ein Unfallereignis erkennbar werden.

Berufsunfähigkeitsversicherung bietet die deutlich umfassendste Absicherung

Zusammenfassend besteht die umfassendste Absicherung von Arbeitskraftverlust durch Unfälle und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherung. Das lassen sich die entsprechenden Versicherer auch recht gut bezahlen. Laut Branchenexperten beträgt der Anteil an der Gesamtprämie für das Rückenrisiko etwa 20 Prozent (etwa 15% für körperliche tätige bzw. 5% für kaufmännisch tätige Personen). Die statistischen Zahlen für Leistungsfälle aus der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente lassen sich nicht unmittelbar auf die private Berufsunfähigkeitsversicherung übertragen. Problematisch ist jedoch, dass Rückenprobleme vor allem bei körperlich tätigen Personen auftreten, diese sich eine entsprechende private Absicherung oft nicht leisten können und diese daher auch unterrepräsentativ selten gegen Berufsunfähigkeit versichert sind.

Hinzu kommt, dass Rückenprobleme oft früh ärztlich diagnostiziert werden und damit als bereits bestehende Erkrankung nicht mitversichert werden.

Versicherungsprodukte und Deckungsumfang, Risikoprüfung und Leistungsaspekte bei Rückenerkrankungen

	Berufsunfähigkeit	Erwerbsunfähigkeit	Funktionsinvalidität	Grundfähigkeit	Dread Disease	Unfall	Pflege
Kurzbeschreibung des Deckungsumfanges	in der Regel 50% oder weniger in der Lage eine bestimmte Berufstätigkeit auszuüben	Meistens: 33 % -30% oder weniger in der Lage irgendeinen Beruf auszuüben	Funktionsminderung der Wirbelsäule, die einen Schweregrad-Punktwert überschreitet	Funktionsminderung der Wirbelsäule, die einen Schweregrad-Punktwert überschreitet	Lediglich Querschnittslähmung	Durch Unfall eingetretene dauerhafte Funktionsminderung der Wirbelsäule	Verlust der Alltagskompetenz durch Funktionsminderungen der Wirbelsäule
Art der gedeckten Erkrankungen	Krankheiten, Unfallfolgen, Psyche	Krankheiten, Unfallfolgen, Psyche	Krankheiten und Unfallfolgen	Krankheiten und Unfallfolgen	Nur konkret benannte Einzelerkrankungen	Nur Unfallfolgen und ggf. Invalidität durch konkret benannte Infektionen	Krankheiten, Unfallfolgen, Psyche
Gedeckte anatomische Strukturen	Wirbelkörper, Bandscheiben, Rückenmuskulatur, Nervenwurzeln	Wirbelkörper, Bandscheiben, Rückenmuskulatur, Nervenwurzeln	Wirbelkörper, Bandscheiben, Rückenmuskulatur, Nervenwurzeln	Wirbelkörper, Bandscheiben, Rückenmuskulatur, Nervenwurzeln	Nur Rückenmark	Wirbelkörper, Nervenwurzeln	Wirbelkörper, Bandscheiben, Rückenmuskulatur, Nervenwurzeln
Bedeutung der Psyche und subjektiven Faktoren	Sehr hoch, Schmerzzustände, psychische Faktoren	Hoch, Schmerzzustände, psychische Faktoren	Gering, Psyche ist weitgehend ausgeschlossen	Gering, Psyche ist ausgeschlossen	Keine Berücksichtigung	Keine Berücksichtigung	Hoch, Schmerzzustände und Psyche
Effekt der Risikoprüfung	Sehr hoch, niedrige Schwelle für Leistungsausschlüsse, insbesondere bei Risikoberufen	Sehr hoch, niedrige Schwelle für Leistungsausschlüsse	Erheblich weniger Leistungsausschlüsse, ca. 50% im Vergleich zur BU, da der Beruf keine Rolle spielt	Erheblich weniger Leistungsausschlüsse, ca. 50% im Vergleich zur BU, da der Beruf keine Rolle spielt	Gering, da die meisten Rückenerkrankungen nicht versichert sind	Sehr wenig Leistungsausschlüsse, ca. 5-10% im Vergleich zur BU	Keine Leistungsausschlüsse
Besonderheiten der Bearbeitung im Leistungsfall	Aufwendige Prüfung, wobei gerade bei psychischen Erkrankungen nicht allein auf medizinisch objektive Kriterien abgestellt werden kann. Nachprüfung führt vielfach zu einer nur zeitlich befristeten Leistungserbringung.	Aufwendige Prüfung, wobei gerade bei psychischen Erkrankungen nicht allein auf medizinisch objektive Kriterien abgestellt werden kann. Nachprüfung führt vielfach zu einer nur zeitlich befristeten Leistungserbringung.	Leistungserbringung orientiert sich an objektiven Kriterien. Nachprüfung bei Sachprodukten meist nur innerhalb der ersten 3 Jahre bei Erwachsenen bzw. bei Kindern, sonst analog zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung	Leistungserbringung orientiert sich an objektiven Kriterien. Nachprüfung analog zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung	Leistungsprüfung in der Regel unstrittig.	Eindeutige Messwerte, deshalb objektiv und nachvollziehbar, aber Bandscheiben nicht berücksichtigt.	Meist Einstufung analog gesetzlicher Pflegepflichtversicherung. Teilweise alternativ nach Activities of Daily Living (ADL)
Theoretische Abdeckung aller möglichen Krankheiten, Funktionsminderungen oder psychosomatischen Störungen, die den Rücken betreffen	100%	ca. 70%	ca. 50%	ca. 40%	im Promillebereich	unter 5%	deutlich unter 5%

Berufsunfähigkeitsversicherung:

Sie sichert die Arbeitskraft ab. Die BU tritt ein, wenn Sie durch Krankheit oder Unfall längerfristig Ihren Beruf nicht mehr ausüben können. Die Versicherung zahlt, wenn der Versicherte zu mindestens 50 Prozent außerstande ist, in seinem zuletzt ausgeübten Beruf zu arbeiten.

Erwerbsunfähigkeitsversicherung:

Sie zahlt, wenn Sie in keinem Beruf mehr tätig sein können. Versichert sind somit 100 Prozent Invalidität. Diese Versicherung ist preiswerter als eine BU.

Grundfähigkeitsversicherung:

Beim Verlust einer Grundfähigkeit, wie zum Beispiel das Sehen (Vertragsgegenstand), wird eine monatliche Rente in vereinbarter Höhe gezahlt; unabhängig davon, ob Sie noch arbeitsfähig sind.

Funktionsinvaliditätsversicherung:

Sie erhalten eine Rente in vereinbarter Höhe, wenn sie durch einen Unfall oder durch klar definierte Schäden an inneren Organen invalide werden oder bestimmte Fähigkeiten verlieren wie zum Beispiel gehen oder hören können. Damit gezahlt

wird, muss Ihre Erkrankung einen vorgegebenen Schweregrad erreichen.

Dread-Disease:

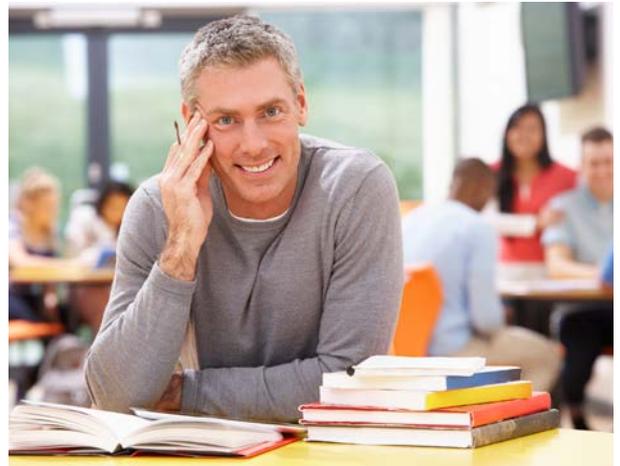
Sie erhalten eine vereinbarte Kapitalleistung in einer Summe, wenn bei Ihnen eine vorher festgeschriebene schwere Krankheit festgestellt wurde, Sie einen schweren Unfall hatten oder bestimmte Grundfähigkeiten verlieren. Ob Sie trotz der Erkrankung noch arbeiten können, hat für die Zahlung keine Bedeutung.

Im Text benannte Unternehmen:
 BWV e.V. – Deutsche Versicherungsakademie – Jung, DMS & Cie.

Kritische Betrachtung zur Vorbereitung auf die Prüfung zum Geprüften Finanzanlagenfachmann IHK, zur Prüfungsvorbereitung durch den BWV e.V. in Hannover sowie zur Prüfung durch die IHK in Braunschweig

Wer prüft die Prüfer?

Grundlage der Betrachtung ist zunächst einmal das Buch „Geldanlage und Investmentvermögen“ in der 1. und 2. Auflage aus den Jahren 2013 und 2014. Das Buch ist im Verlag Versicherungs-wirtschaft erschienen und wird unter Anderem vom BWV als Ausbildungsliteratur zur Prüfungsvorbereitung zum Kaufmann / zur Kauffrau für Versicherungen und Finanzen bzw. zum Geprüften Finanzanlagenfachmann IHK / zur Geprüften Finanzanlagenfachfrau IHK zum Einsatz gebracht. Damit kommt dem Buch eine besondere Bedeutung bei der Vermittlung von Wissen im Rahmen der Prüfungsvorbereitung sowie im Rahmen der nach Prüfungsabschluss zu erwartenden Endkundenberatungen zu. Eine korrekte Darstellung der Inhalte kann also als haftungsrelevant für die spätere Berufsausübung angesehen werden.



von Stephan Witte

Das Buch ist als Ausbildungsliteratur sicher geeignet, um die grundsätzlichen Anforderungen an die Prüfung zu den benannten Abschlüssen zu vermitteln, nicht jedoch um z.B. bei einem Endkunden qualifiziert über die Unterschiede von iCPPi zu Variable Annuities, eines konkreten Fonds A gegenüber Fonds B zu erläutern oder um real einschätzen zu können, ob eine gemanagte Fondsanlage einem ETF vorgezogen werden sollte oder nicht. Auch Begrifflichkeiten wie Alpha, Beta oder Lombardfähigkeit werden nicht thematisiert. Hierzu bewegt sich das Buch – wie in Ausbildungsliteratur üblich – zu sehr an der Oberfläche. Damit besteht eine Praxistauglichkeit nur bedingt. Dazu fehlt vollständig eine Darstellung der ebenfalls als reines Investment abschließbaren Basisrente. Hinzu kommen diverse Fehler, die eine alleinige Prüfungsvorbereitung im Selbststudium praktisch unmöglich ma-

chen, sofern man bestrebt ist, zukünftig sauber und korrekt zu beraten.

Beispielhaft sollen hier einige der Falschdarstellungen aufgezeigt werden.

Ertragsquellen von Investmentfonds

Auf S. 349 der ersten bzw. S. 356 der zweiten Auflage wird es – zugebenermaßen vereinfachend - so dargestellt, als ob Aktienfonds keine Zinserträge erwirtschaften. Das ist falsch, allein schon deshalb weil auch Aktienfonds üblicherweise eine gewisse Liquiditätsreserve haben, mit der sie Zinsen erwirtschaften können. Darüber hinaus ist es nicht unüblich, dass auch Aktienfonds einen gewissen Teil festverzinslicher Anlagen mit Zinserträgen beinhalten.

Geschäftsfähigkeit und Entmündigung

Auf S. 4 der ersten Auflage bzw. S. 74 der 2. Auflage wird auf den Wegfall der

Geschäftsfähigkeit wegen Entmündigung hingewiesen. Eine solche gibt es allerdings nicht mehr. Seit 1992 ist sie bereits durch einen Einwilligungsvorbehalt ersetzt, der im Rahmen eines Betreuungsverfahrens angeordnet werden kann. Die aktuellen gesetzlichen Grundlagen finden sich in § 1896 Abs. 1 BGB. Trotz eines Betreuers bleibt die Geschäftsfähigkeit vorhanden, sofern keine selbst ruinösen Geschäfte getätigt werden.

Weiter wird ausgeführt, dass Personen bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres geschäftsunfähig sind und im Alter von 7-17 Jahren beschränkt geschäftsfähig seien (S. 4 der 1. bzw. 73 der 2. Auflage). Unklar bleibt hiernach, was mit Personen zwischen dem vollendeten 7. Lebensjahr (z.B. 6 Jahre und 1 Tag) und dem vollendeten 8. Lebensjahr (also 7 Jahre) ist. Korrekt müsste hier von Personen vor und entsprechend von Per-

sonen nach Vollendung des 7. bzw. 17. Lebensjahres die Rede sein.

Geldwäschegesetz

Bis zum 01.03.2011 galt nach § 4 Abs. 1 GwG noch, dass die Identifizierungspflicht für Lebensversicherungen für Prämienzahlungen ab 1.000 Euro Jahresbeitrag oder Beitragsdepotzahlungen ab 2.500 Euro gilt. Sowohl in der aktuellen Ausbildungsliteratur des BWV zu „Geldanlage und Investmentvermögen“ (2. Auflage, S. 99) als auch in der 1. Auflage (S.24) wird noch auf diese alten Grenzen verwiesen. Eine Gegenüberstellung von altem und neuem Text findet sich unter http://www.sadaba.de/Sy_GWG_GWG_alt.html. Siehe dazu weiter den Text zum Geldwäschegesetz in dieser Ausgabe und dort speziell die Fußnote 4.

Legitimationsprüfung

Sowohl in der aktuellen (S. 411) als auch in der alten Auflage (S. 403) wird behauptet, dass die Einzelvertretung eines geschiedenen Elternteils für ein minderjähriges Kind das alleinige Sorgerecht voraussetzt. Das ist nicht korrekt. Vielmehr ist entscheidend die alleinige Vermögenssorge, da sehr oft ein Elternteil zwar das Aufenthaltsbestimmungsrecht hat, die Vermögens- oder Gesundheits-sorge jedoch bei beiden Elternteilen gemeinsam liegt.

Weiter ist zu beachten, dass nach § 1687 BGB auch bei gemeinsamer Vermögenssorge das Recht besteht z.B. ein „Knax-Konto“ abzuschließen, da es sich hierbei nicht um Entscheidung handelt, die „schwer abzuändernden Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes“ haben würde. Entsprechend könnte auch eine Polypenentfernung oder sogar ein Verzug eines Elternteils mit seinem Kind innerhalb der Europäischen Union über § 1687 BGB abgedeckt sein. Zudem ist es möglich, dass sich Eltern in einzelnen Bereichen oder dauerhaft zu Gunsten eines Kindes bevollmächtigen.

Pflichtunterlagen

Laut S. 416 der 1. Auflage seien Halbjahres- und Jahresbericht Pflichtunterlagen gemäß Investmentgesetz. Auf S. 402 der 2. Auflage werden Jahres- und Halbjahresbericht analog als Pflichtverkaufsunterlagen gemäß Kapitalanlagegesetzbuch benannt. Korrekt ist, dass der zuletzt veröffentlichte Jahres-

und Halbjahresbericht gemäß § 297 KAGB bzw. zuvor nach § 121 InvG nur auf Verlangen auszuhändigen ist.

Positive Aktualisierungen

Positiv sind einige Aktualisierungen gegenüber der ersten Auflage. Beispielsweise wurden die Ausführungen zu offenen Immobilien-Sondervermögen auf S. 279-285 (vorher: S. 276-279) auf den neuen Gesetzesstand, der seit 2013 gilt, aktualisiert. Aktualisiert wurde auch, dass seit Juli 2013 das BaFin die Aufsicht auch für geschlossene Fonds hat (S. 69 bzw. 435 der 2. Auflage).

Positiv ist auch, dass das Beispiel zur Funktionsweise des Verlustverrechnungstopfes auf S. 355 der 1. Auflage auf S. 365 der 2. Auflage korrigiert wurde, so dass es nunmehr auch zur Erläuterung passt. Verluste aus Aktienvermögen kommen nämlich nicht in den Verlustverrechnungstopf 2 wie es in der ersten Auflage noch fälschlich dargestellt wurde.

Online-Prüfung der IHK optimierungsbedürftig

Der Autor dieses Beitrages absolvierte am 25.09.2013 erfolgreich die Prüfung zum Finanzanlagenfachmann IHK an der IHK Braunschweig. Diese Prüfung fand zeitgleich in Hannover, Bremen und Braunschweig statt. Die Prüfung wurde online durchgeführt, wobei es die Möglichkeit gab, sich handschriftliche Notizen zu machen, die anschließend eingesammelt wurden. Am Ende der Prüfung erfuhren die Teilnehmer nur, ob sie bestanden hatten oder nicht und wie viele Fragen richtig beantwortet wurden. Leider erfolgte keine Rückmeldung auf Unstimmigkeiten und Fehler, auf die der Autor im Rahmen seiner handschriftlichen Notizen hinwies. Auch erfuhren die Teilnehmer nicht, welche Fragen sie richtig und welche falsch beantwortet wurden. Ein Lerneffekt für die Zukunft wurde dadurch verhindert.

Eine Einsicht in die Aufgaben und Musterlösungen nach der Prüfung ist nur kostenpflichtig möglich.

Da die Aufzeichnungen nach der Prüfung nicht einbehalten werden konnten, können an dieser Stelle nur weniger Unstimmigkeiten konkret benannt werden. So wurde beispielsweise von Dokumentierung anstatt von Protokollierung gesprochen. Viele Fragen konnten verschieden ausgelegt werden, wobei nicht

immer klar war, ob der zu diesem Zeitpunkt neueste Gesetzesstand mit den Änderungen des KAGB oder der im Rahmen der Prüfungsvorbereitung gelernte und zwischenzeitlich teilweise veraltete Gesetzesstand des InvG gemeint war. Seit dem 01.01.2014 ist grundsätzlich das neue KAGB prüfungsrelevant. Ob im Rahmen dieser Aktualisierung auch die kritisierten Punkte korrigiert wurden, ist dem Autor nicht bekannt.

Wiederholt wurden Fragen gestellt, die man inhaltlich durchaus unterschiedlich hätte auslegen können. Da keine Möglichkeit bestand, herauszufinden, wie die Verfasser der Fragen diese verstanden haben wollten, blieb dem Autor nur übrig, die seines Erachtens wahrscheinlichste Auslegung zur Beantwortung zugrunde zu legen. Ob dies in jedem Fall gelungen ist, ist bis heute unklar geblieben.

Prüfungsvorbereitung beim BWV mit gravierenden Fehlern

Zur Prüfungsvorbereitung wurde neben dem oben benannten Lehrbuch in der ersten Auflage und Präsenzseminaren zusätzlich auch Onlineschulungen und –prüfungssimulationen des BWV Hannover e.V. in Anspruch genommen. Wiederholt fanden sich gleichartige Falschdarstellungen in den ausgehändigten Präsenzunterlagen, im Lehrbuch sowie in den Onlinedarstellungen. Zum Erreichen der vollen Punktzahl bei den Onlineprüfungen war es daher trotz wiederholter Hinweise auf inhaltliche falsche sowie interpretationsbedürftige Darstellungen bis zum Ende der Prüfungsvorbereitungsphase stets erforderlich, bewusst falsche Antworten zu geben! Dass dies didaktisch nicht gerade sinnvoll ist, wurde dem BWV mit Email vom 23.09.2013 zur Kenntnis gebracht.

Beispielhaft seien zwei Fragen aus der Online-Prüfungsvorbereitung des Jahres 2013 benannt:

Frage-Beispiel 1

Frage 2

Ralf Kuhn interessiert sich für eine Anlage in einen offenen Immobilienfonds. Er hat sich im Internet einige Informationen beschafft, die er von Ihnen erläutert haben möchte. Welche Aussagen treffen zu?

- Bei offenen Immobilienfonds wird nur einmal je Quartal der Ausgabe- und Rücknahmepreis berechnet
- Eine Bewertung aller Grundstücke und Immobilien im Fonds muss mindestens einmal jährlich durch einen Sachverständigenausschuss erfolgen
- Da nur in gewerbliche Immobilien und Grundstücke investiert wird, garantieren offene Immobilienfonds eine Mindestverzinsung
- Offene Immobilienfonds sind in der Anzahl der Objekte und der Anteilsinhaber nicht begrenzt.

Korrekt ist, dass die Bewertung min. 4x jährlich erfolgen muss. Damit ist Antwortmöglichkeit 2 fehlerhaft, da zum Zeitpunkt der Fragestellung bereits veraltet, da das KAGB bereits zum 22.07.2013 überwiegend in Kraft trat. Rechtsgrundlage ist § 251 (1) KAGB.

Das alte InvG kam nicht mehr zum Tragen. Es ist verständlich, wenn Papierunterlagen nicht aktualisiert werden können. Für Onlineunterlagen sollte dies jedoch durchaus möglich sein. Im Rahmen der Kundenberatung muss ja schließlich auch stets der dann aktuelle

Rechtsstand beachtet werden. Der in einem anderen Zusammenhang vorgebrachte Einwand, dass die Berücksichtigung einer älteren Rechtslage den Lernenden unnötig verwirren könnte, ist unsinnig, da im Rahmen einer konkreten Beratungssituation ja auch auf z.B. abgeltungssteuerfreie und abgeltungssteuerpflichtige Anlagen im Kundenportfolio einzugehen ist und manche Riesterverträge noch nach alter Rechtslage ein Endalter von 60 anstatt heute mindestens 62 Jahren haben können. Das hat ein Berater zu wissen und sollte daher auch im Rahmen einer Prüfungsvorbereitung korrekt und unmissverständlich dargestellt werden. Insbesondere sollte aber kein Prüfling dafür bestraft werden können, dass er sich Gedanken macht und Fragestellungen kritisch hinterfragt.

Frage-Beispiel 2

Frage 5

Klaus Schulz hat aus einer fälligen Lebensversicherung 30.000 Euro erhalten. Er möchte das Geld für sechs Monate sicher und rentabel anlegen. In der Zeitung hat er gelesen, dass kurzfristig mit steigenden Zinsen zu rechnen ist. Welche Konsequenzen hat das für Ihren Kunden bei der Auswahl des Anlageinstruments?

- Er sollte sein Geld in einem Geldmarktfonds anlegen, da dieser i.d.R. von steigenden Zinsen profitiert.
- Bei steigenden Zinsen sollte er aus Kosten- und Ertragsgründen in einen Aktienfonds investieren.
- Er sollte mit der Anlage warten, bis die Zinsen gestiegen sind.
- Er sollte sein Geld in einem Rentenfonds anlegen, da dieser von steigenden Zinsen profitiert

Wie etwa die Finanzmarktkrise gezeigt hat, kann auch ein Geldmarktfonds Geld verlieren. Hat man beispielsweise zum Zeitpunkt dieses Screenshots am 23.09.2013 den Eonia-ETF (db x-trackers) im Internet nachgesehen, so konnte man gut feststellen, dass dieser als angeblich „sehr sichere“ Anlage auf Jahressicht einen Verlust erlitten hatte.

Der Grund dafür war die damals jüngste Zinserhöhung. Wer also eine solche Empfehlung gegeben hätte, handelte vertriebs- und nicht kundenorientiert und wäre daher nach Meinung des Autors in Haftung zu nehmen. Die gewünschte Antwort 1 ist daher nachweislich falsch.

DB X-TRACKERS EONIA TOTAL RETURN INDEX ETF 1C

23.09.13 10:21:32 Uhr Vergleichsindex: EONIA TOTAL ..

***139,749 EUR** Typ: ETF WKN: DBX0AN

-0,00% [-0,004] Börse: Xetra

TER: 0,15%

Realtime

Ertragskennzahlen							
	1 Woche	1 Monat	3 Monate	1 Jahr	3 Jahre	5 Jahre	10 Jahre
Performance	-0,00%	-0,00%	-0,00%	-0,02%	+0,95%	+2,59%	--
Relative Performance*	--	--	--	--	--	--	--
Hoch	139,76	139,76	139,77	139,80	140,02	140,02	140,02
Tief	139,72	139,35	139,35	139,35	137,63	136,14	128,20
Ø-Preis	--	--	--	--	--	--	--
Alpha	--	--	--	--	--	--	--

Weiteres Beispiel

Frage 4

Ihr Kunde Jörg Lampe hat sich zum Kauf eines von Ihnen angebotenen Investmentfonds entschieden. Welche der folgenden Unterlagen müssen Sie Herrn Lampe mindestens aushändigen?

- Eine aktuelle BVI-Statistik
- Den aktuellen Verkaufsprospekt
- Eine Antragsdurchschrift
- Den aktuellen Jahresbericht und ggf. Halbjahresbericht
- Den Geschäftsbericht Ihres Unternehmens
- Eine Durchschrift der Beratungsdokumentation

„Beratungsdokumentation“ ist ein Begriff aus der Versicherungsvermittlung. Bei der Vermittlung offener Investmentfonds und anderer Kapitalanlagen heißt

es laut Gesetz „Beratungsprotokoll“. Halbjahresbericht und Jahresbericht sind dem Kunden sowohl nach § 121 Nr. 1 InvG als auch nach KAGB nur auf Ver-

langen auszuhändigen, wobei die Übergabe auch elektronisch erfolgen darf.

Frage 3

Sie bereiten sich auf das Beratungsgespräch mit Ihrem Kunden Fritz Box vor und kontrollieren, ob Sie alle Unterlagen, die Sie Ihrem Kunden auf jeden Fall überlassen müssen, zur Verfügung haben. Welche Unterlagen gehören dazu?

- Jahres-/Halbjahresbericht
- Beratungsprotokoll
- Satzung der Investmentgesellschaft
- Wirtschaftsprüfer-Gutachten
- Verkaufsprospekt
- Kontoeröffnungsantrag inkl. WpHG-Fragen

Das Protokoll kann der Finanzanlagenvermittler vor der Beratung noch nicht erstellt haben und daher auch nicht mitnehmen. Es kann erst während des Gespräches erfolgen, da eine Protokollierung ja den zeitlichen Ablauf eines Gespräches beinhaltet (siehe z.B. <http://de.wikipedia.org/wiki/Protokoll>). Nach §

34 (2a) WpHG ist das Protokoll über die Beratung anzufertigen. Wenn diese zum Zeitpunkt der Vorbereitung noch nicht stattgefunden hat, kann auch noch kein Protokoll erstellt werden, sondern höchstens ein Formular, in dem die einzelnen zwingend für die spätere Protokollierung erforderlichen Punkte eingetragen sind.

Beispielsweise erfolgt die Protokollierung bei Jung, DMS & Cie. z.B. online während des Beratungsgesprächs. Ein Ausdruck im Vorfeld ist daher gar nicht möglich. Der BWV e.V. würde diesem Maklerpool also mit dieser Art der Musterlösung suggerieren, dass der Onlineprozess hier rechtswidrig wäre.

Und ...

Steuerliche Behandlung

Beispiel: Berechnung Abgeltungsteuer

FACHWISSEN
Finanzanlagenvermittlung

Beispiel:
Berechnung der Abgeltungsteuer

- Steuerpflichtige Fondsausschüttung in Höhe von 1.000 EUR
- Es liegt kein Freistellungsauftrag vor
- Anleger ist in Bayern kirchensteuerpflichtig

Abgeltungsteuer (24,45%)	244,50 EUR
Solidaritätszuschlag (5,5% des Abgeltungsteuerbetrags)	13,44 EUR
Kirchensteuer (9% des Abgeltungsteuerbetrags)	22,00 EUR
Steuerbelastung gesamt	279,94 EUR

9% von 244,50 Euro = 22,005 Euro = gerundet = 22,01 Euro. Damit ist die Steuerbelastung auf 279,95 Euro zu erhöhen.

Es gibt allerdings noch einen zweiten Fehler in der Darstellung. Die Abgeltungssteuer beträgt in Bayern und Baden-Württemberg im Unterschied zu allen anderen Bundesländern 8% und nicht wie hier dargestellt 9%.

Also wäre der Abgeltungssteuersatz von 24,45% auf 24,51% zu erhöhen (= 245,10 Euro), der Soli entsprechend auf 13,48 Euro anzupassen und die Kirchensteuer auf 19,61 Euro zu reduzieren. Die gesamte Steuerbelastung im benannten Beispiel betrüge demnach abweichend 278,19 Euro.

Auch das zweite Beispiel zu diesem Thema aus den Schulungsunterlagen ist entsprechend fehlerhaft:

Steuerliche Behandlung	FACHWISSEN Finanzanlagenvermittlung																		
Offene Investmentfonds – Einkommensteuer, Ertrag- und Gewinnsteuer																			
<p>Abgeltungsteuer:</p> <p><input type="checkbox"/> 24,45% (bei 9% Kirchensteuersatz)</p> <p><input type="checkbox"/> bzw. 24,51% (bei 8% Kirchensteuersatz)</p> <p>Die Kirchensteuer wird genauso wie die Abgeltungsteuer und der Solidaritätszuschlag erst fällig, wenn ein eventuell erteilter Freistellungsauftrag ausgeschöpft ist.</p>	<p style="text-align: center;">Rechenbeispiel Kirchensteuer</p> <p>Ihr lediger Anleger ist in Hessen steuerpflichtig und hat im Jahr 2009 2.500 EUR steuerpflichtige Erträge aus Fondsausschüttungen erzielt. Ein Freistellungsauftrag in maximaler Höhe liegt vor. Ein Auftrag zum Kirchensteuerabzug liegt ebenfalls vor:</p> <table style="width: 100%;"> <tr><td>2.500 EUR - 801 EUR Sparerpauschbetrag</td><td>=</td><td>1.699,00 EUR</td></tr> <tr><td>Darauf 24,45 % Abgeltungssteuer</td><td>=</td><td>415,41 EUR</td></tr> <tr><td>Darauf 5,5% Solidaritätszuschlag</td><td>=</td><td>23,36 EUR</td></tr> <tr><td>9% Kirchensteuer auf 415,41 EUR</td><td>=</td><td>37,39 EUR</td></tr> <tr><td>Gutschrift an den Anleger</td><td>=</td><td>1.222,84 EUR</td></tr> <tr><td>1.699 EUR - (415,41 EUR + 23,36 EUR + 37,39 EUR)</td><td></td><td></td></tr> </table>	2.500 EUR - 801 EUR Sparerpauschbetrag	=	1.699,00 EUR	Darauf 24,45 % Abgeltungssteuer	=	415,41 EUR	Darauf 5,5% Solidaritätszuschlag	=	23,36 EUR	9% Kirchensteuer auf 415,41 EUR	=	37,39 EUR	Gutschrift an den Anleger	=	1.222,84 EUR	1.699 EUR - (415,41 EUR + 23,36 EUR + 37,39 EUR)		
2.500 EUR - 801 EUR Sparerpauschbetrag	=	1.699,00 EUR																	
Darauf 24,45 % Abgeltungssteuer	=	415,41 EUR																	
Darauf 5,5% Solidaritätszuschlag	=	23,36 EUR																	
9% Kirchensteuer auf 415,41 EUR	=	37,39 EUR																	
Gutschrift an den Anleger	=	1.222,84 EUR																	
1.699 EUR - (415,41 EUR + 23,36 EUR + 37,39 EUR)																			

2.500 Euro – 801 Euro Sparerfreibetrag = 1.699,00 Euro
 Darauf 24,45% Abgeltungssteuer = 415,41 Euro
 Darauf 5,5% Solidaritätszuschlag = **22,85 Euro**
 Darauf 9% Kirchensteuer auf 414,41 Euro = 37,39 Euro
 Gutschrift an den Anleger = **1.223,35 Euro**

Ein weiteres Beispiel

Steuerliche Behandlung	FACHWISSEN Finanzanlagenvermittlung																								
Offene Investmentfonds – Einkommensteuer, Ertrag- und Gewinnsteuer																									
Besteuerung von Veräußerungsgewinnen: ein Beispiel (mit SolZ und KiSt)																									
<p>Annahmen: Kauf von Aktienfondsanteilen im Wert von 10.000 EUR, 25.000 EUR Kursgewinn beim Verkauf nach 20 Jahren Haltedauer, angenommener Kirchensteuersatz: 9%, Solidaritätszuschlag: 5,5%, gerundete Werte, Ohne Berücksichtigung von Zins- und Dividendenzahlungen, Depotgebühren oder Freibeträgen</p>																									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>6.264 EUR</td></tr> <tr><td>Abgeltungssteuer</td></tr> <tr><td>18.736 EUR</td></tr> <tr><td>Veräußerungsgewinn (nach Steuern)</td></tr> <tr><td>10.000 EUR</td></tr> </table>	6.264 EUR	Abgeltungssteuer	18.736 EUR	Veräußerungsgewinn (nach Steuern)	10.000 EUR	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>6.999 EUR</td></tr> <tr><td>Abgeltungssteuer</td></tr> <tr><td>18.001 EUR</td></tr> <tr><td>Veräußerungsgewinn (nach Steuern)</td></tr> <tr><td>10.000 EUR</td></tr> </table>	6.999 EUR	Abgeltungssteuer	18.001 EUR	Veräußerungsgewinn (nach Steuern)	10.000 EUR														
6.264 EUR																									
Abgeltungssteuer																									
18.736 EUR																									
Veräußerungsgewinn (nach Steuern)																									
10.000 EUR																									
6.999 EUR																									
Abgeltungssteuer																									
18.001 EUR																									
Veräußerungsgewinn (nach Steuern)																									
10.000 EUR																									
<table style="width: 100%;"> <tr><td>25.000 EUR X 25% Abgeltungssteuer</td><td>=</td><td>6.250 EUR</td></tr> <tr><td>250 EUR X 5,5% SolZ</td><td>=</td><td>13,75 EUR</td></tr> <tr><td></td><td>=</td><td></td></tr> <tr><td>6250 EUR + 13,75 EUR</td><td>=</td><td>6.263,75 EUR</td></tr> </table>	25.000 EUR X 25% Abgeltungssteuer	=	6.250 EUR	250 EUR X 5,5% SolZ	=	13,75 EUR		=		6250 EUR + 13,75 EUR	=	6.263,75 EUR	<table style="width: 100%;"> <tr><td>25.000 EUR X 24,45% Abgeltungssteuer</td><td>=</td><td>6.112,47 EUR</td></tr> <tr><td>6.112,47 EUR X 5,5% SolZ</td><td>=</td><td>336,18 EUR</td></tr> <tr><td>6.112,47 EUR X 9 % KiSt</td><td>=</td><td>550,12 EUR</td></tr> <tr><td>6.112,47 EUR + 336,18 EUR + 550,12 EUR</td><td>=</td><td>6.998,77 EUR</td></tr> </table>	25.000 EUR X 24,45% Abgeltungssteuer	=	6.112,47 EUR	6.112,47 EUR X 5,5% SolZ	=	336,18 EUR	6.112,47 EUR X 9 % KiSt	=	550,12 EUR	6.112,47 EUR + 336,18 EUR + 550,12 EUR	=	6.998,77 EUR
25.000 EUR X 25% Abgeltungssteuer	=	6.250 EUR																							
250 EUR X 5,5% SolZ	=	13,75 EUR																							
	=																								
6250 EUR + 13,75 EUR	=	6.263,75 EUR																							
25.000 EUR X 24,45% Abgeltungssteuer	=	6.112,47 EUR																							
6.112,47 EUR X 5,5% SolZ	=	336,18 EUR																							
6.112,47 EUR X 9 % KiSt	=	550,12 EUR																							
6.112,47 EUR + 336,18 EUR + 550,12 EUR	=	6.998,77 EUR																							

Auch dieses Beispiel kann nicht stimmen. Angenommen, es handelt sich um eine Einmalanlage, die vor 20 Jahren getätigt wurde, so wären Kursgewinne steuerfrei, da die Anlage vor 2009 geschlossen wurde. Im Fall eines Sparplanes wären zumindest die Kursgewinne auf Anteile, die vor 2009 gekauft wurden, abgeltungssteuerfrei. Das Beispiel kann daher nicht stimmen. Davon abgesehen, ist auch die Berechnung selbst nicht nachvollziehbar. Die mit 25% statt mit 24,45% angesetzte gerundete Abgeltungssteuer macht m.E. keinen Sinn, wenn zugleich ein

konkreter Kirchensteuersatz zugrunde gelegt wird.

Die korrekten Berechnungen müssten also wie folgt lauten:
 25.000 Euro x 25% = 6.250 Euro
6.250 Euro x 5,5% SolZ = 343,75 Euro
6.250 Euro + 343,75 Euro = 6.593,75 Euro

25.000 Euro x 24,45% = 6.112,50 Euro
 6.112,50 Euro x 5,5% SolZ = 336,19 Euro
 6.112,50 Euro x 9% KiSt = 550,13 Euro
6.112,50 Euro + 336,19 Euro + 550,13 Euro = 6.998,82 Euro

Für alle, die es wissen wollen.

Auf die Überholspur mit Indexanlagen



Die überwältigende Mehrheit aller Investoren scheitert daran, langfristig eine höhere Performance zu erzielen als ihr Vergleichsindex. Lassen Sie deshalb Ihre Vernunft über die Hoffnung triumphieren, und entscheiden Sie sich für eine ebenso einfache wie fundierte Anlagestrategie, die Sie ohne großen Zeit- und Analyseaufwand umsetzen können: Souverän investieren mit Indexanlagen! **2011. 320 Seiten. € 29,99**

»Wer einfach, rational und mit wenig Arbeit vermögend werden will, für den ist dieses elegant geschriebene Buch goldrichtig. Höchstenote!«

Prof. Olaf Gierhake, swisspartners Versicherung

Und ...

Frage 8

Beim Ausfüllen der Antragsunterlagen mit Ihrem Kunden Gerd Gunnert liest er sich noch einmal die Verkaufsunterlagen durch. Dabei liest er auch die Begriffe Rating und Ranking. Wie erklären Sie Herrn Gunnert diese richtig?

- ✓ Rating ist der Vergleich verschiedener Fonds unter Berücksichtigung u.a. der Qualität des Fondsmanagements.
- ✓ Ranking ist der rein quantitative Vergleich verschiedener Fonds, der Rückschlüsse auf zukünftige Entwicklungen zulässt.
- ✓ Ranking ist der rein quantitative Vergleich verschiedener Fonds, der keine Rückschlüsse auf zukünftige Entwicklungen zulässt.
- Rating ist der Vergleich verschiedener Fonds ohne Berücksichtigung der Qualität des Fondsmanagements.

Ein Rating muss nicht zwangsweise auch das Fondsmanagement mitbewerten. Es kann z.B. ein Transparenzrating, ein Kostenrating oder ein Nachhaltigkeitsrating sein. Laut <http://de.wikipedia.org/wiki/Rating> wird selten auch

ausschließlich die Performance eines Fonds bewertet. Die vorgegebene Antwortmöglichkeit 1 ist daher fehlerhaft. Vor allem impliziert die Frage eine allgemeingültige Antwort von „Rating“, die hier nicht passt, da etwa die von Witte

Financial Services erstellten Ratings im Versicherungsbereich ausschließlich Bedingungsratings sind und überhaupt nicht in diese Fragensystematik passen würden.

Und ...

Frage 10

Hans und Brigitte Prassel haben vor kurzem geheiratet. Im Beratungsgespräch wollen sie von Ihnen wissen, bis zu welcher Einkommenshöhe Verheiratete Anspruch auf Arbeitnehmersparzulage haben. Welche Informationen geben Sie dem Ehepaar Prassel?

- Diese Zulage wird Ihnen gewährt bis zu ...
- 51.200 EUR zu versteuerndes Einkommen
- 35.800 EUR zu versteuerndes Einkommen
- 51.200 EUR Brutto-Einkommen
- 40.000 EUR zu versteuerndem Einkommen
- 40.000 EUR Brutto-Einkommen

Auch hier stimmen die Antwortmöglichkeiten nicht. Der BWV wollte hier 40.000 Euro hören. Diese Antwort gilt aber nur für Investmentfonds. Die Arbeitnehmer-

sparzulage wird jedoch auch für Bauparverträge gewährt. Hier darf das zu versteuernde Einkommen abweichend maximal 35.800 Euro für ein Paar betra-

gen. Damit müssten 35.800 und 40.000 Euro als Antworten akzeptiert werden, wenn die Frage nicht allein auf Fonds konkretisiert wird.

Und ...

Frage 3/Ebene 1

Damit Verträge zur Altersvorsorge förderfähig sind, müssen sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Welche der unten genannten Aussagen treffen zu?

- ➔ Leistungen aus dem Altersvorsorgevertrag dürfen frühestens mit Vollendung des 62. Lebensjahres oder einer vor Vollendung des 62. Lebensjahres beginnenden Leistung aus einem gesetzlichen Alterssicherungssystem erfolgen
- ➔ Die Leistungen müssen unabhängig vom Geschlecht des Vertragspartners berechnet werden
- ➔ Der Anbieter der Altersvorsorgevertrages muss bei Vertragsabschluss zusagen, dass zu Beginn der Auszahlungsphase mindestens die eingezahlten Altersvorsorgebeiträge zur Verfügung stehen
- ➔ Der Vertrag muss zu Beginn mit den gesamten Abschluss- und Vertriebskosten belastet werden

Der letzte Punkt passt nicht, da die Abschluss- und Vertriebskosten bei Neu-

verträgen auf min. 5 Jahre verteilt werden müssen, früher sogar auf min. 10

Jahre. Einige Tarife verzichten sogar ganz auf eine Zillmerung.

Und ...

Frage 1/Ebene 2

Was wird auf dem Kapitalmarkt gehandelt?

- ➔ Aktien
- ➔ Devisen
- ➔ Kredite
- ➔ Rentenpapiere

Aktien- und Rentenmarkt sind Teile des Kapitalmarktes. Siehe dazu auch z.B.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Kapitalmarkt>. Laut Schulungsvideos gäbe es

folgende Märkte:

Arten von Finanzmärkten

Zentrales Unterscheidungskriterium für die verschiedenen Finanzmärkte sind die betreffenden Handelsgegenstände:

- Geld
- Kapital
- Devisen
- Termingeschäfte



Quelle: http://www.dva-online-lernen.de/Courses/DVA/viwis_fachwissen_finanzenanlagenvermittlung/viwis/kapitel_06/wbt/finanzmaerkte/start.htm.

Demnach gehören Devisen eindeutig nicht zum Kapitalmarkt. Auch ein weiteres Schulungsvideo bestätigt, dass nur Aktien- und Rentenpapiere zum Kapitalmarkt gehören:



Quelle: http://www.dva-online-lernen.de/Courses/DVA/viwis_fachwissen_finanzenanlagenvermittlung/viwis/kapitel_06/is-video.html?06_03_01.

Und ...

Frage 10

Ihr Kunde Herr Norbert Müller hat am 08. Februar 10.000 Euro in einen internationalen Aktienfonds investiert. Bis zum 12. September des selben Jahres stieg der Rückkaufswert auf 10.450 Euro. Da Herr Müller einen stärkeren Kurseinbruch befürchtet, verkauft er seine Anteile an diesem Tag. Er will nun von Ihnen wissen, welcher Betrag der Abgeltungssteuer unterliegt. Welche Auskunft ist richtig?

- Die Differenz zwischen der Anlagesumme am Kauftag und dem der Anlagesumme am Verkaufstag unterliegt der Abgeltungssteuer. Allerdings wird hiervon der jährliche Freibetrag von 100 Euro abgezogen.
- Der realisierte Kursgewinn von 450 Euro unterliegt grundsätzlich der Abgeltungssteuer
- Der gesamt realisierte Kursgewinn bleibt steuerfrei
- Da der Kursgewinn innerhalb der Spekulationsfrist von einem Jahr erzielt wurde, unterliegt er in voller Höhe der Einkommensteuer

Lebensversicherungen haben einen Rückkaufswert, Investmentfonds einen Rücknahmepreis.

Die Welt der Honorarberatung

Jeden Monat
kostenfrei neu:
www.hbmagazin.de

Und ...

Frage 1

Ihr Kunde, Herr Jens Vogel, ist sehr an Funktionsweisen von Finanzmärkten interessiert. Sie kommen auf den Geldmarkt zu sprechen, der ein Teil des Finanzmarktes ist und an welchem Geldanlagen unter Banken mit einer Laufzeit bis zu einem Jahr gehandelt werden. Angebot und Nachfrage bestimmen den Geldmarktzins.

Herr Vogel möchte nun von Ihnen wissen, auf welche Anlageformen sich die Veränderungen unmittelbar auswirken?

- Immobilien
- ✓ Sparbuch
- Langlaufende festverzinsliche Wertpapiere
- ✓ Termingelder
- Aktien

Die vom BWV benannte Antwort erschließt sich nicht. Bei einem Termingeld habe ich einen festen Zins während der Vertragslaufzeit. Das Geld wird am Ende der Vertragsdauer zum vereinbarten Wert ausgezahlt. Siehe hierzu beispielsweise www.sparkasse.de:

„So funktioniert Termingeld: Sie legen einmalig einen Geldbetrag für einen kurz- bis mittelfristigen Zeitraum an. Vorab wird ein fester Zinssatz für Ihr Guthaben bestimmt. So sind Sie unabhängig von Kurs- und Zinsschwankungen – Ihr Geld und Ihr Zinssatz sind sicher.“

Umgekehrt verhält es sich jedoch mit einem Rentenfonds, der langlaufende

festverzinsliche Wertpapiere enthalten kann. Sinkt das Zinsniveau, so steigt der Kurswert der darin enthaltenen Rentenpapiere, steigt der Geldmarktzins, so sinkt der Kurswert der im Sondervermögen enthaltenen Wertpapiere. Damit besteht hier durchaus eine unmittelbare Auswirkung, während sie Termingelder nur im Rahmen einer Prolongation zum Stichtag der Zinsänderung unmittelbar betreffen würde. In einer Mail vom 20.09.2013 wurde dazu von Frau Edith Susanne Pitka, Veranstaltungsmanagerin der Deutsche Versicherungsakademie (DVA) GmbH folgendes vorgetragen:

„Es geht bei der Fragestellung nicht darum, ob sich der Zins während der Dauer eines Termingeldes ändert sondern welche Anlageformen am schnellsten auf Änderungen des Zinssatzes reagieren. Und bei der Vergabe von neuen Termingeldern reagieren die Geldinstitute eben sehr schnell auf Veränderungen. Da man aber die Frage anscheinend auch missinterpretieren kann, werden wir die Formulierung nochmal überprüfen.“

Ob diese Überprüfung bis heute erfolgt ist, ist unbekannt.

Und ...

Frage 5

Beim Besuch Ihrer Kundin Frau Sabrina Reiter erzählt sie Ihnen, dass sie ihr Geld zukünftig in Investmentfonds anlegen möchte. Beim Beratungsgespräch stellen Sie fest, dass es sich bei Frau Reiter um eine sicherheitsorientierte Anlegerin handelt, die einen Anlagehorizont von 5 Jahren angibt. Aus diesem Grund empfehlen Sie ihr,

- einen geschlossenen Immobilienfonds, da dieser sehr sicher ist.
- einen Aktienfonds zu zeichnen, da dieser auch in festverzinsliche Wertpapiere investieren darf.
- einen gemischten Fonds zu zeichnen, da dieser je nach Marktsituation mehr in festverzinsliche Wertpapiere oder Aktien investiert.
- ✓ das Geld in einen Rentenfonds zu investieren, da dieser primär in festverzinsliche Wertpapiere anlegt.

Aus dem gleichen Grund ist die hier benannte Frage 5 gar nicht richtig zu beantworten (obwohl der BWV mit der angekreuzten Antwort zufrieden war), da bei einem Anlagehorizont von nur fünf Jahren durchaus erhebliche Risiken bestehen können. Angenommen, wir hätten kurz nach Vertragsbeginn eine deutliche Anpassung des Zinsniveaus, so würde dies natürlich auch den Kurswert des Rentenfonds maßgeblich beeinflussen. Auch Währungsschwankungen und

eine Abstufung der Bonität sind nicht auszuschließen. Ohne nähere Erläuterung ist die Antwort daher falsch, zumindest aber irreführend.

Die Stellungnahme zu diesem Einwand erfolgte so:

„Es geht bei den Fragestellungen nicht darum, die absolut beste und sicherste Empfehlung zu geben - diese wird es ja auch nie geben, da kein Mensch (und

auch kein Computer) die zukünftigen Entwicklungen vorhersehen kann. Hier geht es darum unter Berücksichtigung der vorhandenen Informationen, die beste Antwortmöglichkeit zu wählen.“

Im Rahmen einer Anlageberatung für einen Kunden macht diese Argumentation allerdings wenig Sinn, da der Finanzanlagenvermittler jede Empfehlung und alle wesentlichen Aussagen später protokollieren müsste.

Und ...

Frage 15

Theo Meierhofen hat aus einer Erbschaft 40.000 Euro erhalten. Er möchte den Betrag für 7-8 Jahre in einen Rentenfonds als Vermögensanlage investieren. Er fragt Sie nach dem geeigneten Anlageprodukt. Sie stellen heraus, dass bei seinem Anlagehorizont ...

- der ideale Zeitpunkt kurz vor der Ausschüttung liegt.
- das Marktzinsniveau möglichst niedrig sein sollte.
- der Anlagezeitpunkt eine untergeordnete Rolle spielt.
- der ideale Zeitpunkt direkt nach der Ausschüttung liegt.

Der Anlagezeitpunkt spielt eine erhebliche Rolle, da eine Anlage in Rentenfonds nur dann Sinn macht, wenn ich von einem sinkenden Zinsniveau ausge-

he. Wer glaubt, dass die Zinsen in 7 bis 8 Jahren höher als heute sind, sollte besser keine Einmalanlage in einen Rentenfonds investieren. Die hier beispiel-

haft angekreuzte Antwort ist sicher auch falsch, doch passt tatsächlich keine Antwort, die zur Auswahl stand.

DVA: Still ruht der See

Auf den Nachweis weiterer Fehler und Ungenauigkeiten in den Schulungsunterlagen des Jahres 2013 wird an dieser Stelle verzichtet. Diverse weitere wurden jedoch dem BWV damals per Email zur Verfügung gestellt. Welche davon zwischenzeitlich behoben wurden, ist dem Autor nicht bekannt. Zu beachten ist, dass viele Fehler sinngemäß sowohl im Buch als auch in den Onlineunterlagen ausgewiesen waren, so dass diese Art des Lernens ohne Lektüre der tatsächlichen Gesetzestexte oder sonstige eigene Recherche zwingend zu Beratungsfehlern und unnötiger Haftung des

Finanzanlagenvermittlers führen müsste. Am 08.09.2014 wurde dem Autor von Bernd Heischmann, dem Produktreferenten der Deutschen Versicherungsakademie (DVA) GmbH, mitgeteilt, dass man die in diesem Beitrag benannten Anmerkungen an die VIWIS GmbH, den Partner für die Bereitstellung von Lernprogrammen, weitergeleitet habe: „Wir haben die Rückmeldung erhalten, dass einige Hinweise zur Verbesserung des Lernprogramms beitragen konnten. Selbstverständlich sind wir jederzeit bestrebt unsere (Schulungs-)Angebote noch weiter zu verbessern und sind für

jede konstruktive Anmerkung dankbar.“ Einer Veröffentlichung dieses Beitrages wolle man seitens der DVA nicht zustimmen. Auf den schriftlichen Hinweis an Herrn Heischmann, dass Pressefreiheit bestehe und man konkret benannte Fehler in der Darstellung selbstverständlich richtigstellen werde, wurde bis zum Redaktionsschluss am 26.09.2014 nicht reagiert. Gleiches gilt für das Angebot, etwaige Stellungnahmen des Hauses für den Beitrag zu berücksichtigen. Insofern wird davon ausgegangen, dass die DVA lediglich kein Interesse an einer kritischen Berichterstattung hat.

www.finanzarchiv.com



Alles zum Thema
Finanzen und
Versicherungen.
Kostenlos.

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:
Axa – BCA – BWV e.V. – Continentale – Dialog – GDV – Line Corporation – Skype

Abschlussvermittlung, Vergütungsoffenlegung, Beratung, Vermittlung und korrekte Protokollierung für Finanzanlagenvermittler. – Einige Rechtsgrundlagen –

Geldwäsche und Datenschutz für freie Finanzanlagen- und Versicherungsvermittler

Seit dem 22. September 1992 steht Geldwäsche gemäß § 261 StGB unter Strafe. Seit dem 29. November 1993 regelt das Geldwäschegesetz (GwG) die rechtlichen Anforderungen, um eine mögliche Geldwäsche zu erkennen und zu vermeiden, aber auch die Strafen für die Missachtung der Vorschrift. Das Gesetz dient der Bekämpfung und Finanzierung von Terrorismus sowie der Bekämpfung von rechtswidrigen Taten (z.B. Menschen-, Drogen- und Waffenhandel, gewerbsmäßiger Steuerhinterziehung).



von Stephan Witte

Vor Begründung einer Geschäftsbeziehung (geschäftliche oder berufliche Beziehung von gewisser Dauer) zwischen den Vertragspartnern sind die gesetzlichen Anforderungen an die Legitimationsprüfung zu beachten. Die Pflicht zur ordnungsgemäßen und dokumentenmäßigen Identifizierung des Kunden sowie des wirtschaftlich Berechtigten (stets eine natürliche Person) bei Anknüpfung der Geschäftsbeziehung ergibt sich bereits aus der steuerrechtlichen Vorschrift des § 154 Abgabenordnung (AO) in Verbindung mit dem dazugehörigen Anwendungserlass zur Abgabenordnung (AE-AO) (BStBl. I S. 664), zuletzt geändert durch Schreiben des Bundesministers der Finanzen vom 8. Oktober 1991 (BStBl. I S. 932). Nach § 154 Abs. 2 Satz 1 AO hat u.a. jeder, der ein Konto führt, sich zuvor Gewissheit über die Person

und Anschrift des Verfügungsberechtigten zu verschaffen.

Verbindliche Datenerfassung gemäß Abgabenordnung (AO)

Gemäß AO zu erfassen sind Name und Vorname, Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und Wohnanschrift jedes Kunden und wirtschaftlich Berechtigten.

Zusätzlich schreibt § 8 Abs. 1 GwG vor, auch die ausstellende Behörde, die Art des vorgelegten Legitimationspapiers (gültiger Personalausweis oder Reisepass; bei Nichtdeutschen auch anerkannte Pässe, Passersatzpapiere nach dem Freizügigkeits- oder Aufenthaltsgesetz; als Ausweisersatz erteilte Bescheinigungen über einen Auslandstitel; Reiseausweise für Ausländer, Flüchtlinge,

Staatenlose und Notausweise nach der Aufenthaltsverordnung) sowie die Ausweisnummer nachweisbar aufzuzeichnen. Es gilt das „Know-Your-Customer“-Prinzip. Kunden mit einem bereits abgelaufenen Ausweisdokument können demnach nicht nach GWG legitimiert werden. Nach der Gesetzesbegründung zum GwBekErG 2008 sollte besondere Sorgfalt auf den Abgleich des Vertragspartners mit seinem Lichtbild gelegt werden. Außerdem muss das vorliegende Ausweisdokument bei Nichtdeutschen den Namen zwingend in lateinischen Buchstaben aufweisen. Das Gesetz erlaubt es dem Identifizierenden der Dokumentationspflicht der Ausweisdaten mit einer Kopie nachzukommen (§ 8 Abs. 1 Satz 3 GwG): „Die Anfertigung einer Kopie des zur Überprüfung der Identität vorgelegten

Dokuments nach § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 und die Anfertigung einer Kopie der zur Überprüfung der Identität vorgelegten oder herangezogenen Unterlagen nach § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 gelten als Aufzeichnung der darin enthaltenen Angaben; im Falle einer Einsichtnahme auf elektronisch geführte Register- oder Verzeichnisdaten gilt die Anfertigung eines Ausdrucks als Aufzeichnung der darin enthaltenen Angaben.“

Notieren Sie auf etwaigen Ausweiskopien bitte stets: „Original hat vorgelegen“ bzw. „Original wurde eingesehen“. Nach § 4 Abs. 3 GwG gilt „bei einer juristischen Person oder einer Personengesellschaft: Firma, Name oder Bezeichnung, Rechtsform, Registernummer soweit vorhanden, Anschrift des Sitzes oder der Hauptniederlassung und Namen der Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter; ist ein Mitglied des Vertretungsorgans oder der gesetzliche Vertreter eine juristische Person, so sind deren Firma, Name oder Bezeichnung, Rechtsform, Registernummer soweit vorhanden und Anschrift des Sitzes oder der Hauptniederlassung zu erheben.“

Bei Minderjährigen sind die gesetzlich sorgeberechtigten Vertreter zu identifizieren. Bei allein Erziehenden ist zu beachten, dass das Sorgerecht oder die Vermögenssorge geteilt sein können. Falls der allein erziehende Elternteil angibt, dass er das alleinige Sorgerecht habe, ist ein amtlicher Nachweis vorzulegen, so z.B. ein Sorgerechtsbeschluss. Der Minderjährige selbst besitzt in der Regel noch keinen eigenen Pass, so dass seine Identität anhand einer Geburtsurkunde nachgewiesen werden kann.

Postident-Verfahren der Deutschen Post und andere Identifizierungsverfahren

Kann die Identität eines Kunden nicht persönlich vor Ort überprüft werden, kommt eine Identifizierung über die Zusendung des originalen Ausweisdokuments, eine beglaubigte Kopie von Pass oder Reisepass, einen elektronischen Identitätsnachweis oder eine qualifizierte elektronische Signatur in Frage. Mit Ausnahme des elektronischen Identitätsnachweises muss dann allerdings zusätzlich die erste Transaktion stets von

einem auf den Namen des Vertragspartners lautenden, identifizierten Konto erfolgen.

Zusätzlich ist - allerdings nur innerhalb Deutschlands - das Postident-Verfahren der Deutschen Post möglich. Mehr Informationen hierzu finden Sie unter <http://www.deutschepost.de/de/p/postident.html>. Eine telefonische Beratung mit anschließender Zusendung einer Ausweiskopie ist nicht zulässig, da in diesem Fall keine eigene Überprüfung stattfinden konnte.

Bildfernübertragung

Eine andere Möglichkeit einer Fernberatung, die die Vorschriften des Geldwäschegesetzes zu erfüllen vermag, besteht über Bildfernübertragung (z.B. via Line.de¹ oder Skype²). Hierüber ist gewährleistet, dass der Vermittler seinen Gesprächspartner persönlich sehen kann und gleichzeitig auch dessen Ausweis. Je nach Anbieter können jedoch datenschutzrechtliche Bedenken zum Tragen kommen. Eine Fernidentifizierung ist allerdings in der Praxis nur schwer umsetzbar wie das BaFin-Rundschreiben 1/2014 zum Geldwäschegesetz vom 05.03.2014³ klarstellt:

BMF-Vorschriften

„Das BMF hat die Vorschrift nunmehr dahingehend ausgelegt, dass unter bestimmten Voraussetzungen auch dann von einer „persönlichen Anwesenheit“ auszugehen ist und ein Fall des § 6 Abs. 2 Nr. 2 GwG nicht vorliegt, wenn die am Identifizierungsverfahren Beteiligten zwar nicht physisch, aber im Rahmen einer Videoübertragung visuell wahrnehmbar sind sowie gleichzeitig eine sprachliche Kontaktaufnahme möglich ist und in diesem Zusammenhang eine Überprüfung der Identität des Vertragspartners anhand eines Identifikationsdokuments vorgenommen werden kann.

In diesem Fall werde ungeachtet der räumlichen Trennung eine sinnliche Wahrnehmung der am Identifizierungsprozess beteiligten Personen ermöglicht, da sich die zu identifizierende Person und der Mitarbeiter im Rahmen der Videoübertragung „von Angesicht zu Angesicht“ gegenüber sitzen und kommunizieren.

Die Identifizierung eines Vertragspartners richtet sich daher in den vorgenannten Fällen nach den allgemeinen Identifizie-

rungspflichten in § 3 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 4 Abs. 1, Abs. 3 Nr. 1 und Abs. 4 Nr. 1 GwG.

Voraussetzung ist dabei, dass die Identifizierung von entsprechend geschulten und hierfür ausgebildeten Mitarbeitern des Verpflichteten oder eines Dritten durchgeführt wird, auf den der Verpflichtete die Identifizierung gemäß § 7 Abs. 2 GwG ausgelagert hat oder auf den er gemäß § 7 Abs. 1 GwG zurückgreift. Diese Mitarbeiter müssen sich während der Identifizierung zudem in abgetrennten und mit einer Zugangskontrolle ausgestatteten Räumlichkeiten befinden.

Im Rahmen der Videoübertragung sind von dem jeweiligen Mitarbeiter Fotos / Screenshots anzufertigen, auf denen der Vertragspartner sowie Vorder- und Rückseite des von diesem zur Identifizierung verwendeten Ausweisdokumentes und die darauf jeweils enthaltenen Angaben deutlich erkennbar sind. Der Kunde hat ferner während der Videoübertragung die vollständige Seriennummer seines Ausweisdokumentes mitzuteilen. Das Gespräch zwischen dem Mitarbeiter und dem Vertragspartner ist zudem akustisch aufzuzeichnen.

Eine Identifizierung des Vertragspartners mittels Videoübertragung ist nur zulässig, wenn sich dieser zu Beginn mit den Aufzeichnungen ausdrücklich einverstanden erklärt hat.

Nur Ausweis-Dokumente, die über optische Sicherheitsmerkmale verfügen, welche holographischen Bildern gleichwertig sind, können im Rahmen dieses Verfahrens als Identifikationsnachweis dienen. Der Mitarbeiter muss sich vom Vorhandensein dieser optischen Sicherheitsmerkmale visuell überzeugen und sich damit hinsichtlich der Authentizität des Ausweises vergewissern. Hierzu muss der zu identifizierende Vertragspartner den Ausweis vor der Kamera nach Anweisung des Mitarbeiters horizontal bzw. vertikal kippen. Der Mitarbeiter muss außerdem überprüfen, ob das Ausweisdokument unversehrt laminiert ist und kein aufgeklebtes Bild enthält. Eine korrekte Ziffernorthographie muss vorliegen.

Der Mitarbeiter muss sich zudem davon überzeugen, dass das Lichtbild und die Personenbeschreibung auf dem verwendeten Ausweisdokument zu dem zu identifizierenden Vertragspartner passen. Lichtbild, Ausstellungsdatum und

So haben Sie gut vorgesorgt.

Rechtsgrundlagen für Vermittler

Geburtsdatum müssen ebenfalls zueinander passen.

Der Mitarbeiter muss sich außerdem davon überzeugen, dass die weiteren Angaben auf dem Ausweispapier mit bereits vorhandenen Kundendaten (etwa solchen aus einer Applikation des Kunden) übereinstimmen.

Ist die vorstehend beschriebene visuelle Überprüfung – etwa aufgrund von schlechten Lichtverhältnissen oder einer schlechten Bildqualität/-übertragung – und/oder eine sprachliche Kommunikation nicht möglich, ist der Identifizierungsprozess abzubrechen. Gleiches gilt bei sonstigen vorliegenden Unstimmigkeiten oder Unsicherheiten. In diesen Fällen kann die Identifizierung mittels eines anderen nach dem GwG zulässigen Verfahrens vorgenommen werden.

Schließlich muss der zu Identifizierende während der Videoübertragung eine eigens für diesen Zweck gültige, zentral generierte und von dem Identifizierenden an ihn (per E-Mail oder SMS) übermittelte Ziffernfolge (TAN) unmittelbar online eingeben und an den Mitarbeiter elektronisch zurücksenden. Mit Eingabe dieser TAN durch den Vertragspartner ist das Identifizierungsverfahren, einen erfolgreichen systemseitigen Abgleich der TAN vorausgesetzt, abgeschlossen.“

Eine Feststellung der Identität nach GwG ist zwingend auch für bereits seit langem persönlich bekannte Personen vorgeschrieben.

Besondere Sorgfaltsvorschriften

Besondere Sorgfaltsvorschriften gelten nach § 6 Abs. 2 Nr. 1 GwG und § 80g VAG und sind für politisch exponierte Personen zu treffen, d.h. es ist zu prüfen, dass weder Geschäftspartner noch wirtschaftlich berechnete Person beispielsweise ein Ministeramt oder ein anderes Amt auf Staatsebene ausüben, da ansonsten erhöhte Sorgfaltspflichten bestehen. Die regelmäßige Kontrollpflicht sollte hier an der durchschnittlichen Amtsdauer orientiert sein.

Verdachtsmomente

Neben den oben grundsätzlich benannten Daten ist der Kunde über den Zweck seiner Anlage und die angestrebte Art der Geschäftsbeziehung zu befragen (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 GwG). Insbesondere ist zu klären, ob die Transaktion seinen eige-

nen Interessen oder den Interessen eines Dritten dient (§ 3 Abs. 1 Nr. 3 in Verbindung mit § 4 Abs. 5 GwG).

Verdächtig erscheinende Geschäfte (z.B. für einen Kunden unwirtschaftliche Vertragsgestaltung mit übersteigertem Interesse an vorzeitigen Kündigungsmöglichkeiten auch unter Inkaufnahme erheblicher Verluste; widersprüchliche Angaben zum Wohnsitz; Benennung von Verfügungsberechtigten, die in keiner erkennbaren Beziehung zum Vertragspartner stehen) sind unverzüglich der zuständigen Ermittlungsbehörde zu melden, sofern nicht nach § 6 Abs. 3 GwG eine eigene Einschätzung zu dem Schluss kommt, dass der Verdacht unbegründet war. In diesem Fall ist das jedoch zwingend entsprechend zu dokumentieren. Meldung und Aufzeichnung können auch über den Geldwäschebeauftragten des Unternehmens erfolgen.

Geldwäschebeauftragter

Ein solcher kann zwingend von der Aufsichtsbehörde vorgeschrieben werden, wenn eine unzureichende Umsetzung der geschäfts- und kundenbezogenen Sicherungssystemen sowie Kontrollen zur Verhinderung der Geldwäsche erfolgte (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 5 GwG). Hierzu gehört auch die Verhinderung des Missbrauchs von neuen Technologien für Zwecke der Geldwäsche und der Terrorismusfinanzierung oder für die Begünstigung der Anonymität von Geschäftsbeziehungen oder Transaktionen. Werden Personen im Betrieb beschäftigt, so sind diese gegebenenfalls im Sinne von § 9 Abs. 2 Nr. GwG zu schulen. Gerade bei kleineren Unternehmen kann es anstelle eines aufwendigen Monitoring bereits ausreichen, wenn betroffene Angestellte nachweisbar und regelmäßig über geldwäschepräventive Maßnahmen unterrichtet werden und Vordrucke zur Identifizierung bzw. zur Meldung von Verdachtsfällen existieren. Ein Geldwäschebeauftragter wird von manchen Unternehmen auch aufgrund interner Compliance-Bestimmungen eingesetzt. Eine generelle gesetzliche Verpflichtung freier Vermittler, einen Geldwäschebeauftragten einzusetzen, gibt es jedoch derzeit nicht.



Wer im Alter seinen Lebensstandard halten will, muss frühzeitig privat vorsorgen. Georg Döller und Jana Schulze haben wertvolle Tipps für alle, die sich schon in jungen Jahren ein finanzielles Ruhekitzen schaffen wollen:

- Welcher Vorsorge-Mix passt zu wem?
- Was ist die Versorgungslücke und wie berechnet man sie?
- Worauf muss man bei Beratern achten?
- Was bringen Betriebsrente, Riester, Rürup und Co.?
- Wo verstecken sich steuerliche Vor- und Nachteile?

2013. 285 Seiten. € 19,99

Generelle Legitimationsausweisungsgründe

Eine Überprüfung der Legitimation des Kunden oder wirtschaftlich Berechtigten ist in den folgenden Fällen erforderlich:

- bei Begründung einer Geschäftsbeziehung, z.B. bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages (§ 3 Abs. 2 Nr. 1 GwG)⁴. Die Identifizierung muss bereits dann erfolgen, wenn ein Maklervertrag hinsichtlich einer Dienstleistung mit Anlagezweck zustande kommt – unabhängig davon, ob der Maklerauftrag schriftlich, mündlich oder durch schlüssiges Verhalten geschlossen wird. Eine Erleichterung der Vorschriften (z.B. im Rahmen einer Identifizierung mittels Lastschriftverfahren), die die §§ 80 e ff. VAG ermöglichen, finden hier keine Anwendung.
- bei Transaktionen im Wert von 15.000 Euro oder mehr außerhalb einer bestehenden Geschäftsbeziehung, dies gilt auch, wenn mehrere Transaktionen durchgeführt werden, die zusammen einen Betrag im Wert von 15.000 Euro oder mehr ausmachen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass zwischen ihnen eine Verbindung besteht (§ 2 Abs. 2 Nr. 2 GwG)
- bei Annahme von Bargeld von 15.000 Euro oder mehr (§ 3 Abs. 2 Nr. 2 GwG)
- im Falle der Feststellung von Tatsachen, die darauf schließen lassen, dass eine Transaktion einer Tat nach § 261 des Strafgesetzbuches oder der Terrorismusfinanzierung dient, gedient hat oder im Falle ihrer Durchführung dienen würde, ungeachtet etwaiger in diesem Gesetz genannter Ausnahmeregelungen, Befreiungen und Schwellenbeträge (§ 3 Abs. 2 Nr. 3 GwG)
- im Falle von Zweifeln, ob die auf Grund von Bestimmungen dieses Gesetzes erhobenen Angaben zu der Identität des Vertragspartners oder des wirtschaftlich Berechtigten zutreffend sind (§ 3 Abs. 2 Nr. 4 GwG)
- Versicherungsvermittler, die für einen Versicherer Prämien einbeziehen, sofern die Prämienzahlungen in bar erfolgen und den Betrag von 15.000 Euro innerhalb eines Kalenderjahres übersteigen (§ 3 Abs. 2 Nr. 5 GwG)

Nach § 4 Abs. 2 GwG gilt:

„(2) Von einer Identifizierung kann abgesehen werden, wenn der Verpflichtete

den zu Identifizierenden bereits bei früherer Gelegenheit identifiziert und die dabei erhobenen Angaben aufgezeichnet hat, es sei denn, der Verpflichtete muss auf Grund der äußeren Umstände Zweifel hegen, dass die bei der früheren Identifizierung erhobenen Angaben weiterhin zutreffend sind.“

Für Versicherungsunternehmen gelten nach § 80e VAG vereinfachte Sorgfaltspflichten:

„(1) Soweit die Voraussetzungen des § 6 des Geldwäschegesetzes nicht vorliegen, können die Versicherungsunternehmen über § 5 des Geldwäschegesetzes hinaus vereinfachte Sorgfaltspflichten vorbehaltlich einer Risikobewertung des Versicherungsunternehmens aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalls für folgende Fallgruppen anwenden:

1. bei Verträgen im Sinne von § 80c, wenn die Höhe der im Laufe des Jahres zu zahlenden periodischen Prämien 1000 Euro nicht übersteigt oder wenn bei Zahlung einer einmaligen Prämie diese nicht mehr als 2 500 Euro beträgt;“ Diese Vereinfachungen gelten jedoch nicht für Mehrfachvertreter oder Makler, da für diese nicht die Bestimmungen des VAG gelten. Eine Identifizierungs-, Dokumentations- und Archivierungspflicht ist also zwingend einzuhalten.

Wahrnehmung der Sorgfaltspflichten

Können diese Sorgfaltspflichten nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 GwG nicht erfüllt werden, so darf die Geschäftsbeziehung nicht begründet oder fortgesetzt werden und auch keine Transaktion durchgeführt werden. Soweit eine Geschäftsbeziehung bereits besteht, ist diese vom Verpflichteten ungeachtet anderer gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen durch Kündigung oder auf andere Weise zu beenden.

Für Versicherungsunternehmen existiert hierzu eine mit dem BaFin abgestimmte Auslegung zur Verhältnismäßigkeit konkreter Sorgfaltspflichten im Einzelfall.⁵ Analoge Auslegungs- und Anwendungshinweise auch für ungebundene Vermittler sind nicht bekannt.

Soweit Sorgfaltspflichten nach dem GwG bestehen, sind Angaben und Informationen über Geschäfts- oder Vertragspartner, wirtschaftliche Berechtigte und zu allen Transaktionen in geeigneter Weise aufzuzeichnen und mindestens

fünf Jahre aufzubewahren (§ 8 Abs. 1 und 3 GwG). Beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen. Insbesondere wird bei Erfassung von Kundendaten im Rahmen einer elektronischen Datenverarbeitung die Einwilligung des Kunden dazu benötigt.

Unverzögliche Verdachtsmeldung

Grundsätzlich schreibt § 11 GwG auch eine unverzügliche Verdachtsmeldung an das Bundeskriminalamt – Zentralstelle für Verdachtsmeldungen – sowie der zuständigen Strafverfolgungsbehörde vor, wenn Indizien dafür sprechen, dass der Vermögenswert, mit dem der Kaufpreis für eine Dienstleistung bezahlt werden soll, aus einem Verbrechen oder einer schweren Straftat nach § 261 StGB erlangt worden ist oder im Zusammenhang mit der Finanzierung von Terrorismus steht.

Nach § 11 Abs. 1 a) GwG darf eine „angetragene Transaktion [...] frühestens durchgeführt werden, wenn dem Verpflichteten die Zustimmung der Staatsanwaltschaft übermittelt wurde oder wenn der zweite Werktag nach dem Abgangstag der Meldung verstrichen ist, ohne dass die Durchführung der Transaktion durch die Staatsanwaltschaft untersagt worden ist; hierbei gilt der Sonnabend nicht als Werktag. Ist ein Aufschub der Transaktion nicht möglich oder könnte dadurch die Verfolgung der Nutznießer einer mutmaßlichen strafbaren Handlung behindert werden, so darf die Transaktion durchgeführt werden; die Meldung ist unverzüglich nachzuholen.“ Der Verdacht auf Geldwäsche darf dabei dem Anleger gegenüber nicht erwähnt werden (§ 12 Abs. 1 GwG).

Überwachung der Geschäftsbeziehung

Nach § 3 Abs. 4 GwG gilt eine Pflicht zur kontinuierlichen „Überwachung der Geschäftsbeziehung, einschließlich der in ihrem Verlauf durchgeführten Transaktionen, um sicherzustellen, dass diese mit den beim Verpflichteten vorhandenen Informationen über den Vertragspartner und gegebenenfalls über den wirtschaftlich Berechtigten, deren Geschäftstätigkeit und Kundenprofil und soweit erforderlich mit den vorhandenen Informationen über die Herkunft ihrer Vermögenswerte übereinstimmen; die Verpflichteten haben im Rahmen der kontinuierlichen Überwachung sicherzustellen,

dass die jeweiligen Dokumente, Daten oder Informationen in angemessenem zeitlichen Abstand aktualisiert werden.“ Wie eine solche kontinuierliche Überwachung in der Praxis aussehen soll, geht aus dem Gesetz nicht hervor. Das BaFin schreibt auf seiner Internetseite http://www.bafin.de/SharedDocs/Veroeffentlichungen/DE/Merkblatt/mb_120420_25i_KWG_gw.html dazu:

„Die genannten Verpflichtungen zur Überprüfung und zur Überwachung können aber gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 2. Halbsatz GwG risikoorientiert angemessen reduziert werden. In allen Fällen ist die Einhaltung der Meldepflicht im Verdachtsfall eine unverzichtbare Minimalanforderung.“

Daten-Aktualisierung

Praxisnahe erscheint es, dass Versicherungsvermittler in angemessenen zeitlichen Abständen die vorhandenen Dokumente, Daten und Informationen aktualisieren. Dazu gehört etwa auch die Aktualisierung von Adressdaten, Namensänderungen und Bankverbindungen. Laut einer dem Autor vorliegenden Email vom 04.12.2009 gehe etwa die BCA von einem zweijährigen Prüfintervall aus, während der Gesetzgeber unkonkret bleibt. So ist sicher für bestehenden Basisrenten- oder Direktversicherung ein geringeres Geldwäscherisiko als für Produkte der 3. Schicht, insbesondere solche per Einmalzahlung, mit hohen Rückkaufswerten und hoher Flexibilität für Zuzahlungen anzunehmen.

Eine erneute Identifizierung erscheint dann angeraten, wenn es Verdachtsmomente gibt, wonach die bislang erteilten Angaben zur Identität des Vertragspartners oder des wirtschaftlich Berechtigten unrichtig sein könnten.

GDV: Ausführungen zur Aktualisierungspflicht

Der GDV schreibt zum Thema „kontinuierliche Überwachung“, in der Auslegung jedoch abgestimmt auf Versicherungsunternehmen, unter anderem folgendes: „Die Pflicht zur Aktualisierung der jeweiligen Dokumente, Daten und Informationen in angemessenen zeitlichen Abständen ist in § 3 Abs. 1 Ziffer 4 letzter Halbsatz GwG geregelt. Ein Grundstock an Maßnahmen zur kontinuierlichen Überwachung wird durch die Standard-

prozesse in den Unternehmen sichergestellt, wonach Name, Anschrift und Kontoverbindungen in den Bestandsführungssystemen gespeichert sind und bei Bedarf, wenn z. B. sich aufgrund der regelmäßig an die Vertragspartner versandten Informationen zur Überschussbeteiligung Adressänderungen ergeben, aktualisiert werden. Damit ist die gesetzliche Vorgabe der Aktualisierung in angemessenen Abständen grundsätzlich erfüllt und eine Überprüfung einzelner Kundendaten ist nur anlassbezogen angezeigt wie z. B. bei unzustellbarer Post, Zweifel an der Aktualität der Kundendaten.“⁴⁶

Verpflichtete müssen gegenüber den nach § 16 Abs. 2 GwG zuständigen Behörden auf Verlangen darlegen können, dass der Umfang der von ihnen getroffenen Maßnahmen im Hinblick auf die Risiken der Geldwäsche und der Terrorismusfinanzierung als angemessen anzusehen ist.

Bestanden Zweifel, dass Geldwäsche vorliegen könnte, so ist dieser Verdacht zunächst zu untersuchen. Kommt der Untersuchende zu dem Schluss, dass der Verdacht unbegründet sei, so ist dies aufzuzeichnen, aufzubewahren und der Aufsichtsbehörde gemäß § 80d Abs.2 VAG auf Verlangen vorzulegen. Hierzu gilt eine datenschutzrechtliche Sonderbestimmung, wonach abweichend die entsprechenden Daten auch ohne ausdrückliche Einwilligung der betreffenden Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Ein Verstoß gegen die Vorschriften des GwG wird nach § 17 Abs. 1 und 2 GwG mit Bußgeldern bis in Höhe von bis zu 100.000 Euro bestraft.

Verpflichtete im Sinne des Geldwäschegesetzes

§ 2 Abs. 1 GwG regelt, welche Personen Verpflichtete im Sinne des Geldwäschegesetzes sind. Dabei gilt die Verpflichtung zur Überprüfung auf Geldwäsche „in Ausübung ihres Geschäftes oder Berufs“, also nicht schon dann, wenn ein Vermittler zufällig im Bekannten- oder Freundeskreis von einer möglichen oder tatsächlichen Geldwäsche erfahren sollte.

Die meisten Finanzanlagenvermittler dürften nicht zu dem im Gesetz in § 2 Abs. 1 Nr. 1-4, 6-9, 11-13 benannten

Personengruppen gehören (z.B. Kredit- oder Finanzdienstleistungsinstitute, Rechts- oder Patentanwälte, Wirtschaftsprüfer) gehören, so dass sie üblicherweise nicht selbst unter die Verpflichtungen des Geldwäschegesetzes fallen. Aufgrund von § 20 FinVermV ist es für die meisten Finanzanlagenvermittler zudem höchst unwahrscheinlich, dass sie Bargeld von ihren Kunden annehmen.

Versicherungsvermittler & GwG

Anders sieht es mit Versicherungsvermittlern im Sinne des § 59 VVG aus, „soweit sie Lebensversicherungen oder Dienstleistungen mit Anlagezweck vermitteln, mit Ausnahme der gemäß § 34d Abs. 3 oder Abs. 4 der Gewerbeordnung tätigen Versicherungsvermittler, und im Inland gelegene Niederlassungen entsprechender Versicherungsvermittler mit Sitz im Ausland“ (§ 2 Abs. 1 Nr. 5 GwG), mit Immobilienmaklern (§ 2 Abs. 2 Nr. 10 GwG). Für diese gilt eine Identifizierungspflicht ihrer Kunden und der wirtschaftlich Berechtigten nach GwG. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass nur solche Finanzanlagenvermittler konkret vom Geldwäschegesetz betroffen sind, die neben der Vermittlung von Kapitalanlagen auch Versicherungen oder Immobilien vermitteln. Zudem ergibt sich aus dem Gesetz eine Unterscheidung zwischen Makler und Mehrfachvertretern auf der einen Seite und gebundenen Vertretern für nur ein Unternehmen. Die Pflichten nach dem Geldwäschegesetz finden auf Vertreter, die nur für einen Versicherer tätig sind keine Anwendung.

Fazit

Das Geldwäschegesetz betrifft vor allem Versicherungsmakler und Mehrfachvertreter, die ihr Geld mit der Vermittlung von Lebensversicherungen bzw. Dienstleistungen mit Anlagezweck oder als Immobilienmakler verdienen oder solche Finanzanlagenvermittler, die zusätzlich eine der vorgenannten Tätigkeiten ausüben. Wer ausschließlich z.B. offene Investmentfonds und / oder Sachversicherungen verkauft, ist vom Geldwäschegesetz regelmäßig nicht betroffen. Damit sind alle Versicherungsunternehmen, soweit sie Geschäfte betreiben, die unter die Lebens-Richtlinie (Richtlinie 2002/83/EG bzw. Richtlinie 2009/138/

EG) fallen oder soweit sie Unfallversicherungsverträge mit Prämienrückgewähr anbieten (§ 2 Abs. 1 Ziff. 4 GwG, § 80 c VAG) vom Geldwäschegesetz betroffen. Das Geldwäschegesetz gilt mithin also auch für z.B. die Vermittlung von Risikolebens- und Berufsunfähigkeitsversicherungen ohne Kapitalanlagecharakter, für Unfallversicherungen mit Prämienrückgewähr sowie für die Insolvenzabsicherung von Teilzeitkonten. Auch für Nieder-

lassungen ausländischer Versicherer in Deutschland kommt das GwG neben den §§ 80 c ff VAG und den hierzu von der Aufsichtsbehörde ergangenen Konkretisierungen zur Anwendung. Ausgeschlossen vom Geltungsbereich des GwG sind dafür z.B. Pensions- und Sterbekassen (siehe § 2 Abs. 1 Ziff. 4 GwG mit Verweis auf die Ausschlussbestände aus Art. 3 Nr. 3 und 5) der Lebens-Richtlinie.

Weitere Informationen zum Thema Geldwäsche sind einer Richtlinie des GDV zu entnehmen: „Auslegungs- und Anwendungshinweise des GDV zum Geldwäschebekämpfungsergänzungsgesetz“ (3. Auflage vom Dezember 2012). Zu beachten ist, dass diese Auslegungshinweise auf Versicherungsunternehmen, nicht jedoch auf ungebundene Vermittler abgestimmt sind.

Datenschutzvorschriften & weitere Regelungen für freie Finanzanlagen- und Versicherungsvermittler

Jeder Versicherungsmakler und Finanzanlagenvermittler hat die gesetzlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zu beachten. Das Gesetz dient dem Schutz personenbezogener Daten natürlicher, nicht jedoch juristischer Personen und soll eine Beeinträchtigung von Persönlichkeitsrecht und Privatsphäre verhindern (§ 1 BDSG).



Einige persönliche Daten sind nach § 3 Abs. 9 BDSG nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig. Dazu gehören beispielsweise Daten zu religiösen, philosophischen oder politischen Überzeugungen, zur Gesundheit oder sexuellen Orientierung. Voraussetzung dafür, dass diese Daten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden dürfen, ist, dass diese durch Gesetze oder andere Rechtsvorschriften erlaubt der angeordnet sind oder dass der Betroffene hierzu seine Einwilligung erteilt hat.

§ 28 Abs. 1 BDSG regelt weiter, dass die Erhebung, Speicherung, Veränderung oder Übermittlung solcher Daten oder ihre Nutzung als Mittel für die Erfüllung eigener Geschäftszwecke zulässig ist, „1. wenn es für die Begründung, Durchführung oder Beendigung eines rechtsgeschäftlichen oder rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisses mit dem Betroffenen erforderlich ist, 2. soweit es zur Wahrung berechtigter

Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt, oder

3. wenn die Daten allgemein zugänglich sind oder die verantwortliche Stelle sie veröffentlichen dürfte, es sei denn, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung gegenüber dem berechtigten Interesse der verantwortlichen Stelle offensichtlich überwiegt.

Bei der Erhebung personenbezogener Daten sind die Zwecke, für die die Daten verarbeitet oder genutzt werden sollen, konkret festzulegen.“

Neben einem eindeutigen und rechtmäßigen Zweck für die Datenerhebung steht jeder Person, deren Daten erhoben oder gespeichert wurden, auch ein Aus-

kunftsrecht bzw. ein Widerrufsrecht zur Verfügung. Wer Daten Dritter erfasst, muss dafür Sorge tragen, dass für deren Sicherheit gesorgt ist. In der Praxis ist das allerdings alles andere als einfach wie der durch Edward Snowden bekannt gewordene NSA-Skandal gezeigt hat.

Der Versand personenbezogener Daten

Der Versand personenbezogener Daten per Email sollte ausschließlich nach vorheriger Absprache mit einem Kunden erfolgen, da die Sicherheit nur eingeschränkt gewährt ist. Eine solche Absprache sollte vertraglich im Rahmen des Maklerauftrages oder eines Nachtrages dazu schriftlich festgehalten werden.

Mit Hilfe spezieller Programme (z.B. Enigmail) lassen sich Daten verschlüsseln. Während TIF-Dateien nicht durch ein Passwort geschützt werden können,

besteht durchaus die Möglichkeit, PDF-Dateien mit einem nur Vermittler und Kunden bekannten Passwort zu schützen. Einen 100%igen Schutz gegen Datenspionage bietet die Vereinbarung eines Passwortes jedoch auch nicht, da mit Hilfe moderner Technik nahezu jede Verschlüsselung geknackt werden kann. Grundsätzlich lassen sich sensible Daten auch für Kunden zum passwortgeschützten Download in einem elektronischen Postfach bereit zu stellen. Eine 100%ige Sicherheit gibt es hier aber auch nicht. Das Risiko eines unberechtigten Datenzugriffs Dritter im Rahmen des Cloud Computing hat etwa die Axa als Versicherer dazu veranlasst, diesbezüglich einen speziellen Versicherungsschutz aufzulegen. Der Tarif „ByteProtect“ kommt unter anderem für Schäden aufgrund einer Betriebsunterbrechung infolge einer Cyberattacke auf und erstattet Aufwendungen für externe Sachverständige wie auch für die Wiederherstellung von Daten.

Die Lösung, wichtige Daten per Post auszutauschen, ist ebenfalls keine Gewährleistung für deren Sicherheit, da es immer wieder Fälle gab, wo Post nicht beim richtigen Empfänger ankam und auch nicht immer sicher gestellt werden kann, dass auch nur die dazu berechtigten Personen die Post aufmachen. Faktisch ist also das persönliche Überreichen personenbezogener Daten an den Vermittler die einzige Möglichkeit eine 100%ige Sicherheit für die übermittelten Daten zumindest bis zum Zeitpunkt der Entgegennahme zu bieten. Spätestens wenn der Vermittler jedoch Anträge elektronisch per Mail oder Fax bzw. postalisch dem Versicherer bzw.

der Kapitalanlagegesellschaft zukommen lässt, besteht wieder ein Risiko, dass personenbezogene Daten in falsche Hände geraten. Eine vollständige Sicherheit ist demnach in der Praxis nicht möglich. Damit kann nur versucht werden, dass Risiko so weit wie möglich zu reduzieren.

» Faktisch ist also das persönliche Überreichen personenbezogener Daten an den Vermittler die einzige Möglichkeit eine 100%ige Sicherheit für die übermittelten Daten zumindest bis zum Zeitpunkt der Entgegennahme zu bieten. «

Eine Maßnahme, die jeder Vermittler in diesem Zusammenhang ergreifen sollte, ist natürlich, dass Kundentermine nur in Besprechungszimmern stattfinden, in denen sich keine sensiblen Daten befinden. Dazu gehören beispielsweise Kundenordner mit Namen der Mandanten, da es sich bereits hierbei um persönliche Daten handelt und möglicherweise der einzelne Kunde ein Interesse daran hat, dass seine konkrete Geschäftsbeziehung mit dem Makler oder Finanzanlagenvermittler nicht bekannt wird. Ein Verstoß gegen die Datenschutzrichtlinien erfolgt also im Zweifel bereits, ohne dass ein Kunde überhaupt Einblick in einen konkreten Order nehmen konnte.

Datenschutzbeauftragter

Nach § 4 f BDSG muss jedes Unternehmen mit mindestens 20 Beschäftigten und auch jede öffentliche und nicht-öffentliche Stelle, die personenbezogene Daten automatisiert verarbeitet, schriftlich einen Beauftragten für Datenschutz bestellen. Nicht-öffentliche Stellen (also z.B. Versicherungsvermittler oder Finanzanlagenberater) sind hierzu spätestens innerhalb eines Monats nach Aufnahme ihrer Tätigkeit verpflichtet. Dies gilt nicht für die nicht-öffentlichen Stellen, die in der Regel höchstens neun Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigen. „Soweit nicht-öffentliche Stellen automatisierte Verarbeitungen vornehmen, die einer Vorabkontrolle unterliegen, oder personenbezogene Daten geschäftsmäßig zum Zweck der Übermittlung, der anonymisierten Übermittlung oder für Zwecke der Markt- oder Meinungsforschung automatisiert verarbeiten, haben sie unabhängig von der Anzahl der mit der automatisierten Verarbeitung beschäftigten Personen einen Beauftragten für den Datenschutz zu bestellen.“ (§ 4 f Abs. 1 Sätze 5-6)

Die Voraussetzungen für die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten regelt § 4 f BDSG Abs. 2. Das Gesetz regelt in § 4 f und g BDSG unter anderem die Rechte und Pflichten der für den Datenschutz bestellten Personen. Für diese Personen gilt eine besondere Kündigungsfrist von einem Jahr.

Fazit: die meisten Versicherungsvermittler und Finanzanlagenvermittler dürften demnach nicht das Erfordernis haben, einen eigenen Datenschutzbeauftragten zu benennen, es sei denn, ihre Unternehmensgröße liegt bei regelmäßig über neun bzw. zwanzig Angestellten.

Abschlussvermittlung nur noch für Vermittler mit Zulassung nach § 32 Kreditwesengesetz (KWG)

Seit dem 19.07.2014 besteht für Finanzanlagenvermittler nach § 34 f GewO das Verbot der Abschlussvermittlung. Das gilt auch dann, wenn es sich um Produkte handelt, die im § 34 f Abs. 1 GewO aufgeführt sind. Eine Abschlussvermittlung setzt zukünftig eine Erlaubnis nach § 32 KWG voraus. Anlageberatung und Anlagevermittlung sind weiterhin über eine Erlaubnis nach § 34 f GewO zulässig.

In der Praxis bedeutet das, dass Vermittler mit Erlaubnis nach § 34 f GewO nur noch dann Transaktionen für ihre Kunden vornehmen dürfen, wenn jeweils eine Vollmacht für die konkret geplante

Transaktion vorliegt. Alle bisherigen Transaktionsvollmachten für die Anschaffung oder Veräußerung von Fonds auf fremden Namen sind damit hinfällig. Vermittler können also nicht mehr ein-

fach im Rahmen einer allgemeinen Vollmacht für ihre Kunden tätig werden und z.B. Fonds in deren Namen kaufen oder verkaufen.

Wer nur über eine Erlaubnis nach § 34 f

GewO verfügt und sich über die neue Vorschrift hinwegsetzt, begeht eine Straftat nach § 54 KWG. Diese kann mit einer Freiheitsstrafe von bis zu 5 Jahren oder einer Geldstrafe geahndet werden. Hinzu kommt, dass ein Kunde bei ungünstigem Ergebnis einer gesetzeswid-

rig durchgeführten Transaktion behaupten könnte, dass er niemals eingewilligt hätte, wenn ihm das ungesetzliche Handeln seines Finanzanlagenvermittlers bekannt gewesen wäre.

„Hinweise zum Tatbestand der Abschlussvermittlung“ und eine Abgrenzung

zur erlaubten Anlageberatung und Anlagevermittlung findet sich auf der Homepage des BaFin unter http://www.bafin.de/SharedDocs/Veroeffentlichungen/DE/Merkblatt/mb_091207_tatbestand_abschlussvermittlung.html. Leider ist hier noch der Stand 2009 dargestellt.

Die Unterscheidung zwischen Anlageberatung und Anlagevermittlung

Zum 01.01.2013 wurden die gesetzlichen Anforderungen für Finanzanlagenvermittler erheblich reguliert. Damit ist ein unveränderter Beratungsprozess wie in den Vorjahren nicht mehr möglich. Zukünftig ist zu erwarten, dass diese Regelungen auch für die Vermittlung von fondsgebundenen Lebens- und Rentenversicherungen Anwendung finden werden.

Grundsätzlich unterscheidet der Gesetzgeber nunmehr zwischen Anlagevermittlung und Anlageberatung. Diese Unterscheidung ist nicht nur maßgeblich für die gesetzlich vorgeschriebene Protokollierung, sondern auch für die konkrete Haftung des Vermittlers.

Vermittlung = Tatsachenmitteilung; nur „Kenntnisse und Erfahrungen“ + „Geeignetheit“; die Anteile müssen den Anfor-

derungen der OGAW-Richtlinie entsprechen. Der Kunde muss in Textform darüber unterrichtet werden, dass keine Angemessenheitsprüfung vorgenommen wird. Im Fokus einer Anlagevermittlung steht der Produktverkauf. Produktauswahl und -bewertung finden nicht statt.

Beratung = Empfehlung bezogen auf eine konkrete Anlage, nicht auf z.B. eine Aktienanlage allgemein; Kenntnisse und

Erfahrungen, Anlageziele, Anlagehorizont, Risikoneigung, finanzielle Verhältnisse (frei verfügbares Einkommen, Quelle der Einnahmen, Höhe der Einnahmen), Ausgaben, Beruf und Ausbildung (höchster erworbener Abschluss). Dem Kunden wird der Eindruck einer objektiven Beratung vermittelt, die am Anlegerinteresse ausgerichtet ist, wobei konkrete Produkte bewertet werden.

Vergütungs Offenlegung nach § 12a Finanzanlagenvermittlungsverordnung (FinVermV)

Seit dem 01.08.2014 sind Gewerbetreibende nach § 12 a FinVermV dazu verpflichtet, ihre Kunden vor Beginn einer Anlageberatung oder -vermittlung und vor Abschluss des Beratungsvertrages in Textform (§ 126 b BGB = d.h. eine lesbare Erklärung, die auf einem dauerhaften Datenträger für angemessene Zeit aufbewahrt werden kann bzw. ausdrückbar ist) rechtzeitig und in verständlicher Art und Weise darüber zu informieren, ob sie vom Anleger eine Vergütung verlangen, in welcher Art und Weise diese zu berechnen ist (§ 12 a Nr. 1 FinVermV) oder ob im Zusammenhang mit der Anlageberatung oder -vermittlung Zuwendungen von Dritten angenommen oder behalten werden dürfen (§ 12 a Nr. 2 FinVermV).

Die praktische Umsetzung dieser Richtlinie dürfte allerdings alles andere als einfach sein. Vermittler und Kunde haben vor Beginn der Anlageberatung ja möglicherweise noch eine Produktpalette von mehreren tausend Anlagemöglichkeiten diverser Gesellschaften zur Verfügung. Womöglich kann das Einreichen des Geschäfts dann auch noch über sehr viele verschiedene Direktanbindungen und Fondsplattformen erfolgen.

Praktisch kann ein Anlagevermittler seinen Kunden also vor Beratungsbeginn

kaum mehr sagen als beispielsweise „Ich erhalte im Fall der Vermittlung von Fondsanlage einen Teil des Ausgabeaufschlages sowie eine Bestandspflegeprovision auf Basis von Einzahlungen oder Fondsvermögen.“ Möglicherweise sollte dann noch ergänzt werden: „Im Fall eines Wechsels einer von mir vorgeschlagenen und von Ihnen gewählten Fondsplattform kann dies zu einem späteren Zeitpunkt zu einer abweichenden Höhe meiner Vertriebsvergütung bei gleichen Kosten für Sie führen.“ Wirklich hilfreich und erhellend für den Kunden

dürfte eine solche Mitteilung in der Praxis eher weniger sein.

Aus den Erläuterungen des Bundesrates geht zumindest hervor, dass diese Angaben bei weiteren Beratungen nicht erneut mitzuteilen sind.

Vor Beratungsbeginn ist dem potentiellen Kunden zwingend auch die gesetzlich vorgeschriebene Statusinformation nach § 12 FinVermV auszuhändigen. Zu Dokumentationszwecken sollte der Erhalt eines entsprechenden Exemplars vom Empfänger schriftlich gegengezeichnet werden.

Prüfung der Geschäftsfähigkeit

Verträge dürfen nur mit geschäftsfähigen Personen gemacht werden. In diesem Zusammenhang ist bei Minderjäh-

rigen zu prüfen, ob beide Elternteile die Vermögenssorge haben oder ob diese nur einem der Elternteile zusteht. Erfor-

derlich ist eine Einzelvertretungsberechtigung oder ein Elternteil zzgl. des gesetzlichen Betreuers des Kindes.

Legitimationsprüfung des Kunden

Bei Volljährigen erfolgt die Legitimationsprüfung durch einen gültigen Ausweis. Bei abgelaufenem Ausweis ist ein Vertragsschluss abzulehnen. Führerscheine, Studentenausweise etc. sind für eine Legitimationsprüfung unzureichend. Bei Minderjährigen erfolgt die

Legitimation durch deren Geburtsurkunde. Falls nur ein Elternteil die Vermögenssorge hat, muss ein amtlicher Nachweis (z.B. Sorgerechtsbeschluss) vorgelegt werden. Großeltern sind keine gesetzlichen Vertreter und können daher für ihre Enkel

nicht ohne Einwilligung der Eltern Verträge abschließen. Möglich ist aber ein Vertrag zu Gunsten Dritter. Damit haben die Enkel dann aber erst mit Erreichen der Volljährigkeit Zugriff auf das entsprechende Konto.

Wann ist der Wunsch auf eine Beratung abzulehnen?

Wenn keine Geeignetheitsprüfung (§ 16 FinVermV bzw. § 31 Abschnitt 6 Abs. 4 WpHG) durchgeführt werden kann, darf nur eine Anlagevermittlung, nicht jedoch eine Beratung (§ 2 Abs. 3 Nr. 9 WpHG) erfolgen. Für diese gilt:

„(2) Vor einer Anlagevermittlung hat der Gewerbetreibende vom Anleger Informationen über seine Kenntnisse und Erfahrungen in Bezug auf Geschäfte mit bestimmten Arten von Finanzanlagen einzuholen, soweit diese Informationen erforderlich sind, um die Angemessenheit der Finanzanlage für den Anleger

beurteilen zu können. Die Angemessenheit beurteilt sich danach, ob der Anleger über die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen verfügt, um die Risiken im Zusammenhang mit der Art der Finanzanlage angemessen beurteilen zu können. Gelangt der Gewerbetreibende aufgrund der nach Satz 1 erhaltenen Information zu der Auffassung, dass die vom Anleger gewünschte Finanzanlage für den Anleger nicht angemessen ist, hat er den Anleger vor einer Anlagevermittlung darauf hinzuweisen. Erlangt der Gewerbetreibende nicht die erforderlichen Informationen, hat er den Anleger

vor einer Anlagevermittlung darüber zu informieren, dass eine Beurteilung der Angemessenheit im Sinne des Satzes 1 nicht möglich ist. Der Hinweis nach Satz 3 und die Informationen nach Satz 4 können in standardisierter Form erfolgen.“

Das bedeutet, dass selbst für eine Vermittlung von Kapitalanlagen zwingend die Kenntnisse und Erfahrungen des Kunden in Erfahrung zu bringen sind. Die Kenntnis von Anlagezielen ist hingegen nicht zwingend erforderlich.

Voraussetzungen für eine gesetzeskonforme Beratung von Kapitalanlagen

Für eine Beratung und damit verbundene Empfehlung sind gemäß Wertpapierhandelsgesetz (WpHG) folgenden Punkte zwingend vorgeschrieben:

„(3) Zu den einzuholenden Informationen nach Absatz 1 Satz 1 gehören, soweit erforderlich, hinsichtlich 1. der finanziellen Verhältnisse des Anlegers Angaben über

- Grundlage und Höhe regelmäßiger Einkommen und regelmäßiger finanzieller Verpflichtungen sowie
- vorhandene Vermögenswerte, insbe-

sondere Barvermögen, Kapitalanlagen und Immobilienvermögen, und

2. der mit den Geschäften verfolgten Ziele Angaben über die Anlagedauer, die Risikobereitschaft des Anlegers und den Zweck der Anlage.

Zu den einzuholenden Informationen nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 gehören, soweit erforderlich, hinsichtlich der Kenntnisse und Erfahrungen des Anlegers Angaben über 1. die Arten von Finanzanlagen, mit denen der Anleger vertraut ist,

- Art, Umfang, Häufigkeit und Zeitraum zurückliegender Geschäfte des Anlegers mit Finanzanlagen,
- Ausbildung sowie gegenwärtige und relevante frühere berufliche Tätigkeiten des Anlegers.“

Zusammengefasst geht es also um folgende Informationen zu einem Kunden:

- Kenntnisse und Erfahrungen
- Anlageziele des Kunden
- finanzielle Verhältnisse

Eine Empfehlung darf gemäß § 31 Abschnitt 6 Nr. 4 WpHG nur gegeben werden, wenn diese sowohl den Anlagezielen des Kunden entspricht als auch für diesen finanziell tragbar ist. Um die Geeignetheit einer Empfehlung zu beurteilen gelten die Regularien nach § 31 Abschnitt 6 Nr. 2 WpHG. Zudem muss der Kunde zwingend verstehen können, welche Anlagerisiken mit der Anlage verbunden sind. Erlangt das Wertpapierdienstleistungsunternehmen die erforderlichen Informationen nicht, darf es im Zusammenhang mit einer Anlageberatung kein Finanzinstrument empfehlen oder im Zusammenhang mit einer Finanzportfolioverwaltung keine Empfehlung abgeben.

Damit der Kunde in der Lage ist, die mit einer Anlage verbundenen Risiken zu

verstehen, ist abgeleitet nach §§ 119 und 125 BGB, der deutsche Wortlaut maßgeblich. Wer also Ausländer berät, muss sicher gehen, dass diese die notwendige Kenntnis der deutschen Sprache haben, ein qualifizierter Dolmetscher zur Verfügung steht oder die Beratung muss abgelehnt werden.

Erfolgt keine Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz, sind Beratung und Vermittlung abzulehnen.

Bei Vermittlung einer Finanzanlage sind dem Kunden zwingend auszuhändigen:

- WpHG-Bogen
- Beratungsprotokoll
- Depoteröffnungsantrag
- Verkaufsprospekt

- KIID („Key-Investor-Information-Dokument“). Das KIID ersetzt den vereinbarten Verkaufsprospekt⁷
- Auf Verlangen des Kunden zusätzlich Jahres- und Halbjahresberichte (§ 297 KAGB)

Alle erforderlichen Informationsblätter und Prospekte sind vom Anlageberater bzw. -vermittler auf Plausibilität zu prüfen. Der Finanzanlagenvermittler hat zwingend darauf zu achten, keine unerlaubte Rechts- oder Steuerberatung zu geben. Zulässig ist damit etwa eine allgemeine Auskunft über die Besteuerung von Investmentfonds und zur Funktionsweise sowie Berechnung der Abgeltungssteuer. Nicht zulässig ist aber eine individualisierte steuerliche Beratung für einen Kunden.

Protokollierungspflicht

Der Finanzanlagenvermittler ist zu einer detaillierten Beschreibung der Risiken der Finanzanlage verpflichtet. Es reicht nicht, einfach auf den Prospekt zu verweisen. Bei Sparverträgen ist auf Kündigungsfristen hinzuweisen. Anfallende Kosten und Nebenkosten sind nach § 13 FinVermV exakt aufzuschlüsseln. Gleiches gilt für Provisionen, Gebühren oder sonstige Geldleistungen sowie alle geldwerten Vorteile, die der Vermittler erhält (§ 17 FinVermV). Der Finanzanlagenvermittler sollte auch begründen, weshalb die vereinbarten Gebühren angemessen sind. Hier mag beispielsweise ein Hinweis auf die durchschnittlichen Kosten verschiedener Fondskategorien in „Risiko & Vorsorge“ 3/2014, S. 36 vorgetragen werden.

Das gesetzlich vorgeschriebene Beratungsprotokoll ist zwingend keine Ergebnisdokumentation. Es hat in Textform zu erfolgen. Nach § 126 BGB bedeutet dies, dass Emails oder Fax diese Formvorgabe nicht erfüllen. Das Protokoll muss dem Kunden vor Geschäftsabschluss in Anwesenheit des Kunden überreicht werden. Auf die Textform darf nach § 18 Abs. 1 FinVermV nur verzichtet werden, wenn der Kunde dies ausdrücklich wünscht. Zusätzlich gilt nach § 18 Abs. 3 FinVermV unter anderem:

„Sofern der Anleger für die Anlageberatung Kommunikationsmittel wählt, die die Übermittlung des Protokolls vor Abschluss des Geschäfts nicht gestatten, muss der Gewerbetreibende dem Anleger eine Abschrift des Protokolls unverzüglich nach Abschluss des Beratungsgesprächs zusenden. [...]“

Erfolgen im Rahmen eines Beratungsgesprächs konkrete Produktempfehlungen, so sind diese stets unverzüglich zu protokollieren und jeder Anlagevorschlag zu begründen. Die Protokollpflicht entfällt nur, wenn allgemeine und beispielhafte, nicht jedoch konkrete Informationen über eine Fondskategorie oder eine Marktlage gegeben werden. Alles, was über eine ganz allgemeine Information (z.B. beispielhaft könnte man das Marktsegment x durch die Fonds a, b oder c abbilden), hinausgeht, ist zwingend zu dokumentieren.

Im Protokoll ist auch zu vermerken, was der Kunde nicht wollte. Zudem ist ein Protokoll auch dann anzufertigen, wenn der Kunde sich gegen einen Abschluss entscheidet und lieber bei einer Direktbank abschließen möchte. Ein Verstoß gegen die unverzügliche Aushändigung des Protokolls nach Abschluss der Beratung kann vom BaFin mit bis zu 10.000 Euro geahndet werden.

Sollte sich der Kunde Bedenken vor Abschluss eines Geschäfts ausbitten, so sollte er auf mögliche Änderungen des Marktpreises hingewiesen werden.

¹ Download unter <http://line.me/de/download>. Datenschutzrechtliche Kritik zu Line siehe z.B. <http://www.test.de/WhatsApp-und-Alternativen-Datenschutz-im-Test-4675013-0/>.

² Download z.B. unter http://www.chip.de/downloads/Skype_13010241.html. Datenschutzrechtliche Bedenken zu Skype siehe <http://de.wikipedia.org/wiki/Skype>.

³ Siehe http://www.bafin.de/SharedDocs/Veroeffentlichungen/DE/Rundschreiben/rs_1401_gw_verwaltungspraxis_vm.html.

⁴ Bis zum 01.03.2011 galt nach § 4 Abs. 1 GwG noch, dass die Identifizierungspflicht für Lebensversicherungen für Prämienzahlungen ab 1.000 Euro Jahresbeitrag oder Beitragsdepotzahlungen ab 2.500 Euro gilt. Sowohl in der aktuellen Ausbildungsliteratur des BWV zu „Geldanlage und Investmentvermögen“ (2. Auflage, S. 99) als auch bei vielen Versicherern im Internet (z.B. Dialog mit Stand 09.2013 bzw. Continentale ohne Standardgabe) wird noch auf diese alten Grenzen verwiesen. Eine Gegenüberstellung von altem und neuem Text findet sich unter http://www.sadaba.de/Sy_GWG_GWG_alt.html. Analoge vereinfachte Identifizierungspflichten für Versicherungsunternehmen finden sich nunmehr in § 80 VAG. Sie gelten weiterhin nicht für Makler und Mehrfachvertreter.

⁵ Siehe „Auslegungs- und Anwendungshinweise des GDV zum Geldwäschebekämpfungsergänzungsgesetz“ (3. Auflage vom Dezember 2012), S. 11

⁶ Auslegungs- und Anwendungshinweise des GDV zum Geldwäschebekämpfungsergänzungsgesetz“ (3. Auflage vom Dezember 2012), S. 22

⁷ Mehr Infos hierzu siehe <https://www.dws.de/FAQ/KIID>.



Studieren bei vollem Gehalt!

Berufsbegleitende Versicherungsstudiengänge

Für viele Arbeitnehmer und freie Makler ist ein berufsbegleitendes Studium eine gute Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln, ohne auf das gewohnte Gehalt verzichten zu müssen. Nicht zu unterschätzen ist dennoch die Doppelbelastung, welche damit verbunden ist. Wer sich für diese Alternative entscheidet, muss sich bewusst sein, was auf ihn zukommt. Es gilt hier Beruf, Familie, Freizeit und Studium zu vereinen. Welche Herausforderungen auf die Studenten zukommen, weiß die Hochschule Coburg.

von Tobias Beuschel

Die Hochschule Coburg ist bereits seit 2001 in der Weiterbildung tätig und kennt die Probleme und Nöte ihrer berufsbegleitenden Studenten. Um diese noch zielführender zu betreuen, wurden berufsbegleitende Programme an der Hochschule im Institut für lebenslanges Lernen Lhoch3 gebündelt. Am Beispiel der beiden berufsbegleitenden Versicherungsstudiengänge Versicherungswirtschaft (BA) und Versicherungsmanagement (MBA) lässt sich aufzeigen, welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten es bei Vollzeit- oder berufsbegleitend Studierenden gibt.

Ein Studium – unterschiedliche Wege

Wer sich für ein berufsbegleitendes Studium entscheidet, muss kein Genie sein. Für einen erfolgreichen Abschluss sind allerdings ein gewisses Koordinations- und Durchhaltevermögen sowie Disziplin gefragt, um Beruf, Familie, Freizeit und Studium unter einen Hut zu bekommen. Aus den Erfahrungen des Lhoch3 zeigt sich, dass unterschiedliche Jahrgänge in den Leistungen variieren. Im mehrjährigen Schnitt orientieren sich diese dennoch an der Normalverteilung und sind damit vergleichbar mit den Vollzeitstudiengängen. Die Quote derer, welche die Leistungsziele nicht erreichen, liegt im langfristigen Jahresmittel bei unter 10%. Es lässt sich schwierig herausarbeiten, ob berufsbegleitend Studierende schlechter oder besser sind. Sie sind anders. Sie denken viel praxisorientierter und können genau in dieser Studienform ihre Stärken ausspielen. Sie stehen voll im Berufsleben und wissen,

wovon sie sprechen. Die Aufgabe der Lehrenden liegt somit vielmehr darin, das Denken in abstrakten theoretischen Modellen zu vermitteln. Wohingegen bei Vollzeitstudenten der Fokus auf der Vermittlung von direktem anwendungsbezogenem Wissen liegt. Die Hochschule Coburg ist eine Hochschule für angewandte Wissenschaften. Daher ihr Anspruch sowohl in der Qualifikation theoretischer, als auch praktischer Denkweisen. Die Inhalte beider Modelle führen zum gleichen Kompetenzprofil, der Weg dahin ist jedoch ein anderer.

Profil der Versicherungsstudenten an der Hochschule Coburg

Den Studierenden der berufsbegleitenden Versicherungsstudiengänge an der Hochschule Coburg ein eindeutiges Profil zu geben, ist schwierig. Sie kommen aus den unterschiedlichsten Bereichen von Unternehmen und Agenturen. Der Anteil an freien Maklern liegt bei rund 10%.

Die Altersstruktur der Teilnehmer liegt im Mittel über der der Vollzeitstudenten. Manche entscheiden sich auch noch im vorgeschrittenen Alter, ein Studium aufzunehmen. Die Altersspanne reicht derzeit von 22 Jahre bis 50 Jahre. Das erfordert bei den Dozenten ein besonderes Vorgehen bei der Vermittlung der Lerninhalte, gerade bei den älteren Teilnehmern. Diese sind meist sehr engagiert und interessiert, allerdings nicht mehr im aktiven Lernprozess. Der Stoff muss daher so aufbereitet und vermittelt werden, dass alle Zielgruppen richtig angesprochen werden.

Versicherungsstudenten sind Überzeugungstäter

Wer einen Versicherungsstudiengang an der Hochschule Coburg aufnimmt, egal ob Vollzeit, dual oder berufsbegleitend, verfolgt damit ein ganz konkretes Ziel – die Höherqualifizierung in einem sehr spezialisierten Fachbereich. Anders als in einem allgemein gehaltenen Studiengang, wie etwa Betriebswirtschaftslehre, ist die Leistungsbereitschaft der Studenten deshalb sehr hoch. Versicherungsstudenten sind Überzeugungstäter. Ihr Engagement konzentriert sich auf die Branche und dort meist auf ein bestimmtes Thema!

Berufsbegleitend studieren bei vollem Gehalt

Wenn es um die Sicherung des eigenen Lebensunterhaltes geht, haben die berufsbegleitend Studierenden einen klaren Vorteil. Da diese Studiengänge so strukturiert sind, dass sie zusätzlich zur normalen Arbeit absolviert werden können, muss auf das gewohnte Gehalt nicht verzichtet werden. Wo der Vollzeitstudent sich oft mit diversen Nebenjobs irgendwie über Wasser hält, ermöglicht ein berufsbegleitendes Studium deutlich mehr finanziellen Spielraum. Zwar sind diese Programme generell gebührenpflichtig, die Gebühren sind jedoch überschaubar und steuerlich absetzbar. Gerade bei den Studienteilnehmern von Unternehmen und Agenturen bietet die Unterstützung des Arbeitgebers in Form von Sonderurlaub oft mehr Anreiz, als eine reine Beteiligung an den Gebühren.
www.hs-coburg.de

Ein Durcheinander

Coaching beginnt damit, Kritik und Veränderung zulassen zu wollen. Das scheut so mancher Makler wie der Teufel das Weihwasser. Will man sich so auch in 2015 wieder durchmogeln? Veränderung tut not!



von Klaus Hermann Barde

Ein Durcheinander, gibt's das heute noch in einem Berater-Büro? Und ob! Gleich ob es sich um eine kleines Maklerbüro auf dem Land oder die noble Niederlassung eines Honorarberaters in einer Großstadt handelt – der Schein trügt.

Vieles im Finanzvertrieb ist noch nicht hinreichend effektiv organisiert.

- Problempunkt Nummer 1: Falsche Eitelkeiten.
- Problempunkt Nummer 2: Mangelnde Systematik.
- Problempunkt Nr. 3: Leben für den Augenblick.

Punkt Nr. 3 zeigt sich daran, dass nahezu kein Büro eine 3-Jahresplanung hat. Dafür weiß man genau, was in der nächsten Woche alles anliegt. Doch das reicht nicht. So lebt man von der Hand in den Mund. Wie ein Landwirt, der nur erntet, aber niemals sät. Seit 25 Jahren sehe ich mir Vertriebsbüros an und sehe nur oberflächliche Politur.

Die Wurzel: falsche Eitelkeiten. Es mangelt an der Arbeit an sich selbst. Gewohnheiten werden auf Teufel komm raus beibehalten. Hinzu kommen Fehleinschätzungen hinsichtlich der Kunden, verbunden mit einer Fehleinschätzung in der Selbstwahrnehmung. Für einen Außenstehenden oft leicht erkennbar, oft auch für die Ehefrau, nicht jedoch für den Makler. Die mangelnde Systematik findet ihre Wurzel in der eigenen Selbst-

wahrnehmung. Man denkt, man hätte ... Man denkt, man würde ... Man denkt, man könnte ...

Die alten Muster

Und dann spielen sich, ruckzuck, die alten Muster wieder ein. Viele, die von ihrem Unternehmen sprechen, sind das Unternehmen – und das ist ohne jede langfristig angelegte Struktur. Der Makler als Generalist, also charmanter Alleskönner, mag für Kunden im B und C-Segment manchmal noch tauglich sein. Wer im sogenannten gehobenen Klientel Wertschöpfung betreiben will, muss die alten Kleider abwerfen. Was darin hindert, ist die grandiose Eitelkeit. Coaching beginnt jedoch damit, Kritik und Veränderung zulassen zu wollen.

Hinzu kommt oft Selbstmitleid, versteckt hinter Aussagen wie: „Die Kunden sind doch alle verrückt. Und das Internet, und, und, und. Da kann man machen, was man will.“ „Die Arbeit wächst mir über den Kopf,“ ist auch so eine Entschuldigungsformel. Es handelt sich zu meist um Arbeit, die nichts, aber auch gar nichts mit den Themen Beratung und Betreuung zu tun hat. Damit sind wir in unserem Kurzdurchlauf bei der Arbeitsteilung. Ein Maklerbüro mit Anspruch kann heute nicht mehr alles alleine organisieren. Er muss daran arbeiten, zumindest ein Dreierteam mit klaren Arbeitsschwerpunkten aufzubauen. Um einen Mitarbeiter wirtschaftlich tragen zu kön-

nen, ist am Anfang sehr viel Zeit in die Akquisition zu investieren. Das geht auf die Knochen. Und dieser Übergang in die erste Arbeitsteiligkeit hat auch Reibungsverluste. Die müssen akzeptiert werden. Das gehört dazu. Schöner Anzug, schönes Büro: Das sind Garantien für nichts.

Das muss man aushalten

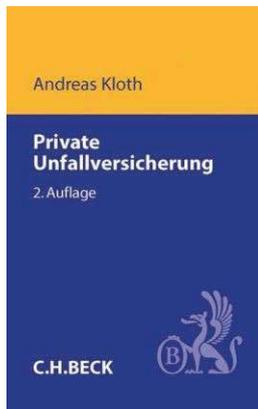
Mit Menschen sprechen, sich einbringen und oft vergeblich guten Tag sagen, das muss man aushalten. Viele Jahrzehnte lang. Für die vier bekannten Arbeitsschritte:

- Kontakte, Termine
- Erstes Gespräch, Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse
- Die Lösung präsentieren
- Service & Betreuung,

muss sich der junge Makler anfangs selbst einen Rahmen schaffen. Aber mit Perspektive! Perspektive für ein Dreier-team, das der Beratungsarbeit den notwendigen Raum gibt. Selbstaussbeutung von Einzelkämpfern haben wir genug im Versicherungsvertrieb. Ganz gleich ob gegen Courtage oder Honorar. Im Dauer-Spagat zwischen den wesentlichen Kernaufgaben macht das Leben einfach keinen Spaß. Aber damit es Spaß bringt, muss man bereit sein, sich in Frage zu stellen. Und im nächsten Schritt auch dazu bereit sein, vielleicht alles neu zu machen.



Buch-Rezensionen von Stephan Witte



Kloth, Andreas: Private Unfallversicherung

In diesem, beim Verlag C.H. Beck erschienenen Werk zur Unfallversicherung, handelt es sich um eine vollständig überarbeitete Neuauflage der erstmals 2008 veröffentlichten Abhandlung. Berücksichtigung findet die bis Mitte März 2014 erfolgte Rechtsprechung ebenso wie die neuen AUB 2014 mit Stand 25.03.2014. Damit finden auch die bisherigen Urteile auf Basis des neuen VVG Eingang dieses Handbuchs.

Grundlegend ist eine Beobachtung, die Kloth am Anfang seiner Ausarbeitung (S. 5) macht, nämlich, dass immer mehr Versicherer zu Klartextbedingungen übergehen und immer mehr Abweichungen von den unverbindlichen Musterbedingungen des GDV vorkommen. „Ein deutlicher Trend ist aber klar erkennbar, so dass es zukünftig noch wichtiger werden wird, die konkreten Bedingungen exakt zu studieren und auf ihre Vergleichbarkeit zu AUB-Kommentierungen und –Entscheidungen penibel zu überprüfen.“ Entsprechend wird beispielsweise auch auf Unterschiede scheinbar gleicher Progressionstabellen hingewiesen (S. 220-221).

Der Autor geht bei seiner Betrachtung der Unfallversicherung von den AUB 2010 aus und ergänzt seine Ausführungen durch Hinweise auf die bei Drucklegung gerade erst erschienenen AUB 2014, wo dies ihm nötig erscheint. Beispielsweise werden abweichende Regelungen zum Krankenhaustagegeld (S. 235), zum Wegfall des Genesungsgeldes in den Musterbedingungen (S. 236) oder Änderungen zum Thema Schweigepflichtentbindung (S. 349) benannt.

Berechtigte Kritik kommt von Kloth an der Rechtsprechung, die anstatt vom Verständnishorizont eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers oft auf einen eher unterdurchschnittlichen Versicherungsnehmer abstellt, wengleich der BGH diese Entwicklung hier bereits

wieder ein wenig korrigiert hat (S. 18). Zudem sind etwa Anschreiben von Versicherern stets in einem objektiven Gesamtzusammenhang zu betrachten und nicht etwa so wie es für den Adressaten als am günstigsten erscheinen mag (S. 19). Bei der Auslegung von Bedingungen ist auch dann eine für den Versicherungsnehmer besonders günstige Interpretation abzulehnen, wenn sich diese aus der Entstehungsgeschichte einer Klausel ableiten ließe (S. 22-23).

Sehr praxisbezogen und damit gerade für Makler deutlich hilfreicher als die meisten vergleichbaren Darstellungen sind die Hinweise, die Kloth an die Hand gibt, um eine den gesetzlichen Erfordernissen entsprechende Beratungsdokumentation zu erstellen (S. 42-44, 46-47). Sehr zu begrüßen ist auch seine Empfehlung, dass Kunden die Dokumentation im Sinne von Gerichtsfestigkeit gegenzeichnen sollten (S. 47). Damit mag man auch verzeihen, dass auf S. 26 und auf S. 47 fälschlich von „Beratungsprotokoll“ anstatt von „Beratungsdokumentation“ die Rede ist.

Gut verständlich sind auch die zahlreichen Checklisten, Schaubilder, Flussdiagramme und Beispiele, die den Lesefluss unterstützen und wichtige Sachverhalte verdeutlichen helfen. So ist es sicher ohne konkrete Beispiele nicht für jeden Leser ersichtlich, dass das „Verschlucken eines Zahnstochers“, der „zu einem Durchbohren des Darms“ führt als „Einwirkung von außen zu bejahren“ ist

(S. 94) oder wann bei Unfällen durch Nahrungseinnahme ein plötzlich von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis anzunehmen ist (S. 101). Begrüßenswert ist auch der große Raum, der dem Thema Eigenbewegungen in all seinen Ausprägungen gewidmet wird (S. 95-99, 104-105, 122) und der damit verbundenen Abgrenzung von versicherten und unversicherten Ereignissen, wenn man die üblichen AUB als Maßstab zugrunde legt.

In der Schadenregulierung für den Vermittler hilfreich sind auch die umfangreichen Hinweise zu den Formerfordernissen der einzelnen Meldefristen für den Eintritt einer Unfallinvalidität, die Feststellung des Invaliditätsgrades sowie die Meldung beim Versicherer (S. 138-177). Bedeutsam ist sicher auch der Hinweis darauf, dass ein Versicherer eine im Rahmen der Erstprüfung zu viel gezahlte Invaliditätsleistung als Folge der Neubemessung zurückverlangen könnte (S. 216). Auch dürfte nicht jedem Makler klar sein, dass im Zweifel auch noch nach dem Tod einer versicherten Person Anspruch auf Genesungsgeld bestehen könnte (siehe S. 236).

Fazit: Das Buch ist hervorragend geeignet, um sich sowohl in die Materie einzuarbeiten als auch diese zu vertiefen. Hinzu kommt, dass es äußerst lesbar geschrieben wurde und viele wesentliche Sachverhalte kompakt und mit konkreten Beispielen zusammenfasst. Damit handelt es sich um ein echtes Standardwerk für Versicherungsvermittler sowie mit Unfallprozessen befasste Anwälte.

Andreas Kloth:
Private Unfallversicherung
München² (C.H. Beck), 2014
XXXVI+535 Seiten
ISBN 978-3-406-64415-3
Ladenpreis: 79,00 Euro

9 Jahre WFS-Leistungsratings

► Erläuterungen zur Rating-Qualität



Allgemeine Einführung

WFS-Ratings sind in erster Linie Bedingungsratings (Ergebnisse und Kriterien siehe unten). Ein guter Service bedeutet vor allem eine Zusatzauszeichnung, zumal die Servicequalität leider nur bis zu einem gewissen Maße abstrakt messbar ist. Da ich auch als Versicherungsmakler tätig bin, habe ich gelernt, welche Kriterien für den Endkunden in der Praxis von Bedeutung sind. Viele implizite Einschlüsse sind für den Fachmann durchaus als solche erkennbar. Dem Durchschnittskunden bringen sie aber nichts, da ihm die notwendigen versicherungstechnischen Kenntnisse fehlen, um diese auch für sich zu nutzen. Zumal zeigt die Praxis, dass wenig geschulte Innendienstmitarbeiter immer wieder Schäden ablehnen, da sie einen Ausschluss annehmen, wo ein Einschluss ausdrücklich nicht benannt wurde. Von daher wird insbesondere das honoriert, was in den Bedingungen klar und deutlich gesagt wird. 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. Unnötige Streitigkeiten im Schadensfall sollten gleich im Vorfeld vermieden werden. Davon profitiert natürlich auch der Mehrfachagent, Makler oder Versicherungsberater, der auf Empfehlungen durch viele zufriedene Kunden angewiesen ist, um weiter wirtschaftlich erfolgreich am Markt zu bestehen. Grundsätzlich gilt: Eine kompetente Beratung und Betreuung durch den Vermittler ist in der Regel viel wichtiger für den Kunden als der absolut tiefste Preis. Natürlich ist die Prämienhöhe für den Endkunden wichtig. Wer aber allein über

diesen verkaufen möchte, ist mit Prämienvergleichen aus Vergleichsprogrammen und Internetportalen besser aufgehoben. Maximale Leistung und hohe Servicequalität haben nun mal ihren Preis. Im Schadenfall weiß ein Kunde diesen zu schätzen. Vor allem gilt dies für Nicht-0815-Schäden...

Geschichte

In der Ausgabe 04/2005 der Zeitschrift „Rating-Sieger“ wurde erstmals ein Bedingungsrating in der Sparte Hundehalterhaftpflicht veröffentlicht. Dieses entstand damals noch in Zusammenarbeit mit Claus-Peter Meyer. Bereits Anfang 2006 wurde das Rating überarbeitet, nachdem die Arbeit an den Folgeratings allein von Witte Financial Services übernommen wurde. Weitere Ratingsparten folgten in den Jahren 2006 bis 2008 und 2010 bis 2013 – zuletzt Funktionsinvaliditätsversicherung als Sach- und Lebensversicherung sowie Pflegebahrversicherungen.

Erstellt werden die mittlerweile 12 Ratings quartalsweise von Stephan Witte von Witte Financial Services aus Sievershausen. Dabei galt von Anfang an das Prinzip „dynamischer Leistungsratings“.

Was sind „dynamische Leistungsratings“?

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

Ein Beispiel für die Aktualisierung der Ratinganforderungen liefert die erstmals im April 2010 überarbeitete Hausratspartie. Als die erste Fassung im Heft 04/2008 veröffentlicht wurde, war das neue VVG gerade erst 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 September 2014 gibt es bereits weit über 50 Tarife von Versicherern und Konzernanbietern mit vollständigem Quotelungsverzicht. Demnach könnte man von einem leistungsstarken Tarif sogar den vollständigen Verzicht auf Kürzung verlangen. Als Rater hat man jedoch auch eine Verantwortung. Daher wurde beschlossen, dass eine Kürzung von mindestens 95 Prozent verlangt werden soll. Damit soll Versicherern die Chance eingeräumt werden, dass allzu leichtfertige Kunden zur Verantwortung für ihr Fehlverhalten gezogen werden können, ohne jedoch ihre Existenz durch zu hohe Quotelung aufs Spiel zu setzen.

Aus ähnlichen Gründen wird im Unfallrating ein Leistungsausschluss für Unfälle als Folge von Trunkenheitsfahrten mit mehr als 1,1 Promille nicht besser bewertet als wenn der Verzicht nur bis 1,1 Promille gilt. Kein Kunde soll zu strafbarem Verhalten angehalten werden. Dass Produktinnovationen einzelner Anbieter das Leistungsniveau für alle Wett-

bewerber nach oben ziehen können, hat in den vergangenen Jahren sehr oft die InterRisk gezeigt. So wird etwa seit Ende März 2011 im XXL-Tarif vollständig auf einen Ausschluss für Bewusstseinsstörungen verzichtet. Da ein Gold in der Unfallsparte unverändert neben dem Erfüllen der Mindeststandards auch 80 Prozent oder mehr der Höchstpunktzahl bedeutet, vergrößert sich stetig der Abstand zu den früher hoch gerateten Tarifen. Denken Sie einfach mal an Eigenbewegungen. Diese waren noch vor wenigen Jahren außer bei maxPool und InterRisk nahezu nirgends mitversichert, heutzutage 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 erstmals zum April 2010 von der VHV eingeführt und hat bereits mehrere Nachahmer gefunden.

Im Rahmen der noch sehr jungen Sparte Funktionsinvaliditätsversicherung wurde sich für ein dynamisches Leistungsrating entscheiden. Damit ist dies das erste in Deutschland veröffentlichte Rating für diese Produktgattung. Aufgrund der aktuellen Markteinführung immer neuer Tarife wächst der Fragenkatalog parallel zu den neu erfassten Tarifen, um den jeweiligen Leistungsunterschieden möglichst gerecht zu werden.

Was sind 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. Gleiches

gilt für die Pflagegeld- bzw. Pflegegeldversicherung.

Für die Privathaftpflichtversicherung würde sich abweichend ein dynamisches Leistungsrating durchaus anbieten. Dagegen sprachen jedoch zum einen, dass auch hier besonders hohe Mindeststandards im Sinne einer umfassenden Existenzabsicherung vorrangig sicher zu stellen waren, zum anderen der reine Arbeitsaufwand. Die Vielzahl möglicher Kriterien würde nicht nur eine rechtliche Bewertung voraussetzen, welche Leistungseinschlüsse tatsächlich eine Besserstellung gegenüber einer fehlenden Klarstellung bedeuten würde; vor allem aber wäre ein Aufwand von leicht 5 bis 6 Stunden nötig, um auch nur einen einzigen Tarif hinreichend ausführlich für einen vergleichende Bewertung zu erfassen. Dies wurde als impraktikabel verworfen, zumal bereits die Definition der im Heft benannten Mindeststandards eine gute Selektion ermöglichte. Aus dem gleichen Grunde wurde für die Sparten Hausrat- und Wohngebäudeversicherung auf dynamische Leistungsratings verzichtet, wofür die Mindestanforderungen entsprechend umfassend definiert wurden.

Wie profitieren Kunde und Makler von statischen und dynamischen Leistungsratings?

Aufgrund der zahlreichen Mindeststandards und der transparent auf dieser Homepage nachlesbaren Ratingfragen werden tatsächlich nur die Tarife selektiert, die eine möglichst geringe Zahl an Lücken beim Versicherungsschutz aufweisen. Kunden und Makler profitieren davon, wenn sie in den meisten versicherbaren Leistungsfällen Versicherungsschutz erwarten können.

Weshalb reichen nicht allein die Mindeststandards?

Versicherungen sind vielfältig differenziert. Mindeststandards gewährleisten ein Leistungsniveau, dass selektierte Tarife von der Masse abheben. 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. Gleichzeitig lassen sich durch die Erfassung einer großen Zahl von Kriterien Trends leichter erkennen, als wenn der Fokus nur auf einigen wenigen Merkmalen liegt. Speziell in den Tarifen der Unfallversicherung, die in der Regel abschließend definieren, was versichert sein soll, lassen sich Versicherungslücken gut erkennen. In der Jagdhaftpflichtsparte ändern sich die Bedingungen eher langsam, weshalb auch hier das Festhalten an ergänzenden Kriterien derzeit noch sinnvoll erscheint.

Was sind die besonderen Vorteile einer GDV-Leistungsgarantie?

Bei den stetig sich ändernden Bedingungenwerken hat heute kein Makler mehr die Möglichkeit, ständig jede Änderung wirklich nachzuhalten und mit der Verbandsempfehlung abzugleichen. Im Sinne der Maklerhaftung ist es daher von Vorteil, wenn Versicherer grundsätzlich garantieren, dass wenigstens die vom GDV empfohlenen Musterbedingungen in der jeweils aktuellsten Fassung bedingungsseitig garantiert werden. Leicht laufen Makler nämlich Gefahr, dass Anbieter an einer oder mehreren Stellen zum Nachteil der Kunden von diesen Mindeststandards abweichen. Es gibt sogar Anbieter, die sich Witte Financial Services gegenüber „hinter vorgehaltener Hand“ ausdrücklich geäußert haben, dass man gar nicht den GDV-Standard garantieren wolle. Andere gewähren zwar eine GDV-Garantie, diese aber noch trotz aktueller Produkteinführung etwa auf Stand 2007, was nicht wirklich sinnvoll ist.

Leider ließ es sich nicht für alle Sparten praktikabel als Mindeststandard einführen, da etwa ein GDV-Standard in der Jagdhaftpflicht- oder Krankenzusatzversicherung nach Kenntnis von WFS bisher von keinem Anbieter zugesagt wird. Würde man eine Innovationsklausel (s.u.) für die Jagdhaftpflicht als Standard setzen, blieben per September 2014 nur wenige Versicherer wie die degenia, die Gothaer, die Inter, die VGH und die VHV übrig. Im Sinne einer fairen Chance für einen möglichst großen Teil des Marktes wurden also Mindestanforderungen gewählt, die auch von mehr als einem An-

bieter erfüllt werden oder allein für den Goldstandard Voraussetzung sind. War Anfangs der GDV-Standard in der Unfallsparte aufgrund der geringen Anzahl von Tarifen mit entsprechenden Garantien wenig sinnvoll, so sind heute Hochleistungstarife ohne diese Zusage kaum noch vorstellbar. Es versteht sich dabei von selbst, dass es nicht der Anspruch eines Maklers sein darf, allein den GDV-Musterbedingungen zu entsprechen.

Wieso brauchen Kunden und Makler Innovationsklauseln?

Nicht immer ist es für einen Makler einfach, jeden Kunden zu erreichen, um ihn über die Einführung neuer verbesserter Bedingungswerke zu informieren. Vor allem bei kleineren Maklern ist dies mit einem logistischen Aufwand verbunden, der oft gar nicht realisiert werden kann. Schließlich besitzt nicht jeder Kunde zwangsweise einen Internetabschluss, um auf diese Weise die Kosten gering zu halten. 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 wurden bei den jüngsten Aktualisierungen der WFS-Leistungsratings darauf geachtet, dass eine Innovationsklausel soweit sinnvoll möglich Mindestanforderung für als hochwertig bewertete Tarife ist. Im Rahmen der Funktionsinvaliditätsversicherung konnte eine Innovationsklausel gleich bei Ratingbeginn März 2012 als Standard gesetzt werden, da mit Ausnahme der Sparkassen Versicherung Sachsen alle Anbieter eine entsprechende Klausel zum Vorteil ihrer Kunden besitzen.

Wieso bewertet WFS das Prämien-niveau nur im Rahmen der stationären Krankenzusatzversicherung?

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

von einer Krankenzusatz- in eine andere Krankenversicherung fast nur mit erneuter Gesundheitsprüfung und unter Verlust von Alterungsrückstellungen möglich.

Wieso 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 m.E. wenig Sinn machen würden. 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.

In der Funktionsinvaliditätsversicherung ist der Markt noch so eng, dass eine Bewertung mit Bronze dazu führen würde, dass fast alle Anbieter eine Ratingstufe erreichen würden. Dies wäre für den Makler jedoch im Rahmen der Entscheidungsfindung wenig hilfreich, weshalb derzeit auf eine dritte Abstufung verzichtet wird.

Wie kommen die Ratingkriterien zustande?

Die Kriterien werden alleine von WFS erstellt. Die Zusammenstellung basiert jedoch aus den Ergebnissen eigener Erfahrungen, den Umfragen bei diversen Versicherern, Gesprächen mit befreundeten Maklern und Anwälten sowie den Auswertungen der Fachpresse. Bei der Auswahl geht es in erster Linie darum, wesentliche Leistungsunterschiede herauszuarbeiten, die ein gehobenes Leistungsniveau für Kunden bzw. eine verringerte Haftung für Makler erreichen sollen. Insbesondere stehen klare Leistungsaussagen im Fokus der Betrachtung.

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 Versiche-

ren und Konzeptanbietern. Selbstverständlich kann jeder Anbieter darum bitten, neu erfasst und bewertet zu werden, doch liegen die Ratingkriterien stets vor einer entsprechenden Bewertung vor. Es finden also ausdrücklich keine Gefälligkeitsbewertungen statt.

Die Ratings werden ausschließlich für die unabhängige Fachzeitschrift „Risiko & Vorsorge“ (vorher: „Rating-Sieger“) erstellt und quartalsweise aktualisiert. Darüber hinaus erfolgt teilweise eine Veröffentlichung auch in „Makler & Pflege“, „Pflege & Vorsorge“ sowie „Der Honorarberater“.

Sind alte Ratingergebnisse nun wertlos?

Nein. Früher hochwertige Tarife sind auch heute noch meist weit über dem Standard liegend, allerdings hat sich der Markt weiter entwickelt. Wenn Sie also vor drei Jahren eine Hausrat- oder Unfallversicherung empfohlen haben, so wird diese nicht mehr zwangsläufig den Standards des Jahres 2014 entsprechen. Wenn Ratingkriterien nicht stetig aktualisiert werden und an aktuelle Marktentwicklungen angepasst werden, laufen sie Gefahr, aktuelle Trends hinterherzulaufen. Wenn Sie alte Tarife mit Innovationsklausel vermittelt oder abgeschlossen haben, können Sie davon ausgehen, dass diese auch heute noch dem Marktstandard entsprechen oder diesen sogar übertreffen.

Die Ratingkriterien wurden von Anfang an so gewählt, dass nur eine möglichst geringe Zahl von Tarifen diese Anforderungen erfüllen. Kein Makler oder Kunde profitiert davon, wenn ihm gleich 50 oder 100 Tarife als „besonders empfehlenswert“ vorgestellt werden. WFS möchte Ihnen also Arbeit bei der Vorselektion abnehmen, ohne Sie natürlich aus Ihrer Verantwortung einer eigenen Marktuntersuchung entlassen zu können.

Sparte	Rating erstmal seit	Werden etwaige Musterbedingungen des GDV als Mindeststandard definiert?	Wird eine Innovationsklausel als Mindeststandard definiert?	Sieht das Rating Mindestanforderungen (K.O.-Kriterien) vor?
Privathaftpflichtversicherung	Heft 02/2010	ja	ja	ja
Hundealterhaftpflichtversicherung	Heft 04/2005	ja	ja	ja
Pferdealterhaftpflichtversicherung	Heft 02/2006	ja	ja	ja
Jagdhaftpflichtversicherung	Heft 04/2006	nein	ab Gold	ja
Unfallversicherung	Heft 01/2007	ja	ja	ja
Funktionsinvaliditätsversicherung	FIV Sach Heft 2/2012 FIV Leben Heft 1/2013	nein	FIV Sach: ja, FIV Leben: nein	ja
Pflegetagegeld / Pflegegeld	Heft 02/2012	nein	nein	ja
Pflegebahr-Versicherungen	Heft 02/2013	nein	nein	ja
stationäre Krankenzusatzversicherung	Heft 01/2010	nein	nein	ja
Hausratversicherung	Heft 04/2008	ja	ja	ja
Wohngebäudeversicherung	Heft 02/2011	ja	ja	ja

Sparte	Gibt es über die Mindeststandards hinaus zusätzliche Leistungsfragen?	Anbieter im Test	Tarife im Test	Stand
Privathaftpflichtversicherung	nein	95	786	09.10.2014
Hundealterhaftpflichtversicherung	nein	81	486	09.10.2014
Pferdealterhaftpflichtversicherung	nein	80	455	23.09.2014
Jagdhaftpflichtversicherung	ja	54	371	26.09.2014
Unfallversicherung	ja	97 (26)*	1092 (255)*	25.09.2014
Funktionsinvaliditätsversicherung	ja	13 Unfall /5 Leben	93 Unfall/26 Leben	26.09.2014
Pflegetagegeld / Pflegegeld	nein	30	310	13.09.2014
Pflegebahr-Versicherungen	ja	29	32	13.09.2014
stationäre Krankenzusatzversicherung	ja	36	96	26.09.2014
Hausratversicherung	nein	72	479	17.09.2014
Wohngebäudeversicherung	nein	62	368	22.09.2014

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

Henry Littig

Herzlich willkommen
in der Zeit nach dem
Kapitalismus ...



Littigs Thesen: Gestern noch Theorie und heute ...

In „Herzlich willkommen in der Zeit nach dem Kapitalismus“ beschreibt der Düsseldorfer Aktienhändler Henry Littig den unaufhaltsamen Verfall unseres Konsumkapitalismus. Ein globales Schneeballsystem, das sich mangels neuer Mitspieler erschöpft hat.

Der Autor führt Beweis dafür, dass Börsen, Banken und Versicherungen überflüssige Institutionen sind. Und: Die Systemformel „Arbeit gegen Geld“ hat ihren Zenit bereits weit überschritten. Littig skizziert vor diesem Hintergrund ein sehr glaubwürdiges mögliches Folgeszenario, das dem Bürger schon morgen kostenlosen Konsum bei einem minimalen Aufwand an Arbeit sichern kann. Eine Welt, in der zudem viele verloren geglaubte menschliche Werte wieder zu ihrer Entfaltung kommen.

Das klingt fast zu schön um wahr zu sein – ist es aber nicht! Daher ist es nur eine Frage der Zeit, bis die Ideen des Autors Eingang in diverse Partei-Programme finden werden!

Henry Littig: „Herzlich willkommen in der Zeit nach dem Kapitalismus ...“
188 Seiten, gebunden | 19,80 Euro | ISBN 978-3-9815451-0-4

Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV)



■ FIV als Unfallversicherung

■ FIV als Lebensversicherung

Basis:	FIV als Unfallversicherung: 93 Tarife / 13 Anbieter im Test FIV als Lebensversicherung: 26 Tarife / 5 Anbieter im Test
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	26.09.2014

Funktionsinvaliditätsversicherungen sind eine neuartige Form der Absicherung der persönlichen Arbeitskraft. Erstmals wurde ein solches Produkt im September 2006 von der Axa unter dem Namen Unfall-Kombirente eingeführt. Dabei ist die Namensgebung etwas irreführend gewesen, da tatsächlich nicht allein das Unfallrisiko abgesichert wurde. Allen bisher am Markt angebotenen Unfallprodukten zur Absicherung der funktionellen Invalidität sind unter anderem folgende Charakteristika gemein:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente; abweichend keine Rentenleistung in einigen Tarifen der Signal Iduna)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I (Pflegerente; abweichend keine Rentenleistung in einigen Tarifen der Signal Iduna)
- Rentenleistung wegen Minderung der Funktion wesentlicher Organe (Organrente)
- Rentenleistung wegen unfallbedingter Invalidität ab 50% (Unfallrente)

Teilweise wird als fünfte Leistungsart eine Krebsrente benannt, während andere Versicherer eine Leistung bei Krebs als Teil der lebenslangen Organrente vorsehen. Als einziger Anbieter wird von Janitos seit dem 01.12.2012 als sechste Leistungsart neben einer Krebsrente auch eine Dread-Disease-Rente angeboten, von der Signal Iduna Kapitalleistungen bei einem Grad der Behinderung von mindestens 50 bzw. Einmalleistungen bei bestimmten schweren Krankheiten.

Als Lebensversicherer bieten bisher die Allianz (KörperSchutzPolice; seit Ju-

li 2011), die Nürnberger (NÜRNBERGER HandwerkerSchutz; seit Juni 2012), die CARDEA.life (CARDEA safety first; seit Juli 2012), die Targo (Existenzschutz; seit September 2012) sowie der Volkswohl Bund (Existenz-Versicherung seit 01.2014) eine Funktionsinvaliditätsversicherung an. Dabei sieht sich die Targo als „Risikoversicherung (Körperschutzversicherung)“. Versicherungsschutz besteht anders als bei den Unfallprodukten bei folgenden Leistungsauslösern:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit nach ADL oder in Anlehnung an das SGB (Pflegerente)
- Einmalleistung bei bestimmten schweren Krankheiten (Dread-Disease-Leistung; beim Volkswohl Bund abweichend nur optional)
- Bei der Nürnberger zusätzlich: optional Rentenleistung bei unfallbedingter Berufs- oder Pflegebedürftigkeit bzw. einmalige Kapitalleistung im Falle eines Unfalls
- Bei CARDEA.life zusätzlich: Einmalleistung bei Tod der versicherten Person, eine Rente bei Unfallinvalidität sowie optional eine Rentenleistung bei Berufsunfähigkeit durch Zusatzversicherung BU plus
- Beim VOLKSWOHL BUND zusätzlich: Option auf Anschluss-Pflegerentenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (Existenz PLUS)

Zur Abgrenzung einer funktionellen Invaliditätsabsicherung von einer Grundfähigkeitsversicherung sowie von anderen Formen der Arbeitskraftabsicherung ist daher folgende Produktdefinition geeignet:

Bewertungsmaßstab der FIV ist mit Ausnahme der Krebsleistung eine erhebliche Beeinträchtigung definierter körperlicher Funktionen. Zur Leistungserbringung müssen Funktionsminderungen einen medizinisch eindeutig definierten Schwellenwert erreichen. Eine eindeutige Definition bedeutet, dass ein Versicherte theoretisch selbst dazu in der Lage wäre, anhand ihm vorliegender ärztlicher Gutachten selbst zu beurteilen, ob ein Leistungsanspruch aus seinem Vertrag besteht. Dabei müssen die beschriebenen Funktionsminderungen in der Regel voraussichtlich auf Dauer und irreversibel sein. 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. Üblicherweise sind die Betroffenen bei Minderung der Organfunktion bis zur Leistungsschwelle noch arbeitsfähig.

Eine Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) besteht in der Regel aus den Bausteinen Grundfähigkeitsrente, Pflegerente sowie mindestens einem dritten Baustein (Unfallrente, Organrente oder Leistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung). Teil dieses dritten Bausteins ist mindestens eine Renten- oder Einmalleistung auch bei Eintritt einer definierten Krebserkrankung.

Von einer FIV ist nur dann zu sprechen, wenn das Versicherungsprodukt im Deckungsumfang zu mindestens in einem Modul alle möglichen Erkrankungen berücksichtigt und keine Erkrankung ausschließt. Dies wird im Regelfall durch die Pflegekomponente erreicht. Daneben besteht die Möglichkeit, eine Rentenleistungsdauer wegen Verlustes

von Grundfähigkeiten oder Pflegebedürftigkeit bei Kindern mindestens bis zur Volljährigkeit, bei Erwachsenen mindestens bis zur Vollendung des 62. Lebensjahres zu vereinbaren.

Vereinzelte wird die FIV am Markt auch als „Multirentenprodukt“ bezeichnet, dies in Anlehnung an die Multi-Rente aus dem Hause Janitos. Mit diesem Namen wird demnach ein Tarif und keine Produktgattung umschrieben.

Nach dieser Definition ist daher beispielsweise der zum 01.03.2013 eingeführte IDEAL KrankfallSchutz der IDEAL Versicherung AG keine Funktionsinvaliditätsversicherung, da sie zwar eine zeitlich befristete Rente bei definierten schweren Krankheiten (Herzinfarkt, Schlaganfall; optional: Krebs und gutartiger Gehirntumor), Unfalltod sowie Kapitaleistung bei definierten schweren Unfallfolgen mit Kapitalisfortleistung, Oberschenkelhals- und Armbruch, nicht jedoch eine Organ- oder Pflegerente besitzt. Darüber hinaus wird die vereinbarte Kapitaleistung bei Unfall verdoppelt, wenn es infolge eines Unfalls zum Verlust einer versicherten Grundfähigkeit kommen sollte. Damit werden in keinem Modul alle möglichen Erkrankungen und noch nicht einmal jede unfallbedingte Invalidität berücksichtigt.

In diesem Sinne sind auch die Tarife „Optimal“ und „Optimal-Start“ der Signal Iduna keine eigentlichen Funktionsinvaliditätsversicherungen, wurden hier jedoch als solche mit bewertet, da die Exklusiv-Varianten der gleichen Produktfamilie unzweifelhaft als solche zu werten ist. Nach dem gleichen Prinzip ist auch die Existenz-Versicherung des Volkswohl Bundes nur mit zusammen mit der optionalen „Erste-Hilfe-Leistung“ als Funktionsinvaliditätsversicherung einzustufen.

Beispiel für einen Schwellenwert am Beispiel von Janitos:

„2.3.3. Nierenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Erkrankung der Nieren, die z. B. aufgrund von Immunerkrankungen, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden ist und bei der die nachfolgenden Vorausset-

zungen erfüllt sind.

Die Leistungsfähigkeit der Nieren muss auf Dauer und irreversibel so reduziert sein, dass die Werte

– Glomeruläre Filtrationsrate 40 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.

– Kreatinin-Clearance von 30 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder der

– Kreatininwert 4 mg/dl (350 µmol/l) nicht unterschritten wird.

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.“

Quelle: „Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Erwachsene“, S. 2, Stand 04.2014

Der laut Statistik wichtigste Leistungsbaustein jeder Funktionsinvaliditätsversicherung ist die Organrente wie sie alle Unfall-, jedoch kein Lebensversicherer vorsehen. Insgesamt wurden bis Ende 2011 etwa 2/3 aller Leistungsfälle aus der Organrente, 10 bis 20% aus der Unfallrente, 10 bis 15% aus der Grundfähigkeitenrente 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.

Zielgruppe für eine FIV sind in erster Linie Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit oder solche, die aus finanziellen oder gesundheitlichen Gründen keine Möglichkeit haben, eine Berufsunfähigkeitsversicherung zu finanzieren. Anders als in der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht jedoch höchstens minimaler Versicherungsschutz im Fall psychischer Erkrankungen. 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. Da aber Angststörungen, Neurosen, Erschöpfungssyndrome oder Phobien als gut behandelbar und reversibel gelten, passt dieser Ansatz in die Funktionsinvalidität. Ein möglicher Leistungsanspruch setzt regelmäßig mindestens die Einweisung in eine

geschlossene Einrichtung voraus.

Versicherungsschutz besteht für definierte körperliche Funktionsverluste, eine Absicherung einer konkret ausgeübten beruflichen Tätigkeit fällt jedoch nicht unter den Versicherungsschutz. Damit bleibt die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit stets erste Wahl, während eine FIV stets nur eine eingeschränkte Alternative darstellen kann. Für viele Kunden dürfte sie dennoch die erste Wahl sein. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass auch für Gutverdiener eine vollständige Absicherung gegen Berufsunfähigkeit fast immer an den verfügbaren Finanzen scheitern dürfte, weshalb eine ergänzende Funktionsinvaliditätsversicherung für den Worst Case durchaus angeraten werden kann.

Per September 2014 sind folgende Funktionsinvaliditätsversicherungsprodukte bekannt:

- Adcuri / Tarif: Opti5Rente für Erwachsene / Produktstart: 02.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Sachversicherung
- Adcuri / Tarif: Opti5Plus für Erwachsene / Produktstart: 12.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Sachversicherung
- Allianz / Tarif: KörperSchutzPolice / Produktstart: 07.2011 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2013 / Sparte: Lebensversicherung
- Arag / Tarif: ARAG Existenz-Schutz / Produktstart: 01.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 / Sparte: Sachversicherung
- AXA / Tarif: Kinderschutzpaket / Produktstart: 04.2011 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012) / Sparte: Sachversicherung
- AXA / Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder / Produktstart: 04.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012) / Sparte: Sachversicherung
- AXA / Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder mit garantierter Beitragsrückzahlung / Produktstart: 04.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (AV ESV 2011) bzw. 09.2012 (BBR ESV BR 09/12) / Sparte: Sachversicherung
- AXA / Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene / Produktstart:

04.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012) / Sparte: Sachversicherung / Bemerkung: Weiterentwicklung der ursprünglichen Unfall-Kombirente mit Produktstart 09.2006

- AXA / Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene mit garantierter Beitragsrückzahlung / Produktstart: 04.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (AV ESV 2011) bzw. 09.2012 (BBR ESV BR 09/12) / Sparte: Sachversicherung / Bemerkung: Weiterentwicklung der ursprünglichen Unfall-Kombirente mit Produktstart 09.2006
- Barmenia / Tarif: Barmenia-Opti5Rente für Erwachsene / Produktstart: 02.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Sachversicherung
- Barmenia / Tarif: Barmenia-Opti5Plus für Erwachsene / Produktstart: 12.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Sachversicherung
- CARDEA.life / Tarif: CARDEA safety first / Produktstart: 07.2012 / aktueller Bedingungsstand: 01.2013 / Sparte: Lebensversicherung
- CARDEA.life / Tarif: CARDEA safety first mit BU plusEco / Produktstart: 07.2012 / aktueller Bedingungsstand: 01.2013 / Sparte: Lebensversicherung
- CARDEA.life / Tarif: CARDEA safety first mit BU plusExxellent / Produktstart: 07.2012 / aktueller Bedingungsstand: 01.2013 / Sparte: Lebensversicherung
- Die BAYERISCHE / Tarif: Multi PROTECT / Produktstart: 12.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 01.12.2012 / Sparte: Sachversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer Unfall (Kindertarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Sachversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer UnfallTop (Kindertarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Sachversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer UnfallTop mit Plus-Deckung (Kindertarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Sachversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer UnfallTop mit CuraPlus (Kindertarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Sachversicherung

Plus mit Gothaer Unfall mit CuraPlus (Kindertarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Sachversicherung

- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer UnfallTop mit CuraPlus (Kindertarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Sachversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer Unfall (Erwachsenentarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Sachversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer UnfallTop mit Plus-Deckung (Erwachsenentarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Sachversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer Unfall mit CuraPlus (Erwachsenentarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Sachversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer UnfallTop mit CuraPlus (Erwachsenentarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Sachversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer UnfallTop mit Plus-Deckung mit CuraPlus (Erwachsenentarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Sachversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer UnfallTop mit CuraPlus (Erwachsenentarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Sachversicherung
- Janitos / Tarif: JANITOS MULTI-RENTE für Kinder / Produktstart: 12.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 07.2013 / Sparte: Sachversicherung
- Janitos / Tarif: JANITOS MULTI-RENTE für Erwachsene / Produktstart: 12.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 07.2013 /

Sparte: Sachversicherung

- Janitos / Tarif: JANITOS MULTI-RENTE Balance für Kinder / Produktstart: 12.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Sachversicherung
- Janitos / Tarif: JANITOS MULTI-RENTE Balance für Erwachsene / Produktstart: 12.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Sachversicherung
- Janitos / Tarif: JANITOS MULTI-RENTE Best Selection für Kinder / Produktstart: 12.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Sachversicherung
- Janitos / Tarif: JANITOS MULTI-RENTE Best Selection für Erwachsene / Produktstart: 12.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Sachversicherung
- Lebensversicherung von 1871 a.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG / Tarif: Golden IV Klassik für Kinder bis 10 Jahren / Produktstart: 04.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Unfallversicherung
- Lebensversicherung von 1871 a.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG / Tarif: Golden IV Klassik für Kinder ab 10 Jahren / Produktstart: 04.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Unfallversicherung
- Lebensversicherung von 1871 a.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG / Tarif: Golden IV Exklusiv für Kinder bis 10 Jahren / Produktstart: 04.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Unfallversicherung
- Lebensversicherung von 1871 a.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG / Tarif: Golden IV Exklusiv mit Malteser-Soforthilfe für Kinder bis 10 Jahren / Produktstart: 04.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Unfallversicherung
- Lebensversicherung von 1871 a.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG

/ Tarif: Golden IV Exklusiv mit Malteser-Soforthilfe für Kinder ab 10 Jahren / Produktstart: 04.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Unfallversicherung

- Lebensversicherung von 1871 a.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG / Tarif: Golden IV Klassik für Erwachsene / Produktstart: 04.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Unfallversicherung

- Lebensversicherung von 1871 a.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG / Tarif: Golden IV Exklusiv für Erwachsene / Produktstart: 04.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Unfallversicherung

- Lebensversicherung von 1871 a.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG / Tarif: Golden IV Exklusiv mit Malteser-Soforthilfe für Erwachsene / Produktstart: 04.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Unfallversicherung

- Lebensversicherung von 1871 a.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG / Tarif: Golden IV Exklusiv mit Malteser-Soforthilfe für Erwachsene / Produktstart: 04.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014 / Sparte: Unfallversicherung

- Nürnberger / Tarif: NÜRNBERGER HandwerkerSchutz mit Unfall-BUZ / Produktstart: 06.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Lebensversicherung (selbstständige Grundunfähigkeitsversicherung, Kapitalleistung bei versicherten schweren Krankheiten, Unfall-Berufsunfähigkeitszusatzversicherung)

- Nürnberger / Tarif: NÜRNBERGER HandwerkerSchutz mit Handwerker-UnfallSchutz / Produktstart: 06.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Lebensversicherung (Grundunfähigkeitsversicherung, Kapitalleistung bei versicherten schweren Krankheiten), Sachversicherung (Kapitalleistung bei Unfall)

- Signal Iduna / Tarif: VitaLife Optimal – für eine gesicherte Existenz / Produktstart: 07.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2013 / Sparte: Sachversicherung

- Signal Iduna / Tarif: VitaLife Exklusiv

– für eine gesicherte Existenz / Produktstart: 07.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2013 / Sparte: Sachversicherung

- Signal Iduna / Tarif: VitaLife-Junior Optimal-Start – für eine gesicherte Existenz / Produktstart: 07.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2013 / Sparte: Sachversicherung

- Signal Iduna / Tarif: VitaLife-Junior Optimal – für eine gesicherte Existenz / Produktstart: 07.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2013 / Sparte: Sachversicherung

- Signal Iduna / Tarif: VitaLife-Junior Exklusiv-Start – für eine gesicherte Existenz / Produktstart: 07.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2013 / Sparte: Sachversicherung

- Signal Iduna / Tarif: VitaLife-Junior Exklusiv – für eine gesicherte Existenz / Produktstart: 07.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2013 / Sparte: Sachversicherung

- Sparkassen-Versicherung Sachsen / Tarif: Existenzversicherung für Erwachsene / Produktstart: 07.2011 / Aktueller Bedingungsstand: AUB 12.2012, BB Existenzversicherung 01.2013 / Sparte: Unfallversicherung

- SV SparkassenVersicherung Gebäudeversicherung AG (mit dem Geschäftsgebiet Baden-Württemberg, Hessen, Thüringen und Teilen von Rheinland-Pfalz) / Tarif: ExistenzSchutz für Kinder/ Produktstart: 05.05.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 05.2014 / Sparte: Unfallversicherung

- SV SparkassenVersicherung Gebäudeversicherung AG (mit dem Geschäftsgebiet Baden-Württemberg, Hessen, Thüringen und Teilen von Rheinland-Pfalz) / Tarif: ExistenzSchutz für Erwachsene / Produktstart: 05.05.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 05.2014 / Sparte: Unfallversicherung

- SV SparkassenVersicherung Gebäudeversicherung AG (mit dem Geschäftsgebiet Baden-Württemberg, Hessen, Thüringen und Teilen von Rheinland-Pfalz) / Tarif: ExistenzSchutz für Kinder mit SV PrivatSchutz Unfall Rehabilitations-Management / Produktstart: 05.05.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 05.2014 / Sparte: Unfallversicherung

- SV SparkassenVersicherung Gebäudeversicherung AG (mit dem Geschäftsgebiet Baden-Württemberg, Hessen, Thü-

ringen und Teilen von Rheinland-Pfalz) / Tarif: ExistenzSchutz für Erwachsene mit SV PrivatSchutz Unfall Rehabilitations-Management / Produktstart: 05.05.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 05.2014 / Sparte: Unfallversicherung

- Targo / Tarif: Existenzschutz / Produktstart: 09.2012 / aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Lebensversicherung

- VPV / Tarif: Vital-Rente für Kinder / Produktstart: 10.2011 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Sachversicherung

- VPV / Tarif: Vital-Rente für Erwachsene / Produktstart: 07.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Sachversicherung

- Volkswohl Bund / Tarif: Existenz-Versicherung (SKV mit Sofortrabatt und ohne Erste-Hilfe-Leistung bei einer schweren Krankheit) / Produktstart: 01.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 / Sparte: Lebensversicherung

- Volkswohl Bund / Tarif: Existenz-Versicherung (SKV ohne Sofortrabatt und ohne Erste-Hilfe-Leistung bei einer schweren Krankheit) / Produktstart: 01.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 / Sparte: Lebensversicherung

- Volkswohl Bund / Tarif: Existenz-Versicherung (SKV mit Sofortrabatt und mit Erste-Hilfe-Leistung bei einer schweren Krankheit) / Produktstart: 01.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 / Sparte: Lebensversicherung

- Volkswohl Bund / Tarif: Existenz-Versicherung (SKV ohne Sofortrabatt und mit Erste-Hilfe-Leistung bei einer schweren Krankheit) / Produktstart: 01.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 / Sparte: Lebensversicherung

- Volkswohl Bund / Tarif: Existenz-Versicherung (SKV+ mit Sofortrabatt und ohne Erste-Hilfe-Leistung bei einer schweren Krankheit) / Produktstart: 01.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 / Sparte: Lebensversicherung

- Volkswohl Bund / Tarif: Existenz-Versicherung (SKV+ ohne Sofortrabatt und ohne Erste-Hilfe-Leistung bei einer schweren Krankheit) / Produktstart: 01.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 / Sparte: Lebensversicherung

- Volkswohl Bund / Tarif: Existenz-Versicherung (SKV+ mit Sofortrabatt und mit Erste-Hilfe-Leistung bei einer

	Axa	Barmenia	Barmenia	Die Bayerische **	Janitos **	Signal Iduna	VPV
	Existenzschutzversicherung für Kinder und Erwachsene, Stand 03.2012 mit Prämien Stand 09.2012	Opti5Rente, Stand 12.2012	Opti5Plus, Stand 12.2012	Multi-PROTECT, Stand 17.12.2012	Multi-Rente für Kinder und Erwachsene, Stand 07.2013	VitalLife Junior bzw. VitalLife für Erwachsene, Tarif-Variante Exklusiv, Stand 01.2013	Vital Junior und Vital, Stand 03.2013
	Unisex	Unisex	Unisex	Unisex	Unisex	Unisex	Unisex
Alter 5 Jahre, Rentenhöhe: 1.500 Euro, Rentenzahlung: bis EA 67, Passivdynamik: 1,5%	221,16 Euro brutto p.a. *	nicht möglich	nicht möglich	nicht möglich	214,56 Euro brutto p.a. (ohne Kapitalfortleistung) / 303,81 Euro brutto p.a. (mit Kapitalfortleistung)	353,66 Euro brutto p.a. (inkl. Kapitalleistung)	619,42 Euro brutto p.a. (ohne Einmalzahlung), 637,27 Euro brutto p.a. (inkl. Einmalzahlung)*
Alter 25 Jahre, Rentenhöhe: 1.500 Euro, Rentenzahlung: bis EA 67, Passivdynamik: 1,5%	375,42 Euro brutto p.a. *	330,84 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A und B)	396,94 Euro brutto p.a.	249,20 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A) / 395,40 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe B)	255,61 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A ohne Motorradrisiko) / 319,52 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A mit Motorradrisiko)	359,31 Euro brutto p.a. (inkl. Kapitalleistung)	540,94 Euro brutto p.a.*
Alter 45 Jahre, Rentenhöhe: 1.500 Euro, Rentenzahlung: bis EA 67, Passivdynamik: 1,5%	728,57 Euro brutto p.a. *	620,72 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A und B)	744,92 Euro brutto p.a.	424,60 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A) / 506,90 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe B)	516,58 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A ohne Motorradrisiko) / 645,72 Euro brutto p.a. (Berufsgruppe A mit Motorradrisiko)	693,39 Euro brutto p.a. (inkl. Kapitalleistung)	1.251,23 Euro brutto p.a. *

* Bitte beachten Sie, dass bei der Axa und der VPV nur eine lebenslange Rentenleistung möglich ist und die hier dargestellte Rentenleistungsdauer bis Endalter 67 nicht zur Verfügung steht

** die Prämien der BBV und von Janitos sind technisch einjährig kalkuliert, steigen also mit dem Alter an. Damit sind die benannten Prämien bereits die Prämien, die auch ein Kunde zahlen würde, der mit z.B. 25 Jahren einsteigen würde. Mit 45 Jahren müsste er den dort benannten höheren Beitrag für den gleichen Schutz aufbringen. Bei den Wettbewerbern ohne diesen Vermerk sind die Prämien für die ganze Vertragslaufzeit als nivellierte Durchschnittsprämie kalkuliert, so dass ein niedriges Eintrittsalter einen Beitragsvorteil für die ganze Vertragslaufzeit bedeutet

Bitte beachten: je nach Anbieter sind ergänzende Leistungen (z.B. lebenslange Rente) gegen Zuschlag einschließbar. Auch gehen alle hier benannten Prämien von einem nicht erhöhten Risiko aus.

Bei der VPV wird kein Ratenzahlungszuschlag für unterjährige Zahlweise erhoben.

schweren Krankheit) / Produktstart: 01.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 / Sparte: Lebensversicherung
 • Volkswohl Bund / Tarif: Existenz-Versicherung (SKV+ ohne Sofortrabatt und mit Erste-Hilfe-Leistung bei einer schweren Krankheit) / Produktstart: 01.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 / Sparte: Lebensversicherung

Beitragsniveau von Funktionsinvaliditätsversicherungen als Unfallversicherung

Für Kunden wie auch Makler ist neben dem hier bewerteten Bedingungs-niveau sicher auch das Beitragsniveau von Bedeutung. Dieses soll anhand von einigen Beispielen aufgezeigt werden. Insgesamt ist eine deutliche Prämienanpassung als Folge der Einführung von Unisex ab dem 21.12.2012 festzustellen, wobei Janitos die Prämien zum 01.07.2013 bereits wieder erheblich reduziert hat. Die Übersicht auf Seite 48 zeigt die – soweit bekannt

– aktuellen Prämien der einzelnen Wettbewerber. Für einen Vergleich verweise ich auf frühere Ausgaben dieses Ratings.

Ratingsystematik

Für die Kategorie Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) werden drei Kategorien unterschieden: Bronze, Silber und Gold. Da es bislang nur sehr wenige Tarife gibt, wurde auf die Aufstellung umfassender Mindestkriterien zu diesem Zeitpunkt noch weitgehend verzichtet. Einige ausgewählte Leistungsunterschiede werden jedoch bei den benannten Tarifen besonders ausgewiesen, um damit dem Makler als Entscheidungsgrundlage zu dienen.

Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Um eine Bewertung mit **Bronze** zu erzie-

len, müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

- mindestens 80% der erreichbaren Gesamtwertung (Unfallversicherung)
- mindestens 70% der erreichbaren Gesamtwertung (Lebensversicherung)
- prämieneutrale Leistungsverbesserungen gelten für Unfallverträge automatisch auch für bestehende Verträge (Innovationsklausel)

Ergänzende Voraussetzungen für die Bewertung mit **Silber** sind wie folgt beschrieben:

- mindestens 85% der erreichbaren Gesamtwertung (Unfallversicherung)
- mindestens 75% der erreichbaren Gesamtwertung (Lebensversicherung)

Ergänzende Voraussetzungen für die Höchstbewertung mit **Gold** sind wie folgt beschrieben:

- mindestens 90% der erreichbaren

Gesamtwertung

- uneingeschränkter Versicherungsschutz als Beifahrer auf einem Motorrad

In jedem Fall als sinnvoll erscheint der Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers, allerdings gibt es teilweise rechtliche Bedenken hinsichtlich der gleichzeitig bestehenden Beitragsanpassungsklausel und dem benannten Kündigungsverzicht. Aus diesem Grunde wurde diese Leistung zwar mitbewertet, jedoch bis zur abschließenden Klärung in diesem Punkt nicht als Mindestanforderung aufgestellt. Mit der Einführung von Unisex hat Janitos den Kündigungsverzicht massiv eingeschränkt und ist damit mit der aktuellen Regelung der VPV vergleichbar. Die Signal Iduna hat das Kündigungsrecht zu Gunsten der Versicherten leicht eingeschränkt.

Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist. Schließlich ist nie auszuschließen, dass im Zweifel ein anderer Anbieter, der die beschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt, für den konkreten Kunden interessanter sein kann oder ein Kunde vielleicht auch bestimmte Risiken zu Gunsten einer geringeren Prämie billiger in Kauf nehmen möchte.

Unternehmensqualität

Funktionsinvaliditätsversicherungen sind Produkte, die einen Kunden ein Leben lang begleiten sollen. Von daher sollte in der Beratung auch Wert auf die Qualität des jeweiligen Risikoträgers gelegt werden. Unternehmens- und Finanzstärkeratings können hierzu eine Hilfestellung bieten, verhindern aber nicht zwingend eine mögliche Fehleinschätzung des jeweiligen Raters. Außerdem ist zu beachten, dass ein Spitzenrating eines Anbieters nicht zwingend mit dem eines Wettbewerbers vergleichbar ist. Dazu sind die einzelnen Ratingansätze zu unterschiedlich. Mal handelt es sich um ein Finanzstärke-, mal um ein Investorenrating und ein anderes Mal um eine

Bewertung der Servicequalität. Auch stellt jedes Rating nur eine Momentaufnahme dar.

Manch ein finanzstarkes Unternehmen verliert Kunden durch schwachen Service oder ungünstige vertriebliche Organisation, ein anderes Unternehmen ist dafür möglicherweise vertrieblich umso erfolgreicher, weist aber schwache Bilanzkennzahlen auf. Liegen also für ein Unternehmen positive Bewertungen in verschiedenen Bereichen vor, so ist dies ein zumindest gutes Zeichen. Zu beachten ist jedoch ferner, dass die meisten Finanzstärkeratings Auftragsratings sind und damit gerade von kleinen Gesellschaften meist nicht wirtschaftlich sinnvoll finanziert werden können. Damit ist der Umkehrschluss, dass ein Unternehmen ohne aussagekräftige Ratings nicht empfehlenswert ist, nicht zwingend möglich.

Die folgende Übersicht von Ratings wurde von den jeweiligen Versicherern, von Assekurata, Fitch bzw. von Morgen & Morgen selbst zur Verfügung gestellt und vom Herausgeber nicht auf inhaltliche Richtigkeit verifiziert.

- Adcuri GmbH
Zurzeit liegen keine Unternehmens- oder Finanzstärkeratings vor
- Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Morgen & Morgen LV-Unternehmensrating³, Stand 18.10.2013: *****
Von Fitch besteht ein Finanzstärkerating für die Allianz SE als internationale Muttergesellschaft, nicht jedoch für die deutsche Einheit. Bewertet wurde dieses Unternehmen am 14.03.2014 mit „AA“
- Arag
Keine Ratings bekannt
- AXA Versicherung AG
Fitch Ratings, Stand 11.03.2014: „AA-“
Standard & Poors, Stand 15.11.2013: A+
Moody's, Stand 30.04.2013: Aa3
- Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Zurzeit liegen keine Unternehmens- oder Finanzstärkeratings vor
- Bayerische Beamten Versicherung AG (Marke: „Die Bayerische“)
Zurzeit liegen keine Unternehmens- oder Finanzstärkeratings vor

- BGV-Versicherung AG
Zurzeit liegen keine Unternehmens- oder Finanzstärkeratings vor
- Gothaer Allgemeine Versicherung
Fitch Ratings, Stand 07.04.2014: „A“
- Interloyd Versicherungs-AG
Zurzeit liegen keine Unternehmens- oder Finanzstärkeratings vor
- Janitos Versicherung AG
Zurzeit liegen keine Unternehmens- oder Finanzstärkeratings vor
- Lebensversicherung von 1871 a.G.
Fitch Ratings, Stand 14.03.2014: „A+“
- NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
Finanzstärkerating von Fitch: „A+“, Stand 06.06.2014
Standard & Poor's, Stand Juni 2013: „A“ (gut)
- NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
Finanzstärkerating von Fitch, Stand 06.06.2014: „A+“
Morgen & Morgen LV-Unternehmensrating, Stand 18.10.2013: ***
Standard & Poor's⁴, Stand Juni 2013: „A“ (gut)
- PrismaLife AG (Marke: „CARDEA.life“)
Finanzstärkerating von Fitch: „BBB+“, Stand 21.08.2014
- SIGNAL IDUNA Gruppe
Zurzeit liegen keine Unternehmens- oder Finanzstärkeratings vor
Fitch-Ratings hat nur die SIGNAL IDUNA Rückversicherung AG bewertet. Mit Stand 20.08.2014 erfolgte hier eine Bewertung mit „A-“.
- Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG
Keine Ratings bekannt
- SV Sparkassenversicherung Gebäudeversicherung AG
Keine Ratings bekannt
- TARGO Lebensversicherung AG
Assekurata⁵, Stand 29.10.2013: „A+“ (sehr gut)
Morgen & Morgen LV-Unternehmensrating, Stand 18.10.2013: ***
- TRIAS Versicherung AG
Zurzeit liegen keine Unternehmens- oder Finanzstärkeratings vor
- VPV Allgemeine Versicherungs-AG
Keine Ratings bekannt
- Volkswohl Bund Lebensversicherung a.G.
Fitch Ratings, Stand 27.08.2014: „A+“

Bitte beachten Sie, dass die Unternehmensqualität zwar ein wichtiger Faktor im Beratungsgespräch sein sollte, diese jedoch nicht für die Bewertung der einzelnen Bedingungswerke maßgeblich war.

Note/Bedeutung

WFS 1 (Gold): Erfüllung der Mindestanforderungen für die Ratingstufe Gold

WFS 2 (Silber): Erfüllung der Mindestanforderungen für die Ratingstufe Silber

WFS 2 (Bronze): Erfüllung der Mindestanforderungen für die Ratingstufe Bronze

Info

Im Sinne einer fairen Vergleichbarkeit der einzelnen FIV-Produkte werden Unfall- und Lebensversicherer zwar jeweils anhand der jeweils gleichen Kriterien bewertet, wobei jedoch die jeweils beste Bewertung innerhalb der beiden Kategorien mit einem Erfüllungsgrad von 100% betrachtet wird. Leistungsmerkmale, die nur von Lebensversicherern erfüllt werden können (z.B. ein möglicher Rückkaufswert) werden damit zwar für alle Anbieter im Test erfasst, führen aber zu keiner Abwertung eines Unfallversicherers gegenüber einem anderen Unfallversicherer. Gleiches gilt natürlich auch umgekehrt, wo Unfallversicherer Leistungsmerkmale besitzen, die derzeit kein Lebensversicherer besitzt (z.B. Organrente).

Bewertete Kategorien

Die Produkte wurden nach verschiedenen Kategorien bewertet, welche zwei großen Blöcken zuzuordnen sind: Vertragliches und Nebenleistungen (Gewichtung von 30%; I bis IV) sowie Kernleistungen (Gewichtung von 70%; V bis IX). Diese Blöcke sind jeweils weiter differenziert, so dass sich abschließend folgende Teilbereiche und Gewichtungen ergeben:

- I. Allgemeine Rahmendaten (Fragen 1-28; Gesamtgewichtung: 19,5%)
(versicherbare Versicherungsdauer, versicherbare Leistungsdauer, räumlicher Geltungsbereich, Anpassungsmöglichkeiten von Bedingungen und Prämien, etc.)
- II. Allgemeine Leistungen (Fragen 29-44; Gesamtgewichtung: 3%)
(Beitragsbefreiung bei Eintritt des Leistungsfalls, Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit, uneingeschränkte Fortführung von Kinderprodukten bei Erreichen des 18. Lebensjahres etc.)
- III. Sonstige versicherbare Kosten (Fragen 182 bis 187; Gesamtgewichtung: 3%)
(Kapitalfortleistungen bei erstmaligem Eintritt des Leistungsfalls, Kapitalleistungen bei schweren Operationen, Mitversicherung von Rehakosten etc.)
- IV. Nachversicherungsgarantien (Fragen 188 bis 196; Gesamtgewichtung: 4,5%)
(Anspruchsvoraussetzungen, Fristen, Höhe der optionalen Nachversicherung etc.)
- V. Leistungen der Unfallrente (Fragen 45 bis 83; Gesamtgewichtung: 7%)
(verbesserte Gliedertaxe, Mitwirkungsregelung, Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen, etc.)
- VI. Leistungen bei Krebs aus der Organrente oder als Leistung aus einem Dread-Disease-Baustein (Fragen 84 bis 94; Gesamtgewichtung: 8%)
(lebenslange oder zeitlich befristete Krebsleistung, Wartezeiten, Leistung bei welcher Krebserkrankung ab welchem Schweregrad etc.)
- VII. Leistungen bei Herzinfarkt aus der Organrente oder als Leistung aus einem Dread-Disease-Baustein (Fragen 95 bis 98; Gesamtgewichtung: 7%)
(Umfang der mitversicherten Herzerkrankungen, Wartezeiten etc.)
- VIII. Sonstige Organrentenleistungen (Fragen 99 bis 109; Gesamtgewichtung: 30%)
(Umfang der versicherten Organrentenauslöser, Wartezeiten, Nachprüfungsvoraussetzungen etc.)
- IX. Einmalleistung bei Dread Disease bzw. Rentenleistung bei einer schweren Erkrankung (Dread-Disease-Rente) (Fragen 143 bis 181; Gesamtgewichtung: 7%) *
(weitere versicherte Krankheiten und deren Leistungsvoraussetzungen)
- X. Leistungen der Grundfähigkeitsrente (Fragen 110 bis 134; Gesamtgewichtung: 8%)
(Definition der einzelnen Grundfähigkeiten, Leistungs- und Nachprüfungsvoraussetzungen etc.)
- XI. Leistungen der Pflegerente (Fragen 135 bis 142; Gesamtgewichtung: 2%)
(Leistungsvoraussetzungen, Pflegerentenbeginn, Wartezeiten etc.)
* derzeit Leistungsbaustein nur der Lebensversicherer sowie von Janitos

Gewichtung innerhalb der Kategorien

Jede einzelne Leistung wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet.

Faktor 1 bezeichnet Leistungen, die eher wenig wichtig sind.

Beispiele: bedingungsseitige Definition eines Invaliditätsgrades bei Stimmverlust. Die Leistung kann hier etwa häufig durch die Grundfähigkeiten- oder Organrente kompensiert werden. Auch ist die Eintrittswahrscheinlichkeit für einen Leistungsfall sehr gering.

Versicherungsschutz für Minderjährige sowie entmündigte Erwachsene, wenn eine Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeuges vorliegt (§ 248 b Strafgesetzbuch), wobei Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde. In der Praxis dürfte dieser Fall eher selten vorkommen. Zudem stellt sich die berechnete Frage, inwiefern der Leistungsfall durch Straftaten durch das Kollektiv entschädigt werden soll.

Verzicht auf Wartezeit für die Leistungsart Krebs. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Leistungsfall erst kurz nach Vertragsabschluss eintritt, ist eher gering und ein vertretbares Risiko.

Eine Leistung bei aplastischer Anämie. Diese Erkrankung tritt nur äußerst selten auf, so dass Tarife mit fehlender Versicherung ein durchaus vertretbares Risiko bedeuten.

Leistungen, die generell wichtig sind (entweder objektiv aus Risikosicht oder aus subjektiver Sicht eines durchschnittlichen zu versichernden Kunden) wurden mit **Faktor 2** gewichtet.

Beispiele: In welchem Umfang besteht eine Mitversicherung von Invalidität durch Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems im Rahmen der Organrente? Betrachtet man die Leistungsvoraussetzungen der ein-

zelen Anbieter in diesem Punkt, so ist ein Leistungseintritt sicher eher selten zu erwarten, da die Funktion eines Beines oder eines Armes oder mindestens einer Körperhälfte aufgrund einer Schädigung von Gehirn oder Rückenmark zu mindestens 90% aufgehoben sein muss. Dennoch ist die beschriebene Schädigung so gravierend, dass ein davon betroffener Kunde in jedem Fall Versicherungsschutz erwarten kann.

In welchem Umfang besteht im Rahmen der Grundfähigkeitsrente Versicherungsschutz für den Verlust des Sehvermögens (Blindheit)? Hier ist die Eintrittswahrscheinlichkeit der Versicherer noch deutlich geringer zu bewerten, doch dürfte die Mitversicherung des Verlustes des Sehens subjektiv als besonders relevant erachtet werden. Damit stellt der Faktor 2 hier einen Kompromiss zwischen dem objektiven Risiko (eher Faktor 1) und dem subjektiven Risiko (eher Faktor 3) dar.

Leistungen, die sowohl subjektiv wie auch objektiv von besonderer Bedeutung für den Versicherungsschutz sind, wurden mit **Faktor 3** bewertet.

Beispiele: Wird eine Krebsleistung als zeitlich befristete oder generell lebenslange Rente erbracht. In den Fällen, in denen die Krebserkrankung innerhalb der in den Bedingungen festgelegten Leistungsdauer ausgeheilt ist, kann die dauerhafte Leistung einer solchen Rente durchaus verzichtbar sein, da der Versicherte seine Arbeit wieder aufnehmen kann. Bei den Patienten, die nicht innerhalb der Leistungsdauer gesund werden oder versterben, führt eine Verschlimmerung des Zustandes in vielen Fällen

zu einer Leistung aufgrund des Organkonzeptes. In der Regel wird eine Krebsrente als alleiniger Leistungsauslöser nicht länger als maximal 5 Jahre einen Leistungsanspruch begründen. Die meisten Krebsformen führen bis dahin entweder zum Tod oder zur Reaktivierung. Auf der anderen Seite gibt es verschiedene Lymphome (z.B. Morbus Hodgkin), die regelmäßig tödlich enden, aber auch mal 10 Jahre Leistungen allein aus der Krebsrente verursachen können. Generell ist Krebs im Zusammenspiel mit anderen Faktoren zu betrachten. Bei vielen Krebserkrankungen kann ein lebenslanger Krebsrentenanspruch entstehen, ohne dass allein die Leistung aus dem Organkonzept hierfür maßgeblich ist. In Deutschland überleben 50% aller männlichen und 59% aller weiblichen Patienten eine Krebsdiagnose länger als 5 Jahre. Mehr zur Überlebensrate bei verschiedenen Krebsarten finden Sie im Internet unter http://www.internisten-im-netz.de/de_prognose_1235.html.

Krebsleistung ab welchem Schweregrad. Es macht natürlich einen großen Unterschied, ob bereits frühe Krebsstadien mitversichert sind oder erst ab Schweregrad III/3 eine zeitlich befristete oder lebenslange Leistung erbracht wird und welche weiteren Anforderungen an den Leistungsfall geknüpft sind.

Abstufung der Bewertungen

Da Versicherer den Leistungsumfang ihrer Produkte naturgemäß nicht einheitlich definieren, gibt es hier auch Abstufungen in der Bewertung einzelner vertraglicher Leistungen. In der Regel gilt dabei, dass die jeweils beste versicherte Leistung mit 16 Punkte, die zweitbeste mit 12, die drittbeste mit 8 und dann entsprechend mit 4, 2 und 1 Punkt bewertet wird. Ist

eine Leistung nicht vorhanden, so gilt für diese im Normalfall eine Bewertung mit 0 Punkten. Insbesondere im Rahmen der Unfallrente kann es allerdings sein, dass eine Klarstellung oder fehlende Leistung einen Abzug von 8 Punkten rechtfertigt. Dies geschieht dann, wenn die entsprechende Leistung die durch die unverbindliche Verbandsempfehlung des GDV für die Unfallversicherung definierten Musterbedingungen unterschreitet. Ebenfalls ein Abzug von 8 Punkten wird bei besonders überraschenden oder verbraucherunfreundlichen Klauseln berechnet. Dies betrifft glücklicherweise nur sehr wenige Leistungsfragen von noch weniger Unternehmen. Ist eine stark einschränkende Klausel immerhin besser als ein kompletter Ausschluss wird sie je nach Einzelfall abweichend mit in der Regel 1 Punkt bewertet.

¹ Insofern zählen die Tarifvarianten VitaLife-Junior, Optimal“ u. „Optimal-Start“ u. VitaLife Optimal der Signal Iduna streng genommen nicht als Funktionsinvaliditätsprodukte.

² Siehe dazu insbesondere Christian Armbrüster „Wirksamkeitsvoraussetzungen für Prämienanpassungsklauseln“, r + s 08/2012, 365.

³ Eine Beschreibung des Ratingansatzes finden Sie im Internet unter <http://www.morgenundmorgen.com/analysen/ratings/mm-rating-lv-unternehmen/>

⁴ Mehr zum Rating finden Sie im Internet unter http://www.nuernberger.de/ueber_uns/presse/2013/2013_05_07_01/index.html.

⁵ Mehr finden Sie im Internet unter <http://www.standardandpoors.com/ratings/life/ratings-list/en/eu/?subSectorCode=36§orId=1221186658105&subSectorId=1221187347827>.

⁶ Eine Beschreibung des Ratingsansatzes finden Sie im Internet unter <http://www.as-sekurata-solutions.de/unternehmen/kompetenzen/>

Vorbemerkung: An dieser Stelle erfolgt keine Veröffentlichung der Bewertung für Altтарife, die nicht mehr für den Verkauf geöffnet sind. Auf persönliche Anfrage können auch hierzu Ergebnisse mitgeteilt werden.

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Leistungsauszüge aus den Bedingungen hier stark verkürzt dargestellt wurden und nicht nur hinsichtlich des Umfangs der versicherten Leistungen bei Krebs oder anderen schweren Erkrankungen einen Blick in die Bedingungen sehr anzuraten ist. Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Die Zahl von Leistungseinschlüssen in der Funktionsinvaliditätsversicherung ist trotz sehr ähnlicher Kernleistungen Legion, weshalb für Ihren Kunden im Einzelfall dennoch ein Blick in die konkreten Bedingungen von weitreichender Bedeutung bleibt. Bitte beachten Sie, dass trotz gewissenhafter Erfassung aller Kriterien und der hier dargestellten Daten etwaige Fehler nicht gänzlich auszuschließen sind. Sollten Ihnen solche auffallen, bitte ich um unverzügliche Benachrichtigung.

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als Unfallversicherung



Funktions-
invaliditäts-
versicherung
(FIV)
GOLD

ADCURI

• Tarif: Opti5Rente / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012

• Tarif: Opti5Plus / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchstesintrittsalter: 58 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nur ab Schweregrad IV (sofern Neubemessung in den ersten 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt), sonst je nach Schweregrad zwischen 6 und 36 Monaten

lebenslange Pflegerente: nein (jährliche Neubemessung möglich)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

Arag

• Tarif: ARAG Existenz-Schutz / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchstesintrittsalter: 59 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (je nach Schweregrad zwischen 6 und 60 Monaten)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

AXA

• Tarif: Kinderschutzpaket / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012)

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011

Mindesteintrittsalter: ab dem 3. Lebensjahr

Höchstesintrittsalter: 15 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 bzw. 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 bzw. 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif: mit Einschränkungen: 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

• Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012)

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011

Mindesteintrittsalter: ab dem 6. Lebensmonat

Höchstesintrittsalter: 15 Jahre

• Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder mit garantierter Beitragsrückerstattung / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012)

Mindesteintrittsalter: ab dem 6. Lebensmonat

Höchstesintrittsalter: 15 Jahre

Höchstesintrittsalter: 15 Jahre

• Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012)

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011

Mindesteintrittsalter: 16 Jahre

Höchstesintrittsalter: 65 Jahre

Höchstesintrittsalter: 65 Jahre

• Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene mit garantierter Beitragsrückerstattung / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011 (Antrag abweichend Stand 09.2012)

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011

Mindesteintrittsalter: 16 Jahre

Höchstesintrittsalter: 65 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 5 Jahren (Kinder) bzw. 3 Jahren (Erwachsene) keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als Sachversicherung



lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 5 Jahren (Kinder) bzw. 3 Jahren (Erwachsene) keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)
Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja
nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif: mit Einschränkungen (siehe Kinderschutzpaket)
Bemerkung: in der Variante mit garantierter Beitragsrückerstattung Rückzahlungsanspruch im Todesfall oder zum vereinbarten Ablauftermin, unabhängig vom Bezug etwaiger Leistungen aus der Existenzschutzversicherung

BARMENIA

- Tarif: Barmenia-Opti5Rente / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012
- Tarif: Barmenia-Opti5Plus / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchstesintrittsalter: 58 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nur ab Schweregrad IV (sofern Neubemessung in den ersten 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt), sonst je nach Schweregrad zwischen 6 und 36 Monaten

lebenslange Pflegerente: nein (jährliche Neubemessung möglich)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

INTERLLOYD

- Tarif: Interlloyd Existenz-Schutz 2014 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014

- Tarif: Interlloyd Existenz-Schutz 2014 mit Existenz-Schutzbrief / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchstesintrittsalter: 59 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (je nach Schweregrad zwischen 6 und 60 Monaten)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

JANITOS

- Tarif: JANITOS MULTI-RENTE BEST SELECTION für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchstesintrittsalter: 59 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 bzw. 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

- Tarif: JANITOS MULTI-RENTE BALANCE für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchstesintrittsalter: 59 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (maximal 12 Monate)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 bzw. 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als Unfallversicherung

**JANITOS**

- **Tarif: JANITOS MULTI-RENTE BEST SELECTION für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014**

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 1 Jahr

Höchsteintrittsalter: 17 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 bzw. 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

- **Tarif: JANITOS MULTI-RENTE BALANCE für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014**

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 1 Jahr

Höchsteintrittsalter: 17 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (maximal 12 Monate)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 bzw. 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

LEBENSVERSICHERUNG VON 1871 A.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG

- **Tarif: Golden IV Exklusiv mit Malteser-Soforthilfe für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014**

- **Tarif: Golden IV Exklusiv mit Malteser-Soforthilfe für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014**

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchsteintrittsalter: 57 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: nein (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (max. 48 Monate)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

**DIE BAYERISCHE**

- **Tarif: Multi PROTECT für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 07.2014**

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchsteintrittsalter: 60 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 bzw. 5 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: teilweise (Fahrer bei Personen unter 35 eingeschlossen gegen Zuschlag von 35%, bei Personen ab 35 Jahren sowie als Beifahrer genereller Einschluss ohne Mehrbeitrag)

LEBENSVERSICHERUNG VON 1871 A.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG

- **Tarif: Golden IV Klassik für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2014**

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchsteintrittsalter: 57 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: nein (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (max. 48 Monate)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

SIGNAL IDUNA

- **Tarif: VitaLife Exklusiv / Aktueller Bedingungsstand: 02.2013**

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchsteintrittsalter: 60 Jahre

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: nein (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)

lebenslange Pflegerente: ja (sofern Neubemessung in den ersten 3 Jahren keinen Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ergibt)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als Lebensversicherung



Funktions-
invaliditäts-
versicherung
(FIV)

GOLD

CARDEA.life

- Tarif: CARDEA safety first BU plusExcellent / Aktueller Bedingungsstand: 01.2013
- Tarif: CARDEA safety first mit BU plusEco / Aktueller Bedingungsstand: 01.2013
- Tarif: CARDEA safety first / Aktueller Bedingungsstand: 01.2013 (Leistungen siehe unten, allerdings ohne Leistung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit)

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja (Grundfähigkeiten, Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit)

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person)

Höchsteintrittsalter: 80 Jahre (Versicherungsnehmer), 55 Jahre (versicherte Person)

versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung: zwischen 500 und 3.000 Euro monatlich (max. 70% des Bruttoeinkommens zum Zeitpunkt der Antragsstellung. Bei Studenten, Hausfrauen und Hausmännern, maximal 1.000 Euro monatlich)

lebenslange Krebsrente: nein

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

Für den Vertrag geltendes Recht: Recht der Bundesrepublik Deutschland

Aufsichtsrecht: Die PrismaLife untersteht als liechtensteinischer Lebensversicherer der liechtensteinischen Finanzmarktaufsicht (kurz FMA). In Deutschland ist die PrismaLife im Wege der Dienstleistungsfreiheit tätig. In diesem Zusammenhang übt die deutsche Aufsicht die Rechtsaufsicht aus.

Gesetzlicher Insolvenzschutzsicherungsfonds: nein



Funktions-
invaliditäts-
versicherung
(FIV)

SILBER

Allianz

- Tarif: KörperSchutzPolice E230 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2013

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja (Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit)

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person)

Höchsteintrittsalter: nicht zutreffend (Versicherungsnehmer), 54 Jahre (versicherte Person)

versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung: zwischen 50 und 5.000 Euro monatlich (max. 80% des Nettoeinkommens zum Zeitpunkt der Antragsstellung, bei Studenten abweichend bis 1.250 Euro monatlich. Im Rahmen einer späteren Nachversicherungsoption maximal 70% des Nettoeinkommens)

lebenslange Krebsrente: nein (Einmalleistung von 12 Monatsrente)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

Für den Vertrag geltendes Recht: Recht der Bundesrepublik Deutschland

Aufsichtsrecht: zuständig ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen)

Gesetzlicher Insolvenzschutzsicherungsfonds: ja (Protector Lebensversicherungs-AG)

Volkswahl Bund

- Tarif: Existenz-Versicherung (SKV+) mit Erste-Hilfe-Baustein und Sofortrabatt / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014
- Tarif: Existenz-Versicherung (SKV) mit Erste-Hilfe-Baustein und Sofortrabatt / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014
- Tarif: Existenz-Versicherung (SKV+) mit Erste-Hilfe-Baustein und ohne Sofortrabatt / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014
- Tarif: Existenz-Versicherung (SKV) mit Erste-Hilfe-Baustein und ohne Sofortrabatt / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja (Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit)

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person)

Höchsteintrittsalter: nicht zutreffend (Versicherungsnehmer), 52 Jahre (versicherte Person)

versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung: zwischen 50 und 833.333.340,00 Euro monatlich (bis 1.500 Euro ohne Einkommensnachweis, bis 2.500 Euro unter Angabe des Nettoeinkommens, darüber nur mit Einkommensnachweisen für die vergangenen 3 Jahren. Dabei darf die Gesamthöhe aller Invaliditätsabsicherungen beim Volkswahl Bund und dessen Wettbewerbern das Nettoeinkommen bzw. die 1.500 Euro-Grenze nicht überschreiten)

lebenslange Krebsrente: nein (Einmalleistung von 12 Monatsrenten im Rahmen des optionales Erste-Hilfe-Bausteins)

Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

Für den Vertrag geltendes Recht: Recht der Bundesrepublik Deutschland

Aufsichtsrecht: zuständig ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen)

Gesetzlicher Insolvenzschutzsicherungsfonds: ja (Protector Lebensversicherungs-AG)

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Leistungsauszüge aus den Bedingungen hier stark verkürzt dargestellt wurden und nicht nur hinsichtlich des Umfangs der versicherten Leistungen bei Krebs oder anderen schweren Erkrankungen ein Blick in die Bedingungen sehr anzuraten ist. Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Die Zahl von Leistungseinschlüssen in der Funktionsinvaliditätsversicherung ist trotz sehr ähnlicher Kernleistungen Legion, weshalb für Ihren Kunden im Einzelfall dennoch ein Blick in die konkreten Bedingungen von weitreichender Bedeutung bleibt. Bitte beachten Sie, dass trotz gewissenhafter Erfassung aller Kriterien und der hier dargestellten Daten etwaige Fehler nicht gänzlich auszuschließen sind. Sollten Ihnen solche auffallen, bitte ich um unverzügliche Benachrichtigung.

Rating Stationäre Krankenzusatztarife



- 1- und 2-Bettzimmertarife
- 2-Bettzimmertarife

Basis:	Tarife im Test: 96 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife Anbieter im Test: 36
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	26.09.2014

Eine Ergänzungsversicherung, die Kosten für privatärztliche Behandlungen und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer übernimmt, kann Leben retten. Schließlich ermöglicht eine solche Versicherung unter Umständen die kostenintensive Behandlung durch einen Spezialisten, der bei reiner Kassenversorgung nicht zur Verfügung stehen würde. Die Bedeutung stationärer Ergänzungsversicherungen nimmt durch den schleichenden Leistungsabbau in der gesetzlichen Krankenversicherung stark zu.

Zunehmend ist auch bei stationär Zusatzversicherten eine bevorzugte Terminvergabe in Kliniken, dort insbesondere in Fachabteilungen, zu bemerken. Dies ist unabhängig von der tatsächlichen Dringlichkeit im Einzelfall.

Ein Hauptproblem ist die grundsätzliche personelle Unterversorgung nicht nur in den Krankenhäusern. Daraus resultieren eine Überforderung des Personals, massive Überstunden, Stress und immer wieder auch eine Fehlversorgung der Patienten. Wer mit privatem Versicherungsschutz punkten kann, stellt sich in vielen Fällen besser, da Wahlleistungen vielfach mit einer besseren Qualität erbracht werden als vergleichbare Kassenleistungen. Die aktuell am Markt befindlichen Tarife unterscheiden sich bezüglich der Unterbringung vorrangig durch folgende Merkmale:

- Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmer
- Unterbringung im Zweibettzimmer
- Unterbringung bei Unfällen im Ein-, sonst im Zweibettzimmer
- Unterbringung bei Unfällen im Zweibett-, sonst gesetzlich im Mehrbettzimmer

Wichtig bleibt die Feststellung, dass auch Patienten mit einem Anspruch auf verbesserte Unterbringung diesen nur durchsetzen können, wenn im Krankenhaus auch entsprechende Plätze zur Verfügung stehen. Üblich ist daher eine Entschädigungsleistung in Form eines Ersatzkrankenhaustagegeldes bei Verzicht auf die „Wahl“ eines Ein- oder Zweibettzimmers. Hilfreich kann auch die Feststellung sein, dass im Einzelfall nur Einbett- oder Zweibettzimmer zur Verfügung stehen, ohne dass Leistungen aus der Krankenzusatzversicherung hierfür in Anspruch genommen werden müssen.

Einige Tarife sehen ergänzend Rooming-In-Leistungen vor. Wenn also ein jüngeres Kind ins Krankenhaus kommt, werden die Eltern vielfach mit diesem im selben Zimmer nächtigen wollen, vielleicht auch, um diesem die Angst vor dem Alleinsein in einer ungewohnten Situation zu nehmen. Die dadurch resultierenden zusätzlichen Kosten übernehmen jedoch nur wenige Tarife wie etwa von CSS und HALLESCHE.

Einige neue Tarife übernehmen ausschließlich die Kosten für einen unfallbedingten stationären Aufenthalt. Diese werden im Rahmen dieses Ratings zwar erfasst, nicht jedoch bewertet. Eine Variante dieser Tarifkonstruktion bietet der Tarif MediClinic der Gothaer. Hier steht dem Versicherten grundsätzlich eine Unterbringung nur im Zweibettzimmer zu. Erfolgt die Einlieferung ins Krankenhaus jedoch unfallbedingt, so besteht abweichend Anspruch auf eine Unterbringung im Einbettzimmer.

Ohne ergänzende Krankenzusatzversicherung kostet eine Unterbringung im Ein- bzw. Zweibettzimmer für gesetzlich Versicherte einen Aufschlag von ca. 65

bis 85 Euro bzw. 35 bis 45 Euro täglich auf die reguläre Kassenleistung.

Privatärztliche Leistungen werden in den meisten leistungsstarken stationären Ergänzungstarifen ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbracht. Allerdings begrenzen einige ihre Leistung auf den Höchstsatz der GOÄ (3,5fach). Voraussetzung für eine Leistung über dem Höchstsatz GOÄ ist stets eine gültige Honorarvereinbarung mit dem behandelnden Krankenhaus, woraus jedoch nicht in allen Tarifen deutlich genug hingewiesen wird. Dies ist insofern weniger tragisch, als dass Ärzte ohne ausdrückliche schriftliche Vereinbarung keine Leistungen oberhalb des Höchstsatzes der GOÄ abrechnen dürfen.

Allgemeine Gedanken zur stationären Absicherung

Grundsätzlich sollte beachtet werden, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen medizinisch notwendig sein muss. Wenn also eine Behandlung mit voraussichtlich gleichem Erfolg auch ambulant durchgeführt werden kann, so fehlt es an der medizinischen Notwendigkeit, weshalb der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet ist. Ist eine stationäre Unterbringung jedoch zwingend anzuraten, so besteht auch bei fehlender Notwendigkeit der Anspruch, vertraglich vereinbarte privatärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, wobei jedoch der Kostensatz in einem sachlichen Verhältnis zur Tätigkeit des Arztes stehen sollte. Eine medizinische Notwendigkeit kann auch vorliegen, wenn ambulante Behandlungsmethoden über einen längeren Zeitraum erfolglos geblieben sind oder

die Durchführung ambulanter Operationen aus persönlichen Gründen nicht durchführbar ist. Einzig und allein der Versicherungsnehmer hat nachzuweisen, dass eine stationäre Unterbringung wie auch die hier angewandte Behandlungsmethode medizinisch notwendig waren. Es reicht dabei im Zweifel nicht aus, sich auf die Sichtweise des behandelnden Arztes zu berufen (z.B. OLG Düsseldorf vom 22.03.1983 - VersR 1984, 274).

Wiewohl es sicher hilfreich ist, sich vor Beginn einer stationären Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung des Versicherers schriftlich einzuholen, so besteht hierzu keine rechtliche Pflicht. Speziell im Zusammenhang mit „gemischten Anstalten“ kann dies nur dringend angeraten werden. Da es dem Versicherten obliegt, ein im Sinne der Bedingungen geeignetes Krankenhaus zu wählen, das unter ständiger ärztlicher Leitung stehen muss, macht auch hier eine vorherige Absprache Sinn. Nicht zulässig ist es übrigens, wenn ein Versicherer die stationäre Heilbehandlung mit dem Hinweis ablehnt, dass keine akute Erkrankung vorliege.

Im Unterschied zur privaten Krankenvollversicherung sollten stationär Zusatzversicherte darauf achten, dass für sie der Zugang zu rein privaten Kliniken nicht offen steht. Hier fehlt es an der gesetzlichen Vorleistung für die Regelversorgung. Einige wenige Tarife erbringen auch hierfür Leistungen. Dies macht aber nur Sinn, wenn ausreichend Kapital zur Verfügung steht, um aus privaten Mitteln die allgemeinen Krankenhausleistungen zu bestreiten. Aus diesem Grunde wurde es nicht bewertet, wenn Tarife auch ohne Vorleistung der GKV eine Versicherungsleistung erbringen.

Wichtig sind auch die Einschränkungen bei einem dauerhaften Verzug ins Ausland. Da der Versicherte damit aus dem gesetzlichen Krankenversicherungssystem heraus fällt, erlischt auch der stationäre Ergänzungsschutz. Wer jedoch seinen Hauptwohnsitz in Deutschland behält, kann mitunter noch viele Monate lang in Deutschland versichert bleiben, ohne dass speziell im außereuropäischen Ausland Leistungen von der GKV eingefordert wer-

den können. Anbieterabhängig kann für die stationäre Zusatzversicherung bei länger andauernden Auslandsaufenthalten eine Anwartschaft vereinbart werden. Bei der Signal Iduna kostet diese beispielsweise 3 % von der Tarifprämie. Die Umwandlung in einen vollwertigen Tarif und damit der Wegfall der Anwartschaft kann jederzeit erfolgen, setzt jedoch einen Nachweis über die erfolgte Rückreise nach Deutschland (z.B. ein Flugticket) voraus. Grundsätzlich gilt, dass auch Tarife mit scheinbarer unbegrenzter Weltgeltung im Ausland nur dann von Nutzen sind, wenn eine Leistung unabhängig von der Vorleistung einer GKV erbracht wird.

Rating-Systematik

Ohne Wertung blieben Tarife mit Leistungen ausschließlich bei unfallbedingter stationärer Behandlung. Grundlage für das Rating waren insgesamt 22 Leistungskriterien. Diese umfassen alle wesentlichen Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden: u.a. Verzicht auf Wartezeiten bei unfallbedingter stationärer Behandlung, Leistung auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, Einweisungsklausel oder Kostenübernahme für ambulante Operationen. Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de.

Die einzelnen Bedingungen wurden bewertet mit -8 bis 16 Punkten. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8 und 4 Punkte stehen für den jeweils zweiten, dritten bzw. vierten Platz. Jede Regelung, die besser als die Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, aber schlechter als die viertbeste Individuallösung ist, erhält pauschal 2 Punkte. Die Standardregelung entsprechend Verbandsempfehlung erhält keine Punkte. Im Zweifelsfall gilt gleiches für rein implizite Einschüsse ohne bedingungsseitige Regelung. Schlechterstellungen gegenüber den Musterbedingungen werden mit 8 Punkten Abzug bestraft.

Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet.

Dabei wurden besonders wichtige Leistungen (z.B. Erstattung über Höchstsatz GOÄ, Kostenübernahme für ambulante

Vor- und Nachuntersuchungen sowie ambulante Operationen) mit dem Faktor 3, etwas weniger wichtige Leistungen (z.B. Kostenübernahme in gemischten Instituten ohne vorherige schriftliche Zusage) mit dem Faktor 2 und eher nebensächliche Leistungen (z.B. Wartezeitverzicht bei unfallbedingter stationärer Behandlung, Kostenübernahme für medizinisch bedingte stationäre Vorsorgeuntersuchungen) mit dem Faktor 1 bewertet. Nicht bewertet wurde es, inwiefern ein Tarif Alterungsrückstellungen bildet (z.B. Tarife von Arag, Gothaer, HALLESCHE oder Süddeutsche) oder darauf verzichtet (z.B. Tarif der CSS, Tarif SZ 2R der Nürnberger). Vielen Kunden ist nicht bewusst, dass auch Tarife mit Alterungsrückstellungen im Alter aufgrund von neuen Therapieformen, dem Älterwerden des Kollektivs im Bestand sowie steigender Kosten meist in der Prämie steigen und Tarife für Kinder und Jugendliche allgemein ohne Rückstellungen kalkuliert sind. Anders als bei den von Alterungsrückstellungen befreiten Tarifen ist die Höhe der Anpassung viel schwieriger zu prognostizieren. Denn oft stellt sich nachträglich heraus, dass die gebildete Alterungsrückstellung zu gering war und aufgestockt werden muss – nicht selten sind dann zusätzliche Beitragserhöhungen von 20% und mehr alleine deshalb erforderlich. Überraschend hohe Beitragsanpassungen in den letzten Jahren haben oft hierin ihre Ursache. Bei den Tarifen ohne Alterungsrückstellungen lässt sich die Steigerung anhand der altersabhängigen Beitragstabellen dagegen gut voraussehen. Auch die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen spielen bei der Prämienentwicklung eine Rolle – dies gilt aber für beide Kalkulationsverfahren: dagegen helfen auch Alterungsrückstellungen nichts.

Dass Beitragserhöhungen bei Tarifen mit Alterungsrückstellungen nicht zwangsläufig sein müssen, zeigt zumindest für den Kurzfristvergleich recht eindrucksvoll das Tarifwerk der Gothaer:

Kritiker von Tarifen ohne Alterungsrückstellungen verweisen auf die gera-

de in hohem Alter „stark erhöhten“ Prämien im Vergleich zu Tarifen mit herkömmlicher Tarifikalkulation nach Art der Lebensversicherung. Wer frühzeitig in jungen Jahren eingesparte Beiträge gut verzinst anlegt, dürfte bei Tarifen ohne Alterungsrückstellung auf lange Sicht besser fahren, da dieses Geld anders als die Rückstellungen im Todesfall nicht verloren gehen. Wem jedoch die Disziplin fehlt, die Prämienersparungen anzulegen, der kann in der Tat in hohem Alter mit unvorteilhaft starken Prämien rechnen. Der Aktuar und Sachverständige für Versicherungsmathematik Peter Schramm, hat berechnet, dass Alterungsrückstellungen meist erst ab etwa dem 80. Lebensjahr greifen. Allerdings werden laut Statistik gut 75 % aller privaten Krankenversicherungen vor dem 65. Lebensjahr gekündigt, so dass die bis dahin um bis zu 50 % erhöhten Prämien völlig umsonst gezahlt wurden. Mehr zum Thema stationäre Ergänzungstarife mit und ohne Alterungsrückstellungen finden Sie in „Risiko & Vorsorge“ 4/2009, S. 54-55.

Die Bewertung erfolgte getrennt für Männer und Frauen in den Kategorien „stationäre Ergänzung für 1- / 2-Bettzimmer“ sowie „stationäre Ergänzung im Zweibettzimmer“. Weiter wurde sowohl das Preis- / Leistungsverhältnis wie auch eine Einzelwertung für das Bedingungsmerk und das allgemeine Prämienniveau vergeben. Für letzteres wurden die aktuellen Durchschnittsprämien der erfassten Anbieter in den Alterstufen von 25 bis 55 Jahre erfasst. Sieht ein Tarif keinen Versicherungsschutz für den vollständigen benannten Zeitraum vor (z.B. der Optionstarif ZSWR-OPT der Mannheimer oder der Tarif SZ2R der Nürnberger), so wurde dieser nur hinsichtlich des Leistungsniveaus bewertet.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der Bewertung mit Gold im Bedingungs- und gewichteten Preis- / Leistungsrating verhindern:

- Ausdrückliche Kostenübernahme auch für ambulante Vor- und Nachuntersuchungen
- Leistung auch über dem Höchstsatz

GOÄ, sofern eine gültige Honorarvereinbarung vorliegt (keine Einzelfallentscheidung nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers)

Für eine Bewertung mit Gold ist zusätzliche Voraussetzung die ordentliche oder außerordentliche Mitgliedschaft des Versicherers bei Versicherungsombudsmann e.V.

Einige Anbieter verweisen darauf, dass sie auch ohne bedingungsseitige Regelung die Kosten für ambulante Vor- und Nachuntersuchungen übernehmen, ohne dies bedingungsseitig verankert zu haben. Begründet wird dies mit § 115a SGB V, allerdings resultiert je nach Anbieter eine unterschiedliche Auslegung. So schreibt die Süddeutsche: „Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.“ Bei der Allianz heißt es hingegen: „In der Praxis leistet die APKV jedoch tariflich für die wahlärztliche Behandlung bei ambulanten Vor- und Nachuntersuchungen in Anlehnung an das SGB bis 5 - 7 Tage vor und bis 14 Tage nach dem stationären Aufenthalt.“ Auch die DKV äußert sich, dass man entsprechende Kosten übernehmen werde, ohne dies jedoch in ihren Vertragsunterlagen klar zu stellen. Eine bedingungsseitige Klarstellung erscheint daher angeraten, zumal nicht alle Anbieter diese Auffassung zu teilen scheinen. Insbesondere geht es darum, ob diese Kosten auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erbracht werden (wahlärztliche Leistungen), ohne dass es einer bedingungsseitigen Regelung bedarf. Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Wer Wert auf besondere Leistungen legt, sollte sicher stellen, dass der gewählte Versicherer diese auch erbringt. So erstatten nur wenige Versicherer die Kosten für die zunehmend häufiger werdenden ambulanten Operationen, und auch nicht jeder Kunde wünscht Tarife mit (ohne) Bildung von Alterungsrückstellungen.

Note/Bedeutung (Bedingungsrating)

WFS 1 (Gold): mindestens 90 % der erreichten Höchstpunktzahl

WFS 2 (Silber): mindestens 85 % der erreichten Höchstpunktzahl

WFS 3 (Bronze): mindestens 80 % der erreichten Höchstpunktzahl

Note/Bedeutung (Prämienniveau)

WFS 1 (Gold): höchstens 85 % der Durchschnittsprämie

WFS 2 (Silber): höchstens 90 % der Durchschnittsprämie

WFS 3 (Bronze): höchstens 95 % der Durchschnittsprämie

Die Durchschnittsprämien der bislang erfassten Unisex-Tarife lauten wie folgt:

1- und 2-Bettzimmer tarife
25 bis 55 Jahre (ohne Klinik-Tarife)
54,04 €

2-Bettzimmer tarife
25 bis 55 Jahre (ohne Klinik-Tarife)
39,96 €

Eine Reihe von Versicherer ist mittlerweile auf den Markt gedrängt, die ganz bewusst auf die Bildung von Alterungsrückstellungen verzichten. Damit sind die entsprechenden Tarife von z.B. Die Continentale, CSS, Die Bayerische, Inter oder Janitos nicht direkt mit den anderen Wettbewerbern vergleichbar. Nimmt man den Vergleich aus „Risiko & Vorsorge“ 4/2009, S. 55 als Vergleichsmaßstab, so ist die Durchschnittsprämie bei den 31 bis 55jährigen für Männer um ca. 32 %, bei den Frauen um gut 19 % niedriger. Bezogen auf die Vergleichsgruppen der 31 bis 90jährigen Männer und Frauen waren die Vergleichsprämie im Mittel um ca. 13% bzw. ca. 6% teurer. Die Bewertungen des Prämienniveaus von Tarifen ohne Alterungsrückstellungen erfolgten daher für den Vergleich bisher mit einem pauschalen Aufschlag von 15% (Männer) und 5% (Frauen).

Aufgrund des Unisexurteils sind Prämien ab dem 21.12.2012 geschlechtsneutral zu kalkulieren. Vor diesem Hintergrund wurde die Berechnung des Zuschlages einer erneuten Überprüfung unterzogen, da das generelle Prämienniveau sich durch die Umsetzung

des Urteils insbesondere bei herkömmlich kalkulierten Tarifen erheblich erhöht hat.

Im Vergleich zu Tarifen ohne Alterungsrückstellungen erscheint nunmehr ein Zuschlag von 45% als geeignet, um eine hinreichende Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Dieser Zuschlag errechnete sich aus dem Vergleich von Neugeschäftstarifen bei Kalkulation auf Basis der Lebensversicherung im Vergleich zu Tarifen auf Risikobasis und ist in den oben ausgewiesenen Durchschnittsprämien für die bereits erfassten Tarifen einberechnet.

Einige Tarife sind nur für spezielle Ein-

trittsalter kalkuliert oder leisten nur bei stationären Aufenthalten als Folge von Unfällen oder definierten schweren Krankheiten. Aufgrund von fehlender Vergleichbarkeit wurden diese Tarife zwar erfasst, nicht jedoch bewertet.

Note/Bedeutung (Preis- / Leistungs-niveau)

Im Preis- / Leistungsverhältnis wurden die Bedingungen im Vergleich zur Prämie doppelt gewichtet. Tarife mit einer mehr um 5% über dem Durchschnitt liegenden Prämie konnten keine Auszeichnung erhalten.

WFS 1 (Gold): mindestens 85 % der Höchstwertung

WFS 2 (Silber): mindestens 80 % der Höchstwertung

WFS 3 (Bronze): mindestens 75 % der Höchstwertung

Bewertet wurden die folgenden Leistungsbereiche:

- besondere Leistungsinhalte
- Prämieniveau für Männer und Frauen

Einzelrating Bedingungen		
	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Allianz (Tarif: Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Best, Stand 01.2013) Arag (Tarif: 261, Stand 01.2013) Barmenia (Tarif: TopS, Stand 01.2013) Inter (Tarif: INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013)* uniVersa (Tarif: uni-SZ, Stand 07.2013)	Allianz (Tarif: Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Plus, Stand 01.2013) Die Bayerische (Tarif: V.I.P. stationär Komfort, Stand 05.2014)* Hallesche (Tarif: CSAW.2, Stand 01.2013)
	Axa (Tarif: Komfort Start-U, Stand 04.2014)** Axa (Tarif: Komfort-U, Stand 04.2014) Continental (Tarif: SG1, Stand 01.2013) die Bayerische (Tarif: V.I.P stationär Prestige, Stand 05.2014)* Hallesche (Tarif: Tarif: CSAW.1, Stand 09.2013)	Alte Oldenburger (Tarif: K 50, Stand 01.2013) Arag (Tarif: 262, Stand 01.2013) BBKK (Tarif: KlinikPRIVAT/2, Stand 01.2013) Continental (Tarif: SG2, Stand 01.2013) CSS (Tarif: privatarzt spezial, Stand 01.2013)* Inter (Tarif: INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S2, Stand 01.2013)* uniVersa (Tarif: uni-SZ II, Stand 07.2013)
	BBKK (Tarif: KlinikPRIVAT/1, Stand 01.2013) CSS (Tarif: komfort premium, Stand 01.2013)* Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 01.2013)*	Signal Iduna (Tarif: KlinikTOP, Stand 01.2013)

Einzelrating Prämieniveau für das Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre		
	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Axa (Tarif: Komfort Start-U)** CSS (Tarif: komfort premium Stand 01.2013)* Die Bayerische (Tarif: V.I.P stationär Prestige, Stand 05.2014)* Hanse-Merkur (Tarif: PSG, Stand 04.2013), HUK-Coburg (Tarif: SZ, Stand 01.2013) Inter (Tarif: INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013)* Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 01.2013)* Provinzial Hannover (Tarife: KHPu, KHPuU, Stand 01.2013)	Inter (Tarif: INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S2, Stand 01.2013)* Signal Iduna (Tarif: KlinikSTART, Stand 01.2013)
	Axa (Tarif: Komfort-U, Stand 01.2013) LKH (Tarif: S400E, Stand 03.2013)	Concordia (Tarif: SZ1, Stand 01.2013) Die Bayerische (Tarif: V.I.P. stationär Komfort, Stand 05.2014)* uniVersa (Tarif: uni-SZ II, Stand 07.2013)
	Barmenia (Tarif: S+, Stand 01.2013) Concordia (Tarif: SZ1, Stand 01.2013)	Arag (Tarif: 262, Stand 01.2013)

Preis-/Leistungsniveau		
	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Arag (Tarif: 261, Stand 01.2013) Barmenia (Tarif: Top S, Stand 01.2013) CSS (Tarif: komfort premium, Stand 01.2013)* Die Bayerische (Tarif: V.I.P stationär Prestige, Stand 05.2014)* Inter (Tarif: INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013)* Janitos (Tarif: JA stationär plus, Stand 01.2013)*	Arag (Tarif: 262, Stand 01.2013) Die Bayerische (Tarif: V.I.P. stationär Komfort, Stand 05.2014)* Inter (Tarif: INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013)*
	nicht vergeben	nicht vergeben
	nicht vergeben	Concordia (Tarif: SZ2 und SZ PLUS, Stand 01.2013) CSS (Tarif: privatarzt spezial, Stand 01.2013)

Bitte beachten: die Standangabe entspricht dem jüngeren Wert aus Beitragsanpassung oder Bezeichnung auf dem Tarifwerk. Beispiel Janitos (Tarif: stationär plus). Die letzte Beitragsanpassung erfolgt zu 01.2013. Das Bedingungsmerk trägt den Stand 12.2012. Damit wird als Stand 01.2013 benannt.

* Tarif ohne Alterungsrückstellungen bei Erwachsenen

** Tarif ohne Alterungsrückstellungen bei Erwachsenen. Der Versicherer macht dem Versicherungsnehmer zum Ablauf des 10. Versicherungsjahres, frühestens jedoch nach Vollendung des 20. Lebensjahres, ein Angebot auf Wechsel in den leistungsgleichen Tarif Komfort-U mit Alterungsrückstellungen ohne Gesundheitsprüfung.

Rating Unfallversicherungen



- Kinder
- Erwachsene
- Senioren
- Heilberufe

Basis:

Tarife im Test: 1092 Tarife (allgemein)
255 Tarife (Heilberufe)
Anbieter im Test: 97 für alle Berufe bzw.
26 für Angehörige von Heilberufen

Wertung:

Gold, Silber, Bronze

Stand:

25.09.2014

Die Zahl der jährlichen, unfreiwilligen Unfälle ist Legion, allerdings führen davon lediglich gut 1% zu einer bleibenden Invalidität und knapp 0,30% zum Unfalltod. Laut einer österreichischen Statistik entfielen auf „einen tödlichen Unfall [...] etwa drei Unfälle mit Invaliditätsfolge, rund 68 stationär behandelte Unfälle und rund 338 Unfälle insgesamt.“¹ In Deutschland entfielen 2002 etwa 7,9 tödliche Unfälle im Verkehrsbereich auf 100.000 Einwohner, 21,9% bezogen auf alle Lebensbereiche zusammen.² In den vergangenen Jahren ist insbesondere im Straßenverkehr die Zahl von Unfällen mit Todesfolge stark zurückgegangen, während Unfälle mit schwerwiegender Invalidität stark zugenommen haben. Insgesamt sind Unfälle im Heim- und Freizeitbereich am häufigsten. Am meisten trifft es dabei Frauen, wobei die schwersten Unfallfolgen solche ab dem vollendeten 60. Lebensjahr betreffen. Häufigste Unfallursache von Frauen sind Stürze. Als Jugendliche und Erwachsene unter 60 Jahren erleiden Männer die meisten Unfälle. Dabei dominieren sie vor allem die Statistik der Verkehrsunfälle, insbesondere auch solcher mit tödlichem Ausgang. Bei Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahren sind Unfälle durch Vergiftungen stark überdurchschnittlich vertreten. Schwere Unfälle führen regelmäßig zu Krankenhausaufenthalten. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt etwa eine Woche, nimmt aber mit zunehmendem Alter der geschädigten Personen stark zu. Am häufigsten führen Unfälle mit stationärer Behandlung zu Verletzungen innerhalb des Schädels. Dabei ist eine Fraktur des Oberschenkelknochens die Hauptdiagnose bei

Frauen nach Sport- und Freizeitunfälle, bei Männern Verletzungen innerhalb des Schädels. Sportunfälle führen besonders oft zu Ver- und Ausrenkungen, Verstauchungen sowie Zerrungen des Kniegelenks wie auch der Bänder des Kniegelenks. Bezogen auf die Gliedertaxe beträgt das Verhältnis von Schäden an Armen, Händen und Schultergelenken / des Kopfes sowie Verletzungen an Beinen, Füßen und Sprunggelenken etwa 1:2:3, d.h. auf eine dauerhafte Invalidität im Armbereich kommen etwa drei Schädigungen an Beinen und Füßen.³ Die Gliedertaxen der Versicherer ignorieren Schädelverletzungen weitestgehend, sofern dadurch keine Schädigungen an Sinnesorganen verbunden sind. In den vergangenen Jahren wurde der Leistungskatalog privater Unfallversicherungen deutlich erweitert. Für Kunden und Vermittler stellt sich dadurch zunehmend das Problem, welche dieser Einschlüsse im konkreten Leistungsfall wirklich wichtig sind.

Nur wenige Leistungsmerkmale entscheiden in den allermeisten Fällen darüber, ob und in welcher Höhe eine Versicherungsleistung erfolgt. Entscheidend sind in erster Linie die Bausteine Unfallbegriff (z.B. Mitversicherung auch von Eigenbewegungen), Invaliditätsgrundsumme, Progression und Unfallrente. Wesentliche Unterschiede gibt es bei diesen vor allem in Bezug auf die Höhe und Art der Anrechnung eines Mitwirkungsanteils bei Krankheiten oder Gebrechen (anbieterabhängig Kürzung des Invaliditätsgrades oder der Leistung), Mitversicherung / Ausschluss von Bewusstseinsstörungen sowie Invalidität als Folge einer Infektion wie z.B. eines Zeckenbisses. Oft kommt es zu

Auseinandersetzungen rund um das Thema Meldefristen, weshalb auch die Meldefristen für die Anmeldung des Invaliditätsfalles sowie die ärztliche Feststellung derselben in die Bewertung aufgenommen wurden. Neben diesen Kernleistungen können im Einzelfall auch andere Einschlüsse von großer Bedeutung, so z.B. Versicherungsschutz bei Kartrennen, Sofortleistungen, Kostenübernahme für behindertengerechte Umbaumaßnahmen oder Rehaleistungen. Diese sonstige Leistungen gingen ebenfalls in die Gesamtwertung mit ein.

Extras wie Unfallkrankentagegeld, Unfallkrankentagegeld oder Übergangsleistungen sind im Einzelfall sicher wichtig, sollten aber nur zweitrangig über die Auswahl des geeigneten Versicherungstarifes entscheiden. Sie wurden daher nicht bewertet.

Bedarfsermittlung in der Unfallversicherung

Eine allgemeingültige Formel für die Bedarfsermittlung gibt es nicht, da weder vorhersehbar ist, wann es zu einem Unfall kommt noch welchen Invaliditätsgrad durch dieser zur Folge hat. Die folgenden Ausführungen können daher nur einen allgemeinen Anhaltspunkt für eine bedarfsgerechte Absicherung bieten.

Konkrete Empfehlungen der Versicherer können sehr stark variieren. Die InterRisk etwa empfiehlt eine Absicherung des 6- bis 8-fachen Bruttojahreseinkommens als Leistung bei Vollinvalidität (Tarife ohne Progression) bzw. dem vierfachen Bruttojahreseinkommens (Tarife mit Progressionsstaffel). Für die Unfallrente wird ein Betrag von 80 bis 100% des letzten Bruttoeinkommens

mens empfohlen. Dazu wird eine Rendendynamik von 2 bis 3% zum Inflationsausgleich angeraten.⁴

Für nicht erwerbstätige Personen sind diese Angaben jedoch wenig zielführend. Hier muss die Bedarfsermittlung auf eine andere Art und Weise erfolgen. Eine Kapitalleistung von 100.000 Euro ist bei einer Verzinsung von 2 bis 3% p.a. und einer monatlichen Entnahme von 1.000 Euro in etwa 9 Jahren verbraucht.

Ohne Kapitalverzehr reicht eine Kapitalleistung von 100.000 Euro bei einer Verzinsung von 2 bis 3% p.a. für eine monatliche Kapitalentnahme von ca. 165 bis 250 Euro.

Witte Financial Services empfiehlt eine Grundsumme von nicht unter 100.000 Euro und eine Leistung bei Vollinvalidität von nicht unter 500.000 Euro. Da jeder Versicherer Höchstgrenzen für die Versicherbarkeit vorsieht, muss der gewünschte Versicherungsschutz unter Umständen über mehr als einen Versicherer zugleich abgesichert werden.

Rating-Systematik

Grundlage für das Rating waren insgesamt 6 Teilbereiche mit 120 Einzelfragen. Diese umfassen die besonders praxisrelevanten Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden:

- Garantien: GDV-Standard, Standard Arbeitskreis EU-Vermittlerrichtlinie Dokumentation (neu: Arbeitskreis Beratungsprozesse), Innovationsklausel (3 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Definition des Unfallbegriffes, u.a. hinsichtlich erhöhter Kraftanstrengung und Eigenbewegungen oder Einatmung schädlicher Stoffe (18 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Versicherungsschutz bei Bewusstseinsstörungen (z.B. Alkohol, Medikamente, Epilepsie) sowie bei Unfällen u.a. durch Herzinfarkt und Schlaganfall (20 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Infektionsklausel: erweiterter Versicherungsschutz bei der Infektion u.a. durch Insekten und andere Tiere, mit Cholera, Typhus oder durch Anhu-

sten oder Annesen (15 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)

- Mitwirkungsklausel: Kürzung aufgrund von Krankheiten und Gebrechen (Mitwirkungsanteil) auf Basis der Leistung oder des Prozentsatzes vom Invaliditätsgrad (2 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Obliegenheiten: Meldefristen bei Invalidität, Unfalltod, zunächst geringfügig erscheinenden Verletzungen oder ausdrücklichem Verzicht auf eine Operationspflicht nach Unfällen (11 Fragen mit einem Anteil von 10% an der Gesamtwertung)
- Gliedertaxe und Progressionstabellen (ohne Progression, mit Mehrleistungstarifen auf Basis einer Höchstleistung von 100% bzw. Tarifen mit 500% Progression), definierten Invaliditätsgraden für Stimmverlust und Organschäden (15 Fragen, die u.a. die vollständige Gliedertaxe umfassen, mit Anteil von 30% an der Gesamtwertung). Tarife mit einer Mehrleistung sowie einer Höchstleistung von 100% (z.B. Basis-Progression der InterRisk mit Höchstleistung ab 50% Invalidität oder Tarif der SLP mit Höchstleistung ab 75% Invalidität) wurden zwar separat erfasst, jedoch bei den Tarifen ohne Progression aufgeführt. (12 Fragen mit einem Anteil vom 30% an der Gesamtwertung)
- Sonstige Leistungen: z.B. Bergungskosten, Sofortleistung, Leistungen bei Zahnersatz, Versicherungsschutz für Kinder beim Umfang mit selbst gebastelten Feuerwerkskörpern, Einschränkungen der Leistung abhängig von sportlicher und beruflicher Tätigkeit im Schadenfall (25 Fragen mit Anteil von 10% an der Gesamtwertung)

Separat bewertet wurde auch der Leistungsumfang einer Unfallrente mit insgesamt 16 speziellen Fragen. Das Leistungsniveau Unfallrente und die oben beschriebenen Tarifbausteine zum Unfallschutz wurden je mit 50% gewichtet.

Die einzelnen Bedingungen wurden bewertet mit einem Faktor von -8 bis 16 Punkten. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8 und 4 Punkte stehen für den jeweils zweiten, dritten bzw.

vierten Platz. Jede Regelung, die besser als GDV-Standard, aber schlechter als die viertbeste Individuallösung ist, erhält pauschal 2 Punkte. Als Vergleichsmaßstab wurde der GDV-Standard gewählt. Ist eine Leistung schlechter als dieser Standard, so führt dies zu einem Abzug von acht Punkten Abzug. Abweichende Regelungen wurden für Bewusstseinsstörungen durch Alkohol festgelegt.

Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet, der der Bedeutung für die Mehrzahl der Versicherten gerecht werden soll.

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

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Rating-Stufen verhindern. Nur Versicherer, die ausnahmslos alle dieser Kriterien erfüllt haben, wurden näher betrachtet.

K.O.-Kriterien allgemein:

- Garantie, dass der Versicherer nicht zum Nachteil des Kunden von den aktuell gültigen AUB 2014 mit Stand 25.03.2014 oder alternativ den AUB 2010, Stand 10.2010 abweicht (GDV-Garantie) oder alternativ implizite Garantie durch die Garantie Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie Dokumentation mit Stand 11.03.2008 oder jünger oder Arbeitskreis Beratungsprozesse mit Stand 17.02.2010 oder jünger
- Uneingeschränkte Weltgeltung mit 24-Stunden-Deckung für Beruf und Freizeit mit möglichen Einschränkungen nur bei Krieg und Bürgerkriegshandlungen
- Innovationsklausel: der Tarif sieht bedingungsseitig vor, dass veränderte Bedingungen, die ausschließlich zum Vorteil der versicherten Person sind, automatisch auch für bestehende Verträge gelten, sofern dies keinen Mehrbeitrag erfordert.
- Versicherungsschutz auch bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen, wenn ein Arzt erst dann hinzugezogen wird, sobald der tatsächliche Umfang der Unfallfolgen

erkennbar ist („Geringfügige Unfallfolgen“)

- Kürzung der Leistung aufgrund der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen erst ab mindestens 50 Prozent
- Verbesserte Gliedertaxe mit bedingungsgemäßer Leistung bei Stimmverlust von mindestens 70 Prozent ohne Einschränkungen
- Die Meldefrist bei versicherten Infektionskrankheiten beginnt bedingungsgemäß mit dem Ausbruch der benannten Krankheit oder der erstmaligen Feststellung einer Invalidität durch einen Arzt
- Versicherungsschutz bei Invalidität durch die von Zecken übertragenen Infektionskrankheiten Borreliose und Frühsommermeningitis / Zeckenzephalitis
- Frist zur ärztlichen Feststellung der Invalidität und Geltendmachung derselben gegenüber dem Versicherer von nicht unter 18 Monaten
- Kostenübernahme für Bergungskosten in Höhe von mindestens 10.000 Euro

Zusätzliche K.O.-Kriterien für eine Bewertung mit „Gold“

- Versicherer bzw. Risikoträger ist Mitgliedschaft bei Versicherungsombudsmann e.V.

Zusätzliche K.O.-Kriterien für Kinder unter 14 Jahren

- o Mitversicherung von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund

Zusätzliche K.O.-Kriterien für Personen von 14 bis unter 60 Jahren

- Bewusstseinsstörungen durch Alkohol ohne Einschränkungen (beim Führen eines Kfz min. bis unter 1,1 Promille)

Zusätzliche K.O.-Kriterien für Sondertarife für Angehörige von Heilberufen

- Verbesserte Gliedertaxe mit bedingungsgemäßer Leistung bei Verlust Arm oder Hand von 100 Prozent

Zusätzliche Mindestanforderungen für Erwachsene ab 60 Jahren

- Mindestanforderungen für Personen von 14 bis unter 60 Jahren

- Mitversicherung von Nahrungsmittelvergiftungen
- Versicherungsschutz auch bei Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen durch Medikamente, Herzinfarkt und Schlaganfall
- Versicherungsschutz bei Oberschenkelhalsbruch unabhängig von der Schadenursache

Zusätzliche Mindestanforderungen für eine Unfallrente

- Lebenslange Leistung aus der Unfallrente schon ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent
- Neubemessung des Invaliditätsgrades bei Kindern bis 14 Jahren höchstens 5 Jahre, darüber höchstens 3 Jahre

Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Die Zahl von optionalen Leistungseinschlüssen am Unfallmarkt ist Legion. Im Sinne einer Entscheidungshilfe musste eine Auswahl aus all diesen Kunden mag es aber sein, dass genau eine andere Leistung entscheidend ist oder ein hier nicht als Mindeststandard gesetztes Kriterium absolutes K.O.-Kriterium ist. Wer nicht das Geld für eine Berufsunfähigkeits- oder Dread-Disease-Versicherung aufbringen möchte, wird beispielsweise nach einem Unfalltarif mit Leistungen auch bei Krebs oder Gehirntumor suchen. Wer als Hobby- oder Berufstaucher der Gefahr des Ertrinkens oder der Caissonkrankheit (Taucherkrankheit) ausgesetzt ist, sollte außerdem sicher gehen, dass für solche Fälle auch bedingungsgemäßer Versicherungsschutz besteht und möglichst umfassend Dekompressionskammerkosten übernommen werden. Dafür empfiehlt es sich für ältere Leute Wert darauf zu legen, dass eine Leistung bei Oberschenkelhalsbruch wie auch bei Unfällen in Folge von Herzinfarkt oder Schlaganfällen bedingungsgemäß eingeschlossen ist. Entscheidend für diese ist aber möglicherweise auch der Einschluss etwaiger Assistenzleistungen im Falle eines Unfalles. Haftungsrelevant sind insbesondere Integralfranchisen in Seniorentarifen.

Während für alle Arten von Verkäufern und Lehrenden der Verlust der Stimme

möglichst mit einem Invaliditätsgrad von 100% laut Gliedertaxe bewertet werden sollte, ist für Chirurgen und viele andere handwerklich tätige Personen der Verlust von Fingern und Händen bzw. für Köche der Verlust des Geschmackssinns möglichst umfassend gegen Invalidität zu versichern. In all diesen Einzelfällen ist die konkrete Beratungskompetenz des Vermittlers erforderlich.

Note/Bedeutung

WFS 1 (Gold): mindestens 80% der erreichten Höchstpunktzahl

WFS 2 (Silber): mindestens 70% der erreichten Höchstpunktzahl

WFS 3 (Bronze): mindestens 60% der erreichten Höchstpunktzahl

1 Unfall-Statistik 2004 des Institutes Sicher Leben, Wien, 2004, S. 8

2 Dto., S. 32

3 Dto., S. 22

4 Bussmann, Wolfgang: „Worauf ein Makler bei der Absicherung der Invalidität achten sollte“ in „Risiko & Vorsorge“ 4/2012, S. 34.

Wichtiger Hinweis: diese Darstellung berücksichtigt nur noch Unisextarife. Die zuletzt teilweise mit „Gold“ bewerteten Alttarife der InterRisk (AUB-i-MAX 2008, Stand 05.2011 und AUB-XXL 2008, Stand 05.2011) werden daher nicht mehr bewertet, bleiben aber derzeit weiterhin empfehlenswert.

Angehörige von Heilberufen

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit Heilberufe-Taxe, Stand 07.2013)
Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro (ohne Dynamik) / 150.000 Euro (mit Dynamik)
Abweichungen gegenüber Standardtarif: Klauseln 0653 und 0752 mit verbesserter Gliedertaxe und Infektionsklausel für Heilberufe
Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen JANITOS Unfallversicherung BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Med und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro
Abweichungen gegenüber Standardtarif: nein
Versicherbare Berufe: nur Human- und Zahnmediziner



- **Adcuri** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen- Premium-Schutz, Stand 01.04.2013)
Höchstversicherungssumme: k.A.
Negative Abweichungen gegenüber Standardtarif: nein
Versicherbare Berufe: Ärzten/innen, Zahnärzten/innen, Zahntechnikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern, Studenten/innen der Medizin und der Zahnheilkunde, Krankenpflegepersonal (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenschwester, Krankenpflegehelfer/in), Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde
- **Barmenia** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen- Premium-Schutz, Stand 01.04.2013)
Höchstversicherungssumme: k.A.
Negative Abweichungen gegenüber Standardtarif: nein
Versicherbare Berufe: Ärzten/innen, Zahnärzten/innen, Zahntechnikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern, Studenten/innen der Medizin und der Zahnheilkunde, Krankenpflegepersonal (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenschwester, Krankenpflegehelfer/in), Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen JANITOS Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Med und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro
Abweichungen gegenüber Standardtarif: nein
Versicherbare Berufe: nur Human- und Zahnmediziner

Risikounfallversicherung mit 225% Progression: Invaliditätsleistung



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit Heilberufe-Taxe, Stand 07.2013 und Plus-Progression)
Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro (ohne Dynamik) / 150.000 Euro (mit Dynamik)
Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen JANITOS Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Med und mit Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro
Abweichungen gegenüber Standardtarif: nein
Versicherbare Berufe: nur Human- und Zahnmediziner



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit Heilberufe-Taxe, Stand 07.2013 und ohne Plus-Progression)
Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro (ohne Dynamik) / 150.000 Euro (mit Dynamik)
Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen JANITOS Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Med und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro
Abweichungen gegenüber Standardtarif: nein
Versicherbare Berufe: nur Human- und Zahnmediziner



- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen JANITOS Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Med und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro
Abweichungen gegenüber Standardtarif: nein
Versicherbare Berufe: nur Human- und Zahnmediziner

Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung



- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen JANITOS Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Med und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro
Abweichungen gegenüber Standardtarif: nein
Versicherbare Berufe: nur Human- und Zahnmediziner



- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen JANITOS Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Med und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
Höchstversicherungssummen: 300.000 Euro
Abweichungen gegenüber Standardtarif: nein
Versicherbare Berufe: nur Human- und Zahnmediziner

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

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2010, Stand 01/2014: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013 mit Gliedertaxen-Modell 3)
- **InterRisk** (Allgemeine Vers.bed. für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013)
- **InterRisk** (Allgemeine Vers.bed. für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Top / Sinne / Hand / Exklusiv / Top und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)



- **GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG** (AUB 2012 GVO, Stand 01.07.2014; Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung TOP-VIT, Stand 01.07.2014: Unfallversicherung TOP-VIT)
- **Hannoversche Leben** (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013 mit Gliedertaxen-Modell 2 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität)
- **HanseMerkur** ((AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Top / Sinne / Hand / Exklusiv und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
- **Swiss Life Partner** (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Bes. Bed. für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS)
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)



- **Adcuri** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen- Premium-Schutz, Stand 01.04.2013)
- **Barmenia** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen - Premium-Schutz, Stand 01.04.2013)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Kompakt-Schutz (BB Kompakt-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3 [Bewertung gilt abweichend nur für Personen ab 15 Jahren]

Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 und PlusProgression 500%)
- **InterRisk** (Allgem. Vers.bed. für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 07.2013 und PlusProgression 500%)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Exklusiv und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit Zusatzpaket Medic)
- **Swiss Life Partner** (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2010, Stand 01/2014: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket)
- **Hannoversche Leben** (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013 mit Gliedertaxen-Modell 3)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013 mit Gliedertaxen-Modell 2)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 und ohne PlusProgression 500%)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 und ohne PlusProgression 500%)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Exklusiv und mit Zusatzpaket Plus)
- **Janitos** (Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Sinne und mit Zusatzpaket Plus und mit Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Vers.bed. und Inform. Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Hand und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Top und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Vers.bed. und Inform. Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nr: 070246) mit Gliedertaxe Exklusiv)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Sinne und Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Hand / Sinne / Top und mit / ohne Zusatzpaket Plus)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Hand / Sinne und mit / ohne Zusatzpaket Plus)
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)



- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Hand / Exklusiv, mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Sinne mit Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
- **Swiss Life Partner** (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)

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



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex3+)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex3+)



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex2)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex2)

Kinder bis 14 Jahre

Tarife für Kinder bis 14 Jahren ohne Progression



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2010, Stand 01/2014: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013 mit Gliedertaxen-Modell 3)
- **InterRisk** (InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2011)
- **InterRisk** (InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Top / Sinne / Hand / Exklusiv / Top und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)



- **Hannoversche Leben** (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013 mit Gliedertaxen-Modell 2 mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013 mit Gliedertaxen-Modell 2 mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013 mit Gliedertaxen-Modell 3 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Top / Sinne / Hand / Exklusiv / Top und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
- **Swiss Life Partner** (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75% Invalidität)
- **HVH** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)



- **Adcuri** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen- Premium-Schutz, Stand 01.04.2013)
 - **Barmenia** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen- Premium-Schutz, Stand 01.04.2013)
 - **Interlloyd** (Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012)
- [Bewertung gilt nur für Kinder unter dem vollendeten 10. Lebensjahr]

Tarife für Kinder bis 14 Jahren mit 500% Progression



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2010, Stand 01/2014: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 und PlusProgression 500%)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 und ohne PlusProgression 500%)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 und PlusProgression 500%)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, , Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Exklusiv mit Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Exklusiv und mit Zusatzpaket Plus)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Exklusiv, Zusatzpaket Plus und Zusatzpaket Medic)
- **Swiss Life Partner** (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)



- **Hannoversche Leben** (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013 mit Gliedertaxen-Modell 2)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013 mit Gliedertaxen-Modell 3)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 und ohne PlusProgression 500%)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Hand / Sinne mit Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Exklusiv und ohne Zusatzpaket Plus)

Kinder bis 14 Jahre



- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Hand und Zusatzpaket Plus
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Hand / Top / Sinne, Zusatzpaket Plus und Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Hand / Sinne / Top
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Sinne / Top mit Zusatzpaket Plus
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Top und Zusatzpaket Medic)
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)



- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Sinne / Hand / Exklusiv und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Top und mit Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
- **Swiss Life Partner** (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)

Unfallrententaru für Kinder bis 14 Jahren



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex3+)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex3+)



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex2)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex2)



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 mit Festrente)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 mit Festrente)

Kinder ab 14 Jahre

Tarife für Kinder ab 14 Jahren ohne Progression



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2010, Stand 01.07.2014: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 2)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Hand oder Exklusiv und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Top / Sinne und mit Zusatzpaket Plus und / oder Zusatzpaket Medic)



- **GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG** (AUB 2012 GVO, Stand 01.07.2014; Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung TOP-VIT, Stand 01.07.2014: Unfallversicherung TOP-VIT)
- **Hannoversche Leben** (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 2 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3 und Mehrleistungstarif mit Verdopplung der Leistung ab 90% Invalidität)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Sinne oder Top ohne Zusatzpaket Plus und ohne Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Top / Sinne / Hand / Exklusiv und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)

Kinder ab 14 Jahre

Tarife für Kinder ab 14 Jahren ohne Progression



- **Swiss Life Partner** (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75% Invalidität)
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)



- **Adcuri** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen– Premium-Schutz, Stand 01.04.2013)
- **Barmenia** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2013)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Kompakt-Schutz (BB Kompakt-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3) [Bewertung gilt abweichend für Personen ab 15 Jahren]
- **Interloyd** (Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); BB für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012)

Tarife für Kinder ab 14 Jahren mit 500% Progression



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 und PlusProgression 500%)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 und PlusProgression 500%)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Exklusiv und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Hand und mit Zusatzpaket Plus und mit Zusatzpaket Medic)
- **Swiss Life Partner** (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2010, Stand 01/2014: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket)
- **Hannoversche Leben** (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 2)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 und ohne PlusProgression 500%)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 und ohne PlusProgression 500%)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Exklusiv und mit Zusatzpaket Plus)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Sinne und mit Zusatzpaket Plus und mit Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Hand und ohne Zusatzpaket Plus und mit Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Top und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Exklusiv)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Sinne und Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Hand / Sinne / Top und mit / ohne Zusatzpaket Plus)
- **Janitos** (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Hand / Sinne und mit / ohne Zusatzpaket Plus)
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)



- **Janitos** (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Hand / Exklusiv, mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit Zusatzpaket Medic)
- **Janitos** (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Sinne mit Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
- **Swiss Life Partner** (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)

Unfallrententtarife für Kinder ab 14 Jahren



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex3+)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex3+)



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex2)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex2)

Tarife für Senioren ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung



- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013)



- **Hannoversche Leben** (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 2)
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)



- **Adcuri** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2013)
- **Barmenia** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2013)

Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 und PlusProgression 500%)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 und PlusProgression 500%)



- **Hannoversche Leben** (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3)
- **HanseMerkur** (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 2)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2013; (B18): XXL, Stand 04.2013 mit MaxiTaxe, Stand 03.2011 und ohne PlusProgression 500%)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2013; (B18): XXL, Stand 04.2013 mit PlusTaxe, Stand 03.2011 und ohne PlusProgression 500%)
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)

Unfallrente



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex3+)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex3+)



- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex2)
- **InterRisk** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex2)

Empfehlenswerte Tarife in der Übersicht



UnfallCore-Rating
Unfallrente

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

- Adcuri (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz, Stand 01.04.2013: Top-Schutz, Stand 01.04.2013): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Adcuri (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen– Premium-Schutz, Stand 01.04.2013: Premium-Schutz, Stand 01.04.2013): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- Arag (AUB 2012, Stand 04.2012: ARAG Unfall-Schutz 2012 Premium – Unfallrente Plus): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz, Stand 01.04.2013: Top-Schutz, Stand 01.04.2013): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen– Premium-Schutz, Stand 01.04.2013: Premium-Schutz, Stand 01.04.2013): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- Hannoversche Leben (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012): Klassik-Garant, Stand 11.2012)
- Hannoversche Leben (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012)
- HanseMerkur (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Kompakt-Schutz (BB Kompakt-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 2 und Unfallrente ab 40% Invalidität: Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- HanseMerkur (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Kompakt-Schutz (BB Kompakt-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 2 und Unfallrente ab 50% Invalidität: Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- HanseMerkur (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Kompakt-Schutz (BB Kompakt-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3 und Unfallrente ab 40% Invalidität: Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- HanseMerkur (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Kompakt-Schutz (BB Kompakt-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3 und Unfallrente ab 50% Invalidität: Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- HanseMerkur (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 2 und Unfallrente ab 40%: Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- HanseMerkur (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 2 und Unfallrente ab 50%: Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- HanseMerkur (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3 und Unfallrente ab 40%: Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- HanseMerkur (AUB 2013, Stand 07.2013; Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung nach dem Top-Schutz (BB Top-Schutz 2013), Stand 07.2013; Zusatzbedingungen zur Unfallversicherung (ZAUB 2013), Stand 07.2013) mit Gliedertaxen-Modell 3 und Unfallrente ab 50%: Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex3+): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren, Heilberufe
- InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex2): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren, Heilberufe
- InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013 mit Festrente): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren, Heilberufe
- InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex3+): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren, Heilberufe
- InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 mit dynamex2): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren, Heilberufe
- InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013 mit Festrente): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren, Heilberufe
- VHV (Klassik-Garant, Stand 04.2010): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren



UnfallCore-Rating
Invaliditätsleistung

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

- Adcuri (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz, Stand 01.04.2013: Top-Schutz, Stand 01.04.2013): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Adcuri (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen– Premium-Schutz, Stand 01.04.2013: Premium-Schutz, Stand 01.04.2013): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- Arag (AUB 2012, Stand 04.2012: ARAG Unfall-Schutz 2012 Premium): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz, Stand 01.04.2013: Top-Schutz, Stand 01.04.2013): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen– Premium-Schutz, Stand 01.04.2013: Premium-Schutz, Stand 01.04.2013): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- ConceptiF (AUB CIF 2010, Stand 02.2014; BB UV CIF comfort 2012, Stand 01.02.2014): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- ConceptiF (AUB CIF 2010, Stand 02.2014; BB UV CIF complete 2012, Stand 01.02.2014): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG (GVO) (AUB 2012 GVO, Stand 01.07.2014; Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung TOP-VIT, Stand 01.07.2014: Unfallversicherung TOP-VIT) für Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2014: Unfallversicherung VARIO – Leistungsschutz Vollschutz): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2014: Unfallversicherung VARIO – Leistungsschutz Komfortschutz Plus): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Häger (Allgemeine Häger Unfall-Versicherungsbedingungen - HUV 2011 -, Stand 12.2012; Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung - Top 2011 -, Stand 12.2012): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Hannoversche Leben (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012): Klassik-Garant, Stand 11.2012): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- Hannoversche Leben (AUB 2012, Stand 11.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 11.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 11.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 11.2012) : Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren

Empfehlenswerte Tarife in der Übersicht



Unfall-Cover-Rating
Invaliditätsleistung

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

- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Exklusiv und Zusatzpaket Medic): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Exklusiv, Zusatzpaket Plus und Zusatzpaket Medic): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Top und Zusatzpaket Medic): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Top, Zusatzpaket Plus und Zusatzpaket Medic): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Sinne und Zusatzpaket Medic): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Sinne, Zusatzpaket Plus und Zusatzpaket Medic): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Hand und Zusatzpaket Medic): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Hand mit Zusatzpaket Plus und Zusatzpaket Medic): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Exklusiv und Zusatzpaket Medic): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BEST SELECTION, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070246) mit Gliedertaxe Exklusiv, Zusatzpaket Plus und Zusatzpaket Medic): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Medic und Zusatzpaket Medic): Heilberufe
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Medic, Zusatzpaket Plus und Zusatzpaket Medic): Heilberufe
- Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS mit Standard-Progression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS mit Normal-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.12.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.12.2012: PRIMUS PLUS mit Normal-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- VHV (VHV (AUB 2012, Stand 10.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 10.2012: Klassik-Garant, Stand 10.2012)): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- VHV (AUB 2012, Stand 10.2012; BBU KLASSIK-GARANT, Stand 10.2012; ZB Baustein Unfall EXKLUSIV, Stand 10.2012): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren

Rating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Basis:	Tarife und Tarifkombinationen im Test: 310 Anbieter im Test: 30
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	13.09.2014

Versorgungslücke stark unterschätzt

Die gesetzliche Pflegeabsicherung stellt lediglich eine Teilkaskoabsicherung dar. Leider ist dies vielen Kunden nicht bewusst. Restkosten von mehreren hundert bis tausend Euro im Moment, die im Fall der Fälle aus eigener Tasche zu zahlen sind, sind nicht unüblich. Eine herkömmliche Berufsunfähigkeitsversicherung vermag diese Lücke bestenfalls während des aktiven Erwerbslebens zu schließen. Spätestens mit der Vollendung des 67. Lebensjahres fehlt dann „die Berufsunfähigkeitsversicherung fürs Alter“.

Auch der Verweis auf die Kinder als späteres „Pflegepersonal“ greift vielfach zu kurz. Fakt ist, dass Kinder als Erwachsene oft gar nicht mehr in der Nähe des elterlichen Wohnsitzes wohnen oder aus beruflichen Gründen keine Möglichkeit zum Pflegen haben. Inwiefern sie dazu Lust oder zumindest die wirtschaftlichen Möglichkeiten hätten, steht dann noch zusätzlich auf einem anderen Blatt. Fehlt das Geld, wird unter Umständen nach der billigsten Pflegeeinrichtung gesucht, wobei zwangsweise ein hochwertiger Pflegestandard entfallen muss. Bei Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung gilt für beide Geschlechter, speziell jedoch für die Männer, eine stark erhöhte Übersterblichkeit. Wer davon Kenntnis hat, wird ebenfalls versuchen, einer stationären Pflege durch eine verbesserte ambulante Pflege zu entgehen. Professionelle Pflegedienste kosten jedoch viel Geld.

Eine Vielzahl von Versicherten wird die ambulante Pflege der Unterbringung in einer stationären Einrichtung vorziehen. Dies liegt nicht nur daran,

dass das persönliche Umfeld für die Aufrechterhaltung der Restgesundheit sehr förderlich sein kann, vor allem aber der Psyche gut tut. Fragt man Kunden, wer denn die Pflege in den eigenen vier Wänden übernehmen werde, verweisen viele auf ihren Ehe- oder Lebenspartner, andere auf ihre Kinder. In der Realität pflegen sehr oft Frauen ihre Männer bis

in den Tod. Um sich anschließend um ihre Pflege zu kümmern, ist dann niemand mehr da. Damit sind mehr Frauen als Männer auf eine vollstationäre Pflege angewiesen: nach erstmaligem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit kommt es bei mehr als einem Drittel aller Männer und mehr als der Hälfte aller Frauen schon nach zwei Jahren zur Inan-

Gesetzliche Leistungen bei häuslicher Pflege, Stand 01.2012 ¹				
Pflegestufe	I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	II (Schwerpflegebedürftigkeit)	III (Schwerstpflegebedürftigkeit) ²	Härtefall
Pflegegeld monatlich (§ 37 SGB XI) (z.B. bei Pflege durch Angehörige)	235 €	440 €	700 €	
Pflegesachleistung maximal monatlich (§ 36 SGB XI) (häusliche Pflegehilfe)	450 €	1.100 €	1.550 €	1.918 €
Ersatzpflege maximal jährlich (§ 39 SGB XI)	1.550 €	1.550 €	1.550 €	
Kurzzeitpflege maximal jährlich (§ 42 SGB XI)	1.550 €	1.550 €	1.550 €	
teilstationäre Pflege maximal monatlich (§ 41 SGB XI)	450 €	1.100 €	1.550 €	

Gesetzliche Leistungen bei stationärer Pflege				
(§ 43 SGB XI)	1.023 €	1.279 €	1550 €	1918 €

Statistische Restkosten im Pflegefall*		
	professionelle Pflege zu Hause	Pflege in einem Pflegeheim
Pflegestufe I	ca. 400 Euro monatlich	ca. 1.300 Euro monatlich
Pflegestufe II	ca. 1.000 Euro monatlich	ca. 1.500 Euro monatlich
Pflegestufe III	ca. 1.900 Euro monatlich	ca. 1.700 Euro monatlich

* berechnet auf Basis des PflegeVorsorgeBeraters (Version 2.0.4) aus dem Hause Volkswohl Bund in Kombination mit Angaben zu den Restkosten bei ambulanter Pflege durch einen professionellen Pflegedienst auf Basis der Schulungspräsentation „Vermögensabsicherung im Pflegefall“ der Continentale aus dem Jahre 2010. Alle Angaben gerundet auf volle hundert Euro.

Die Gothaer Krankenversicherung benennt für die ambulante Pflege zu Hause Restkosten von etwa 250 bis 450 Euro (Pflegestufe I), 900 bis 1.200 Euro (Pflegestufe II) bzw. 1.400 bis 1.950 Euro (Pflegestufe III). Quelle: „Pflege braucht Vorsorge. Warum private Absicherung im Pflegefall unerlässlich ist.“, Stand 06.2014, S. 17.

¹ Zum 01.01.2015 werden die hier dargestellten Leistungen durch das 1. Pflegestärkungsgesetz angepasst. Details dazu finden Sie unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Tabelle_Pflegeleistungen_ab_1_Januar_2015_Stand_BT.pdf.

² Maximal 3% aller Pflegebedürftigen der Pflegestufe III dürfen diese Leistung erhalten. Sie kann z.B. im Endstadium von Krebskrankungen erbracht werden.

spruchnahme einer stationären Pflege.

Eine vergleichsweise preiswerte Möglichkeit, das Pflegefallrisiko im Alter abzusichern, sind Pfl egetagegeld- und Pflegegeldversicherungen. Diese Versicherungen versichern einen bestimmten Tages- oder Monatssatz, der meist je nach Pflegestufe in unterschiedlicher Höhe zur Auszahlung kommt. Die Pflegestufe orientiert sich dabei in der Regel an der gesetzlichen Einstufung nach SGB. Bei einigen Tarifen gilt eine Wartezeit von bis zu 3 Jahren, bevor der Versicherungsschutz beginnt. In der Ausgestaltung als Pflegebahrprodukte gilt abweichend sogar eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren.

Der große Vorteil der meisten Pfl egetagegeldversicherungen ist, dass der Kunde frei über die Auszahlungen verfügen kann, diese also auch zweckentfremdet einsetzen darf. Auch ist ein umfassender Schutz auch für Familien mit kleinen Kindern vielfach gut finanzierbar.

Wesentliche Vorteile sind geringe Prämien, eine Bildung von Alterungsrückstellungen für bezahlbare Prämien im Alter, eine weitgehende freie Festlegung eines Tagessatzes auch über den voraussichtlichen Bedarf hinaus sowie eine meist freie Verfügbarkeit der Leistung.

Wesentliche Nachteile sind das Fehlen einer langfristig garantierten Prämienstabilität sowie der Verlust von Alterungsrückstellungen bei Kündigung. Hinzu kommt, dass Beiträge meist auch im Rentenalter und bei Pflegebedürftigkeit zu zahlen sind. Noch gibt es nur wenige Tarife, die Leistungen auch bei Demenz in der Pflegestufe 0 vorsehen. Hinzu kommt, dass eine exakte Bedarfsdeckung nur selten gestaltet werden kann, da die Leistungen entweder nach Pflegestufen oder nach Art der Pflege (ambulant, stationär) bemessen sind. Eine Beitragsfreistellung ohne Verlust des Versicherungsschutzes ist grundsätzlich nicht möglich. Ein wichtiges Manko ist auch die Beschränkung des Versicherungsschutzes in fast allen Tarifen allein auf Deutschland, die Europäische Union, den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder ergänzend noch die Schweiz. Aufgrund ihrer Weltgeltung positiv hervorzuheben sind insbeson-

dere die Tarife von Deutscher Familienversicherung, Domcura, Hallesche, maxPool und Württembergische. Dabei bietet die Württembergische die vermutlich leistungsstärkste Weltgeltung.

Problemfall Demenz

Die gesetzlichen Leistungen bei Demenz sind äußerst dürftig. Das primäre Problem ist, dass die meisten Personen, die an Alzheimer-Demenz oder anderen Formen der Demenz erkranken, nicht zwingend pflege-, aber betreuungsbedürftig sind. Seit 2013 gibt es zwar gemäß §§ 45 a/b SGB XI Leistungen bei Demenz, doch sind diese keinesfalls bedarfsgerecht. Real betragen die Kosten durchaus 2.000 Euro oder mehr im Monat. Insbesondere gilt dies, wenn eine Gefahr besteht, dass der Demenzkranke „sich selbstständig machen“ könnte. Tatsächlich zahlt die gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung jedoch lediglich ein Pflegegeld von 120 Euro (ab 01.01.2015: 123 Euro) bei Pflege durch Angehörige bzw. Pflegesachleistungen in Höhe von 225 Euro bei professioneller Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst oder für den Fall einer stationären Pflege in einem Heim.

Oft lückenhafte Absicherung

Viele Pfl egetagegeld- und Pflegegeldtarife sehen Versicherungsschutz nur in den Pflegestufen III oder II und III vor. Teilweise werden Leistungen auch nur bei vollstationärer Pflege oder nur bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit erbracht. All diese Einschränkungen stellen in der Praxis eine überaus gefährliche Ausschnittsdeckung dar.

Fakt ist allerdings auch, dass bereits die Bewilligung der Pflegestufe I mit etlichen Hürden verbunden ist. So kommt es zunächst einmal nur darauf an, dass eine durchschnittliche tägliche Grundpflege von mehr als 45 Minuten erforderlich ist. Wer etwa nach mehreren schweren Krebsoperationen fast den ganzen Tag nur liegen kann, jedoch noch mit Mühe seine Zähne selbst putzen kann, sich mit Ausnahme der Füße noch selbst waschen kann und beim Anziehen so gut wie keine Hilfe benötigt, wird keine gesetzlichen oder privaten Pflegeleistungen bekommen – auch wenn ihm

jeder Schritt weh tut und das Aufstehen mitunter auch mehrere Minuten dauert. Pflegebedürftig nach Pflegestufe II oder III werden vergleichsweise nur sehr wenige Personen und dies meist auch erst in höherem Alter. Hinzu kommt, dass die vom Gesetzgeber vorgesehenen Vorgaben für die Bemessung von Verrichtungen der Grundpflege oft mit den tatsächlichen Erfordernissen an die benötigte Zeit wenig zu tun haben. Daher ist eine ausreichend bemessene Leistung bereits in Pflegestufe I erforderlich, sofern die Lücke nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden kann.

Standards im Wandel

Bei den Pfl egetagegeldversicherern sind grundlegende Trends zu beobachten. Zum einen nimmt die Zahl der Anbieter zu, die Leistungen auch bei Demenz vorsehen. Dazu gehören beispielsweise etwa Arag (PI, P1 fest, P2 fest), Axa (Flex), DFV Deutsche Familienversicherung (Premium), Domcura (Pflege Basis, Pflege Basis Plus, Pflege Premium, Pflege Premium Plus, Pflege Flex, Pflege Demenz, DOMCURA Pflege), Gothaer (MediP 0), Hallesche (OLGA.extra), maxPool (Pflege Basis, Pflege Basis Plus, Pflege Premium, Pflege Premium Plus, Pflege Flex, Pflege Demenz), Nürnberger (PTF1, PTF2, PTF3), R+v (PK), SDK (PS0A, PS0S), SIGNAL IDUNA (PflegeTOP) oder Württembergische (PTPU). Damit folgen die benannten Anbieter dem seit mehreren Jahren bestehenden Trend, den die Pflegerentenversicherer vorgezeichnet haben. Zu beachten bleibt aber, dass besagter Versicherungsschutz oft sehr eingeschränkt ist.

Als zweiter Trend sind Tarife zu beobachten, bei denen die Leistung in jeder Pflegestufe flexibel vom Antragsteller gewählt werden kann, also bei Bedarf bereits in der Pflegestufe I zu 100% erfolgt. Bekannte Beispiele hierfür sind Axa (Flex), Continentale (PTK), DFV Deutsche Familienversicherung (Pflege Premium), Gothaer (MediP), vigo Krankenversicherung (PZ), Inter (PTN), Münchener Verein (Deutsche Privat Pflege) und Nürnberger (PTF1, PTF2, PTF3).

Immer mehr Versicherer sehen auch des Weiteren eine Beitragsbefreiung

bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I, II oder III sowie Einmalzahlungen bei erstmaligem Eintritt des Pflegefalls vor. Positiv sei hier die Württembergische erwähnt, die abweichend zu fast allen Wettbewerbern, bereits eine Beitragsbefreiung ab Pflegestufe 0 anbietet.

Als bislang - soweit bekannt - einzige Anbieter wird in gewissen Tarifen der Domcura und von maxPool eine Beitragsrückgewähr bei Tod im Rahmen der Pflegerentenversicherung angeboten.

Ratingsystematik

Für die Kategorie Pfl egetagegeldversicherung werden drei Kategorien unterschieden: empfehlenswert, Bronze, Silber und Gold. Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Für die Bewertung mit **empfehlenswert** gelten folgende Mindestanforderungen:

- Einstufung des Pflegefalls analog zur soziale Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung
- Ungekürzte Leistung auch bei Laienpflege
- Leistung bei ambulanter und vollstationärer Pflege in Pflegestufe I mindestens 500 Euro monatlich (unabhängig davon, ob es sich um eine unfall- oder krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit handelt)
- Leistung bei ambulanter und vollstationärer Pflege in Pflegestufe II mindestens 1.000 Euro monatlich (unabhängig davon, ob es sich um eine unfall- oder krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit handelt)
- Leistung bei ambulanter und vollstationärer Pflege in Pflegestufe III mindestens 1.500 Euro monatlich (unabhängig davon, ob es sich um eine unfall- oder krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit handelt)
- Dynamisierung des Pfl egetagegeldes bzw. des Pflegegeldes vor und auch noch nach Eintritt des Leistungsfall es bereits ab Pflegestufe I möglich (mindestens bis auf 150 Euro pro Tag in der Pflegestufe III)
- Beitragsbefreiung bei bedingungsgemäßer Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe III

- Versicherungsschutz auch bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten mindestens in den Staaten der Europäischen Union, den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz
- Versicherungsschutz bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit ohne Wartezeit
- Verzicht des Versicherers auf sein ordentlichen Kündigungsrecht

Für die Bewertung mit **Bronze** gilt zusätzlich folgende Mindestanforderung:

- Leistungen bei Demenz mindestens mittleren Grades in der Pflegestufe 0 in Höhe von mindestens 200 Euro monatlich³

Um eine Bewertung mit **Silber** zu erzielen, muss ergänzend folgendes Leistungsmerkmal erfüllt sein:

- Leistungen bei Demenz mindestens mittleren Grades in der Pflegestufe 0 in Höhe von mindestens 400 Euro monatlich

Ergänzende Voraussetzungen für die Höchstbewertung mit **Gold** sind wie folgt beschrieben:

- Bei professioneller Pflege zu Hause mindestens 500 Euro monatlich (Pflegestufe I), 1.000 Euro monatlich (Pflegestufe II), 1.900 Euro monatlich (Pflegestufe III) [unabhängig davon, ob es sich um eine unfall- oder krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit handelt]
- Bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim mindestens 1.300 Euro monatlich (Pflegestufe I), 1.500 Euro monatlich (Pflegestufe II) bzw. 1.700 Euro monatlich (Pflegestufe III) [unabhängig davon, ob es sich um eine unfall- oder krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit handelt]
- Beitragsbefreiung bei bedingungsgemäßer Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I
- Genereller Verzicht auf eine Wartezeit für den Versicherungsschutz wegen Pflegebedürftigkeit
- Versicherungsschutz auch bei nicht nur vorübergehendem Verzug während der Vertragsdauer ins Ausland (Versicherungsschutz mindestens in den Staaten der Europäischen Union, den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz)

Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist. Schließlich ist nie auszuschließen, dass im Zweifel ein anderer Anbieter, der die beschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt, für den konkreten Kunden interessanter sein kann oder ein Kunde vielleicht auch bestimmte Risiken zu Gunsten einer geringeren Prämie billigend in Kauf nehmen möchte. Auch ist zu beachten, dass auch ein positiv bewerteter Tarif in einzelnen Punkten für Ihre Kunden relevante Einschränkungen beinhalten kann, weshalb eine ausführliche Tariflektüre dringend angeraten wird.

Note/Bedeutung

WFS 1 (Gold): Erfüllung der Mindestanforderungen für die Ratingstufe Gold

WFS 2 (Silber): Erfüllung der Mindestanforderungen für die Ratingstufe Silber

WFS 3 (Bronze): Erfüllung der Mindestanforderungen für die Ratingstufe Bronze

Empfehlenswert: Erfüllung der Mindestanforderungen für die Ratingstufe empfehlenswert

³ Wichtiger Hinweis: Grundsätzlich sinnvoll wäre eine möglichst hohe Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0. Derzeit wird jedoch nur von wenigen Versicherern überhaupt eine solche Leistung angeboten. Bei stationärer Pflege von Demenzkranken können in der Praxis durchaus Restkosten von über 2.000 Euro anfallen. In diesem Fall würde eine Absicherung in Höhe von 200 bis 400 Euro zwangsweise nur einen Tropfen auf den heißen Stein bedeuten. Da derzeit (Stand 09.2014) nur wenige Versicherer (z.B. die DFV Deutsche Familienversicherung AG, die Domcura sowie maxPool mit der DFV als Risikoträger) eine Absicherung in der benannten Höhe vorsehen, wurde bislang noch auf eine solche als Mindestanforderung verzichtet.

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Alte Oldenburger

• (AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG Stand 10/2013; Ergänzende Pflegetagegeldversicherung zur privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung Pflege flex, Stand 10.2013)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegetagegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 1.350 Euro in Pflegestufe I, 1.500 Euro in Pflegestufe II sowie 1.950 Euro in Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 20 Euro Pflegetagegeld (= 600 Euro / Monat)

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I, II und III bis 100 Euro Pflegetagegeld / Monat (= 3.000 Euro monatlich)

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold:

Eintrittsalter 0 Jahre:	9,06 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	9,06 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	8,48 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	54,25 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	82,56 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	127,67 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	209,19 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	380,60 EUR monatlich

Arag

• (Teil I: MB/EPV 2009; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung Unisex. Tarif P1: Pflegetagegeld-Versicherung: ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif P1 - IndividualPflege P1, Stand 02.2014)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: Pflegetagegeld von min. 15 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 45 Euro in Pflegestufe I, 50 Euro in Pflegestufe II sowie 65 Euro in Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 100 Euro monatliches Pflegetagegeld (= 3.000 Euro monatlich)

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis III jeweils max. 150 Euro Pflegetagegeld (= 4.500 Euro monatlich)

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold

Eintrittsalter 0 Jahre:	8,35 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	8,35 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	24,70 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	43,20 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	72,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	118,35 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	198,40 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	kein Angebot möglich

• (Teil I: MB/EPV 2009; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung Unisex. Tarif P2 fest: Pflegetagegeld-Versicherung: ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif P2 fest - IndividualPflege P2 fest, Stand 02.2014)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: Pflegetagegeld von min. 145 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 100 Euro monatliches Pflegetagegeld (= 3.000 Euro monatlich)

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe III jeweils max. 150 Euro Pflegetagegeld (= 4.500 Euro monatlich)

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold

Eintrittsalter 0 Jahre:	14,50 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	14,50 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	42,05 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	73,95 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	123,25 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	203,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	340,75 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	kein Angebot möglich

Deutsche Familienversicherung

• (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX 01-12 Stand: Januar 2012: Premium (Unisex))

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. 1.350 Euro stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. 1.500 Euro stationär sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz in einer der anderen Pflegestufen wird die vereinbarte Leistung verdoppelt

Bedingungsrating Pflegeetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis 1.500 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe II bis 2.250 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe III bis 3.000 Euro monatlich ambulant und stationär

Achtung: aufgrund der für die Goldbewertung geforderten Versicherungssumme ist eine Beantragung nur telefonisch beim Versicherer, nicht jedoch online möglich!

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold:

Eintrittsalter 0 Jahre:	kein Angebot möglich
Eintrittsalter 10 Jahre:	10,44 Euro monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	15,79 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	29,42 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	50,92 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	86,42 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	147,85 Euro monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	274,59 Euro monatlich

Domcura

• (Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV 01-13 Stand: Januar 2013; Versicherungsbedingungen für die DFV DeutschlandAssistance der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-AA 10-11 Stand: Oktober 2011; FürsorgeGarantie der DFV Deutsche Familienversicherung AG, Stand 12.2012 : DOMCURA Pflege)

Folgende Tarifvarianten:

- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege (Unisex) - Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege sowie Assistance-Paket Schutzengelgarantie (Unisex) - Flex

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 500 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. 1.300 Euro stationär, 1.000 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. 1.500 Euro stationär sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz in einer der anderen Pflegestufen wird die vereinbarte Leistung verdoppelt

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis 1.500 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe II bis 2.250 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe III bis 3.000 Euro monatlich ambulant und stationär

Gothaer

• (Teil I AB/PV 2009; Teil II Tarifbedingungen; Teil III Tarif MediP, Stand 02.2014: Tarife MediP 0, MediP 1, MediP 2 und MediP 3)
 • (Teil I AB/PV 2009; Teil II Tarifbedingungen; Teil III Tarif MediP, Stand 02.2014: Tarife MediP 0, MediP 1, MediP 2, MediP 3 und MediP EZ)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: Pflegeetagegeld von min. 14 Euro in Pflegestufe 0, 17 Euro in Pflegestufe I, 34 Euro in Pflegestufe II sowie 64 Euro in Pflegestufe III.

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 50 Euro pro Tag (= 1.500 Euro pro Monat)

Maximal versicherbares Pflegeetagegeld: in den Pflegestufen I bis III jeweils bis zu 130 Euro pro Tag (= 3.900 Euro pro Monat), wobei die über MediP 3 für die Pflegestufe III vereinbarten Leistungen auch den Leistungen bei vollstationärer Pflege in den Pflegestufen I und II entsprechen und somit auch unabhängig von MediP 1 und MediP 2 bei vollstationärer Pflege zu 100 % in PS I – III ausgezahlt werden.

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold:⁴

Eintrittsalter 0 Jahre:	6,29 Euro monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,29 Euro monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	6,89 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	36,76 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	57,44 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	89,52 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	144,21 Euro monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	Angebot auf Direktionsanfrage

maxPool

• (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX – mit Beitragsrückgewähr der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX (BRG) 01-12 Stand: Januar 2012; Besondere Bedingungen für die Assistanceleistungen der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-A 10-11 Stand: Oktober 2011)

Folgende Tarifvarianten:

- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. 1.300 Euro stationär, 1.000 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. 1.500 Euro stationär sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz in einer der anderen Pflegestufen wird die vereinbarte Leistung verdoppelt

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis 1.500 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe II bis 2.250 Euro monatlich ambulant bzw. 3.000 Euro monatlich stationär, in Pflegestufe III bis 3.000 Euro monatlich ambulant u. stationär

SDK

• (PS0A, PS0S, PS1A, PS1S, PS2A, PS2S, PS3A, PS3S, PSU; Stand 01.03.2013) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 390 Euro für die Tarifstufe PS0A und PS0S, min. 510 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1A bzw. 1.320 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1S, min. 1.020 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2A bzw. 1.500 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2S sowie min. 1.920 Euro monatlich für die Tarifstufen PS3A bzw. PS3S

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal analog Pflegegeld in der Pflegestufe I, jedoch mindestens 100 Euro und höchstens 500 Euro monatlich

Maximal versicherbares Pflegegeld: 3.000 Euro monatlich (PS1 bis PS3) bzw. 500 Euro monatlich (PS 0); ab dem Eintrittsalter 61 Jahre liegt das maximal versicherbare Pflegegeld bei 2.400 Euro monatlich für die die Pflegestufen 1 bis 3, ab 66 Jahren bei 1.800 Euro. Damit sind die Anforderungen an das Rating nur bis höchstens zur Vollendung des 65. Lebensjahres erfüllt.

• (PS0A, PS0S, PS1A, PS1S, PS2A, PS2S, PS3A, PS3S; Stand 01.03.2013) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 390 Euro für die Tarifstufe PS0A und PS0S, min. 510 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1A bzw. 1.320 Euro monatlich für die Tarifstufe PS1S, min. 1.020 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2A bzw. 1.500 Euro monatlich für die Tarifstufe PS2S sowie min. 1.920 Euro monatlich für die Tarifstufen PS3A bzw. PS3S

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal analog Pflegegeld in der Pflegestufe I, jedoch mindestens 100 Euro und höchstens 500 Euro monatlich

Maximal versicherbares Pflegegeld: 3.000 Euro monatlich (PS1 bis PS3) bzw. 500 Euro monatlich (PS 0); ab dem Eintrittsalter 61 Jahre liegt das maximal versicherbare Pflegegeld bei 2.400 Euro monatlich für die die Pflegestufen 1 bis 3, ab 66 Jahren bei 1.800 Euro. Damit sind die Anforderungen an das Rating nur bis höchstens zur Vollendung des 65. Lebensjahres erfüllt.

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold:

Eintrittsalter 0 Jahre:	4,61 Euro monatlich *
Eintrittsalter 10 Jahre:	4,61 Euro monatlich *
Eintrittsalter 20 Jahre:	29,89 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	39,98 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	56,06 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	83,38 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	136,20 Euro monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	kein Angebot möglich

VGH Provinzial Krankenversicherung Hannover AG

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (PK 3.05; Stand 09.13); Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009); Teil II Tarifbedingungen 2012 (TB/EPV 2012); Tarif PflegeFlex (Stand 09.13). Ergänzende Pflegetagegeldversicherung zur privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflegetagegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 1.350 Euro in Pflegestufe I, 1.500 Euro in Pflegestufe II sowie 1.950 Euro in Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 20 Euro Pflegetagegeld (= 600 Euro / Monat)

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I, II und III bis 100 Euro Pflegetagegeld / Monat (= 3.000 Euro monatlich)

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold:

Eintrittsalter 0 Jahre:	9,06 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	9,06 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	8,48 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	54,25 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	82,56 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	127,67 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	209,19 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	380,60 EUR monatlich

Württembergische

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung. Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) § 1 - 18. Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft - gültig in Verbindung mit Tarif PTPU, Stand 01.11.2013; Teil III Tarif PTPU Pflegetagegeldversicherung, Stand 01.11.2013) mit einem Pflegetagegeld von min. 65 Euro in der Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 30% der Leistung der Pflegestufe III

Maximal versicherbares Pflegetagegeld: 150 Euro pro Tag

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold:

Eintrittsalter 0 Jahre:	7,80 Euro monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	7,80 Euro monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	7,80 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	26,65 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	45,50 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	78,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	139,10 Euro monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	278,20 Euro monatlich



Alte Oldenburger

• (AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG Stand 10/2013; Ergänzende Pflegetagegeldversicherung zur privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung Pflege flex, Stand 10.2013)
Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: monatliches Pflegetagegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I, 1.050 Euro in Pflegestufe II sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei „Gold“

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold:

Eintrittsalter 0 Jahre:	6,14 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,14 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	5,99 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	34,35 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	52,23 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	80,70 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	132,09 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	239,91 EUR monatlich

Arag

• (Teil I: MB/EPV 2009; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung Unisex. Tarif P1 fest: Pflegetagegeld-Versicherung: ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif P1 fest - IndividualPflege P1 fest, Stand 02.2014)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: Pflegetagegeld von min. 70 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 100 Euro monatliches Pflegetagegeld (= 3.000 Euro monatlich)

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe III jeweils max. 150 Euro Pflegegeld (= 4.500 Euro monatlich)

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Silber:

Eintrittsalter 0 Jahre:	5,60 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	5,60 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	16,80 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	29,40 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	48,30 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	79,10 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	133,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	kein Angebot möglich

• (Teil I: MB/EPV 2009; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung Unisex. Tarif P2 fest: Pflegetagegeld-Versicherung: ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif P2 fest - IndividualPflege P2 fest, Stand 02.2014)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: Pflegetagegeld von min. 60 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Silber:

Eintrittsalter 0 Jahre:	6,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	17,40 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	30,60 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	51,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	84,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	141,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	kein Angebot möglich

Bedingungsrating Pfl egetagegeld- und Pflegegeldversicherung



• (Teil I: MB/EPV 2009; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung Unisex. Tarif PI: Pfl egetagegeld-Versicherung: ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif PI - Individualpflege PI, Stand 02.2014)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: Pfl egetagegeld von min. 15 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 20 Euro in Pflegestufe I, 35 Euro in Pflegestufe II sowie 50 Euro in Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Silber

Eintrittsalter 0 Jahre:	5,40 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	5,40 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	15,80 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	27,45 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	45,75 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	75,15 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	126,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	kein Angebot möglich

Deutsche Familienversicherung

• (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX 01-13 Stand: Januar 2013: Premium (Unisex)) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei Gold

Achtung: aufgrund der für die Silberbewertung geforderten Versicherungssumme ist eine Beantragung nur telefonisch beim Versicherer, nicht jedoch online möglich!

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Silber:

Eintrittsalter 0 Jahre:	kein Angebot möglich
Eintrittsalter 10 Jahre:	8,50 Euro monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	12,71 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	23,66 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	40,89 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	69,44 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	118,66 Euro monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	220,10 Euro monatlich

Domcura

• (Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV 01-13 Stand: Januar 2013; Versicherungsbedingungen für die DFV DeutschlandAssistance der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-AA 10-11 Stand: Oktober 2011; FürsorgeGarantie der DFV Deutsche Familienversicherung AG, Stand 12.2012 : DOMCURA Pflege)

Folgende Tarifvarianten:

- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege (Unisex) – Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege sowie Assistance-Paket Schutzengelgarantie (Unisex) – Flex

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

Gothaer

- (Teil I AB/PV 2009; Teil II Tarifbedingungen; Teil III Tarif MediP, Stand 02.2014: Tarife MediP 0, MediP 1, MediP 2 und MediP 3)
- (Teil I AB/PV 2009; Teil II Tarifbedingungen; Teil III Tarif MediP, Stand 02.2014: Tarife MediP 0, MediP 1, MediP 2, MediP 3 und MediP EZ)

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: Pflegetagegeld von min. 14 Euro in Pflegestufe 0, 17 Euro in Pflegestufe I, 34 Euro in Pflegestufe II sowie 50 Euro in Pflegestufe III.

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 50 Euro pro Tag (= 1.500 Euro pro Monat)

Maximal versicherbares Pflegetagegeld: in den Pflegestufen I bis III jeweils bis zu 130 Euro pro Tag (= 3.900 Euro pro Monat), wobei die aus Tarif MediP 3 für die Pflegestufe III vereinbarten Leistungen auch den Leistungen bei vollstationärer Pflege in den Pflegestufen I und II entsprechen und somit auch unabhängig von MediP 1 und MediP 2 bei vollstationärer Pflege zu 100 % in PS I – III ausgezahlt werden..

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Silber:⁵

Eintrittsalter 0 Jahre:	5,73 Euro monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	5,73 Euro monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	6,05 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	32,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	50,02 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	77,90 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	125,45 Euro monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	Angebot auf Direktionsanfrage

Hallesche

• (OLGA.extra, Stand 11.2013) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 30% des Pflegetagegeldes in der Pflegestufe III (max. 1.350 Euro monatlich)

Maximal versicherbarer Tagessatz: 150 Euro

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen:

Eintrittsalter 0 Jahre:	8,28 Euro monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	8,28 Euro monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	8,40 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	27,24 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	42,72 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	67,56 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	111,12 Euro monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	197,16 Euro monatlich

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, Fassung November 2013. Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009). Teil II Tarifbedingungen (TB/EPV 2013). Tarif OLGAflex. Pflegetagegeldversicherung. Fassung Februar 2014. Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: OLGAflex.RI) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 30% des Pflegetagegeldes in der Pflegestufe III (max. 1.350 Euro monatlich)

Maximal versicherbarer Tagessatz: 150 Euro

Wichtiger Hinweis: der Tarif OLGAflex.RI wird bedingungsgemäß auf die Tarifstufe OLGAflex.AR umgestellt. Diese Umstufung erfolgt erstmals im 5. Jahr nach Vertragsabschluss und anschließend alle 2 Jahre. Der Tarif steht nur bis Alter 60 zur Verfügung. Anschließend erfolgt anschließend eine Umstellung des noch verbliebenen Pflegetagegeldes auf den Tarif OLGAflex.AR oder der Vertrag wird zum 31.12. nach Erreichen des 60. Lebensjahres aufgehoben.

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, Fassung November 2013. Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009). Teil II Tarifbedingungen (TB/EPV 2013). Tarif OLGAflex. Pflegetagegeldversicherung. Fassung Februar 2014. Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: OLGAflex.AR) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 30% des Pflegetagegeldes in der Pflegestufe III (max. 1.350 Euro monatlich)

Maximal versicherbarer Tagessatz: 150 Euro

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen:

Eintrittsalter 20 Jahre:	9,60 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	33,60 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	52,80 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	83,40 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	136,20 Euro monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	241,80 Euro monatlich

maxPool

• (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/BISEX – mit Beitragsrückgewähr der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-BISEX (BRG) 01-12 Stand, Versicherungsbedingungen für die DFV Deutschland Assistance der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-AA 10-11 Stand: Oktober 2011)

Folgende Tarifvarianten:

- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I, 1.050 Euro in Pflegestufe II sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

• (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX – mit Beitragsrückgewähr der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX (BRG) 01-12 Stand: Januar 2012; Besondere Bedingungen für die Assistanceleistungen der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-A 10-11 Stand: Oktober 2011)

Folgende Tarifvarianten:

o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex

o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

Münchener Verein

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2012), Stand 09.2012; Satzung 07.2004; Tarif SELECT CARE Pflege - Tarifstufen 421, 421 B, 422, 423, 430 sowie Einmalleistung nach Tarif 434, Stand 09.2012)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: monatliches Pflegetagegeld von min. 15 Euro pro Tag bei Demenz in Pflegestufe 0, 20 Euro pro Tag in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 35 Euro pro Tag in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 50 Euro pro Tag in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe von 40 Euro pro Tag

Maximal versicherbarer Tagessatz: 40 Euro (Pflegestufe 0), 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2012), Stand 09.2012; Satzung 07.2004; Tarif SELECT CARE Pflege - Tarifstufen 421, 423, 430, 430 B sowie Einmalleistung nach Tarif 434, Stand 09.2012)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: monatliches Pflegetagegeld von min. 15 Euro pro Tag bei Demenz in Pflegestufe 0, 20 Euro pro Tag in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 35 Euro pro Tag in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 50 Euro pro Tag in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe von 40 Euro pro Tag

Maximal versicherbarer Tagessatz: 40 Euro (Pflegestufe 0), 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)

VGH Provinzial Krankenversicherung Hannover AG

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (PK 3.05; Stand 09.13); Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009); Teil II Tarifbedingungen 2012 (TB/EPV 2012); Tarif PflegeFlex (Stand 09.13). Ergänzende Pflegetagegeldversicherung zur privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I, 1.050 Euro in Pflegestufe II sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei „Gold“

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Silber:

Eintrittsalter 0 Jahre:	6,14 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,14 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	5,99 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	34,35 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	52,23 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	80,70 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	132,09 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	239,91 EUR monatlich

Württembergische

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung. Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) § 1 - 18. Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft - gültig in Verbindung mit Tarif PTPU, Stand 01.11.2013; Teil III Tarif PTPU Pflegetagegeldversicherung, Stand 01.11.2013) mit einem Pflegetagegeld von min. 50 Euro in der Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe „Gold“

Maximal versicherbares Pflegetagegeld: 150 Euro pro Tag

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Silber:

Eintrittsalter 0 Jahre:	6,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	6,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	20,50 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	35,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	60,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	107,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	214,00 Euro monatlich



Alte Oldenburger

• (AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG Stand 10/2013; Ergänzende Pflegegeldversicherung zur privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung Pflege flex, Stand 10.2013)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: monatliches Pflegegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I, 1.050 Euro in Pflegestufe II sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei „Gold“

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Bronze:

Eintrittsalter 0 Jahre:	5,61 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	5,61 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	5,41 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	33,27 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	50,60 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	78,21 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	128,08 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	232,96 EUR monatlich

Arag

• (Teil I: MB/EPV 2009; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung Unisex. Tarif P1 fest: Pflegegeld-Versicherung; ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif P1 fest - IndividualPflege P1 fest, Stand 02.2014)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: Pflegegeld von min. 70 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 100 Euro monatliches Pflegegeld.

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis III jeweils max. 150 Euro Pflegegeld

• (Teil I: MB/EPV 2009; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung Unisex. Tarif P2 fest: Pflegegeld-Versicherung; ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif P2 fest - IndividualPflege P2 fest, Stand 02.2014)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: Pflegegeld von min. 60 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 100 Euro monatliches Pflegegeld.

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis III jeweils max. 150 Euro Pflegegeld

• (Teil I: MB/EPV 2009; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung Unisex. Tarif P1: Pflegegeld-Versicherung; ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif P1 - IndividualPflege P1, Stand 02.2014)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: Pflegegeld von min. 10 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 20 Euro in Pflegestufe I, 35 Euro in Pflegestufe II sowie 50 Euro in Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 100 Euro monatliches Pflegegeld.

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis III jeweils max. 150 Euro Pflegegeld

Deutsche Familienversicherung

• (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX 01-13 Stand: Januar 2013; Premium (Unisex)) mit einem monatlichen Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei „Gold“

Achtung: aufgrund der geforderten Versicherungssumme für die Bronzebewertung ist eine Beantragung nur telefonisch beim Versicherer, nicht jedoch online möglich!

Domcura

• (Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV 01-13 Stand: Januar 2013; Versicherungsbedingungen für die DFV DeutschlandAssistance der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-AA 10-11 Stand: Oktober 2011; FürsorgeGarantie der DFV Deutsche Familienversicherung AG, Stand 12.2012 : DOMCURA Pflege)

Folgende Tarifvarianten:

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex)
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege (Unisex) – Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege sowie Assistance-Paket Schutzengelgarantie (Unisex) – Flex

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: monatliches Pflegegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX 01-12, Stand: Januar 2012: DOMCURA Pflege ASS, Versicherungsbedingungen für die DFV Deutschland Assistance der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-AA 10-11, Stand: Oktober 2011: DOMCURA Pflege ASS (Unisex): Flex)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: monatliches Pflegegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

Gothaer

- (Teil I AB/PV 2009; Teil II Tarifbedingungen; Teil III Tarif MediP, Stand 02.2014: Tarife MediP 0, MediP 1, MediP 2 und MediP 3)
- (Teil I AB/PV 2009; Teil II Tarifbedingungen; Teil III Tarif MediP, Stand 02.2014: Tarife MediP 0, MediP 1, MediP 2, MediP 3 und MediP EZ)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: Pflegetagegeld von min. 7 Euro in Pflegestufe 0, 17 Euro in Pflegestufe I, 34 Euro in Pflegestufe II sowie 50 Euro in Pflegestufe III.

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 50 Euro pro Tag (= 1.500 Euro pro Monat)

Maximal versicherbares Pflegetagegeld: in den Pflegestufen I bis III jeweils bis zu 130 Euro pro Tag (= 3.900 Euro pro Monat), wobei die aus Tarif MediP 3 für die Pflegestufe III vereinbarten Leistungen auch den Leistungen bei vollstationärer Pflege in den Pflegestufen I und II entsprechen und somit auch unabhängig von MediP 1 und MediP 2 bei vollstationärer Pflege zu 100 % in PS I – III ausgezahlt werden.

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Bronze:⁶

Eintrittsalter 0 Jahre:	5,31 Euro monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	5,31 Euro monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	5,63 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	31,30 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	48,97 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	76,36 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	123,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	Angebot auf Direktionsanfrage

maxPool

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX – mit Beitragsrückgewähr der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX (BRG) 01-12 Stand: Januar 2012; Besondere Bedingungen für die Assistanceleistungen der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-A 10-11 Stand: Oktober 2011)

Folgende Tarifvarianten:

o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex)

o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Unisex) - Flex

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: monatliches Pflegegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“

Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe „Gold“

Münchener Verein

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2012), Stand 09.2012; Satzung

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

07.2004; Tarif SELECT CARE Pflege - Tarifstufen 421, 421 B, 422, 423, 430 sowie Einmalleistung nach Tarif 434, Stand 09.2012)
Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: monatliches Pflegetagegeld von min. 15 Euro pro Tag bei Demenz in Pflegestufe 0, 20 Euro pro Tag in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 35 Euro pro Tag in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 50 Euro pro Tag in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Silber“
Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei „Silber“

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2012), Stand 09.2012; Satzung 07.2004; Tarif SELECT CARE Pflege - Tarifstufen 421, 423, 430, 430 B sowie Einmalleistung nach Tarif 434, Stand 09.2012)
Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: monatliches Pflegetagegeld von min. 15 Euro pro Tag bei Demenz in Pflegestufe 0, 20 Euro pro Tag in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 35 Euro pro Tag in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 50 Euro pro Tag in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Silber“
Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei „Silber“

Signal Iduna

• (PflegeTOP, Fassung 01.2013) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: Die Leistung bei Demenz beträgt 10% des versicherten Tagessatzes
Maximal versicherbarer Tagessatz: 110 Euro

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen:

Eintrittsalter 0 Jahre:	5,87 Euro monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	5,87 Euro monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	15,45 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	24,33 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	39,11 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	62,92 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	104,49 Euro monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	189,11 Euro monatlich

VGH Provinzial Krankenversicherung Hannover AG

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (PK 3.05; Stand 09.13); Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009); Teil II Tarifbedingungen 2012 (TB/EPV 2012); Tarif PflegeFlex (Stand 09.13). Ergänzende Pflegetagegeldversicherung zur privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung)
Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: monatliches Pflegetagegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I, 1.050 Euro in Pflegestufe II sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe bei „Gold“
Maximal versicherbares Pflegegeld: siehe bei „Gold“

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Bronze:

Eintrittsalter 0 Jahre:	5,61 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	5,61 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	5,41 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	33,27 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	50,60 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	78,21 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	128,08 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	232,96 EUR monatlich

Württembergische

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung. Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) § 1 - 18. Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft - gültig in Verbindung mit Tarif PTPU, Stand 01.11.2013; Teil III Tarif PTPU Pflegetagegeldversicherung, Stand 01.11.2013) mit einem Pflegetagegeld von min. 50 Euro in der Pflegestufe III
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: siehe „Gold“
Maximal versicherbares Pflegetagegeld: 150 Euro pro Tag
Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Bronze: Analog Silber, da gleicher Mindesttagessatz

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Weitere empfehlenswerte Tarife für die Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Gothaer

- (Teil I AB/PV 2009; Teil II Tarifbedingungen; Teil III Tarif MediP, Stand 02.2014: Tarife MediP 0, MediP 1, MediP 2 und MediP 3)
- (Teil I AB/PV 2009; Teil II Tarifbedingungen; Teil III Tarif MediP, Stand 02.2014: Tarife MediP 0, MediP 1, MediP 2, MediP 3 und MediP EZ)

Voraussetzungen für die Bewertung mit empfehlenswert: 17 Euro in Pflegestufe I, 34 Euro in Pflegestufe II sowie 50 Euro in Pflegestufe III.

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 50 Euro pro Tag (= 1.500 Euro pro Monat)

Maximal versicherbares Pflegetagegeld: in den Pflegestufen I bis III jeweils bis zu 130 Euro pro Tag (= 3.900 Euro pro Monat), wobei die für die Pflegestufe III vereinbarten Leistungen auch den Leistungen bei vollstationärer Pflege in den Pflegestufen I und II entsprechen und somit auch unabhängig von MediP 1 und MediP 2 bei vollstationärer Pflege zu 100 % in PS I – III ausgezahlt werden.

Gothaer

- (Teil I AB/PV 2009; Teil II Tarifbedingungen; Teil III Tarif MediP, Stand 02.2014: Tarife MediP 1, MediP 2 und MediP 3)
- (Teil I AB/PV 2009; Teil II Tarifbedingungen; Teil III Tarif MediP, Stand 02.2014: Tarife MediP 1, MediP 2, MediP 3 und MediP EZ)

Voraussetzungen für die Bewertung mit empfehlenswert: 17 Euro in Pflegestufe I, 34 Euro in Pflegestufe II sowie 50 Euro in Pflegestufe III.

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: nein

Maximal versicherbares Pflegetagegeld: in den Pflegestufen I bis III jeweils bis zu 130 Euro pro Tag (= 3.900 Euro pro Monat), wobei die für die Pflegestufe III vereinbarten Leistungen auch den Leistungen bei vollstationärer Pflege in den Pflegestufen I und II entsprechen und somit auch unabhängig von MediP 1 und MediP 2 bei vollstationärer Pflege zu 100 % in PS I – III ausgezahlt werden.

Hallesche

- (OLGA.plus, Stand 11.2013) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: nein

Maximal versicherbarer Tagessatz: 150 Euro

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen:

Eintrittsalter 0 Jahre:	6,96 Euro monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,96 Euro monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	7,20 Euro monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	24,96 Euro monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	39,24 Euro monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	62,04 Euro monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	102,00 Euro monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	180,84 Euro monatlich

Münchener Verein

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2012), Stand 09.2012; Satzung 07.2004; Tarif SELECT CARE Pflege - Tarifstufen 421, 422, 423, 427, 428 und 435 in Verbindung mit Tarifstufe 421 B, Stand 09.2012)

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe von 40 Euro pro Tag

Maximal versicherbarer Tagessatz: 40 Euro (Pflegestufe 0), 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)

⁴ Über den Tarif MediP EZ wird eine Einmalleistung von bis zu 15.000 Euro dargestellt. Da diese nicht für das Erreichen der Goldwertung erforderlich ist, wird der Beitrag ohne diesen Baustein dargestellt.
⁵ Über den Tarif MediP EZ wird eine Einmalleistung von bis zu 15.000 Euro dargestellt. Da diese nicht für das Erreichen der Silberwertung erforderlich ist, wird der Beitrag ohne diesen Baustein dargestellt.
⁶ Über den Tarif MediP EZ wird eine Einmalleistung von bis zu 15.000 Euro dargestellt. Da diese nicht für das Erreichen der Bronzewertung erforderlich ist, wird der Beitrag ohne diesen Baustein dargestellt.

Rating Geförderte Pflegegeld- und Pflegemonatsgeldtarife (Pflege-Bahr)



■ Pflegegeld- und Pflegemonatsgeld-Tarife (Pflege-Bahr)

Basis:	Tarife und Tarifkombinationen im Test: 32 Anbieter im Test: 29
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	13.09.2014

Versorgungslücke stark unterschätzt

Viele Deutsche verlassen sich darauf, dass die gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung umfassend für alle Pflegekosten im Alter aufkommen wird. Leider ist dies ein Irrglaube.

Um eine Motivation zu schaffen, dass sich möglichst viele Personen ergänzend gegen den Pflegefall absichern, hat die Bundesregierung zu 2013 beschlossen eine ergänzende private Pflegemonatsgeld- / Pflegegeldversicherung mit staatlichen Mitteln zu fördern. Diese Zusatzabsicherung soll allerdings nur einen Teil der bestehenden Versorgungslücke schließen, steht dafür jedoch fast jedem Versicherungswilligen zur Verfügung. Ergänzend ist in jedem Fall ein ungeförderter Zusatzschutz anzuraten. In diesem Zusammenhang haben viele Versicherer speziell abgestimmte Pflegebahrzusatztarife geschaffen, mit denen eine mehr oder minder umfassende Absicherung realisiert werden kann.

Eine ergänzende, ungefördernde Absicherung kann viele Vorteile für den Versicherungsnehmer haben, so etwa eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit, Einmalleistungen bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit, Assistenzleistungen sowie eine bedarfsgerecht hohe Pflegegeld- bzw. Pflegemonatsgeldhöhe.

Gemeinsamkeiten der geförderten Pflegegeldabsicherung

Alle staatlich geförderten Pflegeprodukte setzen nach § 127 SGB XI Absatz

1 einen monatlichen Mindestbeitrag von 15 Euro voraus, wobei pauschal eine staatliche Förderung von 5 Euro im Monat bzw. 60 Euro im Jahr zum Tragen kommt. Tatsächlich müssen Versicherte also nur mindestens 10 Euro im Monat aus eigenen Mitteln aufbringen.

Der Anspruch auf die Zulage besteht nach § 127 SGB XI Absatz 3 „mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).“ Wer also erst während eines Jahres zahlt, erhält

Gesetzliche Leistungen bei häuslicher Pflege, Stand 01.2012 ¹				
Pflegestufe	I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	II (Schwerpflegebedürftigkeit)	III (Schwerstpflegebedürftigkeit) ²	Härtefall
Pflegegeld monatlich (§ 37 SGB XI) (z.B. bei Pflege durch Angehörige)	235 €	440 €	700 €	
Pflegesachleistung maximal monatlich (§ 36 SGB XI) (häusliche Pflegehilfe)	450 €	1.100 €	1.550 €	1.918 €
Ersatzpflege maximal jährlich (§ 39 SGB XI)	1.550 €	1.550 €	1.550 €	
Kurzzeitpflege maximal jährlich (§ 42 SGB XI)	1.550 €	1.550 €	1.550 €	
teilstationäre Pflege maximal monatlich (§ 41 SGB XI)	450 €	1.100 €	1.550 €	

Gesetzliche Leistungen bei stationärer Pflege				
(§ 43 SGB XI)	1.023 €	1.279 €	1550 €	1918 €

Statistische Restkosten im Pflegefall*		
	professionelle Pflege zu Hause	Pflege in einem Pflegeheim
Pflegestufe I	ca. 400 Euro monatlich	ca. 1.300 Euro monatlich
Pflegestufe II	ca. 1.000 Euro monatlich	ca. 1.500 Euro monatlich
Pflegestufe III	ca. 1.900 Euro monatlich	ca. 1.700 Euro monatlich

* berechnet auf Basis des PflegevorsorgeBeraters (Version 2.0.4) aus dem Hause Volkswohl Bund in Kombination mit Angaben zu den Restkosten bei ambulanter Pflege durch einen professionellen Pflegedienst auf Basis der Schulungspräsentation „Vermögensabsicherung im Pflegefall“ der Continentale aus dem Jahre 2010. Alle Angaben gerundet auf volle hundert Euro.

Die Gothaer Krankenversicherung benennt für die ambulante Pflege zu Hause Restkosten von etwa 250 bis 450 Euro (Pflegestufe I), 900 bis 1.200 Euro (Pflegestufe II) bzw. 1.400 bis 1.950 Euro (Pflegestufe III). Quelle: „Pflege braucht Vorsorge. Warum private Absicherung im Pflegefall unerlässlich ist.“, Stand 06.2014, S. 17.

¹ Zum 01.01.2015 werden die hier dargestellten Leistungen durch das 1. Pflegestärkungsgesetz angepasst. Details dazu finden Sie unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/PI/Pflegestaerkungsgesetze/Tabellen_Pflegeleistungen_ab_1_Januar_2015_Stand_BT.pdf.

² Maximal 3% aller Pflegebedürftigen der Pflegestufe III dürfen diese Leistung erhalten. Sie kann z.B. im Endstadium von Krebskrankungen erbracht werden.

die Förderung nur für jene Monate, in denen der Vertrag bestanden hat.

In jedem Fall wird die Förderung vom privaten Krankenversicherer für den Versicherten unbürokratisch bis zum 31.03. des Folgejahres beantragt und kann auch nur für insgesamt einen Vertrag gewährt werden.

Versicherungsleistungen sind nach § 127 SGB XI Absatz 4 in allen Pflegestufen, so auch bei eingeschränkter Alltagskompetenz wegen Demenz (Pflegestufe 0) zu erbringen, wobei das Pflegegeld in der Pflegestufe III mindestens 600 Euro monatlich betragen muss, in der Pflegestufe II mindestens 30% davon (= 180 Euro), in der Pflegestufe I mindestens 20% davon (= 120 Euro) und in der Pflegestufe 0 mindestens 10% von 600 Euro (= 60 Euro).

Ein Anspruch auf staatliche Förderung besteht nach § 126 SGB XI für alle Personen ab 18 Jahren, die Mitglied der deutschen sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung sind und nicht pflegebedürftig sind oder bereits pflegebedürftig waren.

Der Abschluss muss grundsätzlich uneingeschränkt vom Gesundheitszustand möglich sein (Kontrahierungszwang). Einzige Ausnahmen sind Personen, die bei Antragsstellung bereits Pflegeleistungen beziehen oder bezogen haben. Risikozuschläge oder -ausschlüsse sind nicht zulässig. Dafür darf nach § 127 SGB XI Absatz 6 eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren verlangt werden. Die Pflegeeinstufung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung muss als Leistungsauslöser anerkannt werden. Kommt es ausschließlich während der Wartezeit zu einer versicherten Pflegebedürftigkeit, so besteht kein Anspruch auf Leistungen. Tritt die Pflegebedürftigkeit jedoch während der Wartezeit ein und liegt nach Ablauf derselben noch immer vor, so besteht für die Zeit der Fortdauer nach dem Ende der Wartezeit Anspruch auf Leistungen.

Versicherte müssen das Recht haben, den Vertrag bei finanzieller Hilfebedürftigkeit bis zu drei Jahre lang ruhen lassen zu dürfen. Pflegebahrtarife dürfen ausschließlich von Krankenversicherern angeboten werden.

Die Courtage für geförderte Pflegebahrtarife ist auf zwei Monatsbeiträge

maximiert. Ebenfalls gedeckelt ist die Höhe der zulässigen Verwaltungskosten für geförderte Pflegegeldtarife.

Ratingsystematik

Grundlage für das Leistungsrating waren insgesamt 3 Teilbereiche mit zusammen 15 Einzelfragen. Diese umfassen die besonders praxisrelevanten Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden. Für das Preis-Leistungsrating wurde darüber hinaus das Prämienniveau für das Neugeschäft bewertet.

Leistungsbewertung:

- Höhe der Leistung in den einzelnen Pflegestufen für Neu- und Bestandskunden mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (Anteil von 30% an der Gesamtwertung)
- Dynamikregelungen (Anteil von 40% an der Gesamtwertung)
- Sonstige Leistungen (z.B. Wartezeiten, Unfallbegriff, räumlicher Geltungsbereich) (Anteil von 30% an der Gesamtwertung)

Preis-Leistungsbewertung:

- Beitragsniveau für Personen mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (jeweils mit einem Anteil von 25% an der Gesamtwertung)
- Oben beschriebenes Leistungsniveau für Personen mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (jeweils mit einem Anteil von 75% an der Gesamtwertung)

Die einzelnen Leistungen wurden mit 0 bis 16 Punkten bewertet. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8, 4, 2 bzw. 1 Punkt(e) stehen für den jeweils nächstplatzierten Rang. Fehlt eine Leistung, so wird dies mit 0 Punkten bewertet. Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet, der der Bedeutung für die Mehrzahl der Versicherten gerecht werden soll.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Rating-Stufen verhindern. Nur Versicherer, die ausnahmslos alle dieser Kriterien erfüllt haben, wurden näher betrachtet.

Im Rahmen des Ratings „Pflege-Bahr“ werden zwei Wertungs-Kategorien ausgezeichnet:

- Leistung und
- Preis-Leistung

Beide Kategorien werden mit Bronze, Silber und Gold bewertet. Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Für die Bewertung mit **Bronze** gelten über die gesetzlichen Mindestleistungen hinaus folgende Vorgaben:

- Versicherungsschutz bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit ohne Wartezeit

- Mindestens 60% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Für die Bewertung mit **Silber** gilt zusätzlich folgende Mindestanforderung:

- Dynamisierung des Pflegegeldes bzw. des Pflegegeldes in Höhe der allgemeinen Inflationsrate* (maximiert auf minimal 5%)
- Mindestens 70% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Um eine Bewertung mit **Gold** zu erzielen, muss ergänzend folgendes Leistungsmerkmal erfüllt sein:

- Dynamisierung des Pflegegeldes bzw. des Pflegegeldes mindestens vor Eintritt des Leistungsfalles in Höhe der allgemeinen Inflationsrate
- Mindestens 80% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist. Im Zweifel sind umfassende Leistungen wichtiger als ein günstiges Prämienniveau. Dies gilt insbesondere für Personen, denen aus gesundheitlichen Gründen kein ungeförderter Tarif zur Verfügung steht.

* Tarife, die über die allgemeine Inflationsrate im Durchschnitt der drei Jahre 2009-2012 hinaus dynamisieren, sind nicht förderfähig. Auf der Grundlage des Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes lässt sich feststellen, dass die allgemeine Inflationsrate im Durchschnitt der letzten drei Jahre (2009-2012) bei rund 1,45% lag (2009: 0,4%; 2010: 1,1%; 2011: 2,3%; 2012: 2,0%). Siehe https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13_018_611.html;jsessionid=7C4A612AD1171C80D1EC3215B13E3596.cae2.

I. Leistungsrating



WFS 1 (Gold) für die geförderte Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **ARAG** (Teil I: MB/GEPV 2013; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung: staatliche geförderte ergänzende Pflegeversicherung nach Tarif PF - FörderPflege PF, Stand 02.2014)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	189,00 €	378,00 €	567,00 €	1.890,00 €	15,03 €
Eintrittsalter 40 Jahre	87,00 €	174,00 €	261,00 €	870,00 €	29,67 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	120,00 €	180,00 €	600,00 €	75,79 €

*Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.*

- **Central** (Allgemeine Versicherungsbedingungen (MB/GEPV 2013, TB/GEPV 2013); Tarif central.pflege, Stand 01.05.2013)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	189,00 €	378,00 €	567,00 €	1.890,00 €	15,03 €
Eintrittsalter 40 Jahre	189,00 €	378,00 €	567,00 €	1.890,00 €	29,67 €
Eintrittsalter 60 Jahre	189,00 €	378,00 €	567,00 €	1.890,00 €	75,79 €

*Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.*

- **Deutsche Familienversicherung** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III*	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	135,00 €	405,00 €	943,00 €	1.346,00 €	15,00 €

*Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für das Eintrittsalter 20 Jahre.*

- **DEVK** (Kundeninformation zur DEVK-Förderpflege (Stand 01.04.2013). Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV), Teil I, II und III)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	135,00 €	338,00 €	878,00 €	1.350,00 €	15,30 €
Eintrittsalter 40 Jahre	60,00 €	150,00 €	390,00 €	600,00 €	15,00 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	150,00 €	390,00 €	600,00 €	36,20 €

*Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.*

- **Domcura** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013: DOMCURA Förder-Pflege)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	135,00 €	405,00 €	943,00 €	1.346,00 €	15,00 €

*Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für das Eintrittsalter 20 Jahre.*

- **Envivas** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, Teil I Musterbedingungen (MB/GEPV 2013), Teil II Tarifbedingungen (TB/GEPV 2013): Tarif PflegeAktiv, Stand 01.05.2013

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	189,00 €	378,00 €	567,00 €	1.890,00 €	15,03 €
Eintrittsalter 40 Jahre	189,00 €	378,00 €	567,00 €	1.890,00 €	29,67 €
Eintrittsalter 60 Jahre	189,00 €	378,00 €	567,00 €	1.890,00 €	75,79 €

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

- **VPV** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG In der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013: VPV FörderPflege)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III*	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	135,00 €	405,00 €	943,00 €	1.346,00 €	15,00 €

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für das Eintrittsalter 20 Jahre.

* Wurde bei der versicherten Person eine Pflegebedürftigkeit gemäß der Pflegestufe III festgestellt und erhält die versicherte Person von der Pflegekasse zusätzliche Härtefallleistungen gemäß § 36 Abs. 4 oder § 43 Abs. 3 des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI), leistet auch der Versicherer als gesonderten Leistungszuschlag zu dem vertraglich vereinbarten Pflegemonatsgeldes in der Pflegestufe III eine erhöhte Leistung (127% der Leistung in Pflegestufe III)



WFS 2 (Silber) für die geförderte Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **Deutsche Familienversicherung** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III	Beitragshöhe
Eintrittsalter 40 Jahre	60,00 €	180,00 €	420,00 €	600,00 €	15,32 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	180,00 €	420,00 €	600,00 €	37,82 €

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 40 und 60 Jahre

- **Domcura** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013: DOMCURA Förder-Pflege)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III	Beitragshöhe
Eintrittsalter 40 Jahre	60,00 €	180,00 €	420,00 €	600,00 €	15,32 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	180,00 €	420,00 €	600,00 €	37,82 €

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 40 und 60 Jahre

- **VPV** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG In der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013: VPV FörderPflege)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III	Beitragshöhe
Eintrittsalter 40 Jahre	60,00 €	180,00 €	420,00 €	600,00 €	15,32 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	180,00 €	420,00 €	600,00 €	37,82 €

* siehe oben

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 40 und 60 Jahre.



**WFS 3 (Bronze) für die geförderte
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

- **Barmenia** (Pflegemonatsgeldversicherung (DFPV): „Deutsche-Förder-Pflege“, Stand 01.2014)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III*	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	138,89 €	416,66 €	833,33 €	1.388 €	15,00 €

*Dynamik: Gelegentliche Anpassung ohne nähere Konkretisierung auf Initiative des Versicherers möglich, höchstens jedoch in Höhe der allgemeinen Inflationsrate.
Bewertung für das Eintrittsalter 20 Jahre.*

- **Debeka** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung Teil II Tarif EPG mit Tarifbedingungen - Stand: 1. Januar 2013 - Pflegemonatsgeldversicherung)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III*	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	181,82 €	318,19 €	636,37 €	909,10 €	15,00 €
Eintrittsalter 40 Jahre	120,00 €	210,00 €	420,00 €	600,00 €	17,52 €
Eintrittsalter 60 Jahre	120,00 €	210,00 €	420,00 €	600,00 €	36,60 €

*Dynamik: Gelegentliche Anpassung ohne nähere Konkretisierung auf Initiative des Versicherers möglich, höchstens jedoch in Höhe der allgemeinen Inflationsrate.
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.*

- **R+V** (AVB/GEPV 2013: Pflege FörderBahr (PKB))

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III*	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	335,79 €	335,79 €	783,51 €	1.119,30 €	15,00 €

*Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für das Eintrittsalter 20 Jahre.*

II. Preis-Leistungsrating



**WFS 1 (Gold) für die geförderte
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

- **Central** (Allgemeine Versicherungsbedingungen (MB/GEPV 2013, TB/GEPV 2013); Tarif central.pflege, Stand 01.05.2013
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre)
- **Envivas** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, Teil I Musterbedingungen (MB/GEPV 2013), Teil II Tarifbedingungen (TB/GEPV 2013): Tarif PflegeAktiv, Stand 01.05.2013)
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre



**WFS 2 (Silber) und WFS 3 (Bronze) für die geförderte
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

- Nicht vergeben

Hinweis: Die erfassten Unterlagen von LVM und NÜRNBERGER wurden von den jeweiligen Versicherern nicht verifiziert.

Rating Privathaftpflichtversicherungen



Privathaftpflichtversicherungen für Familien, Paare und Singles: Leistungsvergleich

Basis:	Tarife im Test: 786 Anbieter im Test: 95
Wertung:	Gold, Silber
Stand:	09.10.2014

Haftpflichtrecht heute: Verjährung bis zu 30 Jahre

Wer einen Dritten schädigt haftet grundsätzlich bis zu 30 Jahre lang im Rahmen seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Im Detail unterscheidet sich der Haftungszeitraum ganz erheblich. Für Schäden aus vertraglicher Haftung gilt eine regelmäßige Verjährungsfrist von zwei Jahren, bei Bauwerken von fünf Jahren (§ 438 BGB und § 634a BGB), für Schäden aus Veränderungen oder Verschlechterungen einer Mietsache von sechs Monaten (§ 548 BGB), bei Schäden aus unerlaubter Handlung 3 Jahre, abweichend jedoch bei Schadenersatzansprüchen, die auf der Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit oder der Freiheit beruhen ausnahmslos innerhalb von 30 Jahren. Es spielt für die 30-Jahres-Frist also keine Rolle, inwiefern ein Schaden vorsätzlich, grob oder leicht fahrlässig herbeigeführt wurde. Eine Schädigung an Leib und Leben kann auch ein Schaden am noch ungeborenen Kind sein.

Sonstige Schadenersatzansprüche verjähren binnen einer Frist von 10 Jahren (§ 199 BGB). Besondere Verjährungsfristen gelten unter anderem für Schäden nach dem Umwelthaftpflichtgesetz (§ 17 UmweltHG) oder dem Produkthaftpflichtgesetz (§ 12 ProdHaftG). Die benannten Fristen können z.B. durch Erheben einer Klage oder die Zustellung eines Mahnbescheides gehemmt werden, d.h. dass die Verjährungsfrist nicht weiter zu laufen beginnt.

Die benannten Fristen setzen natürlich voraus, dass überhaupt eine Haftung besteht. Auch wenn grundsätzlich jeder für Schäden haftbar gemacht werden kann, die einem Dritten zugefügt werden, gibt es nämlich Ausnahmen von

dieser Regel. Besonders häufig entfällt eine Haftung bei Sachschäden durch Gefälligkeit oder bei Schäden durch deliktunfähige Personen.

Nicht alles versichert

Aus verständlichen Gründen kann kein Privathaftpflichtprodukt jeden denkbaren Schaden versichern. Auf Basis der GDV-Musterbedingungen (Ziffer 7 der AHB mit Stand 02.2014 bzw. A1-7 der AVB PHV mit Stand 25.08.2014) gelten zum Beispiel Leistungsausschlüsse für Schäden durch Vorsatz, Schäden zwischen mehreren versicherte Personen desselben Vertrages oder zwischen Angehörigen in häuslicher Gemeinschaft oder für Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn der Versicherungsnehmer diese Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen, durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder sie Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind. Ausgeschlossen sind ebenfalls sämtliche Schäden, die im Rahmen einer gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit verursacht werden, Schäden durch gentechnische Arbeiten, gentechnische Organismen oder Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus Asbest.

Ein häufiger Grund für eine Deckungsablehnung sind auch Schäden im Zusammenhang mit der Benzinklausel. Im weitesten Sinne fallen darunter sowohl der Verlust von Kfz-Schlüsseln als auch Schäden beim Be- und Entladen eines Kfz. Häufig erwarten Kunden auch, dass der Privathaftpflichtversicherer den verlorenen Schadenfreiheitsrabatt in der Kfz-Versicherung ersetzt, wenn der vom Freund geliehene Wagen nach einem Unfall mit demselben zurückgestuft

wird. Häufig sind auch Deckungsablehnungen wegen Schäden an fremden vom Versicherungsnehmer gemieteten, geleasten, gepachteten oder gemieteten Gegenständen, wegen Glasschäden, Eigenschäden, aber auch Haftungsablehnungen wegen Deliktunfähigkeit, Gefälligkeitsschäden oder fehlendem Verschulden des Schädigers. Sehr oft kommt es auch zu Deckungsablehnungen, wenn Mietsachschäden die Folge von Abnutzung / Verschleiß / übermäßiger Beanspruchung waren und hier beim Auszug eines Mieters Ansprüche erhoben wurden.

Zu Ärger führt es vielfach, wenn eine Schadenregulierung als Folge von Prämienverzug abgelehnt wird. Speziell nicht bezahlte Prämien scheinen einer der Hauptablehnungsgründe in der Privathaftpflichtversicherung zu sein.

Es gilt die Folgeereignistheorie

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist neben einem versicherten Tatbestand vor allem ein Schadereignis im Sinne von Ziffer 1.1. AHB. Dabei gilt die sogenannte Folgeereignistheorie. Daraus folgt, dass es unerheblich ist, ob zum Zeitpunkt des zugrunde liegenden Ereignisses bereits Versicherungsschutz bestand.

Standards im Wandel

In den vergangenen Jahren hat sich der Versicherungsmarkt stark gewandelt. Viele Leistungen, die früher als unverzichtbar galten, sind heute Standard. Für den Makler bedeutet diese rasante Entwicklung nicht unbeträchtliche Haftungsrisiken, zumal er nicht nur den einzelnen Versicherer, sondern auch den Markt zu überblicken hat. Nicht wenige Versicherer ändern mehr als

einmal im Jahr ihre Bedingungswerke, meist, aber nicht immer nur zum Vorteil der Versicherten. Um die Maklerhaftung zu reduzieren, ist daher ein standardisierter Auswahlprozess bei der Wahl des richtigen Versicherungsproduktes unbedingt erforderlich.

Ratingsystematik

Für die Kategorie Privathaftpflichtversicherung werden zwei Kategorien unterschieden: Silber und Gold. Voraussetzung für das Erreichen einer dieser beiden Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Für die Mindestdeckung (**Silber**) gelten folgende Mindestanforderungen:

- o Garantie, dass der Versicherer nicht zum Nachteil des Kunden von den aktuell gültigen AVB PHV mit Stand 25.08.2014 (GDV-Garantie), dem zuletzt gültigen Stand AHB, Stand 02.2014 und der dazugehörigen Mustertarifstruktur IX mit Stand 13.04.2011 (GDV-Garantie) oder alternativ von den Empfehlungen des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie Dokumentation mit Stand 11.03.2008 oder jünger ODER Arbeitskreis Beratungsprozesse mit Stand 17.02.2010 oder jünger¹⁾
- o Forderungsausfalldeckung mit einem Selbstbehalt von maximal 2.500 Euro und einer Deckungssumme von min. 5 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden²⁾ oder mindestens 100.000 Euro für Vermögensschäden sowie 5.000.000 Euro für Personen- und Sachschäden
- o Sachschäden durch Gefälligkeit mindestens bis 5.000 Euro und mit einem Selbstbehalt bis max. 150 Euro
- o Für Personen mit Kindern unter 10 Jahren: Personen- und Sachschäden durch deliktunfähige eigene Kinder mindestens bis 5.000 Euro (Erweiterung ist demnach keine Mindestanforderung für reine Single-Tarife)
- o Schäden an geliehenen, gemieteten oder gepachteten Gegenständen mindestens bis 2.500 Euro (Mobiliar und Mobilien) und mit einem Selbstbehalt bis max. 150 Euro.
- o Verlust fremder privater Wohnungsschlüssel mindestens bis 5.000 Euro

- o Ausdrückliche Mitversicherung von Internetschäden mindestens bis 100.000 Euro
- o Mitversicherung von Kleingebinden gewässerschädlicher Stoffe mindestens bis 50 l / Kg je Einzelgebilde und mindestens bis 500 l / Kg Gesamtfassungsvermögen
- o Mitversicherung von Schäden durch häusliche Abwässer
- o Mindestens einjährige Auslandsdeckung
- o Versicherungsschutz, sofern damit keine öffentlichen oder hoheitlichen Aufgaben verbunden sind und es sich um keine wirtschaftlichen/sozialen Ehrenämter mit beruflichem Charakter handelt
- o Deckungssumme für Personen-, Sach- und Vermögensschäden: mindestens 5.000.000 Euro pauschal oder mindestens 100.000 Euro für Vermögensschäden sowie 5.000.000 Euro für Personen- und Sachschäden
- o Deckungssumme für Mietsachschäden an Immobilien mindestens 300.000 Euro
- o Deckungssumme für Baumaßnahmen mindestens 50.000 Euro
- o Mitversicherung von Regressansprüchen der Sozialversicherungsträger, Sozialhilfeträgern, privaten Krankenversicherungsträgern, öffentlichen und privaten Arbeitgebern wegen Personenschäden
- o Versicherungsschutz bei volljährigen Kindern auch während des Wehrdienstes oder des Bundesfreiwilligendienstes (BDF) und dies vor, während und im Anschluss an eine Berufsausbildung. [Übergangsweise werden derzeit auch noch akzeptiert die bisherigen Begrifflichkeiten Zivildienst bzw. freiwilliges ökologisches oder soziales Jahr anstelle von BDF]³⁾
- o Vorsorgeversicherung mindestens in Höhe von 5.000.000 Euro für Personen-, Sach- und Vermögensschäden oder mindestens 100.000 Euro für Vermögensschäden sowie 5.000.000 Euro für Personen- und Sachschäden.

Diese Tarife können ausnahmslos als „empfehlenswert“ betrachtet werden, auch wenn sie sich im Detail stark unterscheiden, gerade im Zusammenhang mit Internetschäden und Auslandsdeckung Einschränkungen aufweisen können und

darauf geachtet werden sollte, dass bestimmte Leistungen nur gegen Zuschlag eingeschlossen sind. Sehr oft sind teilweise Schäden mitversicherter Personen (z.B. Tageskinder, Au Pairs) untereinander über die GDV-Ausschlussklauseln hinaus vom Versicherungsschutz ausgenommen, was jedoch zumindest teilweise durch die ausgesprochene GDV-Garantie „geheilt“ werden kann. Der VARIO-Tarif von maxPool unterscheidet sich vom Tarif der Haftpflichtkasse Darmstadt grundsätzlich dadurch, dass beitragspflichtige Tarifbausteine zu- statt abgewählt werden können.

Besonders hochwertige Tarife (**Gold**) sollten darüber hinaus folgende Standards erfüllen:

- o Versicherungsschutz auch für tariflich definierte nebenberufliche Tätigkeiten bis min. 6.000 Euro Jahresumsatz
- o Versicherungsschutz zusätzlich auch für die gewerbliche Tätigkeit als Tagesmutter, sofern dies nicht in Betrieben und Institutionen erfolgt
- o Ergänzend aktiver Rechtsschutz zur Forderungsausfalldeckung mit einer Versicherungssumme von mindestens 300.000 Euro (ggf. in Form einer Kostenübernahme für die anwaltliche Vertretung)
- o Im Rahmen der Ausfalldeckung Versicherungsschutz auch für unechte Vermögensschäden
- o Verzicht auf Einschränkungen des örtlichen Geltungsbereiches der Internetausschlussklausel und Mitversicherung auch von Internetschäden infolge von Datenverarbeitung
- o Keine vom GDV-Standard abweichenden Einschränkungen der mindestens einjährigen Auslandsdeckung (z.B. punitive oder exemplary damages, Einschränkungen in den USA, US-Territorien und Kanada, Forderung der Beibehaltung eines Wohnsitzes innerhalb von Deutschland). Als Einschränkung akzeptabel ist es höchstens, wenn vom Versicherungsnehmer eine Korrespondenzschrift innerhalb der EU verlangt wird oder bei Zahlungen außerhalb des Euro-Raumes die bei der Währungsumrechnung entstehenden Risiken auf den VN abgewälzt werden.

o Versicherer bzw. Risikoträger ist Mitgliedschaft bei Versicherungsbundsmann e.V.

Prüft man auf Basis dieser Kriterien den deutschen Versicherungsmarkt, so verbleiben nur wenige Tarife, die alle diese Anforderungen gleichzeitig erfüllen und mit Silber oder GOLD bewertet werden können.

¹ Aktuell ist der Stand 06.09.2014

² Hinweis: viele Versicherer sehen im Rahmen der Ausfalldeckung Versicherungsschutz nur für unechte Vermögensschäden, also Folgeschäden eines Sach- oder Personenschadens vor. Für den Silberstandard reicht die Mitversicherung unechter Vermögensschäden. Bei einigen Versicherern fehlt darüber hinaus eine eindeutige Mitversicherung auch unechter Vermögensschäden. Sofern diese also nicht ausdrücklich mitversichert werden, wird der Mindeststandard an dieser Stelle als „nicht erreicht“ gewertet.

³ Seit 2011 wurde der bisherige Zivildienst durch den Bundesfreiwilligendienst (BFD) ersetzt. Die GDV-Empfehlung spricht in seiner Mustertarifstruktur aktuell von Zivildienst oder einem freiwilligen sozialen Jahr. Die bisherige Anforderung, nach der auf den Zivildienst als Kriterium abgestellt wurde, macht daher nunmehr eigentlich keinen Sinn mehr. Der neue BFD ersetzt die bisherigen Begrifflichkeiten „freiwilliges ökologisches oder soziales Jahr“.

Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen



ASC

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

InterRisk

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft - gültig ab 17.12.2013 (B 62), Stand 12.2013; Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung „XXL“ (B 68), Stand 12.2013; Klauseln zur Privathaftpflichtversicherung „XXL“, Stand 07.2013) 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) *Achtung: Tarif seit 2011 für Neugeschäft geschlossen*

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS mit Sorglospaket mit Ausfalldeckung PLUS) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

VHV

- (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 07.2014) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv und Baustein Best-Leistungs-Garantie, Stand 07.2014) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)



Alte Leipziger

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AL-AHB 2008) – Stand 07.2011; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflichtversicherung für Privatpersonen, Stand 07.2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Gewässerschaden-Haftpflichtversicherung, Stand 07.2014: comfort) mit 20 Mio. Euro Deckung (max. 15 Mio. Euro je geschädigter Person)

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 und 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

Astra

- (AHB 2014, Stand 05.2014; Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen ASTRA Privat-Haftpflichtversicherung; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Privat-Haftpflichtversicherung; Zusatzklauseln für die PHV-ASTRA Quality plus; Tarif: PHV-14.2 Stand: 05/2014: Quality) mit 10 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (AHB 2014, Stand 05.2014; Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen ASTRA Privat-Haftpflichtversicherung; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Privat-Haftpflichtversicherung; Zusatzklauseln für die PHV-ASTRA Quality plus; Tarif: PHV-14.2 Stand: 05/2014: Quality plus) mit 15 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Barmenia

- (AHB, Stand 01.11.2013; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Privathaftpflichtversicherung für Familien (Top-Schutz), Stand 01.11.2013) mit 10 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen



BCA

- (AHB 01.2008, BBR 07.2010 - Gothaer Haftpflichtversicherung für Privatpersonen, Stand 07.2010, Zusatzbedingungen zur Privathaftpflicht „Nr. Sicher“) mit 10, 15 und 20 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (AHB 01.2008, BBR 07.2010 - Gothaer Haftpflichtversicherung für Privatpersonen, Stand 07.2010, Zusatzbedingungen zur Privathaftpflicht „Nr. Sicher“, „Sicher+Deckung“) mit 10, 15 und 20 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (VARIO Status, VARIO Plus; jeweils Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Die Bayerische

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand 01.01.2008; Sonderbedingungen und Risikobeschreibungen zur Privat-Haftpflichtversicherung Haftpflicht-Police OPTIMAL (Prestige), Stand 07/2013)

ConceptIF

- (AHB CIF 2012, Stand 04.2012; BB PHV CIF Comfort 2012, Stand 01.2013) mit 10 Mio. Euro Deckung
- (AHB CIF 2012, Stand 04.2012; BB PHV CIF Complete 2012, Stand 01.2013) mit 15 Mio. Euro Deckung

Grundeigentümer

- (AHB 2008, Stand 04.2008, BB PHV 2012 Premium, Stand 04.2012: Pro Domo Premium) mit 10 Mio. Euro pauschal für Personen- und Sachschäden, 10 Mio. Euro für Vermögensschäden
- (AHB 2008, Stand 04.2008, BB PHV 2012 Premium, Stand 04.2012: Pro Domo Premium) mit 15 Mio. Euro pauschal für Personen- und Sachschäden, 15 Mio. Euro für Vermögensschäden

GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG

- (AHB 2012 der GVO, Stand 07.2013; Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen für die Privat-Haftpflichtversicherung TOP-VIT, Stand 07.2013) mit 5 bzw. mit 10 Mio. Euro für Personen- und Sachschäden sowie 100.000 Euro für Vermögensschäden

Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2014, BBR PHV VARIO Komfort Plus, Stand 01.01.2014: VARIO-PAKET ohne Abwahl oder nur mit Abwahl der Leistungspakete „erweiterte Vorsorge“ und „Recht“) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Helvetia

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit 5, 10 oder 15 Millionen Euro pauschaler Deckung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit Baustein Plus, Stand 2012) mit 50 Millionen Euro pauschaler Deckung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, maximal 15 Mio. Euro je geschädigter Person
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit Baustein JuraTel, Stand 2012) mit 5, 10 oder 15 Millionen Euro pauschaler Deckung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit Bausteinen Plus und Mobil, Stand 2012) mit 50 Millionen Euro pauschaler Deckung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, maximal 15 Mio. Euro je geschädigter Person
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit Bausteinen Plus, Mobil und JuraTel, Stand 2012) mit 50 Millionen Euro pauschaler Deckung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, maximal 15 Mio. Euro je geschädigter Person

InterRisk

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft - gültig ab 17.12.2013 (B 62), Stand 12.2013; Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung „XL“ (B 67), Stand 12.2013; Klauseln zur Privathaftpflichtversicherung „XL“, Stand 07.2013) mit 5, 10, 25 oder 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (AHB 2008, Stand 07.2008, Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung nach dem XL-Konzept (PHV 2008-XL), Stand 06.2009) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V). *Achtung: Tarif seit 2011 für Neugeschäft geschlossen*

Invers

- (VARIO Status, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (VARIO Plus, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen



Janitos

- (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V) oder mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)
- Janitos (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010, Zusätzliche Vereinbarung zur Privathaftpflichtversicherung 55plus) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V) oder mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)

Konzept & Marketing

- (AT 2011, Stand 11.2010; PHV 2011, Stand 11.2011: allsafe Tarif select Z2) mit 10 und 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (AT 2010, PHV 2010: allsafe Tarif select Z1 – Stand 10/2010) mit 10 und 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V). *Achtung: Tarif seit 01.11.2011 für Neugeschäft geschlossen*

maxPool

- (VARIO, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

NV-Versicherungen

- (AHB 2008, Stand 01.2008, Privatmax. 4.0, Stand 10.2010) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V)
- NV-Versicherungen (AHB 2008, Stand 01.2008, NV PrivatPremium, Stand 10.2010) mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 20 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS mit Ausfalldeckung Plus) mit 20 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS mit Sorglospaket) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Syncro24

- (PHV VARIO Plus, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (PHV VARIO Status, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Waldenburger

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand 01.10.2010; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für die Privathaftpflichtversicherung Super, Stand 01.06.2014) mit 5 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand 01.10.2010; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) für die Privathaftpflichtversicherung Super, Stand 01.06.2014) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

Auch bei den oben mit WFS 1 (Gold) bzw. WFS 2 (Silber) bewerteten Tarifen ist natürlich der individuelle Kundenbedarf zu prüfen, da im Zweifel ein anderer Anbieter, der die beschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt, für den konkreten Kunden vorteilhafter sein kann oder ein Kunde vielleicht auch bestimmte Risiken zu Gunsten einer geringeren Prämie billiger in Kauf nehmen möchte. Gerade eine GDV-Garantie oder eine Innovationsklausel sind etwas, was nicht von jedem Kunden als entscheidend bei der Produktauswahl begriffen wird, auch wenn beides von großem Vorteil sein kann.

Leistungsstarke Familientarife von Versicherern im Überblick

	Tarif	5 Mio. Euro Deckung	10 Mio. Euro Deckung	15 Mio. Euro Deckung	20 Mio. Euro Deckung	25 Mio. Euro Deckung	50 Mio. Euro Deckung *
Haftpflichtkasse Darmstadt	PHV VARIO Komfort, Stand 01.2014		73,78 Euro				77,35 Euro
	PHV VARIO Komfort Plus, Stand 01.2014		113,05 Euro				116,62 Euro
InterRisk	XL, Stand 12.2013	95,20 Euro (71,40 Euro)	99,96 Euro (74,97 Euro)			104,72 Euro (78,54 Euro)	109,48 Euro (82,11 Euro)
	XXL, Stand 12.2013	114,24 Euro (85,68 Euro)	119,00 Euro (89,25 Euro)			123,76 Euro (92,82 Euro)	128,52 Euro (96,39 Euro)
Janitos	Best Selection 2010		149,05 Euro (111,79 Euro)		157,85 Euro (118,39 Euro)		
	Best Selection 2010 (55 plus)		134,41 Euro (100,80 Euro)		143,22 Euro (107,41 Euro)		
Konzept & Marketing	AT 2011, Stand 11.2010; PHV 2011, Stand 11.2011: allsafe Tarif select Z2		ab 85,00 Euro	ab 88,00 Euro			
VHV	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv (55 plus)						94,02 Euro (für Antragssteller ab 55 Jahre: 74,98 Euro)
VHV	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv und Baustein Best-Leistungs-Garantie (55 plus)						104,73 Euro (für Antragssteller ab 55 Jahre: 85,69 Euro)

Hinweis: die o.g. Bruttojahresprämien lassen sich deutlich reduzieren, wenn z.B. Selbstbehalte vereinbart werden, auf bestimmte Leistungsbausteine verzichtet wird, aber auch durch Anbündelung. Bei vorhergehendem Versicherungsschutz und mindestens 5jähriger Vorschadenfreiheit gewähren InterRisk und Janitos zudem einen Schadenfreiheitsnachlass von 25 %. Die entsprechenden Prämien finden Sie in Klammern hinter den Standardprämien.

Bitte beachten Sie, dass unter allen hier benannten Versicherern nur die InterRisk und die Haftpflichtkasse Darmstadt im Zusammenhang mit dem Baustein „Erweiterte Vorsorge“ auch im Kleingedruckten auf versteckte Selbstbehalte z.B. bei Schlüsselverlust, in der Ausfalldeckung oder bei Schäden an Mobilien verzichtet. Weiter ist berücksichtigt, dass optionale Einschlüsse mindestens im Umfang der Ratinganforderungen eingeschlossen wurden.

* Bei der VHV gilt eine Höchsterstattung von 8 Mio. Euro je geschädigter Person, bei der Haftpflichtkasse Darmstadt von 10 Mio. Euro je geschädigter Person und bei der InterRisk von 15 Mio. Euro je geschädigter Person

Leistungsstarke Tarife für Singles mit Kindern von Versicherern im Überblick

	Tarif	5 Mio. Euro Deckung	10 Mio. Euro Deckung	15 Mio. Euro Deckung	20 Mio. Euro Deckung	25 Mio. Euro Deckung	50 Mio. Euro Deckung *
Haftpflichtkasse Darmstadt	PHV VARIO Komfort, Stand 01.2014		73,78 Euro				77,35 Euro
	PHV VARIO Komfort Plus, Stand 01.2014		113,05 Euro				116,62 Euro
InterRisk	XL, Stand 12.2013	95,20 Euro (71,40 Euro)	99,96 Euro (74,97 Euro)			104,72 Euro (78,54 Euro)	109,48 Euro (82,11 Euro)
	XXL, Stand 12.2013	114,24 Euro (85,68 Euro)	119,00 Euro (89,25 Euro)			123,76 Euro (92,82 Euro)	128,52 Euro
Janitos	Best Selection 2010		149,05 Euro (111,79 Euro)		157,85 Euro (118,39 Euro)		
	Best Selection 2010 (55 plus)		134,41 Euro (100,80 Euro)		143,22 Euro (107,41 Euro)		
Konzept & Marketing	AT 2011, Stand 11.2010; PHV 2011, Stand 11.2011: allsafe Tarif select Z2		ab 85,00 Euro	ab 88,00 Euro			
VHV	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv						65,46 Euro
VHV	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv und Baustein Best-Leistungs-Garantie						76,17 Euro

Hinweise und Anmerkungen: siehe Tarife für Singles

Rating Wohngebäudeversicherungen



- *Einfamilienhäuser*
- *Zweifamilienhäuser*
- *Mehrfamilienhäuser*

Basis:

Tarife im Test: 368
Anbieter im Test: 62 Versicherer
bzw. Konzeptanbieter

Wertung:

Gold, Silber, Bronze

Stand:

22.09.2014

Bewertet wurde Wohngebäudetarife für ganz oder überwiegend privat genutzte Gebäude

Geht das Haus in Flammen auf, führt ein unentdeckter Rohrbruch zum Einbruch der Decke oder wird ein Grundstück von einem ausufernden Fluss überflutet, so sind schnell Existenzen ruiniert. Wer ein Wohngebäude sein Eigen nennt, sollte also auf umfassenden Versicherungsschutz mit nur überschaubaren Ausschlüssen bedacht sein. Auch wer stets besonders achtsam durch das Leben geht, ist nicht davor gefeit, doch einmal grob fahrlässig einen Schaden herbeizuführen. Wird dann etwa nur der halbe Versicherungsschaden ersetzt, ist dies mehr als nur ein wenig ärgerlich.

Info zur Wertermittlung

Gerade in älteren Wohngebäudetarifen wird oft ein „Wert 1914“ angegeben. Zusätzlich nennen die meisten Versicherer, auch solche mit Wohnflächentarif, einen Baupreisindex. Beispielhaft lauten diese Werte für das Jahr 2013 für die VHV 16,08 (gleitender Neubauwert) bzw. 12,63 (Baupreisindex).

Der aktuell versicherte Neubauwert eines Hauses ergibt sich aus der Multiplikation des Wertes 1914 mit dem aktuell gültigen Baupreisindex, der Beitrag aus dem Wert 1914 mal gleitenden Neubauwert zuzüglich aktuell geltender Versicherungssteuer.

Anders als der Baupreisindex wird mit dem gleitenden Neubauwert auch die Höhe der Lohnkosten einbezogen, welche sich im Verlauf der Jahre immer wieder erhöht.

Moderne Wohnflächentarife ermitteln keine Versicherungssumme mehr. Der

Versicherungsschutz ist also in jedem Fall ausreichend, sofern alle im Antrag benannten Gefahr erheblichen Merkmale wahrheitsgemäß benannt und entsprechende Änderungen unverzüglich nachgemeldet wurden.

Manche Tarife sind nach Neuwert kalkuliert. Diese legen eine feste Versicherungssumme fest, die allerdings in der Regel nicht automatisch angepasst wird. Hier ist es empfehlenswert, die Höhe des vereinbarten Versicherungsschutzes von Zeit zu Zeit zu überprüfen, um nicht ungewollt eine etwaige Unterversicherung zu riskieren.

Ratingsystematik

Das Rating bewertet Tarife nach ihrer Leistungsstärke in drei Kategorien. Dabei sind jene Punkte erfasst, in denen sich Tarife besonders unterscheiden, aber auch solche Kriterien, die zwar weit verbreitet, aber in jedem Fall unverzichtbar sind. Nicht gesondert berücksichtigt werden hingegen Tarifmerkmale, die zwar für den Einzelfall wichtig sein können (z.B. Mitversicherung von Schäden durch Blindgänger oder radioaktive Isotope, Versicherungsschutz auch bei Schäden durch Streik und Aussperrung durch eigene Angestellte), für die Mehrheit der Versicherungsnehmer jedoch verzichtbar erscheinen dürfen. Auf den ersten Blick erscheint auch die Mitversicherung von „inneren Unruhen“ verzichtbar zu sein, allerdings kann ein Ausschluss dazu führen, dass es im Rahmen einer „normalen“ VGB-Deckung sonst im Fall von Brandstiftung durch Dritte keinen Schadenersatz gibt, während reine Vandalismusschäden in vielen Fällen zumindest eingeschränkt mitversichert sind.

Inwiefern eine Kostenübernahme für ei-

nen vom Versicherungsnehmer beauftragten Sachverständigen von Bedeutung ist, ließ sich nicht so einfach klären. Nach den Erfahrungen der diesbezüglich befragten Versicherer sind entsprechende Beanspruchungen außergewöhnlich selten. Dennoch können sie gerade bei hohen Schäden von Bedeutung sein und wurden daher zum Standard für das Erreichen von „Gold“ definiert. Eine wesentliche Ratinggrundlage war, dass der Anbieter die Mindeststandards des GDV garantiert. Dabei bleibt festzuhalten, dass auch die Garantiezusage von Mindeststandards keine Gewähr dafür bietet, dass diese bedingungsseitig auch eingehalten werden. Im Einzelfall sind für den Kunden nachteilige Abweichungen trotz Garantiezusage möglich, wobei Versicherte aber zumindest die Möglichkeit erhalten, im Falle einer Ablehnung die GDV-Mindeststandards einzufordern. Beispielsweise leitet sich aus der GDV-Garantie ab, dass Versicherungsschutz auch für die unmittelbare Einwirkung von Sturm oder Hagel auf versicherte Gebäude besteht, die mit dem versicherten Gebäude oder Gebäude, in denen sich versicherten Sachen befinden, baulich verbunden sind. Die aktuellen Testsieger schreiben dies jeweils klarstellend auch in ihren Bedingungen, so dass keine Missverständnisse möglich sind. Im Einzelfall ist eine Überprüfung des konkreten Kundenbedarfs in jedem Fall unerlässlich, zumal eine vollständige Erfassung sämtlicher denkbarer Schadenszenarios nicht möglich ist und die Bewertung der Eintrittswahrscheinlichkeit vor einem möglichen Schadeneintritt weitgehend Kaffeesatzleserei bleiben muss.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden für die Wohngebäudeversicherung bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Ratingstufen verhindern.

Eine Bewertung mit „Bronze“ setzt mindestens folgende Leistungen voraus:

- Bedingungsseitige Garantie, dass der Versicherer in keinem Fall zum Nachteil des Kunden von den VGB 2010 – Wert 1914, Version 01.01.2013 bzw. VGB 2010 – Wohnfläche, Version 01.01.2013 des GDV abweicht. Diese Garantie kann auch implizit durch eine Garantie hinsichtlich der Standards des Arbeitskreises Beratungsprozesse gewährt werden

Hinweis: da die VGB 2010 keine separaten BEW mehr vorsehen, ist der entsprechende Standard automatisch gewährt, kann aber sonst auch über eine Garantie hinsichtlich der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse hergeleitet werden)

- Bedingungsseitige Garantie, dass neue, verbesserte Versicherungsbedingungen automatisch auch für bestehende Verträge gelten, sofern damit keine Prämienhöhung verbunden ist (Innovationsklausel)
- Möglichkeit eines Unterversicherungsverzichts bei Tarifen auf Basis von Wert 1914. Bei Wohnflächentarifen ergibt sich aus der GDV-Garantie, dass kein Abzug wegen Unterversicherung erfolgen kann
- Verzicht auf Kürzung der Leistung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles bis mindestens in Höhe von 95% der Versicherungssumme
- Mitversicherung von Überspannungsschäden durch Blitz bis mindestens 10.000 Euro (jeweils Selbstbehalt von maximal 500 Euro)
- Mitversicherung von Sengschäden bis in Höhe der Versicherungssumme (jeweils Selbstbehalt von maximal 500 Euro)
- Mitversicherung von Schäden durch Verpuffung, Nutzwärme und Rauch (auch ohne Feuer!) bis in Höhe der Versicherungssumme (jeweils Selbstbehalt von maximal 500 Euro)
- Versicherungsschutz für Schäden

durch Rauch auch, wenn die Schadenursache nicht auf dem Versicherungsgrundstück liegt und es sich nicht um Folgen einer versicherten Gefahr handelt

- Versicherungsschutz für frostbedingte und sonstige Bruchschäden von außerhalb von Gebäuden liegende Zuleitungsrohre auf dem Versicherungsgrundstück, die der Versorgung versicherter Gebäude oder Anlagen dienen, für die der Versicherungsnehmer die Gefahr trägt und die nicht ausschließlich gewerblichen Zwecken dienen
- Versicherungsschutz für frostbedingte und sonstige Bruchschäden für außerhalb von Gebäuden liegende Zuleitungsrohre außerhalb des Versicherungsgrundstücks, die der Versorgung versicherter Gebäude oder Anlagen dienen, für die der Versicherungsnehmer die Gefahr trägt und die nicht ausschließlich gewerblichen Zwecken dienen (mindestens bis in Höhe von 10.000 Euro)
- Versicherungsschutz für frostbedingte und sonstige Bruchschäden für außerhalb von Gebäuden liegende Zuleitungsrohre auf dem Versicherungsgrundstück, die nicht der Versorgung versicherter Gebäude oder Anlagen dienen, für die der Versicherungsnehmer die Gefahr trägt und die nicht ausschließlich gewerblichen Zwecken dienen (mindestens bis in Höhe von 10.000 Euro)
- Versicherungsschutz für frostbedingte und sonstige Bruchschäden für außerhalb von Gebäuden liegende Ableitungsrohre auf dem Versicherungsgrundstück, die der Entsorgung versicherter Gebäude oder Anlagen dienen, für die der Versicherungsnehmer die Gefahr trägt und die nicht ausschließlich gewerblichen Zwecken dienen (mindestens bis in Höhe von 10.000 Euro und Selbstbehalt bis max. 1.000 Euro)
- Versicherungsschutz für frostbedingte und sonstige Bruchschäden für außerhalb von Gebäuden liegende Ableitungsrohre außerhalb des Versicherungsgrundstücks, die der Entsorgung versicherter Gebäude oder Anlagen dienen, für die der Versicherungsnehmer die Gefahr trägt und die nicht ausschließlich gewerblichen Zwecken

dienen (mindestens bis in Höhe von 5.000 Euro und Selbstbehalt bis max. 1.000 Euro)

- Einschluss der erweiterten Elementarschadendeckung bis in Höhe der Versicherungssumme inklusive Erdbeben, Rückstau sowie Überschwemmung durch oberirdische stehende oder fließende Gewässer mit einem Selbstbehalt von höchstens 5.000 Euro je Schadenfall. Alternative Mitversicherung von Erdbeben- oder Erdsenkung.
- Vorsorgedeckung mindestens bis zur nächsten Hauptfälligkeit, sofern die Wertermittlung über den Wert 1914 erfolgt
- Hotel- bzw. Unterkunfts-kosten mindestens 100 Tage à 100 Euro pro Tag oder im Rahmen der Versicherungssumme ohne besondere Begrenzung
- Mitversicherung sonstiger Grundstücksbestandteile (z.B. Briefkästen, Zäune) auf dem Versicherungsgrundstück, sofern diese fest mit dem Grund und Boden des Versicherungsgrundstücks verankert sind

Eine Bewertung mit „Silber“ setzt ergänzend mindestens folgende Leistungen voraus:

- Übernahme von Rückreisekosten aus dem Urlaub ab einer Mindestschadenhöhe von nicht über 5.000 Euro oder ohne Benennung einer Mindestschadenhöhe
- Subsidiärer Regressverzicht gegenüber fahrlässig handelnden Angehörigen, die keinen Anspruch über eine etwaige Haftpflichtversicherung geltend machen können
- Mitversicherung von Gebäudebeschädigungen durch unbefugte Dritte aufgrund versuchten oder erfolgten Einbruchdiebstahls bis mindestens 5.000 Euro mit einem Selbstbehalt bis maximal 500 Euro
- Versicherungsschutz für den Anprall von fremdbetriebenen Schienen-, Straßen- und Wasserfahrzeugen an das versicherte Gebäude

Eine Bewertung mit „Gold“ setzt ergänzend mindestens folgende Leistungen voraus:

- Mitversicherung von Schäden durch Ruß (auch ohne Feuer!) bis in Höhe der Versicherungssumme (jeweils

- Selbstbehalt von maximal 500 Euro)
- Versicherungsschutz für Schäden durch Ruß auch, wenn die Schadensursache nicht auf dem Versicherungsgrundstück liegt und es sich nicht um Folgen einer versicherten Gefahr handelt
 - Schäden durch Dekontamination von verseuchtem Erdreich bis mindestens in Höhe von 50.000 Euro
 - Versicherungsschutz auch bei Schäden durch innere Unruhen
 - Kostenübernahme für einen vom Versicherungsnehmer beauftragten Sachverständigen bei einer Schadenhöhe von mindestens 10.000 Euro bis mindestens 5.000 Euro
 - Versicherungsschutz auch für Graffiti und andere Schäden an versicherten Gebäuden und Sachen durch mut- oder böswillige Handlungen
 - Schäden durch Marderverbiss an elektrischen Anlagen sowie Dämmungen mindestens bis 5.000 Euro
 - Mitversicherung von Schäden durch Blindgänger / Kampfmittel aus beendeten Kriegen (gegebenenfalls als Teil einer Allgefahrendeckung)
 - Versicherer bzw. Risikoträger ist Mitgliedschaft bei Versicherungsombudsmann e.V.

Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für

dieses Rating. Wichtige Unterschiede wie eine mögliche Allgefahrendeckung, Kostenübernahme für Umzugskosten oder die Entsorgung umgestürzter Bäume sollten im Kundeninteresse in jedem Fall individuell berücksichtigt werden. Wer sein Gebäude gemischt privat und gewerblich nutzt oder eine Photovoltaikanlage auf dem Dach hat, sollte sicherstellen, dass entsprechender Versicherungsschutz besteht. Dies gilt auch für die Fälle, wo sich eine Garage nicht auf dem eigentlichen Versicherungsgrundstück befindet oder Rückstau nur mit funktionsfähigem Rückstauventil versichert wäre. Für einige Leistungen wie z.B. Sengschäden oder Kostenübernahme für einen vom Versicherungsnehmer beauftragten Sachverständigen sind Selbstbehalte in stark variierender Höhe durchaus üblich und sollten in der Beratung besondere Erwähnung finden. Weiter gehört zu einer umfassenden Beratung natürlich auch eine Berücksichtigung des konkreten Prämienniveaus. Auch vordergründig „beitragsfreie“ Einschlüsse wie die Mitversicherung von Schäden durch radioaktive Isotope oder Schäden durch Windbewegungen unabhängig vom Erreichen der Windstärke 8 kosten Geld und entsprechen möglicherweise nicht dem Bedarf Ihres Kunden. Im Einzelfall ist es aber auch möglich, dass ein Tarif mit zusätzlichen Einschlüssen preiswerter kommt als ein reiner „Basistarif“.

Note/Bedeutung

WFS 1 (Gold): Anforderungen Bronze, Silber und Gold erfüllt

WFS 2 (Silber): Anforderungen Bronze und Silber erfüllt

WFS 3 (Bronze): Anforderungen Bronze erfüllt

Jeder Tarif, der wenigstens die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold, Silber oder Bronze erfüllt hat, ist grundsätzlich als „empfehlenswert“ zu werten und sticht deutlich aus der Masse der Wettbewerber hervor. Eine Detailbetrachtung bleibt jedoch auch weiterhin anzuraten.

Info

Analysiert wurden ganz oder überwiegend privat genutzte Wohngebäudeversicherungen ohne Berücksichtigung eines möglichen Einschlusses 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. Dies betrifft auch Ausschlüsse, die allein eine Mitversicherung von Ertragsausfall betreffen, die Wohngebäudeversicherung als solche jedoch nicht betreffen.



Bedingungsrating Einfamilienhäuser

<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B 01), Stand 07.2013; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ (B 38), Stand 12.2013; Klauseln zur Wohngebäudeversicherung „XXL“, Stand 07.2013) • (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011)¹ <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (EV 2013, Stand 05.2013: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)* • AT 2013, Stand 05.2013; GB 2013, Stand 05.2013: allsafe domo - Wohngebäudeversicherung** 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011)¹ 	<p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Oktober 2012) • (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Oktober 2012)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bedingungsrating Zweifamilienhäuser

<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B 01), Stand 07.2013; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ (B 38), Stand 12.2013; Klauseln zur Wohngebäudeversicherung „XXL“, Stand 07.2013) • (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011)¹ <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (AT 2013, Stand 05.2013; GB 2013, Stand 05.2013: allsafe domo - Wohngebäudeversicherung)** 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011)¹ 	<p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Oktober 2012) • (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Oktober 2012)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bedingungsrating Mehrfamilienhäuser

<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B 01), Stand 07.2013; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ (B 38), Stand 12.2013; Klauseln zur Wohngebäudeversicherung „XXL“, Stand 07.2013) • (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011)¹ 	<p>nicht vergeben</p>	<p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VGB 2011 – Wert 1914, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wert 1914, Fassung Oktober 2012) • (VGB 2011 – Wohnfläche, Fassung Juli 2011: BBW EXKLUSIV-GARANT – Wohnfläche, Fassung Oktober 2012)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* 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.

** die Versicherungssumme wurde per 02.2014 von bislang pauschal 700.000 Euro auf 1 Mio. Euro erhöht.

Wichtiger Hinweis: obwohl die Daten, die zu diesem Rating geführt haben, mit höchster Sorgfalt erfasst wurden, können mögliche Fehler bei der Erfassung dennoch nicht ausgeschlossen werden. Diese können Auswirkungen auf das ermittelte Ergebnis haben. Obwohl in die einzelnen Punkte viel Zeit investiert wurde, ist doch ein gewisses Maß an Subjektivität bei der Gewichtung nicht zu vermeiden. Auch dieses Rating kann daher keinen Ersatz für ein ausführliches Studium von Versicherungsbedingungen sein, soll aber zumindest Hilfestellung bei der Auswahl möglicher geeigneter Tarife sein.

¹ Tarif für das Neugeschäft geschlossen

Rating Hausratversicherungen



■ *Tarife mit Versicherungsschutz mit einer Versicherungssumme von 60.000 und 150.000 Euro*

Basis:	Tarife im Test: 479 Anbieter im Test: 72 Versicherer bzw. Konzeptanbieter
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	17.09.2014

Wenn ein Fernseher implodiert, kann dies zur Zerstörung der ganzen Wohnung führen. Eine Schadenhöhe von 100.000 Euro oder mehr ist als Folge möglich. Zu gleichen Folgen kann auch eine Verpuffung führen. Zu den häufigsten Schadenursachen in der Hausratversicherung gehören Überspannungsschäden durch Blitz, einfacher Diebstahl von Fahrrädern sowie Leitungswasserschäden. Als Einzelschäden besonders kostenintensiv sind insbesondere Schäden als Folge von Einbruch / Diebstahl sowie Elementarschäden. Ebenfalls sehr häufig sind Schäden an der Verglasung, die aber regelmäßig nicht unter den Versicherungsschutz der selbständigen Hausratversicherung fallen und daher hier nicht näher betrachtet werden.

Ratingsystematik

Das Rating bewertet Tarife nach ihrer Leistungsstärke in drei Kategorien. Diese resultieren aus den Erfahrungen vorangegangener Leistungsratings und umfassen wesentliche Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden: u.a. Überspannungsschäden durch Blitz, Sengschäden, einfacher Diebstahl von Fahrrädern oder Verzicht auf Kürzung der Leistung wegen der Einrede der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles, Innovationsklauseln. Eine wesentliche Ratinggrundlage war, dass der Anbieter die Mindeststandards des GDV garantiert. Dabei bleibt festzuhalten, dass auch die Garantiezusage von Mindeststandards keine Gewähr dafür bietet, dass diese bedingungsseitig auch eingehalten werden. Im Einzelfall sind für den Kunden nachteilige Abweichungen trotz Garantiezusage möglich, wobei Versicherte aber zumindest die Mög-

lichkeit erhalten, im Falle einer Ablehnung die GDV-Mindeststandards einzufordern.

Manche Einschlüsse wie Schäden als Folge von Vandalismus nach einem Einbruch / Diebstahl oder Versicherungsschutz für Wasser aus Aquarien und Wasserbetten wurden nicht gesondert bewertet, da sie mittlerweile allgemein üblich sind und bei leistungsstarken Tarifen ohnehin zum Versicherungsumfang gehören. Im Einzelfall ist eine Überprüfung des konkreten Kundenbedarfs ohnehin unerlässlich, zumal eine vollständige Erfassung sämtlicher existenter Einschlüsse zur Hausratversicherung so kaum möglich sein dürfte.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden für die Hausratversicherung bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Rating-Stufen verhindern.

Für den Bronzestandard sind dies:

- Bedingungsseitige Garantie, dass der Versicherer nicht zum Nachteil des Kunden von den aktuell gültigen VHB 2010 mit Stand 01.01.2013 und den dazugehörigen Klauseln zu den VHB 2010 mit Stand 01.01.2013 abweicht (GDV-Garantie). Dies beinhaltet u.a. die Mitversicherung von Implosionsschäden sowie Versicherungsschutz für Hausrat in der Nähe des Versicherungsortes
- Garantie, dass der Versicherer prämieneutrale Bedingungsverbesserungen automatisch zum Vertragsbestandteil auch für laufende Verträge macht (Innovationsklausel)
- Möglichkeit eines Unterversicherungsverzichts
- Mitversicherung von Überspannungsschäden durch Blitz bis mindestens 15.000 Euro

- Versicherungsschutz für Schäden durch Verpuffung und Überschallknall bis zur Versicherungssumme
- Kostenübernahme für Sengschäden bis mindestens 2.500 Euro
- Verzicht auf die Einrede der grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles bis mindestens 95 % der Schadenhöhe ohne Quotelung
- Wertsachen in Tresoren bis mindestens 35 % der Versicherungssumme, außerhalb von Tresoren mindestens bis 1.000 Euro für Bargeld, 2.500 Euro für Urkunden, Sparbücher und sonstige Wertpapiere sowie bis 20.000 Euro für Schmuck
- Kostenübernahme für einen vom Versicherungsnehmer beauftragten Sachverständigen bei einer Schadenhöhe von mindestens 10.000 Euro bis mindestens 5.000 Euro
- Versicherungsschutz auch für die unmittelbare Einwirkung von Sturm oder Hagel auf versicherte Hausratgegenstände durch baulich mit dem versicherten Gebäude(n), in denen sich versicherte Sachen befinden, verbundene Sachen
- Mitversicherung des bestimmungswidrigen Austritts von Wasser aus Aquarien und Wasserbetten
- Wiederherstellung privater Daten bis mindestens 500 Euro
- Versicherungsschutz für Diebstahl von Hausrat aus Kfz sowie einfachem Diebstahl von Kinderwagen bis mindestens 1 % der Schadenhöhe
- Übernahme von Rückreisekosten aus dem Urlaub ab einer Mindestschadenhöhe von nicht über 5.000 Euro oder ohne Benennung einer Mindestschadenhöhe
- Mitversicherung von Vandalismusschäden als Folge von Einbruch / Diebstahl

- Hotelkosten mindestens 100 Tage à 100 Euro pro Tag
- Kostenübernahme für Lagerkosten für einen Zeitraum von mindestens 200 Tagen

Zusätzliche Mindeststandards für den Silberstandard sind:

- Bargeld min. 1.500 Euro
- Schmucksachen, Edelsteine, Perlen sowie Sachen aus Gold und Platin: min. 25.000 Euro
- Subsidiärer Regressverzicht gegenüber fahrlässig handelnden Angehörigen, die keinen Anspruch über eine etwaige Haftpflichtversicherung geltend machen können

Zusätzliche Mindeststandards für den Goldstandard sind:

- Fahrraddiebstahl mindestens bis 1 % der Versicherungssumme
- Einschluss der erweiterten Elementarschadendeckung bis in Höhe der Versicherungssumme inklusive Erdbeben, Rückstau sowie Überschwemmung durch oberirdische stehende oder fließende Gewässer mit einem Selbstbehalt von höchstens 5.000 Euro je Schadenfall. Alternative Mitversicherung von Erdbeben oder Erdbeben.
- Abweichende Mitversicherung von Sengschäden bis in Höhe der Versicherungssumme
- Mitversicherung von Schäden durch Rauch und Ruß bis zur Versicherungssumme, ohne dass diese die Folge einer versicherten Gefahr sein müssen
- Versicherungsschutz auch für Schäden durch Rauch / Ruß, wenn dieser plötzlich bestimmungswidrig aus den am Versicherungsort und in dessen unmittelbarer Umgebung befindlichen Feuerungs-, Heizungs-, Koch- oder Trockenanlagen ausgetreten ist und unmittelbar auf versicherte Sachen einwirkt
- Versicherungsschutz ausdrücklich auch in ausschließlich beruflich oder gewerblich genutzten häuslichen Arbeitszimmern, ohne dass es dazu einer besonderen Vereinbarung bedarf (keine Schlechterstellung gegen-

über dem GDV-Standard)

- Versicherungsschutz für Diebstahl aus Kfz innerhalb der Europäischen Union. Dabei besteht Versicherungsschutz auch für Diebstahl von Elektronik (mindestens: Handys, Laptops sowie Kameras) bis mindestens 250 Euro, sofern diese sich im von außen nicht einsehbaren Kofferraum befanden
- Außenversicherung mindestens für 6 Monate bis in Höhe von mindestens 12.000 Euro und während der Ausbildungsdauer für Wohnungen alleinlebender Kinder in Ausbildung
- Versicherer bzw. Risikoträger ist Mitgliedschaft bei Versicherungsombudsmann e.V.

Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Wichtige Unterschiede wie die Mitversicherung von ausschließlich dem Beruf oder Gewerbe dienendem Hausrat oder Diebstahl auch von Schmuck und anderen Wertsachen aus verschlossenen Kfz können zwar ratingrelevant sein, sollten im Kundeninteresse jedoch individuell berücksichtigt werden. Wer ein berufliches Arbeitszimmer besitzt, sollte darauf achten, dass hier entsprechend Versicherungsschutz besteht. Zu beachten ist auch, dass viele Leistungen im Rahmen der Außenversicherung nur eingeschränkt versichert sind. Insbesondere gilt dies für das Abhandenkommen von Wertsachen. Für einige Leistungen wie z.B. Sengschäden oder Kostenübernahme für einen vom Versicherungsnehmer beauftragten Sachverständigen sind Selbstbehalte von 150, 500 Euro oder 10% durchaus üblich und sollten in der Beratung besondere Erwähnung finden.

Weiter gehört zu einer umfassenden Beratung natürlich auch eine Berücksichtigung des konkreten Prämienniveaus. Auch vordergründig „beitragsfreie“ Einschlüsse wie Leistungen für einfachen Fahrraddiebstahl kosten Geld und entsprechen möglicherweise nicht dem Bedarf Ihres Kunden. Im Einzelfall ist es aber auch möglich, dass ein Tarif mit zusätzlichen Einschlüssen preiswerter kommt als ein reiner „Basistarif“.

Note/Bedeutung

WFS 1 (Gold): Anforderungen Bronze, Silber und Gold erfüllt

WFS 2 (Silber): Anforderungen Bronze und Silber erfüllt

WFS 3 (Bronze): Anforderungen Bronze erfüllt

Jeder Tarif, der wenigstens die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold, Silber oder Bronze erfüllt hat, ist grundsätzlich als „empfehlenswert“ zu werten und sticht deutlich aus der Masse der Wettbewerber hervor. Eine Detailbetrachtung bleibt jedoch auch weiterhin anzuraten.

Info

Analysiert wurden Hausratversicherungen ohne Berücksichtigung eines möglichen Einschlusses von Glasschäden mit den Versicherungssummen 60.000 und 150.000 Euro. Sofern geforderte Mindestleistungen nur gegen Zuschlag mitversichert werden können, wurde ein solcher Mindestzuschlag berücksichtigt.

Bedingungsrating

Basis: Versicherungssumme 60.000 Euro		
		
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013, Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ (B28), Stand 07.2013, Klauseln zur Hausratversicherung „XXL“, Stand 07.2013 VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009. <i>Hinweis: Tarif ist für das Neugeschäft geschlossen</i> <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> EV 2013, Stand 05.2013: allsafe casa - die Eigenheimversicherung* AT 2013, Stand 05.2013; HR 2013, Stand 05.2013: allsafe home – Hausratversicherung** 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011. <i>Hinweis: Tarif ist für das Neugeschäft geschlossen</i> <p>Swiss Life</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 Sorglospaket Prima Plus; aktualisiert zum 01.01.2013 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; aktualisiert zum 01.01.2013 	<p>ASC mit Risikoträger VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 07.2011)</p> <p>degenia</p> <ul style="list-style-type: none"> (I DEG-VHB 2009, Stand 01.05.2013; II DEG-VHB 2009 Abschnitt A – Fassung Mai 2013 –; III DEG-VHB 2009 Abschnitt B – Fassung Mai 2013 –; IV Besondere Klauseln zur degenia Hausratversicherung <i>optimum</i>; V Besondere Klauseln zur degenia Hausratversicherung; VII Besondere Klauseln zur degenia Hausratversicherung; X Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“ Tarif: <i>optimum</i>) (I DEG-VHB 2009, Stand 01.05.2013; II DEG-VHB 2009 Abschnitt A – Fassung Mai 2013 –; III DEG-VHB 2009 Abschnitt B – Fassung Mai 2013 –; IV Besondere Klauseln zur degenia Hausratversicherung <i>optimum plus</i>; V Besondere Klauseln zur degenia Hausratversicherung; VII Besondere Klauseln zur degenia Hausratversicherung; X Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“ Tarif: <i>optimum plus</i>) <p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2010, Stand 01.2014: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2014) <p>Interlloyd</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB - 2014 qm-Modell, BB Eurosecure Plus, Stand 08.2013) <i>Achtung: Bewertung gilt nur bei einer Wohnfläche von min. 100 qm!</i> (VHB - 2014 qm-Modell, BB Infinitus, Stand 08.2013) <p>NV-Versicherungen</p> <ul style="list-style-type: none"> (Allgemeine Hausrat Versicherungsbedingungen VHB 2008, Stand 01.2008; BB für die Hausratversicherung BBH HausratPremium – 03/2013; BB für die Versicherung weiterer Hausratelementarschäden BWHE HausratElementar 2.0 – 05/2009) <p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2011; BB für die Hausratversicherung KLASSIK-GARANT (BBH KLASSIK-GARANT) – Oktober 2012; Zusatzbedingungen für den Baustein EXKLUSIV zur Hausratversicherung (Baustein EXKLUSIV) – Oktober 2012; BB für die Versicherung weiterer Elementarschäden (BWE 2011 – Privat); Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv)

Basis: Versicherungssumme 150.000 Euro		
 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro GOLD</p>	 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro SILBER</p>	 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro BRONZE</p>
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013, Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ (B28), Stand 07.2013, Klauseln zur Hausratversicherung „XXL“, Stand 07.2013 • VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009. <i>Hinweis: Tarif ist für das Neugeschäft geschlossen</i> <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • EV 2013, Stand 05.2013: allsafe casa - die Eigenheimversicherung* • AT 2013, Stand 05.2013; HR 2013, Stand 05.2013: allsafe home - Hausratversicherung** 	<p>ConceptIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Allgemeine Versicherungsbedingungen (VHB CIF 2012), Stand 02.2014; Besondere Bedingungen (BB HR CIF comfort 2012), Stand 01.02.2014: Comfort) • (Allgemeine Versicherungsbedingungen (VHB CIF 2012), Stand 02.2014; Besondere Bedingungen (BB HR CIF Complete 2012), Stand 01.02.2014: Complete) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011. <i>Hinweis: Tarif ist für das Neugeschäft geschlossen</i> <p>Swiss Life</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; aktualisiert zum 01.01.2013 • (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 Sorglospaket Prima Plus; aktualisiert zum 01.01.2013) 	<p>ASC mit Risikoträger VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 07.2011)</p> <p>degenia</p> <ul style="list-style-type: none"> • (I DEG-VHB 2009, Stand 01.05.2013; II DEG-VHB 2009 Abschnitt A – Fassung Mai 2013 –; III DEG-VHB 2009 Abschnitt B – Fassung Mai 2013 –; IV Besondere Klauseln zur degenia Hausratversicherung <i>optimum</i>; V Besondere Klauseln zur degenia Hausratversicherung; VII Besondere Klauseln zur degenia Hausratversicherung; X Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“ Tarif: <i>optimum</i>) • (I DEG-VHB 2009, Stand 01.05.2013; II DEG-VHB 2009 Abschnitt A – Fassung Mai 2013 –; III DEG-VHB 2009 Abschnitt B – Fassung Mai 2013 –; IV Besondere Klauseln zur degenia Hausratversicherung <i>optimum plus</i>; V Besondere Klauseln zur degenia Hausratversicherung; VII Besondere Klauseln zur degenia Hausratversicherung; X Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“ Tarif: <i>optimum plus</i>) <p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2010, Stand 01.2014: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2014) <p>Interflloyd</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB - 2014 qm-Modell, BB Eurosecure Plus, Stand 08.2013) <i>Achtung: Bewertung gilt nur bei einer Wohnfläche von min. 100 qm!</i> • (VHB - 2014 qm-Modell, BB Infinitus, Stand 08.2013) <p>NV-Versicherungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Allgemeine Hausrat Versicherungsbedingungen VHB 2008, Stand 01.2008; BB für die Hausratversicherung BBH HausratPremium – 03/2013; BB für die Versicherung weiterer Hausratelementarschäden BWHE HausratElementar 2.0 – 05/2009) <p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2011; BB für die Hausratversicherung KLASSIK-GARANT (BBH KLASSIK-GARANT) – Oktober 2012; Zusatzbedingungen für den Baustein EXKLUSIV zur Hausratversicherung (Baustein EXKLUSIV) – Oktober 2012; BB für die Versicherung weiterer Elementarschäden (BWE 2011 – Privat): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv)

* der Tarif allsafe casa von Konzept & Marketing ist eine Allgefahrendeckung und umfasst Versicherungsschutz sowohl für die Sparte Hausrat als auch Wohngebäude. Zum 01.02.2014 wurde die pauschale Versicherungssumme von 1 Mio. Euro bestandswirksam auf 1,5 Mio. Euro erhöht. Die Absicherung nur eines der beiden Einzelrisiken ist ausschließlich im Rahmen einer vorübergehenden Exzedentendeckung möglich.

** pauschale Deckungssumme zum 01.02.2014 von 300.000 Euro auf 500.000 Euro erhöht.

Wichtiger Hinweis: obwohl die Daten, die zu diesem Rating geführt haben, mit höchster Sorgfalt erfasst wurden, können mögliche Fehler bei der Erfassung dennoch nicht ausgeschlossen werden. Diese können Auswirkungen auf das ermittelte Ergebnis haben. Obwohl in die einzelnen Punkte viel Zeit investiert wurde, ist doch ein gewisses Maß an Subjektivität bei der Gewichtung nicht zu vermeiden. Auch dieses Rating kann daher keinen Ersatz für ein ausführliches Studium von Versicherungsbedingungen sein, soll aber zumindest Hilfestellung bei der Auswahl möglicher geeigneter Tarife bieten.

Rating Hundehalterhaftpflichtversicherungen



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

Basis: Tarife im Test: 486
Anbieter im Test: 81

Wertung: Gold, Silber

Stand: 09.10.2014

Hundehalterhaftpflichtversicherungen für Besitzer von Kampf-, Zwinger- und sonstigen privat gehaltenen Hunden

o selbstständige Hundehalterhaftpflicht oder in Verbindung mit einer Privathaftpflicht

Schätzungen nehmen eine Zahl von etwa fünfeneinhalb Millionen Hunden in Deutschland an.¹ Während rund 30.000 bis 50.000 Bissverletzungen jährlich behandelt werden, wird tatsächlich von einer weit höheren Dunkelziffer ausgegangen. Zu den typischen Haftpflichtfällen, die mit der Gefährdungshaftung von Hunden im Zusammenhang stehen, gehören neben den „normalen“ Sachschäden durch kratzende Hunde vor allem:

- *Personenschäden (bei kleineren Kindern meist Schädelverletzungen, im allgemeinen vor allem Schäden an Händen, Armen, Kopf, Nacken, Kopf oder Gesicht)*

Die meisten Personenschäden an Erwachsenen lassen sich auf Revier- und Futterverteidigung zurückführen. Besonders häufig beißen Hunde zu, wenn sie erschreckt werden. Bei Vorfällen mit Kindern sind weitere wichtige Ursachen die Störung beim Fressen, das Wegnehmen eines Gegenstandes sowie das Wecken des schlafenden Tieres. Beißvorfälle im familiären Umfeld und an Kindern sind besonders häufig.

- *Hund beißt Hund*

In diesen Fällen ist zu prüfen, inwieweit sich die spezifische Tiergefahr des Hundes ausgewirkt hat. Unter anderem ist auf die Größe des Tieres abzustellen, ob ein Hund angeleint gewesen ist oder ob andere Faktoren zu berücksichtigen

sind, die auf die Gefährdungshaftung Einfluss haben. Gerade bei Hundebeißenreien kann die Bestimmung der Haftungsquote sehr schwierig sein.

- *Hund gegen Auto*

Hier handelt es sich um Schadensfälle, die durch auf die Straße springende Hunde verursacht werden. Entweder kommt es zu einer Kollision mit einem Pkw oder der Pkw-Fahrer weicht dem auf die Straße laufenden Hund aus bzw. er oder auch andere Verkehrsteilnehmer werden geschädigt. Die Größe eines Tieres hat in so einem Fall keine Bedeutung.

- *Eingreifen in einen Hundekampf*

Es gibt immer wieder Hundehalter, die in einen Hundekampf eingreifen, um dem eigenen Tier zur Hilfe zu kommen und dabei selber Schaden erleiden. Unter Umständen kann diese Handlungsweise dazu führen, dass ein Mitverschulden des Eingreifenden angerechnet werden muss. Hierbei sind selbstverständlich ebenfalls die Größe des Hundes und die weiteren Umstände in Betracht zu ziehen.

Für all diese Schadensfälle haftet der Hundehalter. Im schlimmsten Fall bis zu 30 Jahre lang und dies unbegrenzt, beispielweise für eine lebenslange Invalidenrente. Um gegen solche Fälle gewappnet zu sein, ist eine leistungsstarke Hundehalterhaftpflicht unabdingbar. Dabei sollte die Deckungssumme keineswegs unter fünf Millionen Euro betragen.

Derzeit (Stand 09.2014) besteht in Berlin, Hamburg, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen eine grundsätzliche Versicherungspflicht für alle Hunde, in Bayern, Baden-Württemberg, Bran-

denburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein nur für als besonders gefährlich eingestufte Hunderrassen (sogenannte „Kampfhunde“). Allein für Mecklenburg-Vorpommern besteht noch keine Versicherungspflicht für die Vierbeiner.²

Die Tarife der Assekuranz unterscheiden sich darüber hinaus in diversen Punkten: unter anderem Mitversicherung von Mietsachschäden an Immobilien und Mobilien, beitragsfreier Schutz von Hundewelpen in den ersten Lebensmonaten, Auslandsdeckung und Strafkautionsdarlehen oder Deckung bei der Teilnahme an Hunde- und Schlittenhunderennen. Besteht beim gleichen Anbieter außerdem eine Privathaftpflichtversicherung, so mag mitunter aufgrund einer Verbandsempfehlung aus dem Jahre 1976 eine geschäftsplanmäßige Mietsachschadendeckung bestehen. Oft besteht darüber hinaus aber auch bedingungsseitiger Schutz bei Forderungsausfällen.

Ratingsystematik

Geprüft wurde, inwiefern die erfassten Versicherer die unten definierten Mindestanforderungen an einen empfehlenswerten oder besonders empfehlenswerten Versicherungsschutz erfüllten. Das Rating trifft jedoch keine Aussagen zum Serviceumfang (telefonische Erreichbarkeit, Kündigungsfristen etc.) oder zum Preisniveau der getesteten Tarife. Eine Bruttojahresprämie von über 100 Euro liegt jedoch über dem Durchschnitt.

Eine umfassende Darstellung von 48 möglichen Leistungskriterien für eine umfangreiche Hundehalterhaftpflichtversicherung finden Sie unter www.witte-financial-services.de. In welchen

Punkten die hier als empfehlenswert charakterisierten Anbieter hier besonders gut abschneiden, wurde nicht bewertet.

Voraussetzungen für „empfehlenswerte“ Bedingungen (SILBER) in der selbständigen Hundehalterhaftpflicht:

- Garantie, dass der Versicherer nicht zum Nachteil des Kunden von den aktuell gültigen AVB HundehalterHV mit Stand 09.2014 (GDV-Garantie), dem zuletzt gültigen Stand AHB, Stand 02.2014 und der dazugehörigen Mustertarifstruktur III mit Stand 13.04.2011 (GDV-Garantie) oder alternativ den Empfehlungen des Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie Dokumentation mit Stand 11.03.2008 oder jünger ODER Arbeitskreis Beratungsprozesse mit Stand 17.02.2010 oder jünger abweicht
- Garantie, dass der Versicherer prämiennegrale Bedingungsverbesserungen automatisch zum Vertragsbestandteil auch für laufende Verträge macht (Innovationsklausel)
- Mitversicherung der gesetzlichen Haftpflicht des Tierhüters, sofern dieser nicht gewerbsmäßig tätig ist
- Keine vom GDV-Standard abweichenden Einschränkungen der mindestens einjährigen Auslandsdeckung (z.B. punitive oder exemplary damages, Einschränkungen in den USA, US-Territorien und Kanada, Forderung der Beibehaltung eines Wohnsitzes innerhalb von Deutschland). Als Einschränkung akzeptabel ist es höchstens, wenn vom Versicherungsnehmer eine Korrespondenzanschrift innerhalb der EU verlangt wird oder bei Zahlungen außerhalb des Euro-Raumes die bei der Währungsumrechnung entstehenden Risiken auf den VN abgewälzt werden.

- Deckungssumme für Personen-, Sach- und Vermögensschäden: mindestens 5.000.000 Euro pauschal oder mindestens 100.000 Euro für Vermögensschäden sowie 5.000.000 Euro für Personen- und Sachschäden
- Deckungssumme für Mietsachschäden an Räumen in privat gemieteten Immobilien mindestens bis 300.000 Euro
- Ausdrückliche Mitversicherung ungewollter Deckakte einschließlich echter Vermögensschäden

Zusätzliche Voraussetzungen für „besonders empfehlenswerte“ Bedingungen (GOLD) in der selbständigen Hundehalterhaftpflicht:

- Ausdrückliche Mitversicherung auch des Ehegatten und der in häuslicher Gemeinschaft lebenden, unverheirateten Kinder von Versicherungsnehmer und (Ehe)partner bzw. alternativ definiert als Mitversicherung der Familienangehörigen des Versicherungsnehmers
- Versicherungsschutz auch im Zusammenhang mit der Teilnahme an Hundeschauen, Turnieren oder Hunderennen sowie dem vorbereitenden Training hierzu, sofern die Teilnahme nicht gewerblich erfolgt. Dabei keine Einschränkungen, beispielsweise für das Erzielen von gelegentlichen Einnahmen (z.B. Einkommen durch Preisgelder). Zulässig ist hingegen eine Begrenzung der jährlichen Einnahmen auf einen Höchstbetrag von nicht unter 6.000 Euro) oder für Schäden durch Figuranten.
- Versicherungsschutz auch für Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis mindestens 5.000 Euro
- Ausdrückliche Mitversicherung auch des Gewässerschadenresttrisikos für

Kleingebinde gewässerschädlicher Stoffe

- Ausdrückliche Mitversicherung auch für Schäden aus dem gewollten Deckakt einschließlich echter Vermögensschäden
- Mitversicherung von während der Vertragslaufzeit geborenen Welpen eines beim gleichen Versicherer versicherten Muttertieres mindestens bis zur nächsten Hauptfälligkeit, sofern diese im Besitz des Versicherungsnehmers verbleiben
- Versicherer bzw. Risikoträger ist Mitglied der Versicherungsbundmann e.V.

Bedingungsrating (Hundehalterhaftpflicht bei bestehender Privathaftpflichtversicherung):

- K.O.-Kriterien wie oben zusätzlich zu den Mindestanforderungen an eine empfehlenswerte bzw. besonders empfehlenswerte Privathaftpflichtversicherung
- Zusätzlich: Forderungsausfalldeckung, die auch die Gefahren als Hundehüter und -halter abdeckt und das ohne Einschränkung auf bestimmte Hunderassen
- Subsidiäre Mitversicherung des Hüters fremder Hunde im Rahmen der Privathaftpflicht

Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating, da der konkrete Kunde vielleicht Leistungen benötigt, die hier nicht als Standards gesetzt wurden oder sein Tier gewerblich statt privat genutzt wird.

1 Quelle: 7-Uhr-Nachrichten auf N 24 vom 29.11.2012

2 Siehe auch <http://www.gdv.de/wp-content/uploads/2014/08/GDV-Deutschlandkarte-Versicherungspflicht-Hunde.jpg>

Bedingungsrating (Tarife für die selbständige Hundehalterhaftpflichtversicherung)



Alte Leipziger

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AL-AHB 2008) – Stand 07.2011; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflichtversicherung für Tierhalter, Stand 07.2014: classic) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mitversicherung bis zur Deckungssumme für Mietsachschäden sowie für Schäden an fremden beweglichen Sachen in Hotelzimmern, Pensionen, Ferienwohnungen und Ferienhäuser, 5.000 Euro mit 100 Euro Selbstbehalt für die Beschädigung, der Vernichtung oder dem Abhandenkommen gemieteter oder geliehener Sachen

Alte Leipziger

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AL-AHB 2008) – Stand 07.2011; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflichtversicherung für Tierhalter, Stand 07.2014: comfort) mit 20 Mio. Euro pauschal (P, S, V; max. 15 Mio. Euro je geschädigter Person), Mitversicherung bis zur Deckungssumme für Mietsachschäden sowie für Schäden an fremden beweglichen Sachen in Hotelzimmern, Pensionen, Ferienwohnungen und Ferienhäuser, 10.000 Euro mit 100 Euro Selbstbehalt für die Beschädigung, der Vernichtung oder dem Abhandenkommen gemieteter oder geliehener Sachen

ConceptA

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro sowie bis 30.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern mit 100 Euro Selbstbehalt; Beschädigung von zu privaten Zwecken gemietetem, gepachtetem oder geliehenem beweglichem Reitzubehör (z.B. Sattel, Helm, Gerte, Trense, etc.) bis 2.500 Euro mit 100 Euro SB. Versichert ist auch die Beschädigung von zu privaten Zwecken gemieteten oder geliehenen Pferde- oder Hundetransportanhängern bis 2.500 Euro mit 500 Euro SB sowie an zu privaten Zwecken geliehenen oder gemieteten Kutschen oder Schlitten bis 1.000 Euro mit 150 Euro SB

Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2014; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.07.2014) mit 20 oder 50 Mio. Euro pauschal (P, S, V), maximal jedoch 10 Mio. Euro je geschädigter Person. Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, bis 10.000 Euro für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weiden, bis 10.000 Euro für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten, gepachteten oder genutzten Hunde- und Pferdetransportanhängern.

InterRisk

- (B 01, Stand 07.2013, B 62, Stand 17.12.2013: B 69 - XXL, Stand 07.2013) mit 5, 10 und 25 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden

Janitos

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro sowie bis 30.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern mit 100 Euro Selbstbehalt; Beschädigung von zu privaten Zwecken gemietetem, gepachtetem oder geliehenem beweglichem Reitzubehör (z.B. Sattel, Helm, Gerte, Trense, etc.) bis 2.500 Euro mit 100 Euro SB. Versichert ist auch die Beschädigung von zu privaten Zwecken gemieteten oder geliehenen Pferde- oder Hundetransportanhängern bis 2.500 Euro mit 500 Euro SB sowie an zu privaten Zwecken geliehenen oder gemieteten Kutschen oder Schlitten bis 1.000 Euro mit 150 Euro SB

Konzept & Marketing

- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis zur Deckungssumme, für bewegliche Sachen in Hotelzimmern, Ferienwohnungen und -häusern sowie für Mietsachschäden an sonstigen mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen bis 10.000 Euro mit einem Selbstbehalt von 10 % der Schadenssumme.

Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis zur Deckungssumme, gegen Zuschlag auch für bewegliche Sachen in Hotelzimmern, Ferienwohnungen und -häusern sowie für Mietsachschäden an sonstigen mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen bis 10.000 Euro mit einem Selbstbehalt von 10 % der Schadenssumme. Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung der erweiterten Mietsachschadendeckung gegen Zuschlag
Achtung: Tarif Z1 ist für das Neugeschäft geschlossen!

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA) mit 8 Mio. Euro Deckung (P, S, V), 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 10 Mio. Euro Deckung (P, S, V), 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

Bedingungsrating (Tarife für die selbständige Hundehalterhaftpflichtversicherung)



Hundehalter-
Haftpflichtversicherung
Selbständige THV
Alle Hunde

ASTRA S.A. Versicherung in Gründung

- (AHB 2014, Stand 04.2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung ASTRA Quality / Quality plus Hunde: THV-14.1 Stand: 02/2014 – Quality) mit 5 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

ASTRA S.A. Versicherung in Gründung

- (AHB 2014, Stand 04.2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung ASTRA Quality / Quality plus Hunde; Zusatzvereinbarungen für den Tarif ASTRA Quality plus Hunde: THV-14.1 Stand: 02/2014 - Quality Plus) mit 5 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Barmenia

- (AHB, Stand 01.11.2013; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen für die Tierhalter-Haftpflichtversicherung für private Tierhaltung - Top-Schutz -, Stand 01.11.2013) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

ConceptIF

- (VHB CIF 2012, Stand April 2012; BB THV CIF Comfort 2012, Stand 01.01.2013: Comfort) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden, 30.000 Euro mit 150 Euro SB für Sachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen/ Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen/-häusern sowie 5.000 Euro mit 150 Euro SB für Sachschäden an sonstigen gemieteten, gepachteten oder geliehenen beweglichen Gegenständen

ConceptIF

- (VHB CIF 2012, Stand April 2012; BB THV CIF Complete 2012, Stand 01.01.2013: Complete) mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden, 30.000 Euro mit 150 Euro SB für Sachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen/ Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen/-häusern sowie 5.000 Euro mit 150 Euro SB für Sachschäden an sonstigen gemieteten, gepachteten oder geliehenen beweglichen Gegenständen

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) sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 2,5 Mio. Euro

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) sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 2,5 Mio. Euro

Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis zur Deckungssumme. Verzicht auf zuschlagspflichtige Erweiterungen des Versicherungsschutzes
Achtung: Der Tarif Z1 ist für das Neugeschäft nicht mehr möglich!

VHV

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Tierhalter-Haftpflichtversicherung KLASSIK-GARANT (AVB Tierhalter-Haftpflicht Klassik-Garant 2014), Stand 07.2014) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V. Maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person). 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden, Beschädigung von zu privaten Zwecken gemieteten und gepachteten Immobilien (z.B. Stallungen, Reithallen) und Grundstücken (z.B. Weiden) bis in Höhe von 10.000 Euro mit 150 Euro SB, Mietsachschäden an gemieteten beweglichen Sachen in Hotelzimmern, Ferienwohnungen, Ferienhäusern, Pensionen und Schiffskabinen bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt, Beschädigung, Vernichtung oder Verlust von fremden Sachen, auch wenn diese zu privaten Zwecken gemietet, gepachtet, geliehen wurden oder Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind, bis in Höhe von 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

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, Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden), Schäden an mobilen Einrichtungsgegenständen bzw. Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen bzw. Ferienhäusern im Rahmen der Sachschadenversicherungssumme bis 10.000 Euro mit 125 Euro Selbstbehalt sowie für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten bzw. geliehenen Pferdetransportanhängern im Rahmen der Sachschadenversicherungssumme bis 10.000 Euro mit 250 Euro Selbstbehalt

Hinweis: Die meisten 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.

Bedingungsrating (Tarife für die Kombination aus Hundehalter- und Privathaftpflichtversicherung über denselben Risikoträger)



InterRisk

- (B 01, Stand 07.2013, B 62, Stand 17.12.2013: B 69 - XXL, Stand 07.2013) mit 5, 10 und 25 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA) mit 8 Mio. Euro Deckung (P, S, V), 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 10 Mio. Euro Deckung (P, S, V), 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt



Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2014; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.07.2014) mit 20 oder 50 Mio. Euro pauschal (P, S, V), maximal jedoch 10 Mio. Euro je geschädigter Person. Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, bis 10.000 Euro für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weiden, bis 10.000 Euro für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten, gepachteten oder genutzten Hunde- und Pferdetransportanhängern.

Konzept & Marketing

- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis zur Deckungssumme, für bewegliche Sachen in Hotelzimmern, Ferienwohnungen und -häusern sowie für Mietsachschäden an sonstigen mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen bis 10.000 Euro mit einem Selbstbehalt von 10 % der Schadenssumme.

Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis zur Deckungssumme, gegen Zuschlag auch für bewegliche Sachen in Hotelzimmern, Ferienwohnungen und -häusern sowie für Mietsachschäden an sonstigen mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen bis 10.000 Euro mit einem Selbstbehalt von 10 % der Schadenssumme.

Achtung: Der Tarif Z1 ist für Neugeschäft geschlossen!

VHV

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Tierhalter-Haftpflichtversicherung KLASSIK-GARANT (AVB Tierhalter-Haftpflicht Klassik-Garant 2014), Stand 07.2014) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V. Maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person). 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden, Beschädigung von zu privaten Zwecken gemieteten und gepachteten Immobilien (z.B. Stallungen, Reithallen) und Grundstücken (z.B. Weiden) bis in Höhe von 10.000 Euro mit 150 Euro SB, Mietsachschäden an gemieteten beweglichen Sachen in Hotelzimmern, Ferienwohnungen, Ferienhäusern, Pensionen und Schiffskabinen bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt, Beschädigung, Vernichtung oder Verlust von fremden Sachen, auch wenn diese zu privaten Zwecken gemietet, gepachtet, geliehen wurden oder Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind, bis in Höhe von 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

Rating Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster



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

Basis:	Tarife im Test: 371 Anbieter im Test: 54
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	24.09.2014

2013 gingen in Deutschland 361.557 Menschen als Jäger oder Förster auf die Jagd (Quelle: DJV-Handbuch 2014: Jäger in Deutschland), eine große Anzahl mit einem oder mehreren Jagdhunden, davon waren 241.501 Mitglied im DJV.

Aus der Jagdausübung ergibt sich eine Zahl von etwa 8.000 Schäden mit einem jährlichen Schadenaufwand von rund 8 Millionen Euro – Regulierungskosten einmal außen vor. Die durchschnittliche Schadenhöhe beträgt etwa 900 Euro. Dabei nehmen Haftpflichtschäden durch Jagdhunde einen Anteil von etwa 75 % an der reinen Schadenstückzahl und 60 % am Schadenaufwand ein.

Zu den typischen Haftpflichtfällen, die im Rahmen der Jagdausübung vorkommen, gehören unter anderem:

- Jagdhund verfolgt im Zusammenhang mit einer Bewegungsjagd (z.B. Drück- oder Treibjagd) Wild auf die Autobahn. Folge: Unfall mit mehreren beteiligten Fahrzeugen.
- Beim Reinigen der Büchse wird versehentlich ein Haushaltsmitglied angeschossen.
- Ungewollt kommt es bei der Schussabgabe zu einem Querschläger. Dadurch wird ein Mitjäger verletzt.
- Das vom Jäger zum Verkauf angebotene Wildbret ist nicht einwandfrei. Der davon betroffene Chirurg, muss wegen Lebensmittelvergiftung ins Krankenhaus. Dieser macht Schadenersatzansprüche wegen Personenschaden (Produkthaftpflicht) und entgangenen Einkommens (Schmerzensgeld wegen Vermögensfolgeschaden) geltend.
- Bei der Jagd überschreitet ein Jäger versehentlich die Grenze seines

Jagdreviers. Beim Benutzen seiner Waffe im fremden Revier kommt es zu einem Schaden an fremden Eigentum

- Der Hund des Försters springt plötzlich in den offen stehenden Pkw seines Halters. Auf dem Sitz liegt eine geladene und nicht gesicherte Schrotflinte. Es löst sich dadurch ein Schuss, der das Auto durchschlägt und einen dahinter stehenden Jäger mit mehreren Schrotten trifft.
- Nach dem Tod des Versicherungsnehmers wird ein durch den Wald streifender Fußgänger von einem umstürzenden Hochsitz geschädigt. Es hafte die Erben.
- Der Jagdherr unterlässt es, die Allgemeinheit vor den Gefahren einer Treibjagd zu warnen
- Jäger fährt mit seinem Jagdhund zu einem befreundeten Falkner und lässt seinen Hund auf dessen Hof frei rumlaufen. Dabei tötet der Hund einen aufgepflockten Greifvogel

Wer in Deutschland auf die Jagd gehen will, muss der zuständigen Jagdbehörde alle ein bis drei Jahre zum 31. März eine neue Versicherungsbestätigung vorlegen. Grundsätzlich gilt die gesetzliche Mindestdeckungssumme nach § 17 Bundesjagdgesetz von 500.000 Euro für Personen- und 50.000 Euro für Sachschäden. Jagd- und Versicherungsjahr beginnen stets am 01.04. eines Jahres. Stichtag für die Kündigung ist demnach der 31. Dezember des Vorjahres.

Nach GDV-Empfehlung (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand: Februar 2014; Muster-Bedingungsstruktur (Allgemeiner Teil - AT), Stand: 11.04.2011; Muster-Bedingungsstruktur XIV, Jagdhaftpflicht, Stand 11.04.2011 bzw. AVB JagdHV, Stand 09.2014) ist die „erlaubte

Jagdausübung“ versichert. Ein Schutz, der nicht auch alle jene Tätigkeiten einschließt, die „unmittelbar oder mittelbar mit der Jagd in Verbindung stehende Tätigkeiten oder deren Unterlassung“ mit einschließt ist jedoch wenig empfehlenswert: das Reinigen des Gewehrs in den eigenen vier Wänden wäre in solchen Fällen ebenso wenig versichert wie Schäden aus dem Verkauf von Wildbret oder beim Schüsselreiben. Problematisch ist auch die Maximierung der Versicherungssumme wie sie vielfach vorkommt. Schließlich setzt der Gesetzgeber eine „ausreichende Jagdhaftpflichtversicherung“ voraus. Inwiefern eine zweifache Maximierung züssig ist, ist auch weiterhin umstritten. Bei entsprechender Auslegung ist der Versicherer zur Leistung – unabhängig von einer etwaigen Maximierung – grundsätzlich in Höhe der gesetzlichen Deckungssummen verpflichtet.

Auch wenn Millionenschäden sehr selten sind, so wurde dennoch beispielsweise ein Schaden aus dem Hause Gothaer bekannt, bei dem ein Jäger aufgrund grober Fahrlässigkeit einem gut verdienenden Unternehmensberater beide Knie zerschoss, was eine Schadenhöhe von etwa 3 Millionen Euro zur Folge hatte. Mit einer gesetzlichen Minimaldeckung läge hier keine hinreichende Absicherung vor. Da ähnliche oder sogar noch höhere Schäden für die Zukunft nicht auszuschließen sind und die Prämienunterschiede vergleichsweise wenig ins Gewicht fallen, sollte auf eine Deckung unter 5 Millionen Euro für Personenschäden verzichtet werden.

Die Vorsorgedeckung spielt im Rahmen der Jagdhaftpflichtversicherung eine stark untergeordnete Rolle, da das

eigentliche Jagdrisiko der Versicherungspflicht unterliegt. Allerdings gibt es dennoch einige wenige Konstellationen, in denen ein mögliches Restrisiko verbleibt. Dies betrifft etwa Tarife mit zahlenmäßiger Begrenzung der mitversicherten Beizvögel oder Jagdhunde. Da Vögel generell nicht der Versicherungspflicht unterliegen und Hunde per 09.2014 noch immer nicht in allen Bundesländern, könnte es zu der Situation kommen, dass bei Vertragsbeginn die Zahl der mitversicherten Tiere vom Versicherungsschutz umfasst wäre, dies nach Geburt oder Zukauf neuer Tiere jedoch abweichend nicht mehr der Fall wäre, sofern diese noch nicht jagdlich einsetzbar sind. In vielen Tarifen sind jedoch Welpen auch ohne den Nachweis der jagdlichen Brauchbarkeit bis zu einer definierten Höchstzahl von Tieren mitversichert. In solchen Fällen würde dann tatsächlich auch die Vorsorgedeckung im Rahmen der Jagdhaftpflichtversicherung zum Tragen kommen. Für diese gelten jedoch auch bei leistungsstarken Versicherern stark eingeschränkte Versicherungssummen im Rahmen der Vorsorge.

Höchst unterschiedliche Regelungen gelten auch für die Mitversicherung von Jagdhunden, Beizvögeln und Frettchen, Angehörigen- und Waffenklausel, Erbenhaftung, Auslandsdeckung oder neu des Umweltschadenrisikos. Während einige Anbieter Schäden durch den Verkauf von nicht einwandfreiem Wildbret (Produkthaftpflicht) mitversichert haben (Problem: Beweislast liegt beim Verkäufer!), sehen andere darin einen Ausschlussgrund. Entscheidend ist hier jedoch eine Abweichung von den AHB, das heißt ein Einschluss im Rahmen der besonderen Jagdhaftpflichtbedingungen. Die normalen AHB würden etwa nur den Vermögensfolgeschaden als Folge eines Personen- oder Sachschadens leisten, nicht jedoch den echten Vermögensschaden. Eine ähnliche Deckungslücke besteht bei fehlender Regelung in den BBR für einen Jäger, der zu Hause seine Waffe reinigt und versehentlich seinen Ehepartner oder die gemeinsamen Kinder anschießt. Da diese mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sehen die allgemeinen Haftpflichtbedingungen für

diese keinen Versicherungsschutz vor. Sinnvoll können auch eine Innovationsklausel sein oder die bedingungsseitige Garantie, dass zumindest den AHB-Musterbedingungen wie sie der GDV vorschlägt, entsprochen wird. Eine Innovationsklausel bieten derzeit (Stand 09.2014) z.B. degenia, Gothaer, GVO, Inter, Jagdhaftpflicht24, VGH und VHV, eine GDV-Garantie beispielsweise die Inter.

Jagdhunde sind oft nur dann versichert, wenn ihre jagdliche Brauchbarkeit durch eine entsprechende Bescheinigung der Jagdbehörde oder ein Prüfungszeugnis nachgewiesen wurde. Teilweise besteht Versicherungsschutz aber schon dann, wenn etwa ein Hundeobmann, eine Forstdienststelle oder ein Hegeringleiter als fachkundige Person die jagdliche Eignung bestätigt. Problematisch sind Bedingungswerke, in denen Jagdhunde wie etwa der Rhodesian Ridgeback oder Mischlinge aus zwei Jagdhunderassen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, eine Ahnentafel oder Prüfungszeugnisse vorausgesetzt werden. Wenig empfehlenswert sind auch solche Tarife, in denen ein ausdrücklicher Schutz auch für Jagdhundewelpen fehlt, da kein impliziter Schutz für diese hergeleitet werden kann. Eine umfassende Jagdhaftpflichtversicherung erspart eine separate Absicherung des Hundehalterhaftpflichtrisikos. Meist besteht aber nur Schutz für zwei bis drei Jagdhunde.

Rating-Systematik

Nicht berücksichtigt wurden Tagesversicherungen für die Bewegungsjagd. Außen vor blieben auch spezielle Haftpflichtversicherungen für Kreisgruppen / Jägerschaften / Jagdvereine und Jagdgebrauchshundevereine. Die getesteten Tarife sind in der Regel für Jäger, Jagdpächter, Jagdherren (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamte, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner gleichermaßen gültig.

Grundlage für das Rating waren insgesamt 87 Leistungskriterien. Diese umfassen alle wesentlichen Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden: u.a. Definition des versicherten Risikos, Waffen- und Angehörigenklausel, Auslandsdeckung, Leis-

tungsumfang bei fahrlässigem Überschreiten der Notwehr oder des Jagdreviers, Versicherungsumfang und Nachweispflichten für Jagdgebrauchshunde und Gefälligkeitsschäden. Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien siehe www.witte-financial-services.de.

Die einzelnen Bedingungen wurden bewertet mit einem Faktor von -8 bis 16 Punkten. Dabei stellt 16 Punkte grundsätzlich die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8 und 4 Punkte stehen für den jeweils zweiten, dritten bzw. vierten Platz. Jede Regelung, die besser als GDV-Standard, aber schlechter als die viertbeste Individuallösung ist, erhält pauschal 2 Punkte. Die Standardregelung entsprechend GDV-Empfehlung oder alternativ gesetzlichen Vorgaben erhält keine Punkte. Im Zweifelsfall gilt gleiches für rein implizite Einschlüsse ohne bedingungsseitige Regelung. Ist eine Leistung schlechter als Standard, so führt dies zu acht Punkten Abzug. Einzige Ausnahme: Eine Leistung ist zwar schlechter als die Verbandsempfehlung, aber besser als ein Ausschluss. Dann erhält diese abweichend ebenfalls 0 Punkte. Grundsätzlich wurden explizite Einschlüsse höher als implizite bewertet.

Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet.

Faktor 1 steht für ein Risiko, das nur wenige Jäger betrifft (z.B. Versicherungsschutz für ehrenamtliche Schießaufsicht, Mallorcadeckung, Jagd mit Gift oder Impfkodern) oder keine Auswirkungen auf den Leistungsumfang des zugrunde liegenden Tarifes hat. Wenn ein Problem entweder eher selten auftritt, aber alle Versicherten gleichermaßen betrifft oder häufig auftritt, der Klauselabschluss aber nur einer geringen Zahl von Jägern nützt, so wurde dies mit Faktor 2 gewichtet. Beispielhaft seien Schäden durch den Gebrauch von versicherten Wassermotoren genannt. Typische Standardprobleme, die alle Versicherten gleichermaßen betreffen (z.B. versichertes Risiko, Auslandsdeckung, der Verkauf von erlegtem Wildbret und Erbenhaftung) erhalten den Faktor 3. Nur im Einzelfall wurde zu Gunsten einer praxisnahen Bewertung von dieser

Verfahrensweise abgewichen.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Ratingstufen verhindern.

Für den **Bronze**-Standard sind dies:

- Deckungssumme für Sach- und Personenschäden mindestens fünf Millionen Euro, für Vermögensschäden von mindestens 50.000 Euro. *Zur Klarstellung:* diese Anforderung gilt abweichend nicht für die Vorsorgedeckung.
- Verzicht auf eine Maximierung der Deckungssumme
- Mitversicherung unmittelbar oder mittelbar mit der Jagd im Zusammenhang stehender Tätigkeiten oder Unterlassungen
- uneingeschränkter Versicherungsschutz für die gesetzliche Haftpflicht aus Personenschäden von Angehörigen des Versicherungsnehmers aus Schäden, die durch den Gebrauch von Schusswaffen entstanden sind (Angehörigenklausel)
- ausdrückliche Mitversicherung des Besitzes und Betriebes von jagdlichen Einrichtungen (z.B. Hochsitzen)
- bedingungsgemäße Mitversicherung aus dem erlaubten Besitz und aus dem Gebrauch von Schusswaffen sowie Munition und Geschossen auch außerhalb der Jagd (ausgenommen strafbare Handlungen)
- Versicherungsschutz für das Inverkehrbringen von Wildbret (Produkthaftung)
- Versicherungsschutz für mindestens zwei brauchbare Jagdhunde auch außerhalb der Jagd
- Forderungsausfalldeckung mit einem Selbstbehalt oder Schwellenwert von maximal 2.500 Euro und mit Versicherungsschutz für Personen- und Sachschäden bis in Höhe der vereinbarten Deckungssummen

Voraussetzung für den **Silber**-Standard sind ergänzend folgende Leistungen:

- Mitversicherung der gesetzlichen Haftpflicht aus fahrlässigem Über-

schreiten der Notwehr sowie aus vermeintlicher Notwehr in der versicherten Eigenschaft

- Auf Wunsch des Versicherungsnehmers bedingungsgemäß uneingeschränkter Verzicht auf den Einwand des fehlenden Verschuldens bei Personenschäden durch Schusswaffengebrauch. Der Verzicht des Haftungseinwands gilt nicht, wenn und soweit der Geschädigte in der Lage ist, Ersatz seines Schadens von einem anderen Schadensversicherer oder von einem Sozialversicherungsträger zu erlangen. Eine Mitverursachung des Geschädigten wird angerechnet.
- Mitversicherung der gesetzlichen Haftung aus dem Halten und Führen sowie Abrichten und Ausbilden von mindestens zwei brauchbaren oder sich nachweislich in jagdlicher Abrichtung befindlichen Jagdgebrauchshunden während und außerhalb der Jagd. Dabei kann die Brauchbarkeit alternativ durch eine anerkannte Brauchbarkeitsprüfung oder durch die Bestätigung einer fach- und sachkundigen Person (z.B. Hegeringsleiter oder Kreisjägermeister), dass der Hund jagdlich verwendungsfähig ist, nachgewiesen werden.
- Bedingungsseitig ausdrückliche Mitversicherung auch von Welpen für einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten, ohne dass für diese der Nachweis der jagdlichen Abrichtung erforderlich ist

Für den **Gold**-Standard sind ergänzend folgende Leistungen zu erfüllen:

- Garantie, dass der Versicherer prämieneutrale Bedingungsverbesserungen automatisch zum Vertragsbestandteil auch für laufende Verträge macht (Innovationsklausel)
- Forderungsausfalldeckung ohne Selbstbehalt für Personen- und Sachschäden bis in Höhe der vereinbarten Deckungssummen einschließlich Personenschäden durch Vorsatz.
- Mitversicherung des fahrlässigen Überschreitens von Rechten im Jagdschutz (fahrlässiges Überschreiten des besonderen Waffengebrauchsrechts der Forst- und Jagdschutzberechtigten)

- Versicherer bzw. Risikoträger ist Mitglied bei Versicherungsombudsmann e.V.

Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating. Wer etwa an einer Gesellschaftsjagd teilnehmen oder im Ausland jagen möchte, will unter Umständen wissen, ob auch daraus resultierende umfassend übernommen werden. Auch wird sich der benötigte Versicherungsschutz für einen Berufsjäger mitunter von dem eines Hobbyjägers unterscheiden.

Note/Bedeutung

WFS 1 (Gold): mindestens 80 % der erreichten Höchstpunktzahl

WFS 2 (Silber): mindestens 70 % der erreichten Höchstpunktzahl

WFS 3 (Bronze): mindestens 60 % der erreichten Höchstpunktzahl

Info

Analysiert wurden Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger.

Bewertet wurden die folgenden Leistungsbereiche:

- Versicherungssumme und etwaige Sublimits
- Versicherte Gefahren und deren Leistungsumfang
- von den Musterbedingungen (AHB mit Stand 02.2014 und Tarifstruktur XIV mit Stand 11.04.2011) abweichende Obliegenheiten

Bedingungsrating Jagdhaftpflichtversicherung

**degenia Versicherungsdienst AG**

- AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 13.03.2014 – degenia Jagdhaftpflichtversicherung T14: premium (DEG-JHV-T14)
Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 13.03.2014 - degenia Jagdhaftpflicht T14: premium (DEG-JHV-T14); AUB 2004 DEG-JHV/Unfall-001-; DEG-JHV/RS-001 Jäger-Rechtsschutz: Jägerpaket
Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 1 Millionen Euro für Vermögensschäden
Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner; *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein. *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 1 Mio. Euro für Personenschäden, 500.000 Euro für Sach- und 50.000 Euro für Vermögensschäden

Gothaer Allgemeine Versicherung AG

- AHB, Stand 04/2012, BBR, Stand 01.2014
- AHB, Stand 04/2012, BBR, Stand 01.2014 mit Klausel 144
Tarife mit 6 oder 15 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner; *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein. *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 2 Mio. Euro für Personenschäden, 1 Mio. Euro für Sach- und 100.000 Euro für Vermögensschäden

GVO Gegenseitig Versicherung Oldenburg VVaG

- AHB 2012 der GVO, Stand 07.2012; Jäger-Haftpflicht TOP-VIT, Stand 13.03.2014
Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 1 Millionen Euro für Vermögensschäden
- AHB 2012 der GVO, Stand 07.2012; Jäger-Haftpflicht VIT, Stand 21.02.2014
Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 1 Millionen Euro für Vermögensschäden
Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner; *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein. *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 1 Mio. Euro für Personenschäden, 300.000 Euro für Sach- und 150.000 Euro für Vermögensschäden.

Inter

- (AHB, Stand 15.08.2012; I. Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung, H-1400.01 - Stand 01.11.2014; II. Ergänzung zu den Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung - Jagdhaftpflichtversicherung während der Zeit der Ausbildung, III. Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung von Jagdhunden: Premium) mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 1 Millionen Euro für Vermögensschäden
Versicherter Personenkreis: Jäger, Jagdpächter, Jagdherr (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher, Falkner. *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* ja. *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 300.000 Euro für Personenschäden, 80.000 Euro für Sach- und 5.000 Euro für Vermögensschäden.

Jagdhaftpflicht24

- (AHB, Stand 15.08.2012; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung JAGDmaXX Jagdhaftpflicht24.com, Stand 01.03.2014) mit 6 Mio. Euro Deckungssumme pauschal (P, S) sowie 1 Mio. Euro (V)
Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter, Jagdherr (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner; *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein. *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 300.000 Euro für Personenschäden, 80.000 Euro für Sach- und 5.000 Euro für Vermögensschäden

VGH

- AHB Stand Juli 2012, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe Mai 2012 mit Zuschlag für Klausel „Mitversicherung von Jagdunfällen, die den Tod, die Nottötung oder die tierärztliche Behandlung von Jagdhunden nach sich ziehen.“
Tarife mit 5 und 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- AHB Stand Juli 2012, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe Mai 2012
Tarife mit 5 und 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdveranstalter bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner. *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein. *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 1 Mio. Euro für Personen- und Sachschäden bzw. 50.000 Euro für Vermögensschäden.

Bedingungsrating Jagdhaftpflichtversicherung



Concordia

- AHB, Fassung 01.2014; BBR 14 für Jäger, Fassung Oktober 2013 Tarife mit 5 und 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter, Jagdherr, Jagdveranstalter und Falkner bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger und Jagdaufseher. *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein. *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 1 Mio. Euro für Personen- und Sachschäden bzw. 100.000 Euro für Vermögensschäden.

Inter

- (AHB, Stand 15.08.2012; I. Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung, H-1400.01 - Stand 01.11.2013; II. Ergänzung zu den Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung - Jagdhaftpflichtversicherung während der Zeit der Ausbildung, III. Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung von Jagdhunden: Basis und Exklusiv) mit 6 oder 8 Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 1 Millionen Euro für Vermögensschäden
Versicherter Personenkreis: Jäger, Jagdpächter, Jagdherr (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher, Falkner. *Innovationsklausel:* nein / *GDV-Garantie:* nein. *Besonders zu beachten:* Versicherungsschutz für nicht geprüfte Jagdhunde besteht nur, sofern dieser besonders vereinbart wurde. *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 300.000 Euro für Personenschäden, 80.000 Euro für Sach- und 5.000 Euro für Vermögensschäden. Die Deckungssummen für Jungjäger in der Ausbildung sind abweichend deutlich reduziert gegenüber der Standarddeckung. Die Tarifempfehlung gilt demnach nicht für Jäger in der Ausbildung.



degenia Versicherungsdienst AG

- AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 21.02.2014 – degenia Jagdhaftpflichtversicherung T14: classic (DEG-JHV-T14) Tarif mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 1 Millionen Euro für Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner. 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. *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein. *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 1 Mio. Euro für Personenschäden, 500.000 Euro für Sach- und 50.000 Euro für Vermögensschäden.

GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG

- AHB 2012 der GVO, Stand 07.2012; Jäger-Haftpflicht TOP-VIT, Stand 21.02.2014
Tarif mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 1 Millionen Euro für Vermögensschäden
- AHB 2012 der GVO, Stand 07.2012; Jäger-Haftpflicht VIT, Stand 21.02.2014
Tarif mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 1 Millionen Euro für Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner. 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. *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein. *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 1 Mio. Euro für Personenschäden, 300.000 Euro für Sach- und 150.000 Euro für Vermögensschäden.

LVM

- (1. Teil Bedingungen und Risikobeschreibung für die Jagd-Haftpflichtversicherung [Fassung 02/2014]; 2. Teil Versicherung der Umweltrisiken im Rahmen beruflicher Tätigkeiten Umweltschäden Dritter [Fassung 10/2010]; 3. Teil Allgemeine Vertragsbestimmungen. A. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) [Fassung 07/2012]; 3. Teil Allgemeine Vertragsbestimmungen C. Satzung [Fassung 06/2013]) mit 5 oder 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
Versicherter Personenkreis: Jäger, Jagdpächter, Jagdveranstalter, Forstbeamter, Förster, Forstaufseher, Jagdaufseher und Jagdfalkner
Innovationsklausel: nein / *GDV-Garantie:* nein. *Besonders zu beachten:* Eine weltweite Geltung in der Ausfalldeckung kann vereinbart werden. Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 1 Mio. Euro für Personen- und Sachschäden.

Weiterer empfehlenswerter Tarif für die Jagdhaftpflichtversicherung

Westfälische Provinzial

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) – Ausgabe September 2011; Risikobeschreibungen, Besondere Bedingungen und Erläuterungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung (RBE Jagd), Stand 07.2008) mit 6 bzw. 10 Millionen Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 250.000 Euro für Vermögensschäden)

Versicherter Personenkreis: Jäger, Jagdpächter und Jagdveranstalter bzw. als Forstaufseher und Jagdaufseher sowie als Jagdfalkner
Innovationsklausel: nein / *GDV-Garantie:* nein

Ausgewählte Leistungsunterschiede im Vergleich				
	Gothaer	Inter	LVM	VGH
Besteht bedingungsseitig eine Forderungsausfalldeckung für Personen- und Sachschäden bis in Höhe der vereinbarten Deckungssummen?	ja	ja	ja	ja
Besteht auf Wunsch des VN bedingungsgemäß uneingeschränkter Verzicht auf den Einwand des fehlenden Verschuldens bei Personenschäden durch Schusswaffengebrauch? Der Verzicht des Haftungseinwands gilt nicht, wenn und soweit der Geschädigte in der Lage ist, Ersatz seines Schadens von einem anderen Schadensversicherer oder von einem Sozialversicherungsträger zu erlangen. Eine Mitverursachung des Geschädigten wird angerechnet.	ja	ja	ja	ja
Besteht ausdrücklich eine Mitversicherung der gesetzlichen Haftpflicht aus fahrlässigem Überschreiten der Notwehr sowie aus vermeintlicher Notwehr (Putativnotwehr) in der versicherten Eigenschaft?	ja	ja	ja	ja
Besteht bedingungsseitig eine Mitversicherung der gesetzlichen Haftung aus dem Halten und Führen sowie Abrichten und Ausbilden von mindestens zwei brauchbaren oder sich nachweislich in jagdlicher Abrichtung befindlichen Jagdgebrauchshunden während und außerhalb der Jagd?	ja	ja	ja	ja
Kann die Brauchbarkeit bedingungsseitig sowohl durch eine anerkannte Brauchbarkeitsprüfung als auch durch die Bestätigung einer fach- und sachkundigen Person (z.B. Hegeringsleiter oder Kreisjägermeister), dass der Hund jagdlich verwendungsfähig ist, nachgewiesen werden?	ja	Basis, Exklusiv: Versicherungsschutz für nicht geprüfte Jagdhunde besteht nur, sofern dieser besonders vereinbart wurde; Premium: ja	ja	ja
Besteht bedingungsseitig eine ausdrückliche Mitversicherung auch von Welpen für einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten, ohne dass für diese der Nachweis der jagdlichen Abrichtung erforderlich ist?	ja	ja	nein	ja
Besteht bedingungsseitig eine Forderungsausfalldeckung einschließlich Personenschäden durch Vorsatz?	ja	ja	nein	ja
Garantiert der Versicherer bedingungsseitig, dass er prämieneutrale Bedingungsverbesserungen automatisch zum Vertragsbestandteil auch für laufende Verträge macht (Innovationsklausel)?	ja	Basis, Exklusiv: nein Premium: ja	nein	ja
Ist ausdrücklich das fahrlässige Überschreiten von Rechten im Jagdschutz (fahrlässiges Überschreiten des besonderen Waffengebrauchsrechts der Forst- und Jagdschutzberechtigten) mitversichert?	aus fahrlässiger Überschreitung des besonderen Waffengebrauchsrechts der Forst- und Jagdschutzberechtigten sowie hinsichtlich der Befugnis zum Töten wildernder Katzen und Hunde	ja	nur hinsichtlich der Befugnis zum Töten wildernder Katzen und Hunde	aus fahrlässiger Überschreitung des besonderen Waffengebrauchsrechts der Forst- und Jagdschutzberechtigten, des Notwehrrechts sowie aus vermeintlicher Notwehr in der versicherten Eigenschaft
Wird im Rahmen der Forderungsausfalldeckung ausdrücklich auf einen Selbstbehalt oder Schwellenwert verzichtet?	ja	ja	nein (1.500 Euro SB integral)	nein (2.500 Euro SB integral)
Gilt die Forderungsausfalldeckung bedingungsseitig ausdrücklich einschließlich Personenschäden aus der Eigenschaft des Schädigers als Tierhalter oder -hüter?	ja	ja	nur implizit bezogen auf das Jagdrisiko (als z.B. Jagdhunde und Beizvögel)	nur implizit bezogen auf das Jagdrisiko (als z.B. Jagdhunde und Beizvögel)

	Gothaer	Inter	LVM	VGH
Besteht eine bedingungsseitige Garantie, dass der Versicherer nicht zum Nachteil des Kunden von den aktuell gültigen AHB des GDV mit Stand 02.2014 zuzüglich den Regelungen in der dazugehörigen Mustertarifstruktur XIV mit Stand 11.04.2011 abweicht (GDV-Garantie)	nein	ja (GDV-Bedingungen zum Stand 09.2014)	nein	nein

Das Prämienniveau ausgewählter Jagdhaftpflichtversicherer im Überblick

	Tarif	Deckungssumme	Maximierung	Selbstbehalt	Bruttojahresprämie für Nichtberufsjäger
Concordia	AHB, Fassung 01.2014; BBR 14 für Jäger, Fassung Oktober 2013	2 Mio. Euro (P, S), 100.000 Euro (V)	nein	nein	52,36 € (*)
Concordia	AHB, Fassung 01.2014; BBR 14 für Jäger, Fassung Oktober 2013	3 Mio. Euro (P, S), 100.000 Euro (V)	nein	nein	57,12 € (*)
Concordia	AHB, Fassung 01.2014; BBR 14 für Jäger, Fassung Oktober 2013	5 Mio. Euro (P, S), 100.000 Euro (V)	nein	nein	61,88 € (*)
degenia	AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 21.02.2014 – degenia Jagdhaftpflichtversicherung T14: classic (DEG-JHV-T14)	5 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	39,90 €
degenia	AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 13.03.2014 – degenia Jagdhaftpflichtversicherung T14: premium (DEG-JHV-T14)	5 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	68,90 Euro (abweichend 169,90 Euro bei Einschluss des Jäger-Pakets mit Unfall- und Rechtsschutzdeckung)
Gothaer	AHB, Stand 04.2012; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 01.2014	3 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	50,50 € (zzgl. 79,50 € für Zusatz von Klausel 144) (*)
Gothaer	AHB, Stand 04.2012; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 01.2014	6 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	56,80 € (zzgl. 79,50 € für Zusatz von Klausel 144) (*)
Gothaer	AHB, Stand 04.2012; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 01.2014	15 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	73,71 € (zzgl. 79,50 € für Zusatz von Klausel 144) (*)
Gothaer	AHB, Stand 04.2012; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 01.2014	3 Mio. Euro (P, S, V)	nein	300 Euro (S, V)	30,45 € (zzgl. 79,50 € für Zusatz von Klausel 144) (*)
Gothaer	AHB, Stand 04.2012; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 01.2014	6 Mio. Euro (P, S, V)	nein	300 Euro (S, V)	34,12 € (zzgl. 79,50 € für Zusatz von Klausel 144) (*)
Gothaer	AHB, Stand 04.2012; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 01.2014	15 Mio. Euro (P, S, V)	nein	300 Euro (S, V)	44,21 € (zzgl. 79,50 € für Zusatz von Klausel 144) (*)
Inter	AHB, Stand 15.08.2012; I. Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung, Stand 11.2013: Basis	6 Mio. Euro (P, S), 1 Mio. Euro (V)	nein	nein	34,70 € (zzgl. 74,90 € für Einschluss der Jagdhunde-Unfallversicherung)
Inter	AHB, Stand 15.08.2012; I. Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung, Stand 11.2013: Exklusiv	8 Mio. Euro (P, S), 1 Mio. Euro (V)	nein	nein	43,40 € (zzgl. 74,90 € für Einschluss der Jagdhunde-Unfallversicherung)
Inter	AHB, Stand 15.08.2012; I. Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung, Stand 11.2013: Premium	10 Mio. Euro (P, S), 1 Mio. Euro (V)	nein	nein	59,50 € (zzgl. 74,90 € für Einschluss der Jagdhunde-Unfallversicherung)

Jagdhaftpflicht24.com	AHB, Stand 15.08.2012; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung JAGDmaXX Jagdhaftpflicht24.com, Stand 01.03.2014	6 Mio. Euro (P, S), 1 Mio. Euro (V)	nein	ja (300 Euro)	30 € (als 3-Jahres-Vertrag abweichend 85,00 €)
LVM	1. Teil Bedingungen und Risikobeschreibung für die Jagd-Haftpflichtversicherung [Fassung 02/2014]; 2. Teil Versicherung der Umweltrisiken im Rahmen beruflicher Tätigkeiten Umweltschäden Dritter [Fassung 10/2010]; 3. Teil Allgemeine Vertragsbestimmungen A. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) [Fassung 07/2012]; 3. Teil Allgemeine Vertragsbestimmungen C. Satzung [Fassung 06/2013]	5 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	59,68 € (*)
LVM	1. Teil Bedingungen und Risikobeschreibung für die Jagd-Haftpflichtversicherung [Fassung 02/2014]; 2. Teil Versicherung der Umweltrisiken im Rahmen beruflicher Tätigkeiten Umweltschäden Dritter [Fassung 10/2010]; 3. Teil Allgemeine Vertragsbestimmungen A. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) [Fassung 07/2012]; 3. Teil Allgemeine Vertragsbestimmungen C. Satzung [Fassung 06/2013]	10 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	71,61 € (*)
VGH	AHB Stand Juli 2012, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe Mai 2012	5 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	43,33 € bis 54,31 € (*)
VGH	AHB Stand Juli 2012, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe Mai 2012	10 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	51,11 € bis 70,36 € (*)
VHV	5 Mio. Euro (P, S, V)	nein	10 Mio. Euro (P, S, V)	nein	71,40 Euro
Westfälische Provinzial	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) – Ausgabe September 2011; Risikobeschreibungen, Besondere Bedingungen und Erläuterungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung (RBE Jagd), Stand 07.2008	6 Mio. Euro (P, S), 250.000 Euro (V)	nein	nein	als 3-Jahres-Vertrag: 58,91 €
Westfälische Provinzial	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) – Ausgabe September 2011; Risikobeschreibungen, Besondere Bedingungen und Erläuterungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung (RBE Jagd), Stand 07.2008	10 Mio. Euro (P, S), 250.000 Euro (V)	nein	nein	als 3-Jahres-Vertrag: 62,12 €

(*) Die Concordia gewährt abweichend geringere Prämien für Berufsjäger. Bei der Gothaer gibt es Nachlässe für Jäger mit Mitgliedschaft in diversen Jagdverbänden (Landesjagdverbände Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen sowie dem Bayerischer Jagdverband). Diese Sondernachlässe von etwa 10 bis 20% stehen auch Maklern zur Verfügung.

Die LVM bietet Sondernachlässe für Mitglieder eines Landesjagdverbandes (43,98 Euro brutto für 5 Mio. Deckung bzw. 52,78 Euro brutto für 10 Mio. Euro Deckung). Die VGH bietet Nachlässe für Jäger, die Mitglied in der Landesjägerschaft Niedersachsen sind und zusätzlich für die Teilnahme am Lastschriftverfahren.

Wichtiger Hinweis: die Prämien für Tagesjagdscheine oder Jungjäger während der Ausbildung weichen üblicherweise deutlich von den o.g. Prämien ab. Weitere Nachlässe gibt es z.B. bei Gothaer, LVM, R+V oder VGH bei Vereinbarung von Mehrjahresverträgen. Beispielsweise beträgt dieser bei der VGH 10 Prozent.

Stand: 29.11.2011 (degenia), 10.10.2013 (Inter), abweichend Concordia, R+V und VGH, Stand 24.09.2012, LVM abweichend 01.04.2014; Gothaer abweichend 11.03.2014; VHV abweichend 06.07.2014

Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen



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

Basis:	Tarife im Test: 455 Anbieter im Test: 80
Wertung:	Gold, Silber
Stand:	23.09.214

Zu den typischen Haftpflichtfällen, die von Pferden regelmäßig verursacht werden, gehören unter anderem:

- Pferd bricht von der Koppel aus
- Pferd scheut und beißt jemanden oder rennt auf viel befahrene Straße mit Folge Verkehrsunfall (Personenschaden, Nutzungsausfall für Kfz, Schmerzensgeld, Regressansprüche Sozialversicherungsträger)
- Flurschaden bei Ausritt mit mangelnder Reiterfahrung oder als Folge von Spring- und Hindernisübungen
- Personenschäden durch Sturz vom Pferd bei einem winterlichen Geländerritt
- Sachschaden am gemieteten Pferdeanhänger oder der Pferdebox durch randalierendes Pferd

Wer einen Dritten durch ein privat gehaltenes Pferd einen Personen-, Sach- oder Vermögensschaden zufügt, haftet entweder nach § 833 Satz 1 BGB (Gefährdungshaftung), nach § 823 (Verschuldenshaftung) bzw. als Tierhüter nach § 834 BGB.

Auch bei bestehender Gefährdungshaftung nach § 833 Satz 1 BGB ist ein Mitverschulden des Geschädigten in jedem Einzelfall zu prüfen. Wer etwa ein Pferd von hinten am Schweif zieht, muss sich nicht wundern, wenn das Tier ausschlägt. Gleiches gilt für einen untrainierten Hengst, der eine Mauer oder Barrikade überspringen soll und kurz vor dem Hindernis scheut.

Immer wieder kommt es vor, dass es zwischen zwei Pferden zu Auseinandersetzungen aus Futterneid oder Rangordnungskämpfen kommt. Oft reicht es dafür aus, dass die Individualdistanz zum ranghöheren Pferd beim Weidegang nicht berücksichtigt wurde, und das ranghöhere Tier aus diesem

Grund austritt. Da es für Außenstehende oft nicht ersichtlich ist, welches Tier den eingetretenen Schaden provoziert hat, werden solche Schäden meist zu je fünfzig Prozent reguliert. Beide Pferdehalter haben daher anteilig für die Hälfte der Tierarztkosten, Schäden durch eine dauerhafte Zucht- oder Reitunbrauchbarkeit oder auch andere Schadensfolgen aufzukommen. Für solche Fälle tritt dann grundsätzlich die Pferdehalterhaftpflichtversicherung der Tierhalter ein. Grundsätzlich ergibt sich bereits bei der auch nur gelegentlichen Benutzung von Pferden die Notwendigkeit eines geeigneten Versicherungsschutzes. Liegt keine Tierhaltereigenschaft vor, kann dies auch eine Privathaftpflichtversicherung mit Haftung nach § 823 BGB sein.

Rating-Systematik

Geprüft wurde, inwiefern die erfassten Versicherer die unten definierten Mindestanforderungen an einen empfehlenswerten oder besonders empfehlenswerten Versicherungsschutz erfüllten. Das Rating trifft jedoch keine Aussagen zum Serviceumfang (telefonische Erreichbarkeit, Kündigungsfristen etc.) oder zum Preisniveau der getesteten Tarife. Eine Bruttojahresprämie von nicht über 150 Euro für ein Pferd bzw. nicht über 220 Euro für zwei Pferde erscheint zumindest als angemessen.

Eine umfassende Darstellung von 49 möglichen Leistungskriterien für eine umfangreiche Pferdehalterhaftpflichtversicherung finden Sie unter www.witte-financial-services.de. Diese umfassen alle wesentlichen Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden: u.a. Flurschäden, Mietschäden an Pferdetransportanhängern, Stallungen oder Boxen, die Teilnahme an nicht gewerblichen Turnieren,

Distanz- oder Pferderennen oder auch der gewollte bzw. ungewollte Deckakt. In welchen Punkten die hier als empfehlenswert charakterisierten Anbieter hier besonders gut abschneiden, wurde nicht bewertet. In der konkreten Beratungssituation sollte jedoch durchaus geprüft werden, ob ein Pferd z.B. für Schulungszwecke Dritten zur Verfügung gestellt wird oder ein Kunde als Mitglied eines Reitvereins Prämiennachlässe in Anspruch nehmen kann.

Voraussetzungen für „empfehlenswerte“ Bedingungen (SILBER) in der selbständigen Pferdehalterhaftpflicht:

- Garantie, dass der Versicherer nicht zum Nachteil des Kunden von den aktuell gültigen AVB PferdehalterHV mit Stand 09.2014 (GDV-Garantie), dem zuletzt gültigen Stand AHB, Stand 02.2014 und der dazugehörigen Mustertarifstruktur III mit Stand 13.04.2011 (GDV-Garantie) oder alternativ den Empfehlungen des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie Dokumentation mit Stand 11.03.2008 oder jünger ODER Arbeitskreis Beratungsprozesse mit Stand 17.02.2010 oder jünger abweicht
- Garantie, dass der Versicherer prämiennegrale Bedingungsverbesserungen automatisch zum Vertragsbestandteil auch für laufende Verträge macht (Innovationsklausel)
- Mitversicherung der gesetzlichen Haftpflicht des Tierhüters, sofern dieser nicht gewerbsmäßig tätig ist
- Keine vom GDV-Standard abweichenden Einschränkungen der mindestens einjährigen Auslandsdeckung (z.B. punitive oder exemplary damages, Einschränkungen in den USA, US-Territorien und Kanada,

Forderung der Beibehaltung eines Wohnsitzes innerhalb von Deutschland). Als Einschränkung akzeptabel ist es höchstens, wenn vom Versicherungsnehmer eine Korrespondenzanschrift innerhalb der EU verlangt wird oder bei Zahlungen außerhalb des Euro-Raumes die bei der Währungsumrechnung entstehenden Risiken auf den VN abgewälzt werden.

- Deckungssumme für Personen-, Sach- und Vermögensschäden: mindestens 5.000.000 Euro pauschal oder mindestens 100.000 Euro für Vermögensschäden sowie 5.000.000 Euro für Personen- und Sachschäden
- Ausdrückliche Mitversicherung von Haftpflichtansprüchen wegen Schäden durch ungewollte und gewollte Deckakte einschließlich echter Vermögensschäden
- Ausdrückliche Mitversicherung für Fremd- / Gastreiter (ohne Eigenschäden), sofern diese Fremdreiter nicht gewerblich tätig sind
- Ausdrückliche Mitversicherung auch von Reitbeteiligten (ohne Eigenschäden), sofern die Reitbeteiligten nicht gewerblich tätig sind und dies ohne namentliche Nennung im Versicherungsschein
- Ausdrücklich uneingeschränkter Versicherungsschutz auch bei Flurschäden durch Weidevieh
- Ausdrücklicher Versicherungsschutz auch für Schäden durch jegliche privaten Kutsch- und Schlittenfahrten, bei denen kein Einkommen erzielt wird. Als Einschränkung zulässig ist es hingegen, dass für den Versicherungsschutz vorausgesetzt wird, dass alle Pferde über den gleichen Versicherer versichert sein müssen.
- Ausdrückliche Mitversicherung der Teilnahme an Pferdeschauen, Reitturnieren sowie dem vorbereitenden Training hierzu, sofern die Teilnahme nicht gewerblich erfolgt. Dabei keine Einschränkungen, beispielsweise für das Erzielen von gelegentlichen Einnahmen (z.B. Einkommen durch Preisgelder). Zulässig ist hingegen eine Begrenzung der jährlichen Einnahmen auf einen Höchstbetrag von nicht unter 6.000 Euro
- Kein im- oder expliziter Ausschluss für die Teilnahme an Distanzritten,

ohne die Möglichkeit, diesen durch einen Zuschlag für den Einschluss des Rennrisikos abzugeben

Zusätzliche Voraussetzungen für „besonders empfehlenswerte“ Bedingungen (GOLD) in der selbständigen Pferdehalterhaftpflicht:

- Ausdrückliche Mitversicherung auch des Ehegatten und der in häuslicher Gemeinschaft lebenden, unverheirateten Kinder von Versicherungsnehmer und (Ehe)partner bzw. alternativ definiert als Mitversicherung der Familienangehörigen des Versicherungsnehmers
- Versicherungsschutz auch für Schäden an gemieteten Pferdetransportanhängern und Pferdeboxen bis mindestens 5.000 Euro
- Versicherungsschutz auch für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weidezäune bis mindestens 10.000 Euro
- Ausdrückliche Mitversicherung auch des Gewässerschadenrestrisikos für Kleingebinde gewässerschädlicher Stoffe
- Beitragsfreie Mitversicherung von während der Vertragslaufzeit geborenen Fohlen eines beim gleichen Versicherer versicherten Muttertieres mindestens bis zur nächsten Hauptfälligkeit, sofern diese im Besitz des Versicherungsnehmers verbleiben
- Mitversicherung der Teilnahme an sonstigen Pferderennen sowie dem vorbereitenden Training hierzu, sofern die Teilnahme nicht gewerblich erfolgt. Dabei ausdrücklich keine Einschränkungen, beispielsweise für das Erzielen von gelegentlichen Einnahmen (z.B. Einkommen durch Preisgelder)
- Mitversicherung von Haftpflichtansprüchen der Reitbeteiligten und der Reittiernutzer gegen den Versicherungsnehmer
- Mitversicherung von Regressansprüchen von Trägern der Sozialversicherung und Sozialhilfe, privaten Krankenversicherungsträgern sowie privaten und öffentlichen Arbeitgebern / Dienstherrn wegen Personenschäden von in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebenspartnern (nicht ausschließlich bezogen auf Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz), mitversicherten Personen oder Angehörigen in häuslicher Ge-

meinschaft, auch wenn dieser über den gleichen Vertrag mitversichert sind

- Versicherer bzw. Risikoträger ist Mitgliedschaft bei Versicherungsombudsmann e.V.

Bedingungsrating Pferdehalterhaftpflicht bei bestehender Privathaftpflichtversicherung beim gleichen Risikoträger:

- K.O.-Kriterien wie oben zusätzlich zu den Mindestanforderungen an eine empfehlenswerte bzw. besonders empfehlenswerte Privathaftpflichtversicherung
- Zusätzlich: Forderungsausfalldeckung, die auch die Gefahren als Pferdehüter und -halter abdeckt
- Subsidiäre Mitversicherung des Reitens fremder Pferde und Benutzung fremder Fuhrwerke

Noch immer scheitern besonders viele Versicherer daran, dass sie entweder keine Garantie aussprechen, wonach die Vertragsbedingungen die Kunden in keinem einzigen Punkt schlechter stellen als die unverbindliche Verbandsempfehlung des GDV. Darüber hinaus ist es noch immer nicht selbstverständlich, dass prämieneutrale Leistungsverbesserungen automatisch auch für bestehende Verträge gelten.

Kein Rating kann eine umfassende Bedarfsermittlung und Beratung beim Verbraucher ersetzen. Dies gilt auch für dieses Rating, da der konkrete Kunde vielleicht Leistungen benötigt, die hier nicht als Standards gesetzt wurden oder sein Tier gewerblich statt privat genutzt wird. In letzterem Fall empfiehlt sich auch der Einschluss einer Umweltschadendeckung wie sie zunehmend angeboten wird.

Info

Analysiert wurden Pferdehalterhaftpflichtversicherungen, die entweder als selbständige Police oder in Verbindung mit einer Privathaftpflichtversicherung abgeschlossen werden können.

Bedingungsrating Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung



ASTRA S.A. Versicherung in Gründung

- (AHB 2014, Stand 04.2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung ASTRA Quality / Quality plus Pferde; Zusatzvereinbarungen für den Tarif ASTRA Quality plus Pferde: THV-14.1 Stand: 02/2014 - Quality Plus) mit 5 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2014; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.07.2014) mit 20 oder 50 Mio. Euro pauschal (P, S, V), maximal jedoch 10 Mio. Euro je geschädigter Person. Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, bis 10.000 Euro für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weiden, bis 10.000 Euro für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten, gepachteten oder genutzten Hunde- und Pferdetransportanhängern.

InterRisk

- (B 01, Stand 07.2013, B 62, Stand 17.12.2013; B 69 - XXL, Stand 07.2013) mit 5, 10 und 25 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA) mit 8 Mio. Euro Deckung (P, S, V), 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 10 Mio. Euro Deckung (P, S, V), 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

VHV

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Tierhalter-Haftpflichtversicherung KLASSIK-GARANT (AVB Tierhalter-Haftpflicht Klassik-Garant 2014), Stand 07.2014) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V. Maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person). 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden, Beschädigung von zu privaten Zwecken gemieteten und gepachteten Immobilien (z.B. Stallungen, Reithallen) und Grundstücken (z.B. Weiden) bis in Höhe von 10.000 Euro mit 150 Euro SB, Mietsachschäden an gemieteten beweglichen Sachen in Hotelzimmern, Ferienwohnungen, Ferienhäusern, Pensionen und Schiffskabinen bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt, Beschädigung, Vernichtung oder Verlust von fremden Sachen, auch wenn diese zu privaten Zwecken gemietet, gepachtet, geliehen wurden oder Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind, bis in Höhe von 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt. Schäden an Pferdetransportanhängern bis 5.000 Euro mit 250 Euro Selbstbehalt.



ASTRA S.A. Versicherung in Gründung

- (AHB 2014, Stand 04.2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Tierhalter-Haftpflichtversicherung ASTRA Quality / Quality plus Pferde: THV-14.1 Stand: 02/2014 - Quality) mit 5 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Barmenia

- (AHB, Stand 01.11.2013; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen für die Tierhalter-Haftpflichtversicherung für private Tierhaltung - Top-Schutz -, Stand 01.11.2013) mit 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis in Höhe der Sachschadendeckungssumme mit 250 Euro Selbstbehalt; Mietsachschäden an Stallungen, Boxen, Reithallen, Weiden, Koppeln, Führanlagen und Außenreitplätzen bis 10.000 Euro mit 20% Selbstbehalt (min. 250 Euro); Mietsachschäden an Tiertransportanhängern bis 2.500 Euro mit 20% Selbstbehalt (min. 250 Euro)
Hinweis: Voraussetzung für en Versicherungsschutz für die private Teilnahme an Veranstaltungen wie Schauvorführungen, Rennen (mit und ohne Schlitten/Wagen) und Turnieren sowie den Vorbereitungen hierzu (Training) ist, dass die Teilnahme nicht in gewerblicher Weise zur Erzielung eines wirtschaftlichen Gewinns erfolgt. Die Bedingungen sehen keine Klarstellung vor, wann eine wirtschaftliche Gewinnerzielungsabsicht vorliegt.

ConceptA

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro sowie bis 30.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern mit 100 Euro Selbstbehalt; Beschädigung von zu privaten Zwecken gemietetem, gepachtetem oder geliehenem beweglichem Reitzubehör (z.B. Sattel, Helm, Gerte, Trense, etc.) bis 2.500 Euro mit 100 Euro SB. Versichert ist auch die Beschädigung von zu privaten Zwecken gemieteten oder geliehenen Pferde- oder Hundetransportanhängern bis 2.500 Euro mit 500 Euro SB sowie an zu privaten Zwecken geliehenen oder gemieteten Kutschen oder Schlitten bis 1.000 Euro mit 150 Euro SB, für Schäden an Reithallen, Weiden und Stallungen bis 10.000 Euro mit 10% SB (min. 250 Euro)

Janitos

- (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 7,5 bzw. 15 Mio. Euro sowie bis 30.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern mit 100 Euro Selbstbehalt; Beschädigung von zu privaten Zwecken gemietetem, gepachtetem oder geliehenem beweglichem Reitzubehör (z.B. Sattel, Helm, Gerte, Trense, etc.) bis 2.500 Euro mit 100 Euro SB. Versichert ist auch die Beschädigung von zu privaten Zwecken gemieteten oder geliehenen Pferde- oder Hundetransportanhängern bis 2.500 Euro mit 500 Euro SB sowie an zu privaten Zwecken geliehenen oder gemieteten Kutschen oder Schlitten bis 1.000 Euro mit 150 Euro SB, für Schäden an Reithallen, Weiden und Stallungen bis 10.000 Euro mit 10% SB (min. 250 Euro)

Konzept & Marketing

- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), gegen Zuschlag Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden und anderen unbeweglichen Sachen (z.B. gemietete Stallungen, Reithallen oder Weidezäunen) bis zur Deckungssumme sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen (z.B. Pferdeanhänger, Pferdedecken, Sätteln oder sonstigem Reitzubehör) mit einem Selbstbehalt von 10 % der Schadensumme
Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und damit implizit auch Distanzritten gegen Zuschlag.

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



InterRisk

• (B 01, Stand 07.2013, B 62, Stand 17.12.2013: B 69 - XXL, Stand 07.2013) mit 5, 10 und 25 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden

Swiss Life Partner

• (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA) mit 8 Mio. Euro Deckung (P, S, V), 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

Swiss Life Partner

• (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 10 Mio. Euro Deckung (P, S, V), 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden sowie Mietsachschäden an mobilen Einrichtungsgegenständen / Inventar in Hotels, gemieteten Ferienwohnungen / -häusern bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt

VHV

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Tierhalter-Haftpflichtversicherung KLASSIK-GARANT (AVB Tierhalter-Haftpflicht Klassik-Garant 2014), Stand 07.2014) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V. Maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person). 1 Mio. Euro für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden, Beschädigung von zu privaten Zwecken gemieteten und gepachteten Immobilien (z.B. Stallungen, Reithallen) und Grundstücken (z.B. Weiden) bis in Höhe von 10.000 Euro mit 150 Euro SB, Mietsachschäden an gemieteten beweglichen Sachen in Hotelzimmern, Ferienwohnungen, Ferienhäusern, Pensionen und Schiffskabinen bis 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt, Beschädigung, Vernichtung oder Verlust von fremden Sachen, auch wenn diese zu privaten Zwecken gemietet, gepachtet, geliehen wurden oder Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind, bis in Höhe von 10.000 Euro mit 150 Euro Selbstbehalt. Schäden an Pferdetransportanhängern bis 5.000 Euro mit 250 Euro Selbstbehalt.



Haftpflichtkasse Darmstadt

• (AHB, Stand 01.01.2014; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.07.2014) mit 20 oder 50 Mio. Euro pauschal (P, S, V), maximal jedoch 10 Mio. Euro je geschädigter Person. Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden bis 1 Mio. Euro, bis 10.000 Euro für Schäden an Stallungen, Reithallen und Weiden, bis 10.000 Euro für Schäden an zu privaten Zwecken gemieteten, gepachteten oder genutzten Hunde- und Pferdetransportanhängern.

Konzept & Marketing

• (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V), gegen Zuschlag Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden und anderen unbeweglichen Sachen (z.B. gemietete Stallungen, Reithallen oder Weidezäunen) bis zur Deckungssumme sowie bis 10.000 Euro für Mietsachschäden an mobilen gemieteten, geliehenen oder gepachteten Gegenständen (z.B. Pferdeanhänger, Pferdedecken, Sätteln oder sonstigem Reitzubehör) mit einem Selbstbehalt von 10 % der Schadenssumme
Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung von Pferderennen und damit implizit auch Distanzritten gegen Zuschlag.

* Hinweis: Voraussetzung für en Versicherungsschutz für die private Teilnahme an Veranstaltungen wie Schauvorführungen, Rennen (mit und ohne Schlitten/Wagen) und Turnieren sowie den Vorbereitungen hierzu (Training) ist, dass die Teilnahme nicht in gewerblicher Weise zur Erzielung eines wirtschaftlichen Gewinns erfolgt. Die Bedingungen sehen keine Klarstellung vor, wann eine wirtschaftliche Gewinnerzielungsabsicht vorliegt.

Kleines Glossar zur Pferdehalterhaftpflichtversicherung

Wer das Haftpflichtrisiko im Zusammenhang mit Pferden umfassend versichern möchte, muss auf eine ganze Reihe von Details achten, um keinen Fehler zu begehen. Hier eine Auswahl möglicher für Sie oder Ihre Kunden relevanter Punkte und ergänzender Absicherungsformen über die reine Pferdehalterhaftpflichtversicherung hinaus:

Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie Dokumentation (neu: „Arbeitskreis Beratungsprozesse“): unverbindliche Empfehlungen zur Gestaltung eines minimalen Versicherungsschutzes. Nachzulesen unter <http://www.beratungsprozesse.de/download/phv/phv%20risikoanalyse.doc>.

Deckschäden: Haftpflichtansprüche aus dem ungewollten Deckakt sind stets versichert, sofern hierfür kein Ausschluss vereinbart wird. In den AHB 2010 ist ein solcher nicht vorgesehen. Auch für den gewollten Deckakt ist in der Regel eine mindestens implizite Mitversicherung anzunehmen, da eine Schädigung der beteiligten Tiere hier sicher nicht Ziel der Angelegenheit ist. Damit scheidet ein Ausschluss für die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles aus.

Distanzritte: Entsprechend des in den AHB 2010 fehlenden Ausschlusses für Pferderennen sind diese meist implizit mitversichert. Ausdrücklich ausgeschlossen sind Distanzritte nur bei wenigen Versichern, aber auch ein ausdrücklicher Einschluss ist eher ungewöhnlich. Auch wenn es bei Distanzritten in der Regel um Geschwindigkeit geht, gibt es auch tempobegrenzte oder tempofreie Distanzritte. Nur Tiere, die innerhalb der meist vorgegebenen Zeit gesund das Ziel erreichen werden gewertet. Distanzritte für Anfänger umfassen meist eine Strecke von höchstens 39 km, doch kommen auch Mehrtagesritte vor. Für den Makler ist es wichtig zu wissen, dass Distanzritte auch schon für Kinder ab 5 Jahren angeboten werden.

Flurschäden: Gerade in älteren Tarifen gibt es nach wie vor Ausschlüsse für Flurschäden durch Weidevieh. Damit ist anzunehmen, dass Pferde, die nicht überwiegend im Stall stehen, von diesem Ausschluss betroffen wären. Dies wäre eine Schlechterstellung gegenüber dem GDV-Standard AHB 2010.

Fremdreiterrisiko: Bei der Mitversicherung des Fremd- / Gastreiterrisikos sind Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus der Zurverfügungstellung zu Vereinzwecken oder im Rahmen der Erteilung von Reitunterricht im Normalfall ausgeschlossen. In der Mustertarifstruktur des GDV ist ein Einschluss lediglich aus dem fehlenden Ausschluss herzuleiten, allerdings gilt dies nur für Gastreiter, die gleichzeitig eine Tierhütereigenschaft besitzen. Da der Versicherungsnehmer hier immer auf den Einzelfall abstellen müsste, kann für die Verbandsempfehlung im Zweifel ein Ausschluss

als Standard gelten. Gemäß Arbeitskreis Beratungsprozesse sollen Fremdreitern namentlich benannt werden, was als Einschlussempfehlung gewertet werden kann. Ausgenommen von der namentlichen Benennung seien lediglich Reitbeteiligungen. Wird also im Einzelfall die private Nutzung von Tieren durch einen Reitlehrer vom Versicherungsschutz ausgenommen, so bedeutet dies im Zweifel eine Schlechterstellung gegenüber der Arbeitskreisempfehlung vom 17.02.2010.

GDV-Standard: erst seit wenigen Jahren garantieren eine zunehmende Anzahl von Versicherern, dass die Verbraucherinformationen zur Tierhalterhaftpflichtversicherung in keinem Punkt zum Nachteil des Kunden von den unverbindlichen Musterempfehlungen des GDV abweichen. Alternativ kommt eine Herleitung über die Garantie der Erfüllung der Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse in Frage. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn keine ausdrückliche GDV-Garantie oder ein veralteter GDV-Standard zugesagt wird.

Innovationsklausel (teilweise auch Update-Garantie benannt): eine solche bewirkt, dass prämieneutrale Leistungsverbesserungen automatisch auch für bestehende Verträge gelten. Eine automatische Beitragsanpassung zum Vorteil des Versicherungsnehmers ist damit nicht verbunden. Auf der anderen Seite kann eine aktive Tarifumstellung von Verträgen mit Innovationsklausel im Zweifel nachteiliger sein als einen Vertrag unangetastet zu lassen.

Kutschen- / Schlittenrisiko: ähnlich zu den Pferderennen ist auch hier kein Ausschluss in den AHB vorgesehen. Siehe hierzu auch das Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 20. Dezember 2005 (VI ZR 225/04). Entscheidend ist allein, dass sich im Schadenfall die Tiergefahr verwirklicht hat. Damit besteht also beispielsweise Versicherungsschutz, wenn die vor eine Kutsche gespannten Pferde als Folge eines Wespenstiches durchgehen oder die Tiere aus anderen Gründen in erheblichem Maße erschreckt wurden und als Folge auskeilen. Allerdings sollte auch klar sein, dass durch die Mitversicherung des Kutschenrisikos kein Versicherungsschutz hergeleitet werden kann für Haftpflichtansprüche aus dem Besitz von Kutschen, Planwagen oder Schlitten sowie wegen Schäden, deren Ursache in der Konstruktion und / oder Mangelhaftigkeit der Kutschen, Planwagen oder Schlitten liegt. Kommt es also zu einem Achsenbruch oder einem Versagen der Hemmschuhe bzw. sonstigen Bremsen einer Kutsche, bei dem sich keine Tiergefahr realisiert hat, so lässt sich über die Tierhalterhaftpflichtversicherung kein Versicherungsschutz herleiten. Einige Versicherer versuchen ihr Risiko dadurch zu begrenzen, dass sie für die Mitversicherung des Kutschenrisikos einen Zuschlag verlangen. Wer auf einen tariflich vorgesehenen Zuschlag für den Einschluss des Kutschenrisikos verzichtet, muss sich darüber im Klaren sein, dass dann auch das ausnahmsweise und kurzfristige Nutzen eines solchen Gefährtes nicht von der Vorsorgedeckung umfasst ist. Eine Versicherungsglücke bleibt in solchen Fällen unumgänglich, sofern nicht VOR NUTZUNG der entsprechende Einschluss nachgemeldet und vom Anbieter bestätigt wurde.

Ein Schaden von über 10.000 Euro durch einen durchgehenden Pferdeschlitten ereignete sich am 27.01.2010 in Sachsen. Obwohl sechs Pkw und ein Polizeifahrzeug beschädigt wurden, kam es zum Glück zu keinem Personenschaden. Folgenreicher war da eine Kutschfahrt, von dem die Potsdamer Nachrichten im September 2006 erzählten. Hier wurde eine 13jährige als Folge einer von ihr selbst praktizierten Kutschfahrt so schwer verletzt, dass sie wohl nie wieder reiten könne. Ein Verzicht auf einen möglichen Zuschlag kann folglich erhebliche Konsequenzen haben.

Obhutsversicherungen: Sinn und Zweck einer speziellen Obhutsversicherung erschließt sich am besten anhand eines Schadenbeispiels: Jemand hat sein Pferd in einem Pensionsstall untergestellt. Der Stallbesitzer schließt die Weide nicht richtig. Die Pferde kommen frei, laufen auf die Straße und kollidieren mit einem Auto. Der Schaden am Auto wird zunächst über die Tierhalterhaftpflichtversicherung abgewickelt. Diese nimmt Regress bei der Person, die die Weide nicht richtig verschlossen hat.

Was ist mit dem Schaden am Tier? Wenn der Stallbesitzer den Schaden verschuldet hat, haftet er. In der Betriebshaftpflicht sind in der Regel Schäden an gemieteten, geliehenen, gepachteten oder in Verwahrung genommenen Sachen ausgeschlossen, also auch der Schaden an dem eingestellten (in Verwahrung genommenen) Tier. Für einen derartigen Fall kann er sich über die Pensionspferdehaftpflicht (Obhutsversicherung) mit Schaden am Pensionstier absichern. Besteht eine solche Versicherung nicht, haftet er persönlich.

Der Stallbesitzer haftet nur aus Verschulden. Verschuldet er einen Schadenfall nicht, muss der Tierhalter selbst für den Schaden aufkommen, so etwa wenn ein Pferd aus unerklärlichen Gründen selbst aus der sicher eingezäunten Weide ausbricht und sich dabei verletzt.

Angeboten werden Obhutsversicherungen nur von wenigen Versicherern mit durchaus unterschiedlichen Versicherungssummen und Leistungen. Nicht selten kommen auch Selbstbehalte in diesem Zusammenhang zum Tragen.

Die Versicherung des Obhutschadens an eingestellten Pferden ist eine sinnvolle Ergänzung zur Hütehaftpflicht für diese Pferde und deckt die Schäden ab, die durch ein Verschulden des Betriebsinhabers oder seiner Angestellten an dem eingestellten Pferd entstehen (die Hütehaftpflicht tritt für die Schäden ein, die Dritten entstehen).

Pferderennen: in den aktuellen Musterbedingungen besteht kein Ausschluss mehr für Pferderennen (z.B. Galopper- oder Trabrennen). Auch wenn private Reiter eher selten an solchen teilnehmen, kommt es doch zunehmend auf Turnieren am Rande zu „Spaßrennen“ von Warmblütern. Ein typisches Amateurpferderennen ist jedoch auch das „Duhner Wattrennen“. Akzeptabel ist es daher gerade noch, wenn ein Versicherer das Rennrisiko nur gegen Zuschlag versichern möchte. Kritisch wird es erst, wenn eine Mitversicherung laut Tarif auch gegen Zuschlag nicht möglich ist, da ein Kunde dann selbst bei veränderten Bedürfnissen keine adäquate Absicherung bekommen kann.

Reitlehrerversicherung: Ein falsches Kommando, die Auswahl eines unpassenden Pferdes, ein zu hoch aufgebautes Hindernis – als Reitlehrer läuft man schnell Gefahr, das Verschulden an einem Unfall des Reitschülers zu tragen. Aus diesem Grund sollte niemand ohne Ausbilderhaftpflichtversicherung unterrichten. Entsprechende Tarife werden nur von wenigen Versicherern angeboten. Unterschieden wird u.a. zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Reitlehrern.

Seuchenrisiko: Versicherer sehen für gewöhnlich keinen ausdrücklichen Einschluss für durch Pferde übertragene Infektionskrankheiten (z.B. Druse) vor. Dies bedeutet jedoch keinen Ausschluss im Einzelfall, so dass im Leistungsfall gemäß § 254 BGB jeder Tierhalter die Hälfte des Schadens zu tragen hätte, dies nämlich, wenn zwei Tiere aufeinander treffen, da schließlich von beiden Tieren eine Gefahr ausgeht.

Turnierisiko: sehr oft äußern sich Versicherer nicht dazu, ob die Teilnahme an Pferderennen oder –schauen versichert seien. Ohne Ausschluss gilt die bekannte Regel, dass eine Mitversicherung besteht. Kritisch ist es, wenn einzelne Tarife eine Mitversicherung davon abhängig machen, dass kein „Einkommen“ erzielt wird. Aus steuerrechtlicher Sicht zu bedenken ist, dass der Begriff „Einkommen“ sehr unterschiedlich definiert werden kann und demnach ein rechtlich unbestimmter Terminus im Sinne des allgemeinen Verständnisses zu interpretieren wäre.