

Risiko & Vorsorge

15. Jahrgang
Ausgabe 3-2015

Fondspolice & Beratungsqualität

- Neuer Rating-Standard
- Ablauf-Management als Beratungsplus

▶ Gothaer

Landesjagdverbände getäuscht?

▶ Produkt & Kritik

- Rechtsschutz
- Glasschäden
- AXA: Privathaftpflicht

▶ Allianz

VVG-konform sieht anders aus



Supervision & die „Neuen Wege“

Die Redaktion ist seit über zwanzig Jahren mit vielen Maklern im Kontakt. Man hat also gemeinsam den Übergang von der Papierzeit in die Internetzeit erlebt. Manche haben diesen Wechsel bis heute nicht verkraftet.

Andere sind superfit, beherrschen alle online-tools und lieben gerade deshalb ihren Beruf, weil sich nun so vieles leichter organisieren lässt. Kurzum: Diese Kollegen haben Vertrauen in die neue Technik und profitieren davon.

Dieses Vertrauen hat auch viel mit Selbstvertrauen zu tun. Davon braucht man im Moment jede Menge, wenn man die letzten fünf Jahre und vor allem das LVRG Revue passieren lässt.

Unserer Meinung nach geht es aktuell vor allem um eins: Sie brauchen Partner! Drei bis Fünf pro Büro sollten es schon sein, wenn man die Zukunft wuppen will.

Dazu gehört auch zwingend eine regelmäßige Supervision. Man könnte auch sagen, ein Rebalancing, um das eigene Geschäftsmodell und die Jahresziele nicht aus den Augen zu verlieren. So verläuft man sich vielleicht am Ende doch noch auf dem Weg in das goldene Zeitalter der neuen Produktwelten, Kommunikations-, Policing- und Verwaltungstools.



Herzlichst
Ihr

Klaus Hermann Barde
Herausgeber

»HIN UND HER MACHT TASCHEN LEER.«

Diese bittere Erfahrung machen viele Privatanleger, die versuchen, durch ständige Portfolio-Umschichtungen einen als Benchmark gewählten Index zu übertreffen. Doch was ist die Alternative?

2. Auflage 2007
336 Seiten - € 29,90



Editorial 3

Info / News 4

■ **Ausblick**

• Makler im Niedrigzinsumfeld 9

■ **Fondspolizen**

• Ablauf-Management als Beratungsplus 11
 • Neuer Rating-Standard 15

■ **Produkt & Kritik**

• Übersicht der Beiträge 17
 • Rechtsschutz & Tarifwechsel 18
 • Kostenübernahme bei Glasschäden 20
 • AXA: Privathaftpflichtversicherung BOX flex 24

■ **Makler & Produktgeber**

• Allianz, Makler und das VVG 27

■ **Gruppenverträge & Jagdhaftpflicht-Tarife**

• Irreführende Bewerbung von Jagdhaftpflicht-Tarifen? 28

■ **Jagdhaftpflicht & Jagdhundeunfallversicherungen**

• Jagdhunde im Einsatz – die Suche nach dem geeigneten Versicherungsschutz 32
 • Vergleichende Tarifübersicht: Jagd 35

■ **Marketing**

• Kunde & Pflege 37

■ **Rezensionen: Fachbücher**

• Die vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung in Recht und Praxis..... 42
 • Versicherungsrechts-Handbuch 46

Impressum

Herausgeber: Barde-Hoppe & Medien GmbH
 Himmelsruh 9 · 37085 Göttingen
 Tel.: 0551-6339201
 info@risiko-vorsorge.net
 www.risiko-vorsorge.net
 V. i. S. d. P.: Klaus Hermann Barde

Erscheinungsweise: online, 4 x jährlich zum Quartal

Anzeigen: Karin Klawunn · 0551-58511

Die Inhalte dieser Online-Publikation werden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Der Anbieter übernimmt jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der bereitgestellten Inhalte. Die Nutzung der abrufbaren Inhalte erfolgt auf eigene Gefahr des Nutzers. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors und nicht immer die Meinung des Anbieters wieder.

Urheberrecht: Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt und Eigentum der BHM GmbH, Göttingen. Jede ungenehmigte Veröffentlichung wird verfolgt.

Ausführliche Spartenvorstellungen & Ratings sowie Rating-Systematiken

- 10 Jahre WFS-Leistungsratings 47
- Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) 51
- Stationäre Krankenzusatztarife 68
- Unfallversicherungen 73
- Pfl egetagegeld- und Pflegegeldversicherung 85
- Rating Geförderte Pfl egetagegeld- und Pflegemonatsgeldtarife (Pflege-Bahr) 102
- Privathaftpflichtversicherungen 110
- Wohngebäudeversicherungen 119
- Hausratversicherungen 123
- Hundehalterhaftpflichtversicherungen 127
- Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster ... 132
- Pferdehalterhaftpflichtversicherungen 141



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](#)

2016: GDV will mehr „Maschine-zu-Maschine-Kommunikation“

Mit einer Automatisierung des Datenaustauschs zwischen Versicherungsunternehmen und Maklern soll ab 2016 Prozessoptimierung betrieben werden.

Für Versicherer und Makler ist im Datenaustausch mehr Effizienz gewünscht. Ein GDV-Projekt zur Verbesserung der digitalen Kommunikation befindet sich in der Testphase. Es soll im ersten Quartal 2016 starten. Die Datensätze sind auf Basis der von Versicherern, Vermittlern und Dienstleistern entwickelten Normen des Brancheninstituts für Prozessoptimierung (BiPRO) standardisiert. Für die Sicherheit soll die vom GDV entwickelte Cloud-Lösung TGIC (Trusted German Insurance Cloud) sorgen. „Der Datenaustausch zwischen

Versicherern und Maklern ist aktuell sehr komplex. Von einer standardisierten, sicheren Kommunikation werden alle Beteiligten profitieren: Makler gewinnen Zeit für die Beratung ihrer Kunden und Versicherer können interne Prozesse optimieren“, so die stellvertretende Leiterin Vertrieb beim GDV, Elisabeth Stiller. „Für uns als Makler hat ein sicherer Datenaustausch mit den Versicherungsunternehmen über standardisierte Schnittstellen große Vorteile“, kommentiert Holger Mardfeldt, Partner beim Maklerbüro Martens und Prahl. „Kunden haben häufig Verträge bei unterschiedlichen Versicherern. Dies bedeutet für uns Makler einen hohen administrativen Aufwand, der sich durch das GDV-Projekt sicherlich bedeutend reduzieren wird.“ www.gdv.de

Gothaer: Gold für Konzeptberatung

Die Versicherungsfachzeitschrift „Versicherungsmagazin“ zeichnete die Gothaer-Beratungssoftware zur Konzeptberatung in der Kategorie „ganzheitliche Beratung“ nach drei Silber-Auszeichnungen jetzt zum zweiten Mal mit Gold aus.

Ein besonderes Highlight der Software besteht in der Weiterentwicklung der Konzeptberatung um eine Schnellberatung und die Integration der Pflegeversicherung. Damit werden jetzt alle für eine Absicherung wichtigen Aspekte berücksichtigt. Die Gothaer Konzeptberatung ist bereits im neunten Jahr auf dem Markt. Während dieser Zeit wurden Verbesserungswünsche von Beratern und Kunden bei Software Updates berücksichtigt.

A+ „Sehr gut“ für die Bayerische

Die Ratingagentur Assekurata vergab aktuell die Qualitätsnote A+ „Sehr gut“ an die Lebensversicherungstochter der Bayerischen, die Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG. Das Top-Rating „Sehr gut“ erhielt das Unternehmen auch in den Teilkategorien Sicherheit, Erfolg und Wachstum/Attraktivität am Markt. „Die Sicherheitslage der Neuen Bayerischen Beamten Le-

So funktioniert die Konzeptberatung

Der Berater startet mit einem detaillierten Check der Ist-Situation. Dabei werden bestehende Absicherungen mit berücksichtigt. Durch diese Analyse werden Versorgungslücken oder Doppelungen identifiziert und Optimierungsmöglichkeiten aufgezeigt. Schritt für Schritt werden alle Bereiche durchleuchtet – dabei stehen immer die persönlichen Bedürfnisse und zukünftigen Ziele im Mittelpunkt. Auf dieser Basis wird ein individuelles Lösungskonzept entwickelt, das auf die persönliche und finanzielle Situation abgestimmt ist – lückenlos und überschneidungsfrei.

Am Ende der kostenfreien Konzeptberatung erhält der Kunde eine übersichtliche Dokumentation des ca. 90-minütigen Beratungsgesprächs für die eigenen Unterlagen. www.gothaer.de

bensversicherung AG bewertet die Assekurata mit sehr gut“, so das Urteil in dem Bericht zum Unternehmensrating. „Dieses Urteil geht sehr maßgeblich auf die sehr hohe Eigenkapitalausstattung zurück. Das Unternehmen baut sein Eigenkapital kontinuierlich aus und verfügt über eine signifikant höhere Eigenkapitalquote als der Markt.“

Der komplette Bericht:
www.assekurata.de/ratings

„Wachstums- und Kosteninitiative“

Positiver Begriff für nachhaltige Einschnitte im Vermittlermarkt.

Beispielhaft mit dem Projekt „Wachstums- und Kosteninitiative“ beschreibt die Allianz den Pfad der radikalen Neuaufstellung im Vertrieb. Sie zeigt, wohin die Reise geht. Das Ziel ist ein nachhaltiger Personalabbau, um langfristig profitabel bleiben zu können.

Hinzu kommt die alte / neue Umsetzung von Spezialvertrieben. Also Kompetenzbündelung auf Feldern wie bAV und PKV. Es bleibt auch ein Anreiz für Makler, nun endlich den Weg in die Spezialisierung zu gehen. Vor allem im Markt der Funktionsinvalidität, der EU und der BU sowie der Dread Disease lassen sich attraktive Beratungsbündel schnüren.

Axa: Klassische Lebensversicherungen mit lebenslanger Garantie werden zum Auslaufmodell. Fondspolizen und biometrische Produkte sollen dieses Geschäftsfeld ersetzen.

Generali Deutschland AG: Klassische Lebensversicherungen jedweder Bauart stehen bald vor dem Aus. Fondspolizen und hybride Sparprodukte werden die neuen Vorsorgetools.

Was die Dickschiffe machen, bestimmt den Trend. Für den Makler bedeutet das: Entweder nur noch Sachgeschäft und Biometrie oder den Aufbau von Investment-Kompetenz, um im Geschäft mit den neuen Instrumenten der Altersvorsorge mitspielen zu können.

ETFs überholen im Vertrieb aktiv gemanagte Fonds.

Erstmals wurden in der jährlichen Umfrage des „Journal of Financial Planning and the Financial Planning Association’s FPA Research & Practice Institute“ seitens der angeschlossenen Berater börsengehandelte Indexfonds (ETFs) vor aktiven Produkten als das beliebteste Investment genannt.*

81 Prozent der Teilnehmer gaben an, dass sie ETFs ihren Kunden entweder empfehlen oder für sie einsetzen – in der ersten Umfrage 2006 hatten dies nur 40 Prozent gesagt.

*Financial Planning Association, Denver, USA - www.onefpa.org

Wohn-Riester richtig nutzen

Seit 2008 fördert der Gesetzgeber selbst genutztes Wohneigentum als Altersvorsorge mit dem Wohn-Riester. Gefördert werden zertifizierte Bausparverträge und Wohnbaurdarlehen.

Wie Bausparer sich die staatlichen Zulagen sichern können und was es bei der Förderung zu beachten gibt, zeigt die folgende Übersicht.

- Zu den Verwendungsmöglichkeiten von Wohn-Riester zählen der Bau, Kauf oder die Entschuldung einer selbst genutzten Immobilie sowie der Erwerb von Anteilen an einer Wohnungsgenossenschaft oder von Wohnrechten in einem Alters- oder Pflegeheim. Unter bestimmten Voraussetzungen werden auch alters- und behindertengerechte Umbaumaßnahmen gefördert.

• Wer hat Anspruch?

So gut wie jeder, denn bei Wohn-Riester gelten keine Einkommensgrenzen. Zu den Förderberechtigten zählen alle, die in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sind – aber auch Beamte, Richter, Soldaten und bestimmte Selbstständige. Wer die maximale Förderung erhalten will, muss jährlich vier Prozent seines sozialversicherungspflichtigen Vorjahreseinkommens – maximal 2.100 Euro – abzüglich der Zulagen in einen Wohn-Riester-Vertrag einzahlen.

• Wie hoch ist die Förderung?

Wenn die Voraussetzungen für die maximale Förderung erfüllt sind, beträgt die jährliche Grundzulage 154 Euro. Für

jedes Kind, das vor 2008 geboren wurde, gibt es 185 Euro zusätzlich, für jedes später geborene Kind sogar bis zu 300 Euro. Jung-Sparer unter 25 Jahren erhalten bei Vertragsabschluss einmalig 200 Euro Starter-Bonus. Zudem lassen sich gegebenenfalls Steuervorteile erzielen, denn die Beiträge können beim Finanzamt geltend gemacht werden.

Um sicherzustellen, dass keine Förderung verloren geht, sollten Riester-Sparer ihren Anbieter unbedingt informieren, wenn sich die persönlichen Förderbedingungen ändern – beispielsweise durch die Geburt eines Kindes oder eine Gehaltserhöhung. Laut Stiftung Warentest kann eine Familie bei der Immobilienfinanzierung durch Wohn-Riester mehrere zehntausend Euro sparen.

• Ehepaare

Die Förderung ist am effektivsten, wenn beide Eheleute jeweils einen eigenen Vertrag abschließen. Nur dann können beide die Grundzulage in Höhe von 154 Euro erhalten. Sollte ein Anspruch auf Kinderzulage bestehen, wird diese einem Elternteil gutgeschrieben. Auch Ehepartner von Riester-Sparern, die nicht berufstätig sind, können die Förderung erhalten, wenn sie mindestens 60 Euro im Jahr in ihren Vertrag einzahlen.

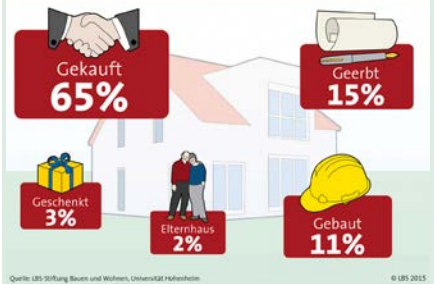
www.lbs.de

Ein Drittel der Deutschen lebt im Einfamilienhaus

In Deutschland gibt es etwa ebenso viele Mieter wie Eigentümer. So lebt jeder zweite Bundesbürger im Wohneigentum. Besonders beliebt ist dabei das Einfamilienhaus.

Fast jeder dritte Deutsche wohnt im Einfamilienhaus. Für eine Eigentumswohnung entscheidet sich laut der LBS-Stiftung „Bauen und Wohnen“ knapp jeder Zehnte. Der typische Eigentümer einer Eigentumswohnung ist gemäß einer Erhebung des Beratungsunternehmens empirica jung, urban und Single. Während bei den Eigentümern mit knapp 64,6 Prozent das Einfamilienhaus ganz oben auf der Beliebtheitskala steht, wohnen 87,5 Prozent der Mieter in einer Wohnung. Ein Haus zur Miete ist eher eine Ausnahme. Egal ob Wohnung oder Haus – vier von zehn Mietern haben bereits mit dem Gedanken an eine eigene Immobilie gespielt. Hauptmotiv ist der Wunsch nach einer sicheren Altersvorsorge.

Wege zum Wohneigentum



PKV-Beiträge steigen und steigen

Ökotest hat Tarifwechsel analysiert.

In der PKV Geld sparen, aber die Altersrückstellungen nicht verlieren, geht nur mit einem Tarifwechsel beim aktuellen Versicherer. Die Zeitschrift Ökotest hat einige PKV-Tarife untersucht, um zu sehen, ob sich ein Tarifwechsel lohnt.

Beispiel AXA: Hier kann der Kunde von einem Tarifwechsel überdurchschnittlich stark profitieren, hat Ökotest errechnet. Das Sparpotenzial soll bis zu 283 Euro im Monat betragen. Ein Wechsel ist jedoch oft mit erheblichen Leistungseinbußen verbunden. So müssen Kunden der Axa-Wechseltarife geringere Versicherungsleistungen bei Heilmitteln, Heilpraktiker-Behandlungen, Psychothera-

pie, Zahnersatz und Kieferorthopädie akzeptieren. Ersparnis bei gleicher Leistung: Nein! Kunden, die keine Leistungseinbußen hinnehmen wollen, sollten also doch die Wechseloption prüfen.

Ökotest weist dabei unter anderem auf einen Tarif der Continentale. Ökotest hat 120 Tarifkombinationen von 20 privaten Versicherern untersucht. Grundlage der Musterrechnung ist die Annahme,

dass der Kunde seit 15 Jahren in seinem aktuellen Tarif gebunden ist. Das Fazit: Ein Tarifwechsel ist oft besser, als alternativ den Selbstbehalt zu erhöhen. Allerdings sei es schwer, einen Tarif zu finden, bei dem nur der Beitrag und nicht der Versicherungsschutz kleiner werde.

Mehr zu den Testergebnissen: www.oekotest.de

Thema Bestand

Den Begriff „Bestand“ gibt es im juristischen Sinne nicht, meint Oliver Pradetto, Chef des Maklerpools Blau direkt in einem Beitrag für „Das Investment“.

In den meisten Fällen wird der Bestand des Maklers über die Anbindung des Pools verwaltet. Der Makler hat kein Vertragsverhältnis gegenüber der Gesellschaft. Kritische Makler leiten daraus ab, dass der Makler in dieser Konstellation keine Eigentumsrechte mehr an seinem Bestand habe.

Doch diese Ansicht ist als Pauschalurteil ebenso falsch wie die Annahme der Maklerbestand sei sicher, wenn der Makler an den Versicherer direkt angebunden sei und der Pool lediglich einen Overhead erhalte. Tatsache ist: Die Verwaltungsregelung hat mit Eigentumsrechten rein gar nichts zu tun.

Der Makler hat keine Rechte am Kunden

Beginnen wir mit den Kunden: Die gehören sich selbst. Tatsächlich sammelt der Makler lediglich Einverständniserklärungen, für seine Kunden tätig sein zu dürfen. Dies umfasst die Speicherung von Kundendaten, die gelegentliche anlassbezogene Kontaktaufnahme und, wenn es in Vollmachten klar geregelt ist, unter Umständen auch das Recht und die Pflicht Willenserklärungen für den Kunden abzugeben. Der Makler begründet hier teils auf datenschutzrechtlichen Erlaubnissen teils auf vertraglichen Vereinbarungen sein Dienstleistungsverhältnis zum Kunden.

Der Pool findet im Verhältnis Kunde-Makler nicht statt

Rechte an diesen Verträgen und Erlaubnissen hat immer allein der Makler. Der Pool findet in diesem Verhältnis nicht

statt. Selbst wenn beim Versicherer der Pool als betreuender Makler eingetragen wurde ändert dies nichts. Denn dies würde einem ehernen Grundsatz deutschen Rechts widersprechen: Ein Vertrag zwischen 2 Parteien kann niemals eine dritte Partei belasten. Im Klartext: Versicherer und Pool können so viel vereinbaren wie sie wollen, dadurch werden weder Kunde noch Makler ihrer gegenseitig vereinbarten vertraglichen Rechte beraubt.

Folglich kann sich ein Pool nicht der Rechte des Maklers gegenüber dem Kunden bemächtigen. Daran ändert auch eine erteilte Untervollmacht des Maklers nichts. Diese gilt nur so lange, wie der Makler den Pool aktiv beauftragt – und wie der Makler selbst beauftragt ist. Wenn der Makler sich vom Pool trennt – oder umgekehrt – verliert der Pool seine Legitimation gegenüber dem Kunden. Wenn er sich diese dann nicht aktiv selbst einholt, handelt er sogar rechtswidrig.

In Bezug auf die Rechte des Maklers gegenüber dem Kunden spielt es demnach keine Rolle wer gegenüber dem Versicherer als betreuender Makler eingetragen ist. Anders bei vermittelten Verträgen.

Rechtssituation der vermittelten Verträge

Völlig anders ist die Rechtssituation, wenn es um die vermittelten Verträge geht. Diese wurden zwischen Versicherer und Kunde geschlossen. Auch hier gilt der ehernen Grundsatz: Ein Vertrag zwischen 2 Parteien kann niemals eine dritte Partei belasten. Das heißt, der Makler hat an diesen Verträgen zunächst einmal exakt null Rechte. Aus diesem Grund schließt der Makler in der Regel einen eigenen Vertrag mit Versicherer oder Pool. In diesem vereinbart er für die Vermittlung und/oder Betreuung eine

Courtage zu erhalten. Sein Eigentum sind demnach finanzielle Forderungen. Die Frage lautet juristisch korrekt also nicht „wem gehört der Bestand?“, sondern „wem gegenüber kann ich unter welchen Umständen meine Forderungen geltend machen?“. Dies regelt sich aus dem Vertrag, den der Makler selbst mit Pool oder Versicherer schließt und hier herrscht bekanntlich Vertragsfreiheit. Viele Pools und Versicherer verhalten sich fair und bauen auf eine nachhaltige, langfristige Geschäftsbeziehung. Andererseits darf es nicht verwundern, dass es sowohl Pools als auch Versicherer gibt, die die Lesefaulheit und mangelndes Vertragswissen ihrer Partner ausnutzen, um den Makler zu benachteiligen.

Vertragsqualität entscheidet

Per se ist eine Direktvereinbarung zum Versicherer also nicht besser. Es hängt an der Qualität des vereinbarten Vertrages. Wenn Makler sich mit einer einseitigen Courtagezusage eines Versicherers begnügen oder den ersten vorgelegten Vertrag ohne intensives Lesen unterschreiben, dürften die Forderungen in vielen Fällen auf wackligen Beinen stehen. Pools gehen hier in der Regel gewissenhafter vor, um die Forderungen ihrer Makler langfristig zu sichern. Daraus folgt, dass der Maklerbestand – also die Courtageforderungen – beim Pool potentiell weitaus sicherer aufgehoben sein könnten, als in jeder Direktvereinbarung. Ob dies so ist oder nicht, hängt an der Qualität des Vertrags.

Text-Auszug von „Das Investment“: 30.06.2015 / <http://www.dasinvestment.com/recht-steuern/news/datum/2015/06/30/wem-gehört-der-maklerbestand-im-pool/>

UniVersa: Pflagegeld – Erhöhung zu Sondervorteilen

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. dynamisierte zum 1. Juli die Pflagegeld bei ihren Bestandskunden. Wer sich für ein Pflagegeld Komfort oder Premium entschieden hat, erhält zum Inflationsausgleich alle drei Jahre automatisch eine Erhöhung ohne erneute Ge-

sundheitsprüfung und Wartezeiten. Eine Altersbegrenzung nach oben erfolgt nicht. Das sichert uniVersa-Kunden einen lebenslangen Werterhalt ihrer getroffenen Pflagevorsorge. Die Dynamik erfolgt mit einem sofortigen Leistungsanspruch ab 1. Juli. Damit können selbst Pflagebe-

dürftige von dem höheren Pflagegeld profitieren. Als Besonderheit ist bei der uniVersa eine zusätzliche Option enthalten, über die bei künftigen Reformen eine Nachversicherung oder Umstellung in neue Tarife ebenfalls zu Sondervorteilen möglich ist. www.universa.de

HDI: Heilwesen-Haftpflicht von HDI mit neuen Leistungen

Mit Einführung des neuen Tarifs der Berufshaftpflicht Heilwesen erweitert die HDI Versicherung AG den Leistungsumfang des Produkts. Am 1. Juli ist der Versicherer mit einem überarbeiteten Tarif für Ärzte und Beschäftigte in Gesundheitsfachberufen an den Markt gegangen.

Der neue Tarif umfasst eine ganze Palette an Neuerungen. Zum Beispiel kann das bereits etablierte HDI Spezialkonzept für Großpraxen jetzt schon ab drei Partnern angewendet werden. Außerdem ist der Medikamentenverderb jetzt bis 5.000 Euro pro Jahr mitversichert. Neu sind auch die prämiensfreie Mitversicherung von zur Probe arbeitenden Fachärzten von bis zu vier Wochen sowie die Aufnahme weiterer Berufsbilder wie sektoraler Heilpraktiker oder Notfallsanitäter in die Deckung. Zudem können auch Palliativ- und Telemedizin jetzt über

die HDI Berufshaftpflicht abgesichert werden.

Grundlage der neuen Generation sind die Berufshaftpflicht-Deckungen für Ärzte und Gesundheitsfachberufe mit einer Regeldeckungssumme von 5 Mio. Euro bei einer dreifachen Maximierung der Deckungssumme pro Jahr für Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Zusätzlich wird tariflich eine Deckungssumme von 7,5 Mio. Euro angeboten. Bei der Absicherung über das Großpraxenkonzept sind sogar 10 Mio. Euro vorgesehen.

Professionelles Risiko-Management: Prophylaxe vor Therapie

Der Grundsatz Prophylaxe vor Therapie gilt in besonderem Maße auch für die Absicherung der beruflichen Haftpflichtrisiken. Aus diesem Grund haben bei HDI versicherte Ärzte auch die Möglichkeit, auf Kooperationspartner des Versi-

cherers zurückgreifen. Die Partner für Risiko- und Qualitätsmanagement, Fortbildungen und Trainings unterstützen Ärztinnen und Ärzte beispielsweise bei der Einführung von Risikomanagementsystemen mit dem Ziel der Vermeidung von Schadenfällen und bei der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung in der Arztpraxis.

Bei einem Schadenfall kommen die eigenen Schaden-Spezialisten des HDI zum Einsatz: Die spezialisierten Juristen der Fachabteilung verfügen über fundiertes Know-how in allen Belangen der Arzthaftpflicht und tragen dazu bei, berechnete Schäden professionell abzuwickeln – immer mit dem Ziel, Imageschäden bei den Versicherten zu vermeiden.

Weitere Informationen: www.hdi.de/arzthaftpflicht

Sparkasse: 25 % Vertriebskosten

Die Sparkasse Dessau wurde aufgrund fehlerhafter Anlageberatung zu 23.000 Euro Schadenersatz verurteilt. Das Finanzinstitut hatte einer Kundin im März 2007 eine Beteiligung an Schiffsfonds des Emissionshauses MPC vermittelt, ohne über die hohen Vertriebskosten und Risiken aufzuklären. Das Urteil vor dem Landgericht Dessau-Roßlau ist noch nicht rechtskräftig (Geschäftsnummer: 2 O 176/14).

Die geschädigte Kundin hatte auf Vermittlung eines Sparkasse-Beraters eine Beteiligung an der Zweite Reeper Flottenfonds GmbH & Co KG gezeichnet, einem geschlossenen Schiffsfonds des Emissionshauses MPC. Doch wie das Landgericht Dessau-Roßlau in seinem Urteil feststellt, hat die Sparkasse Dessau die Anlegerin weder durch rechtzeitige Übergabe des Fondsprospekts, noch durch eine mündliche Beratung hinreichend aufgeklärt. Dies berichtet die Anwaltskanzlei Nittel & Minderjahn mit Sitz in Neckargemünd. Der Schiffsfonds investierte in 14 Kühlschiffe und befindet sich aktuell in großen Schwierigkeiten. Seit 2009



erhalten die Anleger keine Ausschüttungen mehr.

Rechtsanwalt Michael Minderjahn, der die geschädigte Sparkassenkundin erfolgreich im Prozess vertreten hat, er-

klärt: „Die Sparkasse hat meine Mandantin weder über die wesentlichen Eckdaten zur Funktionsweise des Fonds informiert, noch über die damit verbundenen Risiken. Auch über das eigene Interesse, von den mit rund 25 Prozent sehr üppig ausgefallenen

Vertriebskosten zu profitieren, hat die Sparkasse nicht informiert“.

Auszug / www.versicherungsbote.de vom 29.06.2015

ERGO: ETF in der privaten Rentenversicherung

Die ERGO Lebensversicherung erweitert ihr Fondsangebot in der privaten Rentenversicherung um Exchange-Traded-Funds (ETF). Bei der ERGO Rente Chance können Kunden erstmals vier Indexfonds auf Aktienindizes als kostengünstige Basisanlage für ihre Altersvorsorge nutzen.

ETFs erzielen oft bessere Nettoerträge als klassische Investmentfonds. Sie sind zudem aktiv gemanagten Fonds über alle Sektoren und alle Laufzeiten zumeist überlegen. Diese Botschaft ist nun auch bei der ERGO angekommen.

ETF-Angebot für ERGO Rente Chance

- db x-trackers DAX: ISIN LU0274211480
- iShares Core EURO STOXX 50: ISIN IE00B53L3W79
- iShares Core S&P 500: ISIN IE00B5BMR087
- iShares Core MSCI World: ISIN IE00B4L5Y983

www.ergo.de

Alles, was der Makler zum Thema Pflege wissen muss!

PFLEGE

NEU: Ausgabe 1/2015

Sonderpreise
für Makler

PFLEGE

Ausgabe 1-2015 | 4,90 Euro

4 192418 504907 01

pflege

Vorsorgen für Eltern & Familie

**Pflege 2015
auf einen Blick**

**GELD &
FAKTEN**

plus
Know-how

- ▶ Gesundheitsfürsorge für pflegende Angehörige
Gönnen Sie sich eine Auszeit!
- ▶ Alle gesetzlichen Ansprüche auf einen Blick
- ▶ Ihre Rechte beim Unterhalt für die Eltern
- ▶ Heimkosten & Heimvertrag
- ▶ So arbeiten Pflegedienste
- ▶ Große Entlastung: Tagespflege

Für das gute Gefühl,
bei der Pflege-Vorsorge
alles richtig gemacht
zu haben!

Mehr Durchblick im Versicherungs-Dschungel:
Pflegekostenversicherung · Pflegerentenversicherung · Pflegegeldversicherung · Pflege-Bahr

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

Bestellungen: info@bhm-marketing.de

Wohin die Reise geht ...



*Ohne Bargeld im Reich der Negativ-Zinsen?
Da sagt der Volksmund gern: Nichts genaues weiß man nicht.*

Schon seit längerem befindet sich Deutschland in einer Niedrigzinsphase. Eine in vielen Punkten ähnliche Situation hat in Japan in der Vergangenheit zu erheblichen Marktverwerfungen geführt. Nicht absehbar ist, wie lange sich die Zinsen auf diesem niedrigen Niveau weiter bewegen werden. Was bedeutet das für uns Makler?

Autor: Stephan Witte

Konkrete Auswirkungen haben niedrige Zinsen unter anderem auf alle Versicherungsprodukte, die eine garantierte Mindestverzinsung sowie eine garantierte Mindestablaufleistung (z.B. klassische Renten- und Lebensversicherungen) erbringen müssen, nicht jedoch auf rein fondsgebundene Produkte ohne produktseitige Garantien.

Per 22.04.2015 erzielten etwa 10jährige Bundesanleihen eine Verzinsung von nur 0,1620%, womit die garantierte Rendite deutlich unter dem Inflationsniveau liegt. Ob die Zinsen weiter sinken werden, ist unklar, werde allerdings von einer überwiegenden Mehrheit der Deutschen so eingeschätzt (siehe <http://www.wiwo.de/finanzen/geldanlage/umfrage-deutsche-rechnen-mit-weiter-fallenden-zinsen/11592612.html>).

Nimmt man abweichend an, dass das gegenwärtige Zinsniveau bald die „Talsole“ erreicht haben dürfte und zumindest langfristig eher mit steigenden Zinsen zu rechnen wäre, würden die Kurse von vorhandenen festverzinslichen Wertpapieren entsprechend fallen (Zinswippe).

Sinken die Zinsen hingegen weiterhin, wie die Mehrzahl der Deutschen glaubt, so würden Anleihen im Bestand im Kurswert steigen, was zu einem Kursgewinn führen würde.

Am 05.04.2015 berichtete „Die Welt“ (siehe [http://www.welt.de/wirtschaft/article139136546/Deutsches-Kapital-](http://www.welt.de/wirtschaft/article139136546/Deutsches-Kapital-koennte-Oesterreich-bald-verlassen.html)

[koennte-Oesterreich-bald-verlassen.html](http://www.welt.de/wirtschaft/article139136546/Deutsches-Kapital-koennte-Oesterreich-bald-verlassen.html)) von möglichen Problemen für österreichische Anleihen, weshalb etwa die Talanx derzeit bei Neuanleihen in diesem Land eher zurückhaltend sei. Hintergrund war der geplante Schuldenschnitt für Gläubiger der Kärntener Bad Bank Heta. Auch wird im Artikel die Ratingagentur Moody's zitiert, die eine Bereitschaft zur staatlichen Unterstützung für Banken mit Steuergeldern in ganz Europa für immer unwahrscheinlicher halte.

Die Seite [deutsche-wirtschafts-nachrichten.de](http://www.mandare.li/fileadmin/eigene_dateien/Presse/2015-03-29_OEsterreich_garantiert_die_Sparguthaben_nicht_mehr.pdf) unter www.mandare.li/fileadmin/eigene_dateien/Presse/2015-03-29_OEsterreich_garantiert_die_Sparguthaben_nicht_mehr.pdf berichtete am 30.03.2015, dass man in Österreich eine weitreichende Reform der Einlagensicherung plane, wonach für Sicherung von Spareinlagen keine staatliche Garantie mehr ausgesprochen werden sollte. Auf das Vertrauen der Sparer haben solche Ankündigungen naturgemäß einen großen Effekt.

Versicherungen kündigen?

Vor diesem Hintergrund erwägen viele Sparer vorhandene Versicherungen zu kündigen und lieber Bargeld zu horten. Die Nachteile, die damit verbunden sind, können vielfältig sein (z.B. Verlust alter Steuerprivilegien, Verlust einer Absicherung bei Tod, Neuverträge nur nach Unisex statt nach Bisex etc.). Sieht man von diesen konkreten Nachteilen einmal ab,

so ist zu beachten, dass nach einem Bericht von [deutsche-wirtschafts-nachrichten.de](http://www.mandare.li/fileadmin/eigene_dateien/Presse/2015-03-31_Baader-Bank_erwartet_Abschaffung_des_Bargeldes_in_Europa.pdf) vom 01.04.2015 die Baader-Bank davon ausgehe, dass eine Abschaffung des Bargeldes in Europa anstehen würde (siehe http://www.mandare.li/fileadmin/eigene_dateien/Presse/2015-03-31_Baader-Bank_erwartet_Abschaffung_des_Bargeldes_in_Europa.pdf). Sollte dieses Szenario Realität werden, würde einer weiteren Absenkung des Zinsniveaus nichts mehr entgegenstehen und tatsächlich auch für Privatanleger auf breiter Front eine negative Verzinsung vorstellbar werden. Bisher war in Deutschland die Skatbank die erste Bank, die im November 2014 Tagesgeld- und Girokontokunden mit einem Guthaben ab 500.000 Euro mit einem Negativzins von 0,25% bestrafte. Auch Wettbewerber sind bereits erste Schritte in diese Richtung gegangen. Siehe dazu <http://boerse.ard.de/anlagestrategie/geldanlage/die-heimliche-enteignung-der-sparer100.html#xtor=RSS-1>

Dass eine Abschaffung von Bargeld nicht mehr utopisch sein muss, zeigen Berichte der [deutsche-wirtschafts-nachrichten](http://www.mandare.li/fileadmin/eigene_dateien/Presse/2015-03-24_Frankreich_schraenkt_Verwendung_von_Bargeld_draustisch_ein.pdf) vom 24.03.2015 unter www.mandare.li/fileadmin/eigene_dateien/Presse/2015-03-24_Frankreich_schraenkt_Verwendung_von_Bargeld_draustisch_ein.pdf sowie der ARD vom 21.05.2015 unter <http://boerse.ard.de/anlagestrategie/geldanlage/die-heimliche-enteignung-der-sparer100>.

html#xtor=RSS-1, wonach Frankreich die Verwendung von Bargeld bereits drastisch einschränken wird. Bereits ab September 2015 sollen Barauszahlungen über 1.000 Euro nicht mehr möglich sein. Auch der Kauf von Fremdwährungen oder die Vorschriften zur Überprüfung einer möglichen Geldwäsche sollen deutlich eingeschränkt werden. Auch das Handelsblatt berichtete am 12.05.2015 unter <http://www.handelsblatt.com/finanzen/maerkte/devisen-rohstoffe/geldschein-verbot-wo-der-krieg-gegen-das-bargeld-tobt/11760996.html> von Erwägungen des dänischen Staates, „für kleine Geschäfte, Tankstellen und Restaurants den bisherigen gesetzlichen

Annahmepflicht für Bargeld aufzuheben.“ Auch über geplante und bereits reale Einschränkungen des Bargeldgebrauchs in Griechenland sowie im US-amerikanischen Bundesstaat Louisiana wurde berichtet.

Zwangsabgabe auf Sparguthaben

Ein anderer Artikel vom 30.03.2015 berichtet, dass Australien als erstes Land eine Zwangsabgabe auf Sparguthaben eingeführt hat. Siehe www.mandare.li/fileadmin/eigene_dateien/Presse/2015-03-30_Australien_fuehrt_als_erstes_Land_Zwangsabgabe_auf_Sparguthaben_ein.pdf. Unter anderem heißt es hier: „Der IWF und alle anderen glo-

balen Finanzinstitutionen fordern eine solche Zwangsabgabe bereits seit einigen Jahren, weil sie darin die einzige Möglichkeit zur Lösung der Schuldenkrise sehen. Im Zuge der G20-Beratungen werden solche Maßnahmen in der Regel vorbereitet und koordiniert. Die Öffentlichkeit erfährt davon in der Regel erst, wenn es kaum noch Möglichkeiten gibt, die Maßnahmen zu verhindern.“

Fazit

Als Makler vom Kunden hierzu befragt, können wir heute kaum mit „schlau“ Antworten glänzen. Richtig ist zumindest, dass man mit einer Fondspolice langfristig weniger falsch machen kann.

Jubiläumsausgabe

**FONDS
Katalog
2016**



www.fondskatalog.info

Fondspolice-Beratung

Das Thema Ablauf-Management könnte das Sahnehäubchen sein.

*„Das Risiko eines Beratungsverschuldens halten zwei Drittel der Umfrageteilnehmer bei Fondspolice für höher als bei klassischen Renten- oder Lebensversicherungen. Transparenz beziehungsweise der Mangel daran und die Renditeversprechen der Versicherer scheinen für dieses höhere Risiko eine wichtige Rolle zu spielen.“
26.05.2015 Versicherungs-Journal*

Im Rahmen der Fondspolice-Vermarktung werden nur die Gesellschaften bestehen, die ihren unabhängigen Vermittlern erstklassige Beratungstools an die Hand geben. Unerlässlich ist zudem eine profunde Investmentschulung. So viel Engagement und Zeit muss sein. Wer den Kunden „an die Kapitalmärkte schickt“ braucht kompetente Berater. Und: Das Thema Ablauf-Management könnte das Sahnehäubchen auf jeder Fondspolice-Beratung sein.

Schlechte Nachrichten für Kapitallebens- und Rentenpolice

Die Zinsflaute zeigt sich deutlich in den Kapitalabfindungen und Renditen bei aufgeschobenen Rentenversicherungen. Das Niveau nähert sich den Ergebnissen der KLV.

Die Renditen von Kapitalabfindungen für aufgeschobene Rentenversicherungen mit zwölf Jahren Laufzeit betragen laut Map-Report Nr. 875 zum 1. Ja-

nuar 2015 im Durchschnitt 2,92 Prozent. Verträge mit 20 Jahren Laufzeit dokumentieren durchschnittlich 4,05 Prozent. Die Schere sieht so aus: Vor zehn Jahren betrug die Renditen auf Kapitalabfindungen von Rentenversicherungen auf 12 Jahre 5,44 Prozent, auf 20 Jahre 5,90 Prozent.

Ursachen: Die Rentenversicherung hatte stets ihren Vorsprung zur KLV, da die Prämie für den Todesfallschutz entfiel. Nun haben wir jedoch andere Rechnungsgrundlagen, eine höhere Langlebigkeit und das LVRG mit seiner neuen Ausrichtung hinsichtlich der Bewertungsreserven.

Bei der KLV ermöglicht die Erhöhung der Lebenserwartung dagegen eine nachvollziehbare Steigerung der Risikogewinne. Ein Plus somit für die Stabilisierung der Überschussbeteiligung.

Erneut liefert die Map-Report Übersicht einen gewichtigen Argumentationsbaustein contra Sparkasse für den rührigen Makler. Die Debeka zum Beispiel als Testsieger bei den zwölfjährigen Verträgen mit 3,98 Prozent steht überaus deutlich vor der roten Laterne der Sparkassenversicherung mit 1,91 Prozent.

FRV contra KLV

Will man denn beide Versicherungsprodukte als Kapitalanlageprodukte mit Wertzuwachspotenzial verstehen, dann hat aktuell in der pauschalen Betrachtung der fixe Deckungsstock schlechtere Karten als die flexible Sachwertanlage

mittels Aktien (Fonds). Im Falle eines Falles gilt zudem weiterhin: Die Papierwerte der klassischen Lebensversicherungen sind in schweren Krisen tatsächlich nur noch Papier. Fondspolicebesitzer bleiben Unternehmensanteileigner, vor allem wenn sie breit gestreut haben und nicht einzig in einem Branchenfonds investiert sind.

Der Makler möge immer bedenken: Sein Kunde ist oft dreißig und mehr Jahre investiert.

Das uralte Thema

Fonds-Sparplan ohne / Fonds-Sparplan im Versicherungsmantel

Ein klarer Fakt vorweg: Fonds-Sparpläne im Versicherungsmantel haben eine längere Lebensdauer. Dem Anspruch einer Altersvorsorge ist mit diesem Produkt also besser gedient.

Der mündige Verbraucher auf dem Feld von Kapitalanlagen und Versicherungen ist eine Erfindung der Medien und des Verbraucherschutz. Dieser Verbrauchertypus ist eine nahezu zählbare Minderheit. Wenn etliche Makler bereits das Thema Investmentfonds gar nicht oder nur unzureichend beherrschen, wie soll dann ein normaler berufstätiger Mensch die Thematik Fonds-Sparplan im Versicherungsmantel mit all ihren technischen Feinheiten erfassen, bewerten und am Ende gar über Jahrzehnte eigenverantwortlich betreuen. Das ist einfach nur Märchenstunde von Journalisten, die für die Leser von FAZ und Zeit schreiben.

Nach wie vor richtig ist, dass sich nahezu jeder bekannte Fonds-Sparplan ohne Versicherungsmantel etwas besser rechnet als mit. Doch sind das nicht mehr die Bandbreiten aus gruseligen Strukturvertriebszeiten. Wer seinen Fonds-Sparplan mittels Plattformen, wie Comdirect und anderen, selbst bedient, hat natürlich generell die Nase vorn.

Ausweg aus dem „Anlage-Notstand“

Doch ein Blick in die Alltagsrealität zeigt, dass der Umstieg aus den traditionellen Deckungsstöcken in kapitalmarktnahe Produkte noch ein zartes Pflänzchen ist. Als Makler hat man derzeit die Chance, seine Kunden auf diesem Weg zu beraten und einen Ausweg aus dem „Anlage-Notstand“ aufzuzeigen. Dank der übergroßen Produktauswahl im fondsgebundenen Segment ist es heute möglich, auf der Basis von Kostengrößen, Fonds-Qualität und Ablauf-Management, für den Kunden ein exzellentes Produkt auszuwählen. Und: Im Mantel einer Fondspolice werden für den Fondserwerb keine Ausgabeaufschläge berechnet.

Leichen im Keller

Unverzeihlich für die Versicherungswirtschaft und den Vertrieb bleiben die fondsgebundenen Policen des ersten Auflage-Jahrzehnts. Ein Fonds und kein Ablauf-Management plus horrenden Kosten für den Kunden und enorme Kickbacks an die Versicherer. Der Risikoleben-Vertrag war zudem oft frei von jedweder Flexibilität.

Honorartarife sparen fast zehn Prozent der Beiträge

Dr. Mark Ortmann, ITA Institut für Transparenz, betonte im Rahmen der aktuellen Honorarberater-Konferenz in Hamburg, dass Verbraucher mit einem Honorartarif (Fondspolice) im Durchschnitt fast zehn Prozent seiner Beiträge an Kosten sparen können. Was das für die Rendite in der Altersvorsorge gerade über lange Ansparzeiträume bedeutet, kann sich jeder Makler selbst ausrechnen. Dr. Guido Bader, Vorstandsmitglied der Stuttgarter Lebensversicherung a.G., sagte auf der gleichen Veranstaltung: „Die Effektivkosten im Honorartarif betragen 0,35 Prozent statt 0,87 Prozent im Normaltarif, gerechnet auf Basis der GDV-Empfehlung.“

Gesetzgeber schaffte mit dem LVRG keine Kostenklarheit

Seit Januar 2015 müssen Lebensversicherer die Effektivkosten ausweisen. Effektivkosten zeigen an, um wie viele Prozentpunkte sich die Rendite durch die Kosten bis zum Beginn der Auszahlungsphase mindert. Mit einem neuen Produktinformationsblatt für zertifizierte Altersvorsorge- und Basisrentenverträge sollte der Markt in die Effektivkostenwelt eingeführt werden. Das Berechnungsverfahren selbst soll durch eine noch zu gründende Produktinformationsstelle Altersvorsorge bestimmt werden. Diese ist noch im Ausschreibungsverfahren. Aber: Der Gesetzgeber hat es versäumt, grundsätzliche Hinweise zur Berechnung der Effektivkosten zu geben. Der Makler steht an dieser Stelle hilflos im Raum. Dr. Ortmann, ITA Institut für Transparenz: „Die Branche und der Gesetzgeber haben die Chance vertan, die Effektivkosten zu definieren und so für einen einheitlichen Standard zu sorgen.“



Mit dem Effektivkosten-Rechner vom ITA Institut für Transparenz GmbH, Berlin, können Sie annäherungsweise die gesamten vorhersehbaren Kosten eines Produkts berechnen. Auf dieser Grundlage können entsprechend auch die Kosten verschiedener Produkte miteinander verglichen werden.

Der Effektivkosten-Rechner ist geeignet für

- alle fondsgebundenen Versicherungen,
- britische With-Profit-Policen und
- sonstige Versicherungen, bei denen die Kosten der Kapitalanlage in Erfahrung zu bringen sind.

http://ekr.ita-online.info/effektiv_kosten_rechner_altersvorsorge.html

Der Steuervorteil der Fondspolice

Die Depots von Bank, Direktbank oder Fondsgesellschaft werden jährlich auf alle laufenden Erträge und für jeden erfolgten Verkauf im Rahmen der Kursgewinne mit 25 Prozent Kapitalertragsteuer belastet. Im Versicherungsdepot herrscht Steuerfreiheit.

Klarer Punkt 1: Der Steuervorteil beim Shift in der Fondsgebundenen Rente

Da das klassische buy & hold nicht mehr zwingend der Weisheit letzter Schluss ist, ist es tatsächlich angeraten, die von den Gesellschaften angebotenen Möglichkeiten auf dem Feld von Shift & Switsch angesichts einer entsprechenden Kapitalmarktsituation zu nutzen. Die Auskunft der Gesellschaften ist durch die Bank eindeutig: Kaum ein Kunde macht von dieser Möglichkeit Gebrauch. Somit operiert der Vermittler zwar im Verkaufsgespräch mit dieser steuerunschädlichen Option – in der Praxis passiert jedoch nichts, um diesen Vorteil einzusetzen.

BEISPIEL

1. Shift – vorhandenes Fondsguthaben umschichten

Sie möchten Ihr gesamtes Fondsguthaben in einen oder mehrere andere von uns zum Fondswechsel angebotene Fonds umschichten. Durch den Shift wird die Aufteilung der künftigen Anlagebeiträge nicht verändert. Es werden keine Ausgabeaufschläge erhoben.

2. Switch – künftige Anlagebeiträge neu aufteilen

Sie möchten die gewählte Aufteilung der künftigen Anlagebeiträge neu festlegen. Ein Switch hat keinen Einfluss auf das zum Zeitpunkt des Switchens vorhandene Fondsvermögen.

3. Kombination aus Shiften und Switchen

Sie möchten sowohl Shiften (vorhandenes Fondsguthaben umschichten) als auch Switchen (künftige Anlagebeiträge neu aufteilen).

Basis: Auszug / InterRisk Formular L 2

Klarer Punkt 2: Der Steuervorteil bei Auszahlung

► *Abschluss vor dem 1. Januar 2005*

Hat der Kunde seine fondsgebundene Lebens- oder Rentenversicherung vor dem 1. Januar 2005 abgeschlossen, ist die Ablaufleistung unter folgenden Voraussetzungen komplett steuerfrei:

- Der Betrag der Ablaufleistung wird vollständig auf einmal ausbezahlt.
- Die Versicherungsgesellschaft hat die Police bis zum 31. Dezember 2004 ausgestellt.
- Der Vertrag hat eine Laufzeit von mindestens zwölf Jahren.
- Der Kunde muss mindestens fünf Jahre Beiträge gezahlt haben.

Wenn die Ablaufleistung als monatliche Rente gezahlt wird, ist der Ertragsanteil zu versteuern. Je früher der Kunde in den Ruhestand geht, desto höher ist sein steuerpflichtiger Ertragsanteil. Bei einem 65-Jährigen beträgt er 18 Prozent, bei einem 55-Jährigen 26 Prozent.

► *Abschluss nach dem 31. Dezember 2004*

Für nach dem 31. Dezember 2004 abgeschlossene Fondspolice gilt für die steuerliche Behandlung das Alterseinkünftegesetz (AltEinkG). Es ordnet Kapitalanlageprodukte der 3. Schicht zu. Hier sind Erträge voll steuerpflichtig. Nur die Hälfte der Erträge muss versteuert werden:

- die Ablaufleistung wird in einem Betrag ausgezahlt
- der Vertrag hat eine Mindestlaufzeit von zwölf Jahren
- die Auszahlung erfolgt nach Vollenendung des 60. Lebensjahrs. Für Neuverträge seit 2012 gilt nach dem vollendeten 62. Lebensjahr
- Es wurde ein Todesfallschutz gemäß Paragraph 20 Abs. 1 Nr. 6 S. 6 EstG vereinbart. Dies gilt für Verträge, die nach dem 31. März 2009 abgeschlossen wurden.
 - Die Risikoleistung muss sich hier bis zum Ende der Laufzeit des Vertrags auf mindestens 50 Prozent der für die gesamte Laufzeit zu zahlenden Beträge summieren.
 - Die vereinbarte Leistung muss im Todesfall des Versicherten das Deckungskapital oder den Zeitwert der Versicherung spätestens fünf Jahre nach Vertragsabschluss um mindestens zehn Prozent des Deckungskapitals, des Zeitwerts oder der Summe der gezahlten Beiträge übersteigen.

Wird jedoch die Ablaufleistung als Leibrente ausgezahlt, hat sich an der Besteuerung im Vergleich zur Rechtslage vor dem 1. Januar 2005 nichts geändert. Der Kunde muss in seiner Steuererklärung den Ertragsanteil aus der Versicherung seinem zu versteuernden Einkommen hinzurechnen.

Was der Makler heute vom Versicherer erwarten kann

Vorweg: Wer fondsgebundene Produkte nicht ausschließlich standardisieren will, also Mischfonds plus Garantie und „Fertig ist die Laube“, muss durchaus einigen Aufwand betreiben, wenn er auf diesem Feld zukünftig eine bedeutende Rolle im Vertriebsmarkt spielen will.

Ehrliche Höhe des Sparanteils

Der Beitrag des Versicherten unterteilt sich in den Verwaltungs-/Vertriebsanteil, den Risikoanteil und den Sparbetrag, der für die Fondsanlage verbleibt. Die tatsächliche Sparrate ist nicht erkennbar. Diese muss der Makler jedoch kennen, wenn er den Kunden glaubwürdig betreuen will! Dieses Wissen wurde und wird immer noch seit vierzig Jahren von der Mehrheit der Anbieter „verheimlicht“.

Polizewert & Indizes

Ferner kann erwartet werden: Eine jederzeitige Online-Darstellung des Polizewertes insgesamt plus eine Einzelfondsaufstellung. Ergänzend dazu ein Abgleich mit dem jeweiligen Marktindex der Fonds, sofern es sich um reine Länderfonds handelt bzw. den aktuellen Mittelwert anderer Fonds-Sektoren, wie zum Beispiel Mischfonds. Wie sonst soll der Kunde erkennen, wo er real mit seiner Fondsauswahl steht? Natürlich stellt sich dann die Frage: Welchen Index von welchem Indexanbieter hätten Sie denn gern? Nun, die Angabe mehrerer Indizes einschließlich deren Zusammensetzung überfordert heute keinen Versicherer. Es ist ausschließlich eine Sache des Willens. Je mehr Makler und Kunde wissen, desto mehr Unruhe bringen sie in die Fondsverwaltung, mag nun mancher sagen. Die Antwort kann nur lauten: Es geht um Altersvorsorge, nicht um Pferdewetten!

Die Cost-average-Lüge

Wer erinnert sich nicht an die Holzhammer-Schulungen zum Thema Cost-average-Prinzip; veranstaltet von Fondsgesellschaften und Versicherern gleichermaßen?

Eine Peinlichkeit sondergleichen. Nachgebetet von Strukkis wie auch wackeren Maklern. Das gelehrte Prinzip kannte immer nur einen Weg: Bergauf! Bei niedrigen Kursen erwirbt der Kunde mehr, bei höheren Kursen weniger Anteile. Fazit: Volatile Märkte machen den Kunden am Ende dank vieler Fondsanteile reich. Eine lange Durststrecke mit fallenden Kursen zum Ende der Vertragslaufzeit wurde ausgeblendet. Die ewige Erholung durch immer wieder günstigen Marktzugriff klang einfach zu gut, um dem Kunden die Wahrheit zu offerieren. Die Möglichkeit, dass der Cost-average-Effekt vieler Jahre plötzlich hinfällig sein kann, wenn es an der Zeit fehlt, um Verluste wieder aufzuholen, wurde von cleveren Vermittlern so gekontert: Dann bleiben Sie einfach länger drin im Markt, indem Sie Ihre Fondsanteile nicht verkaufen.

Nur, für wie lange, diese Frage können die Vermittler, die vor vierzig, dreißig und zwanzig Jahren unterwegs waren, einem Rentner bis heute und auch morgen nicht beantworten.

Verantwortliche Altersvorsorge bedeutet die Chance auf Betreuung
 Fondssparpläne im Versicherungsmantel müssen entweder vom Vermittler oder direkt vom Versicherer so betreut werden, dass der Kunde von Teilen des Anlagerisikos entlastet wird. Garantien sind dafür eine sehr einfache Lösung und sparen den kostspieligeren Betreuungsaufwand. Das eigentliche Performancemoment eines fondsgebundenen Produktes wird damit jedoch hinfällig.

Kostengünstig sind und bleiben ETF-Portfolios, die die wesentlichen Märkte abdecken. Doch auch hier geht es um ein jährliches Rebalancing, um die am Start geplante Vermögensaufteilung beizubehalten. Honorarberater lassen sich dieses Rebalancing bezahlen.

„Alarm-Marken“

Über die Selbstverständlichkeit eines aussagefähigen jährlichen Datenblattes muss an dieser Stelle sicher nicht mehr gesprochen werden. Es geht um Daten, die zum Handeln befähigen. Nutzt der Kunde dieses Angebot nicht, so ist das in Ordnung. Dieses Wissen vorzuenthalten, ist für Berater und Kunde nicht in Ordnung. Bei deutlichen Verlusten im Kundenportfolio muss der Vermittler informiert werden. Eine Größe von zwanzig Prozent in einem Quartal wäre so eine „Alarm-Marke“ (maximal Draw-down). Eine derartige Marke kann auch im Rahmen der Risikoprofilermittlung mit dem Kunden vereinbart werden. Ein Berater, der diese Stärke nicht hat, sollte generell keine kapitalmarktnahen Produkte beraten.

Fonds-Auswahl

Ein Makler sollte die Selektionskriterien des Versicherers bei der Fondsauswahl kennen. Dies gilt für „alte“, wie für die Aufnahme neuer Fonds. Der Zugriff auf alle Kundenverträge mit einem sich problematisch entwickelnden Fonds sollte auf Anfrage beim Produktgeber oder mittels eines Tools sofort gegeben sein. Ein auf Wunsch automatisiertes Portfolio-Rebalancing würde dem Makler Ar-

beit abnehmen, sofern er dieses nicht als seinen Mehrwert beim Kunden vermarkten will.

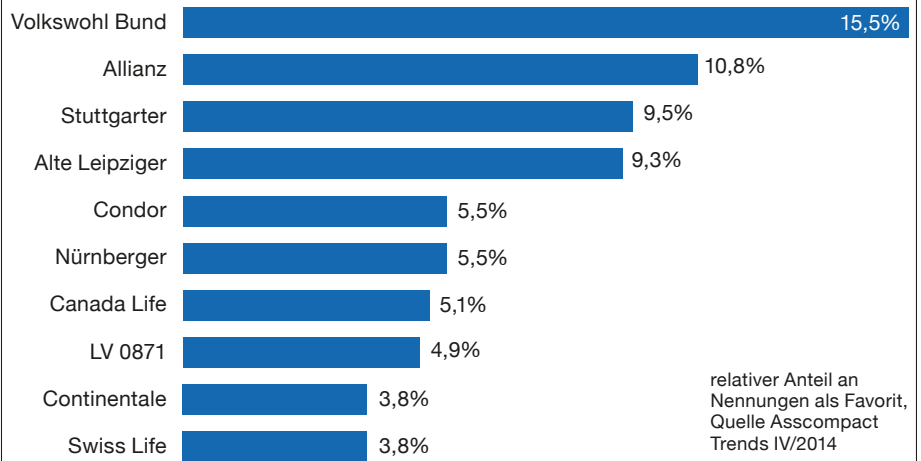
Ablauf-Management

Versicherer, die die Zukunft der Altersvorsorge mit ihren Kunden über Sachwertanlagen regeln wollen, müssen den Vertrieb dafür mit dem erforderlichen

Handwerkszeug ausstatten. Eine ganz große Baustelle und damit Raum für Innovationen ist das Ablauf-Management. Für die Phase, in der es darauf ankommt, ob die angesparte Altersvorsorge nun auch wirklich gesichert werden kann, gibt es immer noch keine vollkommen überzeugende Lösung und viel zu viele sehr bescheidene Lösungen.

Top-Fondspolice-Anbieter aus Vermittlersicht

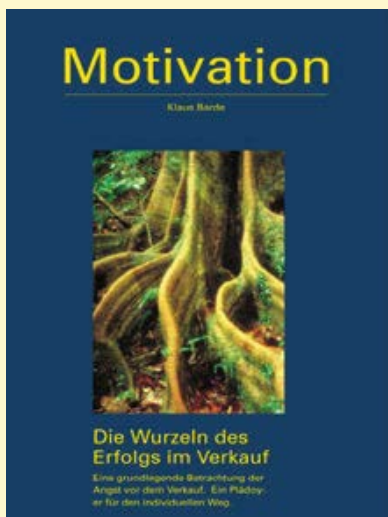
Asscompact Trends IV/2014: Der Volkswohl Bund ist auf dem Feld der Fondspolice-Vermittlung bei unabhängigen Vermittlern die Nummer 1. Allianz und Stuttgarter folgen mit bereits deutlichem Abstand.



MOTIVATION FÜR MAKLER

Das bekannte Erfolgsbuch für alle unabhängigen Finanzdienstleister.
Die Wahrheit über einen harten Beruf und die Angst vor dem Verkauf!

Realistisch
Ehrlich
Praxisnah



„Der Autor macht Schluss mit der Lüge vom ewig dynamischen Erfolgsmenschen.“ *Versicherungsmagazin*

„Endlich einmal nicht das bekannte Motivationsgesülze. Das Werk zeugt von der Sachkenntnis des Autors.“ *Performance*

„Dies ist der erste Motivations-Ratgeber, der die Angst in den Mittelpunkt stellt.“ *Aspects*

„Dieses Werk befasst sich nicht mit der gängigen Hurra- Motivation.“ *Finanz-Forum*

„Was bleibt, ist die Freiheit des Verkäufers ...“ *AssCompact*

„Eine intelligente Auseinandersetzung mit den Problemstellungen im Verkauf von Finanzdienstleistungen.“ *Versicherungs Journal*

Motivation für Makler / Klaus Hermann Barde
Gebunden · Ausgabe 2000 · 160 Seiten · 9,- Euro inkl. 7 % MwSt.

Neuer **Rating-Standard** für fondsgebundene Rentenversicherungen

Das Analysehaus Investiga, Berlin, hat erstmals „Fonds-Potenzial & Wertsicherung für die Altersvorsorge“ der Anbieter von fondsgebundenen Rentenversicherungen kritisch hinterfragt und ausgewertet. Nicht alle Ergebnisse sind vorzeigbar.

Sie verantworten den neuen Rating-Standard:



Diplom Volkswirt Sasha Perovic,
Geschäftsführer Investiga
vormals
- Director Mutual Funds, Scope Analysis
- Fund Analyst, Feri Rating & Research GmbH
- Investment Research, BCA AG



Michael Borm
Senior Analyst

Ratingansatz

Entscheidend für den Erfolg einer Altersvorsorge sind neben dem Kostenkriterium die Anlage-Instrumente, die der Kunde im Rahmen seiner Fondspolice zur Auswahl hat. Sie sollen in der Kapital-Ansparphase das Potenzial für weitgehend sichere Wertsteigerungen bieten sowie im Zeitraum des Ablauf-Managements für den Erhalt dieser Erträge geeignet sein. Der Versicherungsvermittler und der Verbraucher müssen sich daher zu einhundert Prozent auf eine absolut unabhängige und fortlaufende Fonds-Bewertung verlassen können. Nur die absolut unabhängige Fonds-Bewertung kann sicher stellen, dass jedes im Rahmen einer Fondspolice zur Auswahl stehende Produkt allein wie auch in Kombination grundsätzlich das Potenzial hat, zum langfristigen Aufbau einer Altersvorsorge beitragen zu können.

Ablauf-Management

Über das, was erst in dreißig oder mehr Jahren für den Kunden greift, macht man sich in der Versicherungswirtschaft die wenigsten Gedanken. Ein auch unter volkswirtschaftlichen Aspekten äußerst fahrlässiges Verhalten. Es geht nicht darum, dass man zwingend bereits heute ein Ablauf-Management mit Produkten auskleidet. Was fehlt, ist ein vollständig ausgereifter Prozess für die Schlussphase des Ansparprozesses, der alle Optionen für eine erfolgreiche Vermögenssicherung offen hält. Optionen, die ein dem Stand der Kapitalmärkte entsprechendes Produktportfolio möglich machen. Sicher werden wir zum Beispiel im Jahr 2045 Optionen im Markt haben, die sich Versicherer, Vermittler und Verbraucher noch gar nicht vorstellen können. Die Offenheit dafür

Ergebnis der ersten Daten-Analyse

Ausgezeichnet für „Fonds-Potenzial & Wertsicherung für die Altersvorsorge“ wurden diese Gesellschaften:

Sehr gut

- CONDOR

Gut

- ALTE LEIPZIGER
- GOTHAER
- LV 1871

Befriedigend

- VORSORGE

Keine Wertung

- 7 Gesellschaften

Die Ratings werden fortlaufend durch weitere Gesellschaften aktualisiert. Als Informationsplattform dient hierzu die Seite

www.fondspolice-rating.de

sollte jedoch bereits in den Tarifen von heute verankert sein. Denn es gilt auch in dreißig Jahre das, was der Versicherungskunde von heute unterschreibt. Das Investiga-Rating befasst sich im Rahmen der Rating-Gesamtnote auch ausführlich mit der Bewertung des Ablauf-Managements.

Fonds-Qualität

In etlichen Policen sind nach wie vor Fonds vertreten, deren Historie diese als Instrumente zum Aufbau einer Altersvorsorge disqualifiziert. Es handelt sich um

Produkte, die unter Gefälligkeitsaspekten, aus Kickbackinteressen, zwecks Abverkauf der hauseigenen Produkte sowie mangels professionellem Monitoring angeboten werden.

Ferner werden Fonds zu Auswahl gestellt, die nur einem kurzfristigen „Modetrend“ entsprechen. Fonds somit, die aus marketingtechnischen Gründen aufgelegt werden, da sie einen bestimmten Anlagetrend widerspiegeln und daher seitens des Vertriebs für interessant gefunden werden. Einer Fondsauswahl nach Kriterien der Altersvorsorge halten diese Produkte nicht stand. Sie eignen sich allenfalls kurz- bis mittelfristig als Satelliten-Fonds für aktiv gemanagte Fondsportfolios.

Kriterien der Investiga-Fonds-Bewertung

Die von den Versicherungsgesellschaften eingesetzten Investmentfonds müssen – neben ihrer Managementqualität – grundsätzlich auch strukturelle Bedingungen erfüllen.

Bei der Fondsprüfung geht es somit auch darum, festzustellen, ob die Fonds für den Einsatz in einer Fondspolice geeignet sind. Dazu zählen unter anderem die Bewertung der Fondskonzeption und Fondsstruktur sowie auch die empirischen Ergebnisse über einen relevanten Zeitraum. Dabei wird zwischen sogenannten Kern- und Satellitenprodukten unterschieden.

Fonds, die im Rahmen einer Portfolio-Optimierung diesen Kriterien entsprechen und ihr Können unter Beweis gestellt haben, können als Kerninvestment charakterisiert werden. Sie eignen sich insbesondere in der Ansparphase für den langfristigen Kapitalaufbau. Satellitenprodukte hingegen sind solche Fonds, die entweder noch nicht über die entscheidende Historie verfügen, oder in

ihrer Konzeption und in ihrem abgedeckten Investmentthema nur als taktische Beimischung geeignet sind.

Investiga setzt bei der Bewertung der Fonds sowohl auf quantitative als auch auf qualitative Parameter. Im Rahmen der quantitativen Analyse werden sowohl Performance- als auch Risikoparameter berücksichtigt, um Rückschlüsse auf die empirische Qualität von Fonds zu ermöglichen. Auf der qualitativen Bewertungsebene geht es um die Qualität des Fondsmanagements, den Investmentprozess und die Researchqualität. Kurzum: Die Outperformancefähigkeit des Fondsmanagements wird auf den Prüfstand gestellt.

Risiko/Ertrags-DNA

Bei der Bewertung setzt Investiga eine eigens entwickelte Risiko/Ertrags-DNA ein. Anhand der DNA werden grundsätzliche Chancen und Risiken des jeweiligen Fonds analysiert.

Drei Teilnoten

Die erhobenen Daten werden die Rater in drei Kategorien zu Teilnoten aus, die mit unterschiedlicher Gewichtung zur Gesamtnote beitragen:

- Fondsbewertung „Kapital-Ansparphase“, Gewichtung 60 Prozent
- Fondsbewertung „Ablauf-Management“ 30 Prozent
- Bedingungsmerk-Kriterien „Ablauf-Management“ 10 Prozent

Rating-Fragen: Rating-Antworten

Fonds-Bewertungen für Fonds in Fondspolice können nur extern und absolut unabhängig erstellt werden. Sie haben keinesfalls im Rahmen eines Auftrags-

Ratings statt zu finden. Nur ein derartiger Bewertungs-Prozess leistet für Vermittler, Verbraucher und Medien glaubwürdige Antworten zu folgenden Fragen:

- Setzt der Versicherer ein qualitativ hochwertiges Verfahren ein, um für seine Kunden auf den Feldern „Kapital-Ansparphase“ und „Ablauf-Management“ das jeweils optimale Fondsuniversum anzubieten?
- Kann der Versicherer dank dieses Auswahlprozesses für den Verbraucher einen echten, dauerhaften Mehrwert schaffen?
- Schützt der Versicherer seine Kunden generell vor Fonds mit hohen Draw Downs?
- Unterliegen alle Fonds einem stetigen Monitoring seitens des Versicherers?

Die Daten-Basis

Grundlage des neuen Rating-Standards sind die Antworten der Versicherer auf einen sehr umfangreichen Fragenkatalog. Zu den gut 80 abgefragten Aspekten gehören die Erfahrung mit Fondspolice, das Umsatzvolumen, die Organisation des Fondsauswahl-Prozesses sowie die Kriterien für die Selektion der Assets. Zudem werden die Gestaltung von Musterportfolios, Art und Umfang der Fonds-Palette sowie deren Erfolgskontrolle und die laufende Information der Kunden hinterfragt. Neun Fragen untersuchen, wie der Kunde durch das Ablaufmanagement vor allzu großen Wertschwankungen gegen Ende der Ansparphase geschützt wird. Die Versicherer müssen außerdem die von ihnen zur Auswahl gestellten Fonds und Portfolios sowie deren Wertentwicklung dokumentieren.

Bisher war ein solches Rating, welches den Anforderungen der „Kapital-Ansparphase“ sowie des „Ablauf-Managements“ umfassend genügt, nicht im Markt.

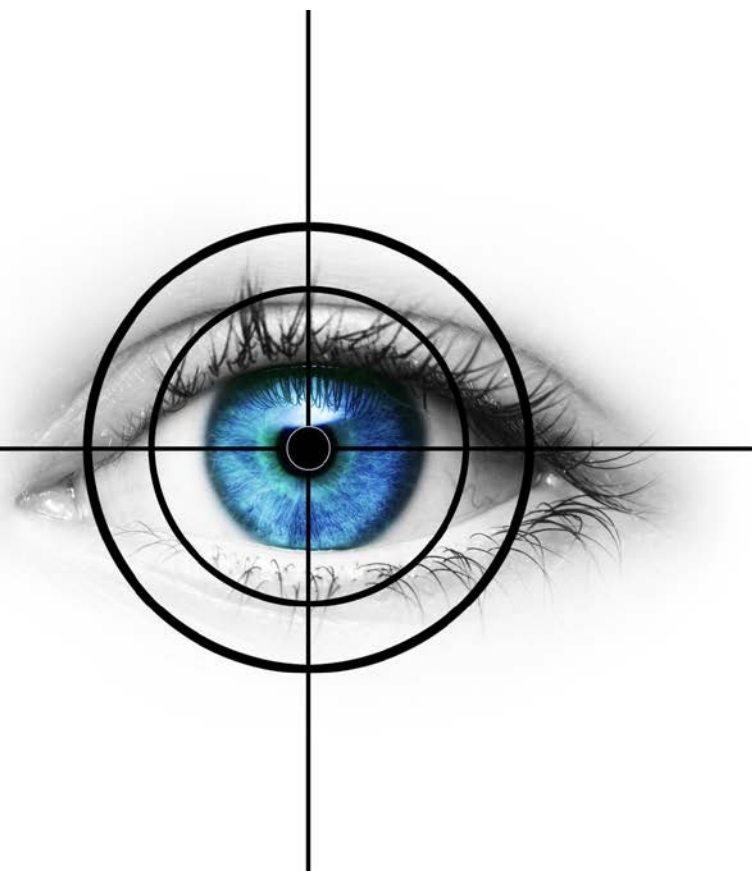
www.finanzarchiv.com



Das kostenlose Archiv
der Zeitschriften

- Risiko & Vorsorge
- FONDS-Katalog
- Pflege & Vorsorge
- Honorarberatung

Produkt & Kritik



Aus der langjährigen Praxis von „Risiko & Vorsorge“ hat sich klar ergeben, dass die ehrliche Bewertung neuer Produkte für die Mehrheit der Makler von großer Bedeutung ist. Kennt er doch meist nur die Presse-Mitteilungen der Gesellschaften und die Verkaufsunterlagen, nicht jedoch die Knackpunkte in den Bedingungswerken.

Darum wird „Risiko & Vorsorge“ ab sofort noch stärker in die Detail-Kritik neuer Tarifwerke einsteigen. Der Qualität des Angebotes für den engagierten Makler kann das nur dienlich sein. Wie zudem Erhebungen zur Bewertung von Makler-Medien gezeigt haben, verzeichnet „Risiko & Vorsorge“ den ersten Rang in den Kategorien

- „Höchste Qualität der Artikel“
- „Höchster Informationsgehalt“

Mit dieser Reihe „Produkt & Kritik“ wollen wir uns diese Auszeichnung auch weiterhin verdienen.

Rechtsschutz-Versicherungen

18

Glas-Schäden

20

AXA: Privathaftpflicht BOX flex

24

Siehe hierzu auch Ausgabe 2/2015

- Die neue Jagdhaftpflichtversicherung der Bayerischen
- Die neue Best-Leistungs-Garantie (Hausrat) der NV-Versicherung
- Funktionsinvaliditätsversicherungen (FIV): Neues vom Markt
- Unterhalts- und Eherechtsschutz der Arag
- Neue Auslandsreisekrankenversicherung der Gothaer
- Mitversicherung von Verbrechen bei der KS/AUXILIA
- Problemstellung Fahreralter in der Kfz-Versicherung von Janitos
- Produktverbesserungsklausel der Concordia
- Ausschluss für Schäden durch feindselige Handlungen im Rahmen der Rechtsschutzversicherung

Schlummernde Gefahren beim Tarifwechsel

Makler müssen Bedingungswerke vor jedem Änderungsantrag genau ansehen

Allgemein besteht die Anschauung, dass neuere Versicherungstarife für den Versicherungsnehmer fast immer von Vorteil sind. Dass dies gerade bei Rechtsschutztarifen oft nicht der Fall ist und man nicht jede Ablehnung einer Schadenregulierung bezogen auf aktuell geltende Bedingungen annehmen sollte, zeigt sich am Beispiel der Rechtsschutz Union.

Seit den ARB-RU 2000 heißt es in § 3 zu den Ausschlüssen durchgängig, dass die danach aufgeführten Streitigkeiten ausgeschlossen sind, die in einem „ursächlichen Zusammenhang“ mit dem Rechtsschutzfall stehen. Wiederholt geändert wurde in dieser Zeit unter anderem der Ausschluss nach § 3 Nr. 2 g). Dieser bezieht sich auf Streitigkeiten „aus dem Bereich des Familien- und Erbrechts, soweit nicht Beratungs-Rechtsschutz gemäß § 2 k besteht“ (ARB-RU 2000¹), betrifft. Die ersten Änderungen traten mit den ARB-RU 2004 (wortgleich ARB-RU 2005 und ARB-RU 2007) auf. Der Ausschluss bezog sich seitdem auf Streitigkeiten „aus dem Bereich des Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrechts, soweit nicht Versicherungsschutz gemäß § 2 k aa) und bb) oder § 2 m) besteht“ Gegenüber der älteren Bedingungsfassung waren nunmehr also auch Streitigkeiten aus dem neu eingeführten Lebenspartnerschaftsrecht ausgeschlossen.

Der Standardkommentar zur Rechtsschutzversicherung von Harbauer (8. Auflage zu den ARB 2000/2009 und 75) zu den ARB 2000 § 3 II Rn. 5 kommentiert den Ausschluss auf S. 161 unter anderem wie folgt:

„Will ein VN die Honorarklage eines Rechtsanwalts abwehren, der ihn in einer familienrechtlichen Angelegenheit vertreten hatte, fällt dies nicht unter den Ausschluss nach Abs. 2 g, da

es sich nicht um eine Familiensache handelt (BayObLG NJW 82, 587). Nimmt also der VN rechtliche Interessen nicht aus einem ausgeschlossenen Rechtsgebiet selbst wahr, spielt dieses Rechtsgebiet bei seiner Interessenvertretung nur insofern eine Rolle, als der Rechtsverstoß eines anderen auf diesem Rechtsgebiet dazu geführt hat, dass der VN letztlich hierdurch einen Schaden erleidet, dann handelt es sich in der Regel nicht oder nicht primär um eine Interessenwahrnehmung aus dem ausgeschlossenen Rechtsgebiet.“

Eine nächste Änderung vollzog sich mit den ARB-RU 2007-VVG, ARB-RU 2010 sowie ARB-RU 2013. Nunmehr wurden ausgeschlossen alle Streitigkeiten „in ursächlichem Zusammenhang mit Angelegenheiten des Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrechts, soweit nicht Versicherungsschutz gemäß § 2 k aa) und bb) oder § 2 m) besteht“. Die Kommentierung von Harbauer ist damit nicht mehr für die neuen Bedingungen der Rechtsschutz Union geeignet, da nunmehr eine unter Umständen erhebliche Einschränkung des Versicherungsschutzes erfolgt ist.

Bis zu den ARB 2005 galt, dass der Ausschluss für familien- und erbrechtliche Auseinandersetzungen nur dann zur Anwendung kam, wenn ein unmittelbarer Zusammenhang zum Rechtsschutzfall bestand, was auch Harbauers Kommentierung begründet. Seit den ARB 2007 hingegen kommt es auf einen ursächlichen Zusammenhang mit den Streitigkeiten selbst an, womit also auch vertragliche Streitigkeiten mit einem Anwalt selbst ausgeschlossen sind.

Beispiel

Ein Versicherungsnehmer lässt sich im Rahmen eines Scheidungsverfahrens anwaltlich beraten. In diesem Zusammenhang kommt es zu Unstimmigkeiten

und das Mandat wird von Seiten des Anwaltes für beendet erklärt. Obwohl nachweislich kein Mandat für eine Klärung von Unterhaltsstreitigkeiten übernommen wurde, werden eine Beratung nach § 13 RVG sowie eine Pauschale für Post und Telekommunikation gemäß § 7002 VV RVG in Rechnung gestellt.

Besitzt der Versicherte nun einen Vertrag nach den aktuellen Bedingungen, so kann der Versicherer ablehnen, weil ein unmittelbarer Zusammenhang der Rechnung mit familienrechtlichen Streitigkeiten besteht. Versicherte, die jedoch Versicherungsschutz noch nach den alten ARB-RU 2005 besitzen, können Rechtsschutz herleiten, da es bei dem Rechtsschutzfall nicht ursächlich um eine familienrechtliche Streitigkeit, sondern ursächlich um eine nach Auffassung des Versicherungsnehmers zu Unrecht erstellte Rechnung handelt.

Es sei darauf hingewiesen, dass die aktuellen Bedingungen der Rechtsschutz Union an dieser Stelle eine Schlechterstellung gegenüber den aktuellen GDV-Musterbedingungen zu den ARB 2012 bedeuten, wo sich der Ausschluss wie folgt darstellt:

*„3.2 Inhaltliche Ausschlüsse
In folgenden Fällen haben Sie keinen Versicherungsschutz:*

[...]

3.2.10

Streitigkeiten aus dem Bereich des Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrechts.

Ausnahme: Sie haben Beratungs-Rechtsschutz (siehe 2.2.11) vereinbart.“

Der Versicherer selbst bezieht zu den dargestellten Sachverhalten wie folgt Stellung:

„Es ist richtig, dass Bedingungsveränderungen nicht immer zu Gunsten der Versicherungsnehmer vorgenommen

Synopsis GDV-Musterbedingungen zu ARB-RU			
Fundstelle	GDV ARB 2010 und früher	ARB-RU 2005 und früher	seit ARB-RU 2007 (01.01.2007)
§ 3 (2) g	(Rechtsschutz besteht nicht) aus dem Bereich des Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrechts, soweit nicht Beratungs-Rechtsschutz gem. § 2 k) besteht;	(Rechtsschutz besteht nicht) aus dem Bereich des Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrechts, soweit nicht Versicherungsschutz gemäß § 2 k) aa) und bb) oder § 2 m) besteht;	(Rechtsschutz besteht nicht) in ursächlichem Zusammenhang mit Angelegenheiten des Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrechts, soweit nicht Versicherungsschutz gemäß § 2 k) aa) und bb) oder § 2 m) besteht;

werden. Oft ergeben sich neue Rechtskostenrisiken, z.B. durch veränderte Gesetze oder BGH-Urteile, die in ihrer Tragweite so nie kalkuliert waren.

Im aktuellen Beispiel, das Sie uns geschickt haben, haben wir die Anregungen des GDV zur Formulierung aus unserer Sicht nur klargestellt. Jeder Kunde soll selbst einschätzen können, welche Leistungen er gegebenenfalls erwarten kann.“

Der Versicherer verweist an dieser Stelle auf oben stehende synoptische Darstellung.

„Der vom GDV empfohlene Bedingungstext ist allgemein gehalten und damit auslegungsfähig. Die Frage, ob eine Streitigkeit aus dem Bereich des Familien- oder Erbrechts stammt bzw. ob sie ein familien- oder erbrechtliches

Gepräge aufweist, wurde und wird im Einzelfall intensiv diskutiert. Im Tagesgeschäft kam es daher immer wieder zu Problemen – bis hin zu manchen Klagen gegen den einen oder anderen Mitbewerber. Mit unserer Ergänzung sollte verdeutlicht werden, dass wirklich ein konkret ursächlicher Zusammenhang mit einer Scheidung etc. gegeben sein muss, damit der Ausschluss zum Tragen kommt.“

Fazit

Während es bei älteren Rechtsschutzbedingungen der Rechtsschutz Union und auch bei den aktuellen Musterbedingungen des GDV darauf ankommt, dass ein Ausschluss unmittelbar mit dem Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht in Verbindung steht, gilt bei der Rechtsschutz Union abweichend zur aktuell geltenden GDV-Empfehlung ein Ausschluss für alle Streitigkeiten, die in

ursächlichem Zusammenhang mit den benannten Streitigkeiten stehen und bezieht somit auch Rechtsschutzfälle mit ein, bei denen es um unzulässig gestellte oder der Höhe nach strittige Rechnungen eines Anwaltes geht.

Damit hier kein falscher Eindruck vermittelt wird, sei darauf hingewiesen, dass die ALTE LEIPZIGER/RECHTSCHUTZ UNION nicht der einzige Rechtsschutzversicherer ist, der diese Bedingungsregelung nicht ausschließlich zum Vorteil seiner Kunden geändert hat und beispielsweise die Einbeziehung von Lebenspartnerschaften als „negatives Risikomerkmals“ übernommen hat. Makler tun also gut daran, sich Bedingungswerke vor jedem Änderungsantrag genau anzusehen, um zunächst belanglos wirkende Änderungen des bislang vereinbarten Versicherungsschutzes zu vermeiden. *Autor: Stephan Witte*

1 Hier noch wortgleich mit den Musterbedingungen des GDV zu den ARB 2010.

NEU Ihr großes, kostenfreies Fach-Magazin

„Makler & Pflege“

Unabhängig · kompetent · verkaufsfördernd

Die Rubriken

- Bausteine der Pflege-Beratung
- Makler & Vergütung
- Rating Pflege-Bahr
- Rating Pflagegeld
- Pflagegücke ermitteln
- Seminare
- Bedingungswerke im Vergleich
- Gesellschaften im Gespräch



6 x jährlich, einfach zum kostenfreien Download.
Zu Ihrer Anmeldung > www.makler-pflege.de

Kundenzeitschrift
kostenfrei zum Download
Kunden-Service-Seiten
kostenfrei zum Download

Kostenübernahme für Schadenminderungskosten bei Glasschäden?



Hin und wieder kommt es zu Streitigkeiten zwischen Verbrauchern und Versicherern, wenn es um die Kostenübernahme für Schäden an der Verglasung kommt, die dadurch entstehen, dass Feuerwehrleute Fenster- und / oder Türverglasungen „zerlegen“ müssen, um einen Einsatz in einem versicherten Gebäude durchzuführen.

Grundsätzlich gilt für solche Fälle, dass es um eine mögliche Schadenminderung bezogen auf vorhandenen Hausrat oder Gebäudesubstanz für die Sparten Hausrat- bzw. (Wohn)gebäudeversicherung geht, da das Zerschlagen der Scheibe in jedem Fall vorsätzlich erfolgt.

Tatsächlich kann das Zerschlagen einer Scheibe auch dazu dienen, Schäden an weiteren Glasscheiben durch die Eindämmung eines Brandes zu vermeiden.

Insgesamt sind folgende Fallkonstellationen denkbar:

- 1) Die Scheibe wird durch den Versicherungsnehmer ohne Abstimmung mit dem Versicherer selbst zerstört
- 2) Die Scheibe wird durch Feuerwehrleute oder sonstige Dritte ohne Abstimmung mit dem Versicherer zerstört
- 3) Die Handlung nach 1 oder 2 erfolgt nach vorheriger Abstimmung mit dem Versicherer

Die Glasversicherung selbst muss nur dann leisten, wenn die Zerstörung der Glasscheibe durch einen Dritten erfolgt oder im Rahmen einer versicherten Schadenminderung mitversichert ist. In diesem Fall spielt es dann keine Rolle mehr, ob dieser Dritte mit oder ohne Abstimmung seines Versicherers gehandelt hat.

Ist dem Glasversicherer der Schädiger bekannt, so liegt es allerdings nahe, dass er Regress beim Schädiger nimmt, da er ja gesetzlich dazu verpflichtet ist,

die Interessen seiner Versicherten zu schützen, weshalb ein möglicher Regress selbstverständlich ist.

Hausrat- oder Gebäudeversicherung?

Grundsätzlich zählen Fenster- oder Türverglasungen als Gebäudebestandteile zu den versicherten Sachen. Insofern werden Schäden an diesen Verglasungen bezogen auf den eingangs geschilderten Fall kausal auf die versicherte Gefahr „Feuer“ zurückzuführen sein.

In der Hausratversicherung gehören Gebäudebestandteile dagegen nicht zu den versicherten Sachen. Hier können Kosten für Schäden an der Verglasung aber als unter Umständen als Schadenminderungskosten in Betracht kommen.

Ob nun die Hausrat- oder Gebäudeversicherung selbst die Kosten für den Glasschaden als Schadenminderungskosten übernimmt und ob Glas-, Gebäude- oder Hausratversicherung ihrerseits auf Regress an dem Dritten verzichten, steht auf einem anderen Blatt.

Die Anbieter InterRisk, Janitos, Konzept & Marketing sowie VHV wurden zu dem als Eingangsbeispiel benannten Szenario um eine Stellungnahme gebeten, wie man damit im Rahmen der eigenen Produkte umgehe.

Versicherungslücken bei der InterRisk geheilt durch GDV-Garantie

Die InterRisk hat sich der eingangs gestellten Fragestellung angenommen und wie folgt geäußert:

„Zum Einen sind gemäß § 6 Nr. 1 b) Aufwendungen für Leistungen der Feuerwehr nicht versichert, wenn diese Leistungen im öffentlichen Interesse erbracht werden.

Der Vorgang, den Sie schildern, würde zum Anderen zur Erstattung im Rahmen von Schadenabwendungs- und minderungskosten führen.“

Diese Sichtweise ist sicher für Versicherte wenig befriedigend, deckt sich jedoch zunächst einmal mit dem Wortlaut der Bedingungen, welcher sich inhaltlich identisch unter § 6 Nr. 1.1 der Wohngebäude-, § 10 Nr. 1.1 der Hausrat- bzw. § 3 Nr. 1.1 der Glasversicherungsbedingungen wiederfindet, hier zitiert am Beispiel der Glasbedingungen:

„§ 3 Versicherte Kosten

1. Schadenabwendung und -minderung

1.1 Abwendung und Minderung des Schadens

Wir ersetzen Ihre Aufwendungen, a) die Sie bei Eintritt des Versicherungsfalles den Umständen nach zur Abwendung und Minderung des Schadens für geboten halten durften und die Sie auf unsere Weisung machen, auch wenn die Aufwendungen letztlich erfolglos geblieben sind (auf Wunsch werden wir den erforderlichen Betrag vorschießen),

b) um einen unmittelbar bevorstehenden Versicherungsfall abzuwenden oder in seinen Auswirkungen zu mindern, sofern diese Aufwendungen bei

einer nachträglichen objektiven Betrachtung der Umstände verhältnismäßig und erfolgreich waren oder die Aufwendungen auf unsere Weisung erfolgten.

Nicht versichert sind Aufwendungen für Leistungen der Feuerwehr oder anderer Institutionen, die im öffentlichen Interesse zur Hilfeleistung verpflichtet sind, wenn diese Leistungen im öffentlichen Interesse erbracht werden.“

Die eigentliche Glasversicherung erstattet in jedem Fall den entstandenen Glasschaden, solange kein Szenario eintreten sollte, bei dem die Schadenminderungsmaßnahme tatsächlich auch Schäden an sonstiger Verglasung betreffen sollte. Die Frage nach dem Regress bei demjenigen, der die Scheibe zerstört hat, ist damit aber noch nicht geklärt.

§ 3 Nr. 1.1 a) der Glas-, § 6 Nr. 1.1 a) der Wohngebäude- bzw. § 10 Nr. 1.1 a) der Hausratbedingungen könnten so ausgelegt werden, dass Glasschäden durch die Feuerwehr nur dann als Schadenminderungskosten einen Versicherungsfall begründen, wenn sie entweder vom Versicherungsnehmer selbst oder auf Weisung des Versicherers erfolgt sind. Kommt es an einem Feiertag oder Wochenende zu einem Brand in der Wohnung des Versicherungsnehmers, während dieser im Urlaub ist, so könnte es passieren, dass eine mögliche Schadenminderung nicht durch den Versicherungsnehmer, sondern etwa durch den Lebenspartner oder einen Nachbarn erfolgt. Auch ist es vorstellbar, dass die Feuerwehr eigenverantwortlich eine Scheibe einschlägt, um den Brandherd bekämpfen zu können. In allen diesen Fällen ist das vorherige Einholen einer Weisung durch den Versicherer oder ein Handeln des Versicherungsnehmers zur Schadenminderung nicht gegeben. Eine Rechtsgrundlage für die Übernahme von Schadenminderungskosten fehlt mithin.

Der letzte Absatz von § 3 Nr. 1.1 a) der Glas-, § 6 Nr. 1.1 a) der Wohngebäude- bzw. § 10 Nr. 1.1 a) der Hausratbedingungen ist wohl so zu interpretieren, dass Schäden, die durch die Feuerlöschung entstehen, ergänzend grundsätzlich nicht unter den Versicherungsschutz fallen sollen, da sie regelmäßig im öffentlichen Interesse erfolgen dürften. Der Ausschluss kann dem Wortlaut nach auch auf etwaige Folgekosten bezogen werden.

Da die Glasbedingungen der InterRisk gemäß § 14 der Allgemeinen Bedingungen eine GDV-Garantie vorsehen, kann erfolgreich auf den abweichenden Ausschluss nach § 13 Nr. 1 f) in den Musterbedingungen des GDV verwiesen werden. Gemäß Musterbedingungen des GVD gilt nämlich analog zu den unten stehenden Bedingungen der Janitos ein Ausschluss nur „wenn die Leistungen im öffentlichen Interesse kostenfrei zu erbringen sind.“ Auch die Besserstellungen für Schadenminderungs- und Abwendungskosten nach § 13 Nr. 1 a) der Musterbedingungen des GDV gegenüber den Glasbedingungen der InterRisk können aufgrund GDV-Garantie beansprucht werden. In der Praxis dürften die Glasbedingungen hier jedoch eine nur untergeordnete Rolle spielen, während die Bedingungen zur Hausrat- und Gebäudeversicherung hier zumindest analog zum GDV-Standard geheilt werden können.

Es ist jedoch festzuhalten, dass keines dieser drei Bedingungswerke einen Regressverzicht vorsieht, so dass die InterRisk bei einem Nachbarn, Feuerwehrmann oder sonstigen Dritten wegen des Glasschadens gesetzekonform in Regress gehen könnte.

VVG heilt fehlende Regelungslücken der Versicherer

Die typischen Regelungen der Versicherer zum Aufwendungsersatz bei Schadenminderungskosten entsprechen weitgehend dem Wortlaut von § 83 VVG. Darüber hinaus ist es jedoch hilfreich die Rechtsprechung und Rechtskommentierung zu kennen, da diese in der Tat einen Vorteil gegenüber dem eigentlichen Gesetzeswortlaut beinhaltet. So heißt es beispielhaft bei Prölss/Martin¹ zu § 83 VVG in der Randnummer 10 wie folgt:

„B. Voraussetzungen des Aufwendungsersatzanspruchs.

III. Aufwendungen Dritter.

Ergreift ein Dritter (z.B. Angestellter) Rettungsmaßnahmen auf Kosten des VN, so werden diese im Grundsatz erstattet. Dies gilt jedoch nur dann, wenn sie objektiv geboten waren oder der Dritte sie für geboten halten durfte (BGH VersR 2003, 1250, 1251; ...). ... Hat der Dritte die Maßnahmen nicht unmittelbar auf Kosten des VN durchgeführt, steht ihm aber ein Anspruch gegen den VN zu (etwa aus § 683 BGB),

so kann der VN die dem Dritten zu ersetzenden Kosten als Aufwendungsersatz für Rettungsmaßnahmen vom VR ersetzt verlangen (Müller VersR 2000, 533, 535; ...). Ein Direktanspruch des Dritten gegen den VR besteht aus § 83 VVG nicht (LG Hof VersR 2011, 913). Unterliegen Mitversicherte der Rettungsobliegenheit, so steht ihnen ein Aufwendungsersatzanspruch zu (LG Freiburg r+s 1993,91; ...). Die Geltendmachung dieses Anspruchs ist nach § 44 regelmäßige Sache des VN, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist (vgl. z.B. § 10 Nr. 4 AKB).“

Insofern werden trotz fehlender bedingungsseitiger Klarstellung regelmäßig auch die Schadenminderungskosten erstattet, die Dritte ohne Weisung von Versicherungsnehmer oder Versicherer für geboten halten mussten. Entscheidend ist stets, dass die Rettungsmaßnahme die geschützten Interessen des Versicherungsnehmers betrifft. Grundsätzlich haben Hilfeleistende sogar einen Rechtsanspruch auf Kostenerstattung gegenüber dem Geholfenen hinsichtlich Schäden, die sie durch ihre gesetzliche Pflicht zur Schadenminderung erlitten haben (z.B. ein zerrissener Hemdsärmel beim Zerschlagen einer Fensterscheibe oder Verbrennungen beim Löschen eines Feuers).

Versicherungsschutz bei Janitos aus der Glasversicherung mit deutlichen Einschränkungen

Jürgen Tertnick von der Janitos äußert sich zum eingangs beschriebenen Schadenszenario wie folgt:

„Glasschäden durch die Feuerwehr sind im Rahmen der Schadenminderung gedeckt, wenn ein Versicherungsfall vorliegt. Oder bei Fehlalarm Rauch- oder Gasmelder über den neuen Tarif Best Selection.“

Grundsätzlich sind auch bei Janitos die Bedingungswerke von Glas-, Hausrat- und Gebäudeversicherung separat zu bewerten, wobei Schäden an der Verglasung hier jedoch nur ergänzend zu einer Hausratversicherung abgesichert werden können.

Für die Sparten Hausrat- und Wohngebäudeversicherung gilt grundsätzlich Folgendes, hier zitiert nach den Hausratbedingungen des Tarifs Best Selection:

„13.1. Aufwendungen zur Abwendung und Minderung des Schadens

13.1.1. Versichert sind Aufwendungen, auch erfolglose, die der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles den Umständen nach zur Abwendung und Minderung des Schadens für geboten halten durfte oder die er auf Weisung des Versicherers macht.

13.1.2. Macht der Versicherungsnehmer Aufwendungen, um einen unmittelbar bevorstehenden Versicherungsfall abzuwenden oder in seinen Auswirkungen zu mindern, geltend, so leistet der Versicherer Aufwendungsersatz nur, wenn diese Aufwendungen bei einer nachträglichen objektiven Betrachtung der Umstände verhältnismäßig und erfolgreich waren oder die Aufwendungen auf Weisung des Versicherers erfolgten.

13.1.3. Ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen, kann er auch den Aufwendungsersatz nach 13.1.1 und 13.1.2 entsprechend kürzen.

13.1.4. Der Ersatz dieser Aufwendungen und die Entschädigung für versicherte Sachen betragen zusammen höchstens die Versicherungssumme je vereinbarter Position; dies gilt jedoch nicht, soweit Aufwendungen auf Weisung des Versicherers entstanden sind.

13.1.5. Der Versicherer hat den für die Aufwendungen gemäß 13.1.1 erforderlichen Betrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen.

13.1.6. Nicht versichert sind Aufwendungen für Leistungen der Feuerwehr oder anderer Institutionen, die im öffentlichen Interesse zur Hilfeleistung verpflichtet sind, wenn diese Leistungen im öffentlichen Interesse erbracht werden.“

Die Bedingungen gelten sinngemäß identisch auch für die Wohngebäude- und die Glasversicherungssparte.

Ziffer 13.1.1 könnte so ausgelegt werden, dass Glasschäden durch die Feuerwehr nur dann als Schadenminderungskosten einen Versicherungsfall begründen, wenn sie entweder vom Versicherungsnehmer selbst oder auf Weisung des Versicherers erfolgt sind. Kommt es an einem Feiertag oder Wochenende zu einem Brand in der Wohnung des Versicherungsnehmers, während dieser im Urlaub ist, so könnte es passieren, dass eine mögliche Schaden-

minderung nicht durch den Versicherungsnehmer, sondern etwa durch den Lebenspartner oder einen Nachbarn erfolgt. Auch ist es vorstellbar, dass die Feuerwehr eigenverantwortlich eine Scheibe einschlägt, um den Brandherd bekämpfen zu können. In allen diesen Fällen ist das vorherige Einholen einer Weisung durch den Versicherer oder ein Handeln des Versicherungsnehmers zur Schadenminderung nicht gegeben. Eine Rechtsgrundlage für die Übernahme von Schadenminderungskosten fehlt mithin.

Ziffer 13.1.6 ist wohl so zu interpretieren, dass Schäden, die durch die Feuerlöschung entstehen, ergänzend grundsätzlich unter den Versicherungsschutz fallen sollen, da nur solche Aufwendungen ausgeschlossen sind, die kostenfrei zu erbringen sind und dem Versicherungsnehmer damit auch keinen Schaden zufügen. Kommt es allerdings während eines kostenfreien Feuerwehreinsatzes dazu, dass das Fenster eines Versicherungsnehmers zertrümmert werden muss, so kann er gemäß dieser Ausschlussbestimmung keinen Versicherungsschutz herleiten.

Im Kern sind die Leistungen von Janitos also wie folgt zusammenzufassen:

Die Glasversicherung leistet für den Glasschaden, sofern der Schaden entweder durch einen Dritten herbeigeführt wurde oder vom Versicherungsnehmer im Rahmen einer versicherten Schadenminderung erfolgte. Hausrat- und Wohngebäudeversicherung leisten wie auch bei der InterRisk unter Umständen im Rahmen einer Schadenabwendung oder Schadenminderung, allerdings eher ausnahmsweise, wenn dies wie im Eingangsszenario beschrieben durch einen Feuerwehrmann oder eine Feuerwehrfrau erfolgen sollte.

Einen Regressverzicht auf Wunsch des Versicherungsnehmers sieht Janitos gemäß Ziffer 11.7 der Bedingungen zum Hausrattarif Best Selection bzw. Ziffer 10.5 der Balance-Bedingungen nur gegenüber Angehörigen oder im Haushalt des Versicherungsnehmers beschäftigten Person vor, also nicht gegenüber etwaigen Nachbarn oder Feuerwehrleuten. Im Rahmen der Wohngebäude- sowie der Glasversicherung gilt abweichend kein entsprechender Regressverzicht.

Eine Besonderheit des Hausrattarif Best Selection im Unterschied zu den

Varianten Basic und Balance ist folgende Leistungserweiterung:

*„10.14. Kosten nach Fehlalarm durch Rauch-, Hitze- oder Gasmelder
Der Versicherer ersetzt die infolge eines Fehlalarms von Rauch-, Hitze- oder Gasmeldern entstandenen Kosten für die Beseitigung der Aufbruchschäden an Fenstern, Außentüren oder anderen Gebäudeöffnungen durch eine von der Polizei oder Feuerwehr veranlasste Notöffnung.*

Ferner sind eventuelle Beschädigungen an versicherten Gegenständen versichert, die durch die unmittelbare Notöffnung entstehen.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass es sich um einen vom VDS anerkannten Rauch-, Hitze- oder Gasmelder handelt, der gemäß den anerkannten Regeln der Technik eingebaut ist.

Die Kostenentschädigung ist je Versicherungsfall auf EUR 500 begrenzt.“

Im Einzelfall erweitert diese Klausel damit den Versicherungsschutz gegenüber den Standardhausrat-, Gebäude- oder Glasbedingungen.

Echter Versicherungsschutz für Glasschäden bei Konzept & Marketing

Die Eingangsfrage wurde von Ole Fries vom Bereich Produktmanagement von Konzept & Marketing eindeutig beantwortet, dass es sich um mitversicherte Schadenabwendungs- oder Schadenminderungskosten handelt, wenn etwa ein Feuerwehrmann Fenster- oder Türverglasungen beseitigen muss, um einen Einsatz in einem versicherten Gebäude durchzuführen.

Verkaufsoffene Tarife für den Einschluss des Glasschadenrisikos sind zurzeit allsafe casa und allsafe home.

Nach C § 9 Nr. 4 EV 2015 sind „Schadenabwendungs- und Schadenminderungskosten“ über die Versicherungssumme hinaus in Höhe der maximalen Entschädigungsleistung mitversichert. Nach D § 8 Nr. 4 HR 2015 gilt das Gleiche. Ergänzend werden hier jedoch entsprechende Kosten, die auf Weisung des Versicherers entstanden sind, in unbegrenzter Höhe erstattet.

Somit besteht in beiden Tarifen grundsätzlich ein echter Versicherungsschutz.

Einen optionalen Regressverzicht

sieht Konzept & Marketing nur gegenüber Angehörigen vor. Dann allerdings muss der Versicherungsnehmer 10 Prozent des Entschädigungsbetrages selber tragen. Auch greift der Regressverzicht nicht für den Fall vorsätzlich herbeigeführter Schäden oder wenn eine eigene Haftpflichtversicherung den Schaden regulieren würde. Ein Regressverzicht gegenüber Personen, die keine Angehörigen des Versicherungsnehmers sind, und die eine Fensterscheibe zur Schadenminderung vorsätzlich zerschlagen, ist im Tarif nicht vorgesehen.

VHV ohne Heilung durch GDV-Standard

Eine Anfrage bei der VHV wurde wie folgt beantwortet:

„Im Rahmen der Glasversicherung gemäß (AGIB 2008) sind die von Ihnen hypothetisch aufgezeigten Kosten nicht mitversichert.

Diese Kosten bzw. Aufwände werden allgemein im Rahmen der Abwicklung des Schadens über die Wohngebäudeversicherung reguliert, so dass sich die Frage der Mitversicherung über die Glasversicherung in der Regel nicht stellt.“

Wirft man einen Blick in Abschnitt B § 13 der AGIB 2008 gilt bei der VHV folgendes:

„§ 13 Aufwändungsersatz

1. Aufwendungen zur Abwendung und Minderung des Schadens

a) Versichert sind Aufwendungen, auch erfolglose, die der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles den Umständen nach zur Abwendung und Minderung des Schadens für ge-

boten halten durfte oder die er auf Weisung des Versicherers macht.

b) Macht der Versicherungsnehmer Aufwendungen, um einen unmittelbar bevorstehenden Versicherungsfall abzuwenden oder in seinen Auswirkungen zu mindern, geltend, so leistet der Versicherer Aufwändungsersatz nur, wenn diese Aufwendungen bei einer nachträglichen objektiven Betrachtung der Umstände verhältnismäßig und erfolgreich waren oder die Aufwendungen auf Weisung des Versicherers erfolgten.

[...]

f) Nicht versichert sind Aufwendungen für Leistungen der Feuerwehr oder anderer Institutionen, die im öffentlichen Interesse zur Hilfeleistung verpflichtet sind, wenn diese Leistungen im öffentlichen Interesse erbracht werden.“

Identisch gestalten sich die Regelungen zur Wohngebäude- und Hausratbedingungen. Da die VHV keine GDV-Garantie für ihre Glasbedingungen vorsieht, ist eine Heilung dieser Abweichungen anders als bei der InterRisk nicht möglich. Darüber hinaus ist eine mögliche Schadenregulierung in Analogie zur InterRisk zu sehen, da die VHV ebenfalls keinen Regressverzicht gegenüber Dritten vorsieht.

Fazit

Janitos / InterRisk: Bezogen auf die reine Glasversicherung besteht bedingungsseitig bei Janitos und bei der InterRisk ein eher eingeschränkter Versicherungsschutz für Schadenabwendungs- und Schadenminderungskosten, wobei der Umfang der Absicherung bei Janitos durch eine gleichzeitig abge-

schlossene Hausratversicherung nach dem Tarif Best Selection deutlich verbessert werden kann.

VHV: Deutlich nachteiliger ist das Bedienungswerk der VHV, welches für das beschriebene Problem keine Deckung vorsieht.

Konzept & Marketing: Anders sieht es bei Konzept & Marketing aus, wo der beschriebene Glasschaden unzweifelhaft ohne Wenn und Aber versichert sein dürfte. Betrachtet man das beschriebene Schadenszenario vor dem Hintergrund einer versuchten Schadenminderung zur Hausrat- oder Wohngebäudeversicherung, so schneidet hier Konzept & Marketing mit Abstand am besten ab.

Hauptproblemstellung bei allen Wettbewerbern ist der fehlende Regressverzicht gegenüber Nachbarn, Feuerwehrleuten und sonstigen Dritten, die gesetzlich zur Schadenminderung verpflichtet sind und dafür unter Umständen sogar noch „bestraft“ werden könnten. In der Praxis relativiert sich dieses Problem teilweise dadurch, dass bei Regress zunächst eine Anspruchsgrundlage voraussetzt und zum anderen die Rechtsprechung zu § 83 VVG vielfach dazu führen dürfte, dass auch Rettungskosten Dritter, die ohne vorherige Weisung des Versicherers verursacht wurden, unter den Versicherungsschutz fallen.

Autor: Stephan Witte

¹ *„Versicherungsvertragsgesetz mit Nebengesetzen, Vermittlerrecht und Allgemeinen Versicherungsbedingungen.“ München 29 (C.H.Beck), 2015*

www.finanzarchiv.com



Alles zum Thema
Finanzen und
Versicherungen.

Kostenlos.

Die neue Privathaftpflichtversicherung BOX flex der Axa

Viel wird versprochen – nur Hausmannskost geboten – Fragezeichen inklusive ...

Mit Bedingungsstand 09.2014 hat die Axa ein neues Bedingungsmerk eingeführt, welches die bisherigen Produktlinien Box Plus sowie Dual ersetzen soll. Es stellt sich allerdings die Frage, ob der Anbieter mit der Markteinführung zumindest solange hätte warten können, bis ein ordentliches Lektorat der Bedingungen erfolgt wäre. Ein solches scheint nicht besonders kritisch stattgefunden zu haben. Beispielhaft seien einige Besonderheiten des neuen Tarifes näher benannt.

Entgegen dem aktuellen Markttrend im Maklermarkt verzichtet die Axa weiterhin auf eine GDV-Garantie und auch auf eine Garantie hinsichtlich der empfohlenen Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse. Positiv ist hingegen die Innovationsklausel, die auch dann greift, wenn ein neu eingeführter Tarif in einzelnen Punkten eine Schlechterstellung gegenüber dem Altтарif beinhalten sollte.

Deckungssummen

Die Deckungssummen sind mit 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden und dreifacher Maximierung (AHB-Regelung) bzw. 50 Mio. Euro für Sach- und Vermögensschäden sowie 12 Mio. Euro je geschädigter Person ohne Maximierung (Premium-Baustein) bedarfsgerecht. Unklar ist jedoch, weshalb beispielsweise unter Ziffer 6.19 (Abhandenkommen von Schlüsseln) die Deckungssumme des Premium-Bausteins Geltung haben soll. Welche Personenschäden sollen direkt durch Schlüsselverlust entstehen können? Dieses Mysterium wird leider in den Bedingungen nicht gelöst.

Vorübergehende Auslandsaufenthalte

Nach Ziffer 6.14 gilt der Versicherungsschutz für vorübergehende Auslandsaufenthalte weltweit. Unklar bleibt jedoch, wann noch von „vorübergehend“

und wann von „dauerhaft“ gesprochen werden muss. Gilt etwa in Anlehnung an die Rechtsprechung zur Berufsunfähigkeitsversicherung ein Auslandsaufenthalt grundsätzlich nach spätestens drei Jahren als dauerhaft? Was ist mit einem Aufenthalt, der zwar mehrere Jahre (z.B. bis zum Ende eines Auslandsstudiums, einer beruflichen Entsendung oder gar bis zum Renteneintritt) dauern soll, aber absehbar irgendwann enden soll?

Forderungsausfalldeckung

Dass für die Forderungsausfalldeckung keine weltweite Geltung besteht, ist immerhin branchenüblich. Auch die Einschränkung auf Personen-, Sach- und unechte Vermögensschäden ist durchaus normal. Ein absoluter Selbstbehalt von 2.500 Euro sowie eine Höchstentschädigung von 1 Mio. Euro in der Grunddeckung sind bereits nicht mehr zeitgemäß. Immerhin bietet die Premiumdeckung hier eine Erhöhung auf angemessene 10 Mio. Euro für Personen- und Sachschäden. Wenig nachvollziehbar ist jedoch Abschnitt 3 Ziffer 7 bzw. Ziffer 1.7.7 des Premium-Bausteins zur Ausfalldeckung, wonach der Schaden innerhalb von 3 Jahren nach dem Versicherungsfall anzumelden ist. Wenn also ein vollstreckbarer Titel gegen einen Dritten – gegebenenfalls mit Verjährungshemmung – erst nach drei oder mehr Jahren erwirkt werden konnte, ist der Versicherungsfall zwar objektiv ein-



getreten, eine Schadenmeldung hingegen wertlos, da dann die Ausschlussfrist greifen würde.

Mitversicherte Personen

Bei den mitversicherten Personen treten weitere Besonderheiten auf.

Beispielsweise sind gemäß Ziffer 2.8 der Bedingungen mitversichert Haftpflichtansprüche mitversichert „von Angehörigen zweiten Grades in gerader Linie der versicherten Personen gemäß Ziffer 2.1. bis 2.3. in Alten- oder Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen, soweit aus einer anderweitig bestehenden Haftpflichtversicherung kein Ersatz erlangt werden kann.“ Die eigenen Eltern des Versicherungsnehmers oder einer mitversicherten Person als Verwandte 1. Grades sind demnach nicht in einem Pflegeheim mitversichert, die Großeltern als Verwandte 2. Grades hingegen schon. Der Versicherer selbst hat auf Anfrage der Redaktion klargestellt, dass man selbstverständlich Versicherungsschutz auch für Verwandte des 1. Grades gewähren würde.

Während bei z.B. Haftpflichtkasse Darmstadt (VARIO), InterRisk (XXL) oder VHV (Klassik-Garant) Versicherungsschutz für in häuslicher Gemeinschaft lebende, volljährige Kinder ohne Wenn und Aber besteht, gilt dies bei der Axa nur dann, wenn eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt sind. Beispielsweise könnte es passieren, dass ein Kind mit

Auf die Überholspur mit Indexanlagen

Produkt & Kritik

seiner Schulausbildung fertig ist, ein halbes Jahr später ein freiwilliges soziales Jahr beginnen möchte und in dieser Zeit noch im elterlichen Haushalt lebt. Bei der Axa besteht der Versicherungsschutz in so einem Fall unter Umständen höchstens für drei Monate nach der Hauptfälligkeit, die auf das Ende der Schulausbildung folgen würde und würde dann erst wieder mit dem tatsächlichen Beginn des freiwilligen sozialen Jahres beginnen. Fallen also Schulende und Hauptfälligkeit zusammen, ist das bislang mitversicherte volljährige Kind ggf. bis zu zwei Monate lang unversichert. Dessen ungeachtet besteht gemäß Teil A Abschnitt 1 Ziffer 2.1.3 grundsätzlich auch dann Versicherungsschutz für im Haushalt lebende volljährige Kinder, wenn diese voraussichtlich dauerhaft in diesem Haushalt wohnen werden. Ohne Klarstellung könnte dies in Analogie zur Berufsunfähigkeitsversicherung so verstanden werden, dass ein Auszug des bislang versicherten Kindes innerhalb der nächsten drei Jahre nicht nachweislich beabsichtigt wäre. Wird die elterliche Wohnung jedoch nur als Interimswohnung genutzt, etwa weil das Kind (erneut) auf Wohnungssuche wäre, würde die oben beschriebene, mögliche Versicherungslücke entstehen können.

Regressansprüche

Trotz anders lautender Darstellung in separaten Leistungsdarstellungen des Versicherers fehlt in den Bedingungen eine Klarstellung zur Mitversicherung von Regressansprüchen von z.B. Arbeitgebern und Sozialversicherungsträgern, wobei jedoch die Ausschlüsse nach Ziffer 7.3 und Ziffer 7.4 gelten.

Gemäß Ziffer 7.3 sind Sach- und Vermögensschäden mitversicherter Personen weder im- noch explizit mitversichert, während Personenschäden zumindest implizit mitversichert sind. Das gilt insofern auch für etwaige Regressansprüche wegen Personenschäden. Handelt es sich jedoch um Schäden mitversicherter Angehöriger in häuslicher Gemeinschaft im Sinne von Ziffer 7.4, so sind sowohl Personen- als auch Sach- und Vermögensschäden ausgeschlossen. Damit folgt die Axa nicht dem Trend von immer mehr Maklerversicherern, zumindest Personenschäden von mitversicherten Angehörigen in häuslicher Gemeinschaft untereinander einzuschließen.

Der Versicherer bezieht hierzu Stellung:

„Leider ist uns da ein Fehler unterlaufen, der für die Versicherten aber keinen Nachteil bringen soll.

Aber da auf der Police die Leistung „Regressansprüche der Sozialversicherungsträger“ erwähnt ist und auch die Schadenkollegen einen solchen Schaden regulieren werden, wenn einer entsteht (bisher keiner bekannt), können solche Anfragen natürlich bestätigt werden.“

Keine Vorsorge für Kinder und Partner

Unklar bleibt, was sich die Produktentwickler zur Vorsorgedeckung gedacht haben. Gemäß Ziffer 2.9 gilt:

„2.9. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Vertragsbestimmungen sind auf die mitversicherten Personen entsprechend anzuwenden.

Dies gilt nicht für die Bestimmungen über die Vorsorgeversicherung (Teil A Abschnitt 1 Ziffer 8.), wenn das neue Risiko nur für eine mitversicherte Person entsteht.“

Im Umkehrschluss heißt das, dass die Bestimmungen über die Vorsorgedeckung keine Anwendung auf nur mitversicherte Personen finden. Kauft sich beispielsweise ein Ehepartner allein für sich oder ein mitversichertes Kind einen Hund, so gilt dieser nicht als von der Vorsorgedeckung erfasst. Erwirbt allerdings der Versicherungsnehmer ein vergleichbares Tier allein für sich oder für die ganze Familie, so greift wieder die Vorsorgedeckung.

Weiter könnte es zu der Situation kommen, dass zum Jahreswechsel der in Ziffer 8.4 angekündigte Bogen zur Jahresmeldung kommt. Der Kunde antwortet wahrheitsgemäß, dass er zurzeit Single sei. Kurz nach Versand der Jahresmeldung werden ein oder mehrere neue Personen in den Haushalt aufgenommen, die er demnächst spätestens auf der nächsten Jahresmeldung zu melden hat. In dieser Zeit kommt der Kunde aber ggf. gar nicht auf die Idee, den Erwerb des neuen Tieres oder die Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit seiner Partnerin bzw. seines Partners zu melden. Somit versagt die Vorsorgedeckung im Zweifel für fast ein ganzes Jahr und das trotz durchaus begrüßenswerter Jahresmeldung!



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. Höchstnote!«

Prof. Olaf Gierhake, swisspartners Versicherung

Bei wenig genauer Lektüre wirken die Ziffern 2.4 bis 2.11 der Bedingungen so, als würden sie sich jeweils auf den Versicherungsschutz für Einpersonenhaushalte beziehen. Dass könnte aber nur mit sehr viel gutem Willen aus den Verbraucherinformationen hergedeutet werden.

Weitere Fragezeichen...

Ein klarer Lektoratsfehler scheint Ziffer 6.3.1.6 zugrunde zu liegen. Hier heißt es wie folgt, dass Haftpflichtansprüche mitversichert sind

„eines oder mehrerer selbstgenutzter unbebauter Grundstücke mit einer Größe von jeweils 2000 qm ohne oder mit Gebäuden bis 10 qm Grundfläche;“

Dass heißt, es bestünde Versicherungsschutz nur für Grundstücke mit exakt 2.000 qm Grundfläche. Das ist sicher nicht gemeint und hätte sich mit einer sorgfältigen Überprüfung des Bedingungstextes sicher vermeiden lassen. Vermutlich waren „bis zu 2.000 qm“ gemeint.

Mietsachschäden

Anders als bei vielen Wettbewerbern sieht der neue Axa-Tarif keinen Versicherungsschutz für Mietsachschäden an

gepachteten Grundstücken mit Ausnahme von etwaigen Schäden nach dem Umweltschadengesetz und bezogen auf selbstgenutzte unbebaute Grundstücke nach obiger Definition vor. Damit entfällt auch eine etwaige Entschädigungsleistung aus der Forderungsausfalldeckung oder für eigene, unbeabsichtigte Flurschäden am gepachteten Grundstück, wenn diese nicht zugleich Schadenersatzansprüche nach dem Umweltschadengesetz begründen sollten.

Gefälligkeitsschäden

Gefälligkeitsschäden sind gemäß Ziffer 6.21 bis zur Deckungssumme mitversichert, dies gilt jedoch nicht, wenn eine Tätigkeit gegen Entgelt oder vom Versicherungsnehmer beruflich ausgeübt wurde. Wer also im Rahmen einer unentgeltlichen, sonst mitversicherten nebenberuflichen Betätigung einen Gefälligkeitsschaden verursacht, kann hier im Unterschied zu vielen Wettbewerbern keinen Deckungsvorteil herleiten. Allerdings besteht natürlich auch kein echtes finanzielles Risiko, da niemand für Gefälligkeitsschäden haftbar gemacht werden kann.

Schlüsselverlustrisiko

Bei der Mitversicherung des Schlüsselverlustrisikos sind alle Arten von Schlüs-

seln bis 50.000 Euro bzw. im Premium-Baustein bis 100.000 Euro, sogar berufliche Tresor-, Auto- und Möbelschlüssel (!) mitversichert. Sollte es ein Makler versäumt haben, seinem Kunden eine Hausratversicherung zu vermitteln oder der Kunde hat zwar einen Vertrag, dieser ist jedoch unbezahlt, so ersetzt die Axa bedingungsgemäß nach Ziffer 6.19 der Bedingungen subsidiär sogar die Kosten für einen Schlüsselverlustfolgeschaden.

Es bleibt allerdings fraglich, ob diese sehr weitgehende Mitversicherung des Schlüsselverlustrisikos von der Axa wirklich so beabsichtigt war oder ob das Lektorat hier nicht aufgepasst hat.

Fazit

Die neuen Bedingungen der Axa enthalten anders als in der Werbung dargestellt nicht das Beste aus den bisherigen Produktlinien, sind nicht dem aktuellen Marktstandard des Maklermarktes entsprechend und weisen diverse Regelungen aus, die man mit gutem Willen als unklar, bei strenger Auslegung als mangelhaft zu bewerten hat. Ohne gründliche Überarbeitung der Produktlinie macht ein Abschluss des Flex-Tarifes für qualitätsorientierte Vermittler keinen Sinn.

Autor: Stephan Witte

Henry Littig

Herzlich willkommen
in der Zeit nach dem
Kapitalismus ...



www.promakler.de

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



Vorsätzliche Verstöße gegen geltendes Recht bei der Allianz?

Der Redaktion liegt ein Fall vor, bei dem die Allianz VAG einen Makler im Rahmen der Beantragung eines Tarifwechsels zu einem bestehenden Wohngebäudevertrag (mit VN-Wechsel wegen Eigentumsübergang) wohl dazu zu animiert haben scheint, in eklatanter Art und Weise gegen die geltenden VVG-Vorschriften zu verstoßen.



Aus Wohngebäudevertrags-Änderung wird Tarifwechsel mit 3-Jahresvertrag

Was ist im Einzelnen passiert:

- Kunde des Maklers erwirbt durch Notarvertrag das maßgebliche Wohngebäude.
- Makler prüft den bestehenden Gebäudevertrag des Vorbesitzers und stellt fest, dass der Gebäudewert (Flächenangaben) nicht korrekt dokumentiert ist.
- Makler zeigt die Änderungen der Allianz an und beantragt Änderung im bestehenden Vertrag.
- Allianz verlangt Tarifwechsel in aktuellen Tarif.
Anmerkung: Es kommt also ein neuer Vertrag zustande.
- Makler fordert daraufhin ein VVG-konformes Angebot mit Änderungsantrag an.
- Makler erhält ein Angebot der Allianz, allerdings ungefragt als 3-Jahres-Vertrag und ohne Antrag, PIB und Verbraucherinformationen
- Auf Rückfrage, weshalb ein 3-Jahres-Vertrag angeboten wurde, teilt die Allianz mit, dass mit dem Jahresvertrag 10% Laufzeitrabatt und 10% Treuerabatt wegfallen und ihm deshalb gleich der 3 Jahres Vertrag angeboten wurde (VVG-konforme Angebots- und An-

tragsunterlagen liegen weiterhin nicht vor.)

- Makler schreibt den Versicherer wieder an, fordert nochmals die nach VVG geforderten Angebotsunterlagen und eine vorbereitete Annahmeerklärung an, damit er / der Kunde das Angebot im Wege des Invitativverfahrens annehmen kann.
- Anstelle der angeforderten Unterlagen wird dem Makler von der Allianz mitgeteilt, dass diese lediglich das in Frage kommende Angebot, den gewünschten Änderungsbeginn, das Geburtsdatum des Versicherungsnehmers sowie Rechnungs- oder Kontodaten benötigt, um den Versicherungsschein auszustellen. Auf telefonische Rückfrage des Maklers beim Versicherer heißt es dann, dass die Angebotsdaten vor Ort vom Innendienst in das Verwaltungssystem des Versicherers eingegeben werden und der Kunde dann den neuen Versicherungsschein erhält. Das sei in solchen Fällen normal.

Soll der Vertrag also dauerhaft schwebend unwirksam bleiben? Wie soll der Makler als Interessenvertreter seines

Kunden überhaupt rechtskonform tätig werden, wenn der Versicherer sich zu verweigern scheint, seinerseits rechtskonform zu arbeiten? Ist der Versicherer dazu bereit, die Haftung zu übernehmen, wenn der Vertrag später für schwebend unwirksam erklärt wird und der Kunde im Zweifel beim Makler Regress nehmen möchte?

Es stellt sich die Frage, ob dem Versicherer klar ist, dass seine Mitarbeiter hier sowohl gegen das Gesetz als auch gegen den seit dem 01.07.2013 als Maßstab vom Versicherer akzeptierten GDV-Verhaltenskodex verstoßen?

Die Allianz sollte wohl den eigenen Innendienst besser schulen, damit so etwas nicht noch einmal vorkommt. Anstelle von Lippenbekenntnissen, wie der nicht überprüfbaren Einhaltung des GDV-Verhaltenskodex, macht es deutlich mehr Sinn, die eigenen Mitarbeiter zur Einhaltung von Gesetzen im Sinne eines erstgemeinten Verbraucherschutzes hinzuweisen und diese Verpflichtung in der Praxis auch zu überprüfen.

Autor: Thorben S. Hagenau

Verstoß gegen den GDV-Verhaltenskodex

Landesjagdverbände & Gothaer: Irreführende Bewerbung von Jagdhaftpflicht-Tarifen?

„Risiko & Vorsorge“ engagiert sich immer wieder mit der Analyse und Bewertung von Risiken im Jagdwesen. Die Befassung mit dieser Materie bedingt auch einen Blick in das Geschäft der Versicherer über die Landesjagdverbände.

von Stephan Witte

Laut Brancheninsidern macht die Gothaer einen nicht unwesentlichen Teil ihres Jagdhaftpflichtgeschäftes über die Landesjagdverbände. Diesen werden rabattierte Gruppenverträge* angeboten. Der Versicherer nutzt dabei seine hervorragenden Testergebnisse für den auch für Makler offenen Tarif des „Normalgeschäfts“. Dagegen spräche nichts, wenn die ausgezeichneten Tarife und die beworbenen Gruppenverträge identische Bedingungen hätten. Das ist jedoch nicht immer der Fall gewesen. Die Werbung der Gothaer kann daher durchaus als irreführend bezeichnet werden.



Gothaer Jagdtarife: Die Orientierung verloren!

Jagdhaftpflichtversicherung



Gothaer Jagdhaftpflichtversicherung
Gehen Sie sorgenfrei auf die Pirsch
 Sie sind leidenschaftlicher Jäger und verbringen gerne Zeit mit Ihrer Passion. Aber rund um die Jagd kann viel passieren. Falls es doch einmal zu einem Schaden kommt, möchten Sie gut geschützt sein. Unsere Jagdhaftpflichtversicherung sichert Ihr Jagdrisiko umfassend und zeitgemäß ab.

- ✓ Erstklassiger Jagdhaftpflichtschutz
- ✓ Mehrfacher Testsieger im Bereich Jagdhaftpflicht
- ✓ Versicherungsbestätigung sofort online ausdrückbar

Online abschließen

Abb. 1

Abb. 2

Ihre Vorteile der Gothaer Jagdhaftpflichtversicherung

Mehrfacher Testsieger

Als Marktführer und vielfacher Testsieger legen wir besonderen Wert auf einen umfassenden und speziell auf Ihre Bedürfnisse als Jäger abgestimmten Versicherungsschutz.

Übrigens: Auch der Deutsche Jagdverband empfiehlt die Gothaer Jagdhaftpflichtversicherung.

Versicherungsbestätigung online

Sparen Sie Zeit mit unserem besonderen Internet-Service: Ihre Jagdhaftpflichtversicherung können Sie in wenigen Sekunden online berechnen und direkt abschließen. Da für die Bearbeitung Ihres Jagdscheines notwendige Versicherungsbestätigung steht Ihnen sofort zur Verfügung und kann von Ihnen ganz einfach selbst ausgedruckt werden.

Ihre Leistungen der Gothaer Jagdhaftpflichtversicherung

- ✓ Wählbare Deckungssumme drei, sechs oder 15 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- ✓ Halten und Gebrauch von Beizvögeln und Jagdhunden in unbegrenzter Anzahl sowie der Welpen dieser Hunde (inkl. Mietsachschäden durch diese Hunde)
- ✓ Erlaubter Besitz und Gebrauch von Schusswaffen und Munition, auch außerhalb der Jagd
- ✓ Betrieb von jagdlichen Einrichtungen
- ✓ Verzicht auf den Einwand des fehlenden Verschübens bei Personenschäden durch Schusswaffengebrauch
- ✓ Durchführung von Gesellschaftsaggen
- ✓ Produktrisiko aus dem Verkauf und der Weitergabe von Wild bzw. Wildpret
- ✓ Nichtgewerbmäßiges Wiedertaten
- ✓ Weitester Versicherungsschutz
- ✓ Schmerzensgeldansprüche Angehöriger bei Schusswaffenverletzung
- ✓ Beschädigung und Abhandenkommen fremder gemieteter oder geliehener Sachen

$p?La=1&NavID=2162.6&object=tx|2162.152.1&La=1!$

In beiden Fällen wurden die veralteten Siegel spätestens am 18.06.2015 ausgetauscht. Es folgen beim Landesjagdverband Sachsen nun weitere irreführende Werbebotschaften (Siehe Abb 2):

* Gemäß telefonischer Auskunft der Gothaer im Januar 2015 sind, bezogen auf die Gesamtzahl aller Jäger, etwa 30 Prozent nicht in einem Landesjagdverband.



So hieß es beispielsweise auf der Homepage des **Landesjagdverbandes Sachsen** (<http://www.gothaer.de/externe-seiten/jagdverband/sn/>) am 06.05.2015 wie auf Abb. 1 zu sehen. Vergrößert man das Ratingiegel, konnte man erkennen, dass mit einem veralteten Siegel mit Stand 13.03.2014 anstelle des aktuellen Standes 25.03.2015 geworben wurde, obwohl der Gothaer bereits ein aktueller Teststand vorlag. Dies galt übrigens auch für die Seite des **Landesjagdverbandes Mecklenburg-Vorpommern** (<http://www.ljv-mecklenburg-vorpommern.de/Quicknavigation/Suchergebnis/index.php>

Wer auf dieser Homepage den Schritt zum Onlineabschluss geht, erhält keinesfalls den ausgezeichneten und konkret beworbenen Tarif, sondern einen zwar rabattierten, dafür aber minderwertigen Versicherungsschutz. Gegenüber dem beworbenen Tarif fehlen bei der Jagdhaftpflichtversicherung des **Landesjagdverbandes Sachsen** per 06.05.2015 insbesondere folgende Leistungen:

- Anstelle der Bedingungen mit Stand 04.2015 gelten die Bedingungen mit Stand 2010
- Keine Mitversicherung einer unbegrenzten Zahl an Hunden, sondern höchstens Versicherungsschutz für 3 Hunde
- Versicherungsschutz besteht nur für Hunde und deren Welpen, die nach landesrechtlichen Bestimmungen jagdlich brauchbar sind oder sich in jagdlicher Ausbildung befinden und zusätzlich beim Landesjagdverband registriert sind
- Kein ausdrücklicher Versicherungsschutz für die Jagd mit Frettchen
- Kein Verzicht auf den Einwand des fehlenden Verschuldens bei Personenschäden durch Schusswaffen
- Kein Versicherungsschutz für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden
- Kein Versicherungsschutz für Schäden an fremden beweglichen Sachen (z.B. Zielfernrohr)
- Keine Innovationsklausel für beitragsneutrale Leistungsverbesserungen

Anstelle von „Gold“ würde dieser Tarif also ganz klar im Rahmen des hier seitens des Versicherers genutzten WFS-Ratings ein „nicht empfehlenswert“ erhalten; zumal keine Empfehlung für die Deckungssumme von 3 Mio. Euro ausgesprochen wurde.

Per 19.06.2015 wird auf dieser Seite ein Angebot mit Stand 01.2014 ausgewiesen. Es gelten jedoch weiterhin die oben benannten Abweichungen zum beworbenen Versicherungsschutz. Außerdem ist es wenig nachvollziehbar, weshalb die tatsächlich geltenden Bedingungen erst dann zum Download zur Verfügung gestellt werden, wenn eine korrekte Bankverbindung und andere persönliche Daten zur Verfügung gestellt wurden. Als bewusste Verbrauchertäuschung kann es interpretiert werden, wenn die dann zur Verfügung gestellten Bedingungen abweichend schlechter sind als jene, die auf der

Startseite des Landesjagdverbandes unter http://www.gothaer.de/Streaming-Servlet/app/dvz/DocumentDownload/208171?scope=gothaer_scope mit Stand 04.2015 bereits zum Download standen!

Der **Landesjagdverband Sachsen** stellt leider keine Ausnahme dar. Auch der Landesjagdverband Rheinland-Pfalz (<http://www.gothaer.de/externe-seiten/jagdverband/rp/>) bietet seinen Mitgliedern lediglich einen minderwertigen Versicherungsschutz. Gegenüber dem Standardtarif gelten hier insbesondere folgende Schlechterstellungen:

- Per 06.05.2015 waren anstatt der aktuellen Bedingungen mit Stand 04.2015 die Bedingungen mit Stand 01.2011, am 19.06.2015 mit Stand 01.2014 hinterlegt.
- Kein Verzicht auf den Einwand des fehlenden Verschuldens bei Personenschäden durch Schusswaffen
- Kein Versicherungsschutz für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden
- Kein Versicherungsschutz für Schäden an fremden beweglichen Sachen (z.B. Zielfernrohr)
- Keine Innovationsklausel für beitragsneutrale Leistungsverbesserungen
- Eine Deckungssumme von optional 3 Mio. Euro wird ausdrücklich nicht empfohlen. Die Empfehlung gilt nur für die Deckungssumme 6 Mio. Euro und mehr.

Anstelle von „Gold“ würde dieser Tarif also ganz klar im Rahmen der hier genutzten WFS-Ratings ein „nicht empfehlenswert“ erhalten, zumal keine Empfehlung für die Deckungssumme von 3 Mio. Euro ausgesprochen wurde.

Auf der Startseite des Landesjagdverbandes werden jedoch abweichend auch hier die normalen Bedingungen mit Stand 04.2015 zum Download zur Verfügung gestellt, wobei die gleiche Downloadadresse wie beim Landesjagdverband Sachsen hinterlegt ist.

Da die Gothaer 2013 dem GDV-Verhaltenskodex beigetreten ist², würde dieses systematische Verhalten nicht nur einen Verbraucher aktiv täuschende und damit nicht erlaubte irreführende Werbung im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 6 UWG bedeuten, sondern zudem auch einen klaren Complianceverstoß.

Letzteres widerspricht insbesondere § 5 Abs. 1 Nr. 6 UWG.

Auch die Bedingungen des **Landesjagdverbandes Thüringen** (<http://www.ljv-thueringen.de/index.php?id=107&L=>) weichen von den Standardbedingungen der Gothaer ab. Anders als bei den genannten Landesjagdverbänden wird hier auf die irreführende Werbung mit einem für dieses Bedingungsmerkmal unzutreffenden Ratingsiegel verzichtet. Eine Onlineantragsstellung ist hier zwar nicht möglich, doch wird Herr Dirk van der Sant vom Servicebereich Jagd der Gothaer als Ansprechpartner für den Vertragsabschluss benannt.

Gegenüber den Standardbedingungen der Gothaer müssen Kunden hier eine Reihe von Einschränkungen hinnehmen:

- Anstelle der Bedingungen mit Stand 04.2015 gelten die Bedingungen mit Stand 01.2013
- Keine Mitversicherung einer unbegrenzten Zahl an Hunden, sondern höchstens Versicherungsschutz für 3 Hunde
- Versicherungsschutz besteht nur für Hunde und deren Welpen, die jagdlich brauchbar sind
- Kein ausdrücklicher Versicherungsschutz für die Jagd mit Frettchen
- Keine Mitversicherung des Hundehüters, der im Auftrag des Versicherungsnehmer die Aufsicht über die mitversicherten Tiere übernommen hat
- Keine Mitversicherung für Schäden aus gewolltem und ungewolltem Deckakt
- Kein Versicherungsschutz für Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden
- Keine Innovationsklausel für beitragsneutrale Leistungsverbesserungen

Der Bedingungsstand 01.2013 gilt auch beim **Landesjagdverband Brandenburg** sowie beim **Landesjagdverband Schleswig-Holstein**, während der **Landesjagdverband Hamburg** per 06.05.2015 sogar den Bedingungsstand 01.2010 für seine Mitglieder vorsah und per 19.05.2015 die aktuellen Bedingungen mit Stand 04.2015. In diesem Zusammenhang

sieht der LJV Schleswig Holstein anstelle der Standardbedingungen der Gothaer einen abweichend formulierten Rahmenvertrag vor, in dem jedoch u.a. eine Innovationsklausel fehlt.

5.

Der **Landesjagdverband Berlin** wirbt zwar mit keinem Ratingsiegel, bietet aber für seine Mitglieder ausschließlich die unzureichende Deckungssumme von 3 Millionen Euro an (<http://www.ljv-berlin.de/ueber-uns/articles/beitraege.html>).

6.

Bei einigen Landesjagdverbänden werden auf den Homepages nur Deckungssummen und Prämien, nicht jedoch die Bedingungen benannt. Problematisch wird dies, wenn der **Landesjagdverband Hamburg** (<http://www.ljv-hamburg.de/>) Mitgliedern eine Bankverbindung zum Überweisen der Versicherungsbeiträge benennt, so dass unter Umständen Versicherungsschutz ohne vorherigen Zugang der gesetzlich vorgeschriebenen Verbraucherinformationen zustanden kommen könnte! Hier wird die Seite zwar nicht direkt von der Gothaer betrieben, doch stellt sich die Frage, ob dem Versicherer diese Art der Mitgliederwerbung unbekannt ist?

Wissen die Landesjagdverbände, was sie da jeweils für ihre Mitglieder verhandelt haben?

Auffällig ist, dass sowohl die Prämien, die Bedingungen als auch die angebotenen Deckungssummen der einzelnen Landesjagdverbände zum Teil deutlich voneinander abweichen, wobei mit Ausnahme des Landesjagdverbandes Schleswig-Holstein (hier sind es Bruttoprämien) nirgends klar wird, ob die benannten Prämien Brutto- oder Nettobeiträge sein sollen (siehe Tabelle). Berücksichtigt man den in absoluten Zahlen nur minimalen Prämienvorteil für die Verbandsmitglieder gegenüber den Standardprämien der Gothaer von 50,50 Euro brutto p.a. (3 Mio. Euro), 56,80 Euro brutto p.a. (6 Mio. Euro) bzw. 73,71 Euro brutto p.a. (15 Mio. Euro), so ist nicht einsichtig, wieso die Mitglieder eines Landesjagdverbandes die beschriebenen Nachteile in Kauf nehmen sollten und dabei möglicherweise ihre Existenz aufs Spiel setzen.

	Jahresbeiträge ohne Selbstbehalt bei einjähriger Vertragsdauer		
	3 Mio. Euro Deckung	6 Mio. Euro Deckung	15 Mio. Euro Deckung
Landesjagdverband Baden-Württemberg	nein	34,43 €	44,00 €
Landesjagdverband Berlin	22,50 €	nein	nein
Landesjagdverband Brandenburg	nein	28,00 €	nein
Landesjagdverband Hamburg	nein	32,50 €	nein
Landesjagdverband Nordrhein-Westfalen (2)	38,85 €	(1)	(1)
Landesjagdverband Rheinland-Pfalz	28,00 €	31,00 €	44,00 €
Landesjagdverband Sachsen	28,00 €	31,00 €	44,00 €
Landesjagdverband Schleswig-Holstein (3)	41,00 €	44,00 €	55,00 €

- (1) der Landesjagdverband Nordrhein-Westfalen nennt die Prämie für die 3 Mio. Euro Deckung nur beispielhaft. Welche anderen Varianten verfügbar sind, bleibt unklar.
 (2) die Deckungssumme gilt abweichend pauschal für Personen- und Sachschäden, höchstens jedoch 100.000 Euro für Vermögensschäden
 (3) die Deckungssumme gilt abweichend pauschal für Personen- und Sachschäden. Ob Vermögensschäden mitversichert sind, erschließt sich nicht aus den Unterlagen auf der Homepage
 Hinweis: Sofern die benannten Prämien Nettoprämien sein sollten, erhöhen sich diese um 19% Versicherungssteuer. Alle Angaben mit Stand 06.05.2015

Wer verantwortet die für die Landesjagdverbände nachteiligen Verträge?

Prof. Dr. jur. Jürgen Vocke, Beirat der Gothaer (Advisory Board Gothaer Allgemeine Versicherung AG), war parallel zu dieser Beiratstätigkeit vom 28.09.1998 bis 19.10.2008 Mitglied des bayerischen Landtages und ist seit 1994 Präsident des **Landesjagdverbandes Bayern e.V.** Vocke war seit 1995 zudem Vizepräsident des **Deutschen Jagdverbandes**.

Weitere Informationen: Wikipedia (http://de.wikipedia.org/wiki/J%C3%BCrgen_Vocke), die Homepage des Bayerischen Jagdverbandes (<http://www.jagd-bayern.de/vocke.html>) sowie die Seite des Bayerischen Landtages (http://www1.bayern.landtag.de/www/lebenslauf_ehemalige/lebenslauf_55550000222.html).

Insofern darf sicher zwingend davon ausgegangen werden, dass Professor Vocke im Sinne eines Parteien-Spagats gegenüber den Landesjagdverbänden die Interessen der Gothaer, vor allem aber natürlich die Interessen der Mitglieder, zumindest seines eigenen Landesjagdverbandes, vertritt. Auf der anderen Seite stellt sich natürlich die Frage, wie aktiv Professor Vocke seine Beiratsfunktion wahrnimmt und welche Funktionen einem Beirat, zumindest

pro Forma, im Hause der Gothaer zugestanden werden. Schmückt man sich mit einem Namen oder bindet man konkret Kompetenz plus Beziehungen an sich?

Wer auf der Homepage des **Landesjagdverbandes Bayern** nach der Gothaer sucht, findet auf der Seite <http://www.jagd-bayern.de/bjv-hundewesen.html> Bedingungen für eine Gruppenversicherung für Jagdhunde, welche Versicherungsschutz für den Einsatz versicherter Hunde auf Treib-, Drück- und Gesellschaftsjagden bietet. Unter anderem besteht bei diesem Tarif kein Versicherungsschutz im Rahmen von z.B. Einzeljagd, Schleppjagd, Beizjagd oder Frettieren. Es kommen allerdings nicht die Standardbedingungen der Gothaer im Sinne der Klausel 144 zur Anwendung.

Es bleibt unverständlich, wie es unter einem Präsidenten des Landesjagdverbandes Bayern, der zugleich Beirat der Gothaer ist, für die Mitglieder des bayerischen Landesjagdverbandes zu einem solch lückenhaften Versicherungsschutz kommen kann.

Den Mitgliedern wäre besser gedient mit einem umfassenden Versicherungsschutz, der grundsätzlich leistet.

Was die Abweichungen der Gothaer für ihre Kunden bedeuten – Nur 3 Beispiele

Verzicht Innovationsklausel: „Normale“ Kunden der Gothaer profitieren davon, wenn die Gothaer Fehler in den Bedingungen korrigiert oder beitragsneutral neue Leistungen einschließt. Die meisten Jäger, die ihren Versicherungsschutz über einen der Landesjagdverbände abschließen, haben diesen Schutz nicht.

Kein Verzicht auf den Einwand des fehlenden Verschuldens bei Personenschäden durch Schusswaffen: Beim Gebrauch von Schusswaffen kann sich ein Schuss auch dann lösen, wenn die im Verkehr erforderliche Sorgfalt hinreichend beachtet wurde, den Waffenbesitzer also kein Verschulden trifft. Klassisch sind hier Schäden durch einen nicht vorhersehbaren Querschläger zu benennen. Ein fehlendes Verschulden führt dazu, dass der geschädigte Dritte keinen Anspruch auf Schadenersatz hat, was über die eigentlichen Schadenfolgen hinaus gerade bei befreundeten Mitjägern zu erheblichen Zerwürfnissen führen kann, wenn der Geschädigte für erlittene Schäden nicht einmal angemessen entschädigt wird. Darüber hinaus besteht natürlich das Risiko von Regressansprüchen von z.B. Sozialversicherungsträgern (Krankenversicherung, Pflegeversicherung etc.) oder Arbeitgebern.

Fehlende Mitversicherung von Mietsachschäden: Der Jäger oder ein mitversichertes Tier verursacht versehentlich einen Brand an der Mietwohnung, ein versicherter Jagdhund verursacht Kratzspuren an Wänden oder Parkett der Wohnung. Sofern man zumindest eine brauchbare Privathaftpflichtversicherung besitzt, zahlt diese für die vom Jäger verursachten Schäden, die Schäden durch Hunde müssen aus eigener Tasche bestritten werden.

7.

Auf der Homepage des **Landesjagdverbandes Baden-Württemberg** (<http://www.gothaer.de/externe-seiten/jagdverband/bw/>) standen noch am 06.05.2015 die Standardbedingungen der Gothaer für

die Jagdhaftpflichtversicherung, allerdings mit Stand 01.2014 zum Download bereit, so dass deren Geltung anzunehmen war. Per 18.06.2015 sind nunmehr die aktuellen Bedingungen hinterlegt, allerdings nur auf der Startseite des Landesjagdverbandes. Erstellt man sich ein Angebot, so erhält man weiterhin die Bedingungen mit Stand 01.2014 dargestellt.

Gegenüber den Standardbedingungen betrafen die Abweichungen per 06.05.2015 die Jagd-Hundeunfallversicherung, die optional anstelle der Klausel 144 als besondere Vereinbarung zum Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen werden kann und auch eine Jagd-Unfall- sowie eine Jagd-Rechtsschutzversicherung beinhaltet. In diesem Zusammenhang bestünde im Rahmen der Hunde-Unfallversicherung allerdings ausschließlich Versicherungsschutz auf Drückjagden und wäre damit von der ausgesprochenen Tarifempfehlung von Witte Financial Services nicht erfasst. Wer hier bei der Gothaer eine Hundeunfallversicherung abschließt, genießt beispielsweise keinen Versicherungsschutz für die Teilnahme an einer Gesellschaftsjagd in Niedersachsen oder einem anderen Bundesland der Bundesrepublik Deutschland, welches nicht an Baden-Württemberg anschließt. Da bereits der räumliche Versicherungsschutz innerhalb Deutschlands sehr restriktiv gestaltet ist, stellt sich die Frage, ob die Mitversicherung von Schäden im „angrenzenden Ausland“ mehr als nur grenznahe Bereiche umfassen soll. Der Gedanke liegt mehr als nahe.

Ebenso wenig bestünde Versicherungsschutz für die Teilnahme an einer Riegeljagd, einer Entenjagd in Bayern oder Baden-Württemberg bzw. bei der Teilnahme an einer Drückjagd mit nur drei Teilnehmern, da eine versicherte Gesellschaftsjagd gemäß § 42 Landesjagdgesetz in Baden-Württemberg mehr als acht Personen voraussetzen würde.

Mit einer empfehlenswerten Hundeunfallversicherung hat dieser Rahmenvertrag also herzlich wenig zu tun. Ein weiterer Blick in die Versicherungssummen und andere Leistungsinhalte ist damit hinfällig.

Per 18.06.2015 stand für die Jagdhaftpflichtversicherung ausschließlich eine Deckungssumme von 6 Millionen Euro zur Verfügung. Der Einschluss der Klausel 144 stand nicht zur Verfügung. Spezielle Gruppenvertragsbedingungen waren nicht mehr hinterlegt.

Problem Subsidiärdeckung ungeklärt

Bei allen Versicherungslösungen, die die Gothaer ihren Mitgliedern über die Landesjagdverbände zur Verfügung stellt, gilt ein generelles Problem. Was passiert, wenn ein dort versicherter Jäger zugleich eine „normale“ Jagdhaftpflicht bei der Gothaer oder einem Wettbewerber besitzt? Im Rahmen der Ausfalldeckung sowie im Rahmen der Hundeunfallversicherung nach Klausel 144 gilt jeweils folgendes: „Der Versicherer leistet keine Entschädigung, soweit der Versicherungsnehmer für den eingetretenen Schaden eine Leistung aus einem anderen Versicherungsvertrag oder von einem Dritten beanspruchen kann, der zum Schadenersatz verpflichtet ist.“

Hier stellt sich die berechtigte Frage, welcher Vertrag zum Schadenersatz verpflichtet ist. Der Gruppenvertrag über den Landesjagdverband oder primär ein anderer Vertrag? Im Zweifel könnte die Entscheidung über eine Regulierung entweder zwischen zwei Verträgen innerhalb des Hauses Gothaer oder aber zwischen der Gothaer und einem Wettbewerber als Damoklesschwert im Raum stehen.

Fazit

Die Gothaer warb und wirbt für ihre Jagdhaftpflichtversicherung bei den Landesjagdverbänden mit zum Teil stark vom Normaltarif abweichenden oder veralteten Bedingungswerken. Je nach Verband stehen unterschiedliche Deckungssummen und Prämien zur Verfügung. Dabei wird selten klar, ob die Prämien Brutto- oder Nettoprämien sein sollen. Auf einem Teil der Internetseiten wurde nicht nur irreführend, sondern auch noch mit veralteten Testsiegeln geworben. Nachdenklich stimmt das aus der Natur der Sache gegebene Beziehungsgeflecht von Gothaer-Beirat Prof. Dr. jur. Jürgen Vocke, seit 1994 Präsident des Landesjagdverbandes Bayern e.V. Aktuell kann nicht empfohlen werden, eine Jagdhaftpflichtversicherung der Gothaer alleine oder ergänzend über einen der Landesjagdverbände abzuschließen. Die damit gegebenenfalls verbundenen Nachteile im Rahmen der Schadenregulierung können erheblich sein.

¹ Hier muss man erst auf das Logo der Gothaer drücken, damit man auf die Seite der Gothaer zum Onlineabschluss weitergeleitet wird.

² Siehe z.B. „Gothaer Allgemeine Group Annual Report 2013“, S. 18

Im Artikel benannte Unternehmen: Concordia – Deutsche Jagd Finanz – Gothaer – GVO – HDI – Inter – LVM – Westfälische Provinzial – VGH

Jagdhunde im Einsatz – die Suche nach dem geeigneten Versicherungsschutz

von Stephan Witte

Alle Jagdhaftpflichtversicherer bieten einen Versicherungsschutz für die erlaubte Jagdausübung. Bei größeren Jagden trägt dann der Jagdveranstalter das Risiko, dass nichts passiert und nicht fahrlässig gegen geltendes Jagdrecht verstoßen wird. Wer seine Jagdhaftpflicht nur nach dem Preis oder danach ausgesucht hat, weil dort zum Beispiel Unfall- oder Hausratversicherung bestehen, kann eine böse Überraschung erleben. Zwar ist überall der Jagdveranstalter mitversichert, aber oft eben oft auch nur im Rahmen der erlaubten Jagdausübung, also z.B. kein versehentliches Überjagen der Reviergrenzen.

Empfehlung: Wenn die Jagdhaftpflichtversicherung Ihres Kunden nur die erlaubte jagdliche Betätigung versichert, ist der Schutz mangelhaft. Wechseln Sie dann unverzüglich den Versicherer!

Ob die Jagd nun im eigenen Revier oder nach vorherigem Einverständnis der Jagdausübungsberechtigten revierübergreifend als Drück- oder sonstige Gesellschaftsjagd erfolgt, spielt dabei keine Rolle. Entscheidend ist vielmehr, dass der gewählte Versicherungsschutz möglichst umfassend ist und auf kritische Einschränkungen verzichtet. Am weitestgehenden ist hierbei der Versicherungsschutz für die Jagdhaftpflichtversicherung bei Concordia, Deutscher Jagd Finanz (GVO Tarif Profi-Jagdhaftpflicht), Gothaer, GVO, Inter, LVM, Westfälische Provinzial sowie VGH. Alle diese Anbieter haben im Großen und Ganzen „ihre Hausaufgaben“ gemacht und sind damit grundsätzlich empfehlenswert. Für den Rest des Marktes kann derzeit keine solche Empfehlung ausgesprochen werden.



Etllichen Maklern und vor allen dem Kunden ist unklar, wie komplex sich das Tarifwesen in der Jagdhaftpflicht gestaltet.

Schwarzwild & Jagdhund

Wer mit seinem Hund auf die Jagd geht, muss stets damit rechnen, dass dieser dabei zu Schaden kommt. Insbesondere gilt dies für Bewegungs- und Drückjagen auf Schwarzwild, bei dem das Wild durch die eingesetzten Hunde in Bewegung gesetzt werden soll. Die Jagdpraxis zeigt, dass die Arbeit der Hunde durchaus gefährlich ist. Praktisch keine Bewegungsjagd vergeht, ohne dass dabei einzelne Hunde zu Schaden kommen, sei es, dass sie von Sauen geschlagen oder ein Opfer des Straßenverkehrs werden.

Die Jagdhaftpflichtversicherung des oder der Jagdherren bietet zwar Versicherungsschutz für Schäden an Dritten, setzt allerdings voraus, dass der Jagdherr diese Schadenzuführung rechtswidrig und schuldhaft zu verantworten hat. Für Verletzung oder Tötung eingesetzter Hunde, z.B. durch Schwarzwild, ist der Jagdherr aber nicht verantwortlich; denn Wild ist bekanntlich herrenlos, und aus dem Aneignungsrecht kann ein solcher Schadenersatzanspruch des Hundefüh-

ers ebenso wenig hergeleitet werden. Schließlich kennt jeder Hundeführer das Risiko, und es bleibt seine höchstpersönliche Entscheidung, ob er seinen, oft genug sogar recht wertvollen Hund schnallen und damit allen Gefahren aussetzen will, ohne noch wirklichen Einfluss auf das Tier zu haben, und damit im Schadenfall leer ausgeht, da es sich um einen so genannten „Eigenschaden“ handelt.

Für diese Fälle gibt es spezielle Jagdhundeunfallversicherungen, die die Kosten für Tötung, Nottötung oder Tierarztkosten übernehmen.

Empfehlung: wer mit seinem Hund auf die Jagd gehen möchte, sollte sich bewusst für einen möglichst leistungsstarken Versicherungsschutz entscheiden, bei dem ausdrücklich die Anforderungen für die Mitversicherung des eigenen Hundes vollständig erfüllt sind. Dabei sollten sowohl Jagdhaftpflicht als auch Jagdhundeunfallversicherung verständliche und kundenfreundliche

Bedingungen haben. Dabei sollte beachtet werden, dass kein Jäger heute wissen kann, welche Eventualitäten ihn in Zukunft treffen werden. Der gewählte Jagdhaftpflichttarif sollte daher so umfassend wie möglich sein. Wer hier auf einen hochwertigen Schutz verzichtet, muss sich nicht wundern, wenn er im Schadenfall ziemlich tief in die Tasche greifen muss oder sogar seine Existenz ruiniert!

Spezielle Bewegungsjagdversicherung

Jagdhundeunfallversicherungen zeichnen sich laut Auskunft der Inter durch einen schlechten Schadenverlauf aus. Daher werde häufig nur eine kurzfristige Jagdhundeunfallversicherung für einzelne Jagden angefragt. Ein solches Produkt biete man aber bewusst nicht an, da sich hierfür eine risikogerechte Prämie nur schwer kalkulieren lasse und vom Kunden wohl nicht angenommen würde. Dass dies nicht zwingend so sein muss, zeigt die Gothaer. Diese bietet für Jagdherrn mit einem bereits dort bestehenden Versicherungsvertrag bereits seit 2006 eine spezielle Bewegungsjagdversicherung an. Hauptziel ist die Absicherung der jagenden Hunde gegen mögliche Tierarztkosten und gegen das Risiko des Todes. Diese beiden Absicherungen sind nur zusammen erhältlich. Der Mindestbeitrag liegt seit dem 01.07.2012 bei mindestens 250 Euro brutto pro Jagdtag für bis zu 25 Hunde. Bei mehr als 25 Tieren wird jeder weitere Vierbeiner mit 10 Euro berechnet. Der Antrag sowie die Anlage zum Antrag müssen mindestens fünf Tage vor der Durchführung der geplanten Jagd beim Versicherer zur Prüfung vorliegen, wobei der Versicherungsschutz frühestens mit Zusendung des Versicherungsscheins oder der Zusendung einer vorläufigen Deckungszusage zustande kommt. In der Praxis soll es oft vorkommen, dass Hunde kurz vor Antragsstellung „ausgetauscht“ werden und bislang unversicherten Tieren ein Schaden zustößt. Für so einen Fall besteht kein Versicherungsschutz.

Worauf es bei der Jagdhundeunfallversicherung ankommt

Die wichtigste Leistung einer solchen Absicherung stellt eine angemessene hohe Abdeckung von Tierarztkosten

dar. Wird ein Hund von einem Keiler geschlagen, so kann das schnell mit 3.000 Euro oder mehr zu Buche schlagen. Im Einzelfall sind auch Tierarztkosten von über 7.000 Euro möglich.

Die meisten Versicherer übernehmen Tierarztkosten zwischen 1.500 und 3.500 Euro. Eine hohe Absicherung gewährt Ihnen die Chance, die Leistungsfähigkeit Ihres Hundes zu erhalten, ohne wegen der anstehenden Kosten Abstriche zu Lasten Ihres treuen Vierbeiners eingehen zu müssen.

Ganzjährige Jagdhundeunfallversicherungen

Bekannte Anbieter, die ganzjährige Jagdhundeunfallversicherungen absichern, sind zurzeit die Concordia, die Deutsche Jagd Finanz (GVO Tarif Profi-Jagdhaftpflicht), die Gothaer, die GVO, der HDI, die Inter und die VGH. Alle diese Tarife werden entweder ergänzend zu einer Jagdhaftpflichtversicherung beim selben Versicherer oder als Teil derselben angeboten. Eine selbstständige Absicherung des Jagdhundeunfallrisikos steht derzeit für deutsche Jäger nicht zur Verfügung, weshalb es bei vielen Jagden aufgrund der früher fehlenden Versicherbarkeit üblich ist, „den Hut rumgehen zu lassen“, um von allen beteiligten Jägern Geld für den Fall der Fälle einzusammeln.

Berücksichtigt man bei der Wahl des geeigneten Versicherers unter allen oben konkret benannten Wettbewerbern, dass der HDI nur die erlaubte jagdliche Tätigkeit versichert, so muss man sich nur noch mit den anderen benannten Wettbewerbern näher beschäftigen. Versicherungssummen für die Jagdhaftpflicht oder für versicherte Hunde spielen dann keine Rolle mehr, wenn man beispielsweise versehentlich einen Hund anstelle eines Fuchses schießt oder der Versicherungsschutz beim Überjagen in fremde Reviere wegfällt würde.

Betrachtet man die verbliebenen Anbieter näher, so sollte man hier die Angebote mit einer Deckungssumme von nur 3 Millionen Euro grundsätzlich, da nicht bedarfsgerecht, außer Acht lassen.

Auslandsgeltung

Weiter sollte abgewogen werden, ob es Sinn macht, wenn das Bedingungswerk eine Mitversicherung von Jagdhunden nur

innerhalb Deutschlands und nicht zumindest auch im angrenzenden Ausland oder besser noch in ganz Europa einschließt. Ein weltweiter Versicherungsschutz für Jagdhundeunfälle wird derzeit nach Kenntnis des Verfassers nicht angeboten.

Wieso eine Auslandsgeltung wichtig sein kann

Wer heute eine Jagdhaftpflicht- sowie eine ergänzende Jagdhundeunfallversicherung abschließt, mag das Auslandsrisiko für unwichtig halten. Was ist aber, wenn der Jäger irgendwann einmal beispielsweise von einem Freund mit seinem Deutschkurzhaar zu einer Wachteljagd nach Kroatien eingeladen wird? Plötzlich steht der Kunde voll im jagdlichen Einsatz und damit auch voll im Risiko. Versicherungsschutz auch beim Jagen mit dem Hund im Ausland sollte daher eine Selbstverständlichkeit sein. Wer nur grenznahe Bereiche einschließt, riskiert im Zweifel seine gesamte Existenz.

Eine Beschränkung des Versicherungsschutzes allein auf Deutschland sehen beispielsweise HDI und Inter vor. Concordia, Gothaer, GVO und VGH bieten eine Deckung ergänzend auch im angrenzenden Ausland. Dabei wird jedoch nicht präzisiert, ob damit der unmittelbare Grenzbereich oder alle Nachbarländer in Gänze zu verstehen sind. Diese Frage sollte jeder Jäger schriftlich mit dem Versicherer geklärt haben, bevor er beispielsweise im benachbarten Tschechien an der Grenze zur Slowakei auf die Jagd geht und der Anbieter dann den Versicherungsschutz versagen möchte, weil das angrenzende Ausland von diesem anders verstanden worden sei. Allein die Deutsche Jagd Finanz mit dem Tarif Profi-Jagdhaftpflicht der GVO sieht hier eine europaweite Deckung vor.

Vereinbarter Geltungsbereich

Trotz fehlender Klarstellung sehen also alle in Text und Tabelle benannten Versicherer Versicherungsschutz auch für revierübergreifende Drück- und sonstige Arten der Bewegungsjagd vor. Voraussetzung ist einzig und allein, dass die jagdliche Handlung sich innerhalb des vereinbarten Geltungsbereichs vollzieht. Es spielt damit keine Rolle, ob beispielsweise ein Hegering 10 Reviere oder sogar noch mehr umfasst.



Auslandsgeltung: Nur ein Tarif sieht hier eine europaweite Deckung vor.

Leistungshindernisse der versicherten Todesfall-Leistung

Wenig verbraucherfreundlich ist eine Regelung der GVO (Tarife: TOP-VIT), wonach nur dann eine Entschädigung für die Tötung oder Nottötung versicherter Tiere geleistet wird, wenn der Versicherungsnehmer den Nachweis eines Kaufvertrages für einen neuen Jagdhund bzw. Welpen vorlegt. Berücksichtigt man den Verlustschmerz über den Tod eines geliebten Vierbeiners, so stellt sich die Frage, ob jeder Jäger wirklich als erstes daran denkt, ein neues Tier zu erwerben, nur, um seine bereits durch die Prämie bezahlte Versicherungsleistung auch einfordern zu können.

Nicht sehr viel besser sind auch Regelungen aller Anbieter mit Ausnahme von Inter und VGH, die für Jagdhunde in der Ausbildung oder bis zu einem bestimmten Höchstalter nur dann Leistungen für Tod oder Nottötung vorsehen, wenn ein Kaufpreis nachgewiesen werden kann. Wurde ein Tier nicht käuflich erworben oder handelt es sich um einen von einem gekauften eigenen Muttertier während der Vertragslaufzeit geborenen Welpen ist auch im Fall einer vorhandenen jagdlichen Abrichtung zwangsläufig keine Kaufquittung vorhanden. Damit bestünde für diese Tiere auch kein Anspruch auf eine versicherte Todesfall-Leistung. In Jägerkreisen ist es in der Praxis allerdings üblich, dass Hundezüchter meist alle ihre Hunde an Dritte abgeben, so dass diese Einschränkung so gut wie nie zum Tragen kommt.

Fazit

Es bleibt festzuhalten, dass keine der vorhandenen Versicherungslösungen für alle Jäger die richtige Wahl sein wird. Jede hat ihre Vor- und Nachteile.

Kann eine Kaufquittung vorgelegt werden, so kommen mit Ausnahme des HDI prinzipiell alle in der Tabelle benannten Anbieter in Frage, wobei es wenig Sinn macht, den Versicherungsschutz nur auf Deutschland zu beschränken. Entsprechend sollte hier besser auch auf die Inter verzichtet werden. Übrig bleiben somit zunächst einmal Concordia, Deutsche Jagd Finanz, Gothaer und VGH.

Wer keine Kaufquittung für seinen Hund vorlegen kann und einen Hund zu Beginn seiner jagdlichen Abrichtung versichern möchte, sollte einen näheren Blick auf die VGH werfen.

Ist ein jagdlicher Einsatz eines nicht mehr in der Ausbildung befindlichen Hundes außerhalb der deutschen Grenzen entweder geplant oder nicht vollständig auszuschließen, so ist sicher die Deutsche Jagd Finanz mit dem Tarif Profi-Jagdhaftpflicht der GVO die erste Wahl.

Jäger, die keinen Hund haben, sollten sich regelmäßig eher einen Versicherer wählen, bei dem eine Jagdhundeunfallversicherung nicht zwingend Teil der Grunddeckung ist.

Andernfalls zahlen sie für ein Risiko mit, welches sie nicht betreffen kann und nicht unerheblichen Anteil an der Prämienfindung hat.

DIE OPTIMALE ANLAGE-STRATEGIE

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



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

Vergleichende Tarifübersicht: Jagd

	Concordia	Deutsche Jagd Finanz (Risikoträger: GVO)	Gothaer	GVO	HDI	Inter	VGH
Tarif	AHB, Fassung 01.2014; BBR 14 für Jäger, Fassung Oktober 2013	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB 2012 der GVO), Stand 07.2014; Jäger-Haftpflicht TOP-VIT - Profi-Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 02.2015; Satzung in der Fassung vom 10. Juli 2012, zuletzt genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht am 17. August 2012; Jäger-Hunde TOP-VIT Profi-Hunde-Unfallversicherung, Stand 02.2015	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) (A 100 - Stand 04/12); Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung (A 120 - Stand: 2015); die Gothaer Haftpflichtversicherung für Jäger / Jagdpächter / Jagdveranstalter, Forstbeamte / Förster, Berufsjäger, Jagdaufseher, Falkner, Stand 2015 mit Klausel 144	AHB 2012 der GVO, Stand 07.2014; Jäger-Haftpflicht TOP-VIT, Stand 01.01.2015	<u>Variante 1:</u> Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) (H 8000:01), Stand 09.2011; Paket Basis für Jäger (H 8160:02), Stand 03.2013 <u>Variante 2:</u> Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) (H 8000:01), Stand 09.2011; Paket Basis für Jäger (H 8160:02), Stand 03.2013; Paket Rundum Sorglos für Jäger (H 8161:02), Stand 03.2013	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 während der Zeit der Ausbildung, III. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung von Jagdhunden: Premium	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Ausgabe Januar 2014; Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Vermögensschäden in der Haftpflichtversicherung, Ausgabe November 2008; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe April 2015 mit Versicherung für die Jungjäger-Kurse und -Prüfungen mit Mitversicherung von Jagdunfällen, die den Tod, die Nottötung oder die tierärztliche Behandlung von Jagdhunden nach sich ziehen
Deckungssumme für die Jagdhaftpflichtversicherung <i>Hinweis: Von einer Deckungssumme unter 5 Mio. Euro wird ausdrücklich abgeraten. Auch die Tarifbewertung bezieht sich ausschließlich auf entsprechend hohe Deckungssummen.</i>	3, 5 oder 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden	6, 10 oder 15 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden	3, 6 oder 15 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden	10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden	<u>Variante 1:</u> 15 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden <u>Variante 2:</u> 50 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden	6, 8 oder 10 Mio. Euro pauschal für Personen- und Sachschäden, abweichend 1 Mio. Euro für Vermögensschäden	5 oder 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
Aktuelles Rating der Jagd-Haftpflichtversicherung durch Witte Financial Services (Stand: 06.06.2015)	BRONZE	GOLD	GOLD	VIT: BRONZE TOP-VIT: GOLD	Nicht empfehlenswert	Basis, Exklusiv: SILBER PREMIUM: GOLD	VGH: GOLD
Besteht der Versicherungsschutz für mitversicherte Jagdhunde ohne zahlenmäßige Begrenzung? <i>Achtung: Um Missverständnisse zu vermeiden, werden hier jeweils die im Rahmen der Jagdhundeunfall- sowie die im Rahmen der Jagdhaftpflichtversicherung mitversicherten Hunde benannt. Beachten Sie aber, dass jeder Versicherer andere Anforderungen an die Qualifikation mitversicherter Hunde stellt und eine scheinbar gleiche Anzahl mitversicherter Hunde nichts über die Werthaltigkeit eines Versicherungsvertrages aussagen muss.</i>	Jagdhundeunfallversicherung: ja Jagdhaftpflichtversicherung: ja	Jagdhundeunfallversicherung: nein (nur zum Vertrag gemeldete Hunde) Jagdhaftpflichtversicherung: ja	Jagdhundeunfallversicherung: nein (nur namentlich gemeldete Hunde (Chip-/Täto-Nr.)) Jagdhaftpflichtversicherung: ja	Jagdhundeunfallversicherung: nein (nur zum Vertrag gemeldete Hunde) Jagdhaftpflichtversicherung: ja (TOP-VIT), max. 3 Hunde (VIT)	Jagdhundeunfallversicherung: nein (max. 3 Jagdhunde) Jagdhaftpflichtversicherung: nein (max. 3 Jagdhunde)	Jagdhundeunfallversicherung: nein (max. 3 Jagdhunde. Mehr Jagdhunde auf individuelle Anfrage. Versicherbar sind nur Jagdhunde, deren Tätowienummer im Antrag angegeben und deren Abstammungspapiere und Leistungs nachweise dem Antrag beigefügt sind) Jagdhaftpflichtversicherung: nein (Basis und Exklusiv: max. 3 Hunde) / Premium: ja	Jagdhundeunfallversicherung: nein (max. 3 Jagdhunde. Führt der Versicherungsnehmer mehrere Jagdhunde, gilt der Einschluss dieses Risikos nur für den bzw. die zu dieser Versicherung angemeldeten, näher bezeichneten Hunde. Gemäß Antragsformular, nicht jedoch bedingungsseitig geregelt, könne weitere Jagdhunde gegen Zuschlag eingeschlossen und gegen Schäden am Jagdhund mitversichert werden). Jagdhaftpflichtversicherung: nein (max. 3 Jagdhunde)

	Concordia	Deutsche Jagd Finanz (Risikoträger: GVO)	Gothaer	GVO	HDI	Inter	VGH
Alle folgenden Fragen beziehen sich ausdrücklich NUR auf die Jagdhundeunfallversicherung. Abweichende Regelungen in der Jagdhaftpflichtversicherung kommen vor!							
In welcher Höhe sind Jagdunfälle bedingungsgemäß mitversichert, die den Tod oder die Nottötung von Jagdhunden während der Ausbildung oder während des jagdlichen Einsatzes nach sich ziehen?	1.500 Euro. Bei Hunden bis zum Alter von 10 Monaten abweichend höchstens in Höhe des nachgewiesenen Kaufpreises, nicht jedoch mehr als 600 Euro	<u>Variante 1, 2 und 4:</u> 900 Euro. Bei Hunden bis zum Alter von 15 Monaten abweichend höchstens in Höhe des nachgewiesenen Kaufpreises, nicht jedoch mehr als 900 Euro <u>Variante 2:</u> 1.600 Euro. Bei Hunden bis zum Alter von 15 Monaten abweichend höchstens in Höhe des nachgewiesenen Kaufpreises, nicht jedoch mehr als 1.600 Euro	<u>Variante 1, 2 und 3:</u> 750 Euro. Bei Hunden bis zum Alter von 10 Monaten abweichend höchstens in Höhe des nachgewiesenen Kaufpreises, nicht jedoch mehr als 600 Euro <u>Variante 4:</u> 1.500 Euro. Bei Hunden bis zum Alter von 10 Monaten abweichend höchstens in Höhe des nachgewiesenen Kaufpreises, nicht jedoch mehr als 600 Euro	1.500 Euro. Bei Hunden bis zum Alter von 10 Monaten abweichend höchstens in Höhe des nachgewiesenen Kaufpreises, nicht jedoch mehr als 600 Euro	<u>Variante 1:</u> 750 Euro. Die Entschädigung bedarf einer tierärztlichen Bescheinigung, die die Todesursache bzw. den Grund der Nottötung attestiert. <u>Variante 2:</u> 1.800 Euro. Bei Jagdhunden in der Ausbildung abweichend höchstens in Höhe des nachgewiesenen Kaufpreises, nicht jedoch mehr als 700 Euro. Die Entschädigung bedarf einer tierärztlichen Bescheinigung, die die Todesursache bzw. den Grund der Nottötung attestiert.	- 500 Euro für Jagdhunde im Alter von 6 Monaten bis zu 12 Jahren, die sich in der Ausbildung befinden bzw. eine Anlagenprüfung absolviert haben - 1.000 Euro für Jagdhunde im Alter von 1 bis 12 Jahren, die die Brauchbarkeitsprüfung eines Bundeslandes (nach LVO) absolviert haben - 1.500 Euro für Jagdgebrauchshunde, die die Prüfung zur Eintragung in das DGSTB bestanden haben oder eine vergleichbare Prüfung der Zuchtvereine nachweisen - 1.250 Euro für Schweißhunde, die eine Vorprüfung absolviert haben - 1.500 Euro für Schweißhunde, die eine Verbands-schweißprüfung absolviert haben Die Entschädigung wird nur gegen Vorlage des Zensurenblattes der höchst-rangigsten Leistungsprüfung und einer tierärztlichen Bescheinigung, die die Todesursache bzw. den Grund der Nottötung attestiert, geleistet. Verendet der Hund infolge des Jagdunfalls innerhalb eines Jahres, so besteht der Anspruch auf die Todesfallleistung neben der auf Tierarztkosten.	2.000 Euro, für Jagdhunde in der Ausbildung 1.000 Euro
In welcher Höhe sind Jagdunfälle bedingungsgemäß mitversichert, die die tierärztliche Behandlung von Jagdhunden während der Ausbildung oder während des jagdlichen Einsatzes nach sich ziehen?	Bis 750 Euro	<u>Variante 1 und 2:</u> Bis 1.600 Euro <u>Variante 3:</u> Bis 2.600 Euro <u>Variante 4:</u> Bis 3.600 Euro	<u>Variante 1:</u> Bis 750 Euro <u>Variante 2:</u> Bis 1.500 Euro <u>Variante 3:</u> Bis 2.500 Euro <u>Variante 4:</u> Bis 3.500 Euro	Bis 750 Euro	<u>Variante 1:</u> Bis 500 Euro. Es genügt die Vorlage eines tierärztlichen Attests mit entsprechendem Kostennachweis. <u>Variante 2:</u> Bis 900 Euro. Es genügt die Vorlage eines tierärztlichen Attests mit entsprechendem Kostennachweis.	Bis 750 Euro Es genügt die Vorlage eines tierärztlichen Attests.	Bis 2.000 Euro, für Jagdhunde in der Ausbildung max. 1.000 Euro

	Concordia	Deutsche Jagd Finanz (Risikoträger: GVO)	Gothaer	GVO	HDI	Inter	VGH
Besteht der bedingungsgemäße Versicherungsschutz auch für geschäftlich eingesetzte Meutehunde?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
Besteht der Versicherungsschutz für mitversicherte Jagdhunde bedingungsgemäß ausdrücklich auch, wenn sich die Tiere zum Schadenzeitpunkt weder in jagdlicher Abrichtung befinden noch bestimmungsgemäß zur Jagd eingesetzt werden (z.B. im Rahmen der Nachsuche)? <i>Hinweis: Hunde, die zur Hatz geschnallt werden, werden nicht mehr geführt. Dies ist daher auch ohne eine bedingungsseitige Klarstellung mitversichert.</i>	nein	nein	nein	nein	nein	nein (aber Klarstellung, dass Versicherungsschutz auch im Rahmen der Nachsuche bestehe)	nein
Besteht bedingungsgemäß Versicherungsschutz für die kurzfristige Überlassung des Jagdhundes an einen Dritten während der Ausbildung des Jagdhundes, der Jagdausübung oder während der Nachsuche? <i>Hinweis: Hunde werden auch dann zur Jagd eingesetzt, wenn sie von einem Dritten geführt werden. Insofern ist eine solche Klausel unsinnig und bietet dem Versicherten keinen nennenswerten Vorteil.</i>	nein	nein	nein	nein	nein	ja	nein
Besteht bedingungsgemäß Versicherungsschutz für Schäden, die den Tod, die Verletzung oder die Gesundheitsschädigung von Schweißhunden, die dem Versicherungsnehmer unentgeltlich überlassen wurden, durch bejagtes Wild zur Folge haben?	Ja: Eingeschlossen sind gesetzliche Haftpflichtansprüche aus Schäden, die den Tod, die Verletzung oder die Gesundheitsschädigung von Schweißhunden, die dem VN unentgeltlich überlassen wurden, durch bejagtes Wild zur Folge hatten. Eingeschlossen ist auch das versehentliche Bejagen des überlassenen Schweißhundes. Die Höchstersatzleistung beträgt innerhalb der Versicherungssumme für Sachschäden 1.500 Euro je Versicherungsfall, höchstens 3.000 Euro je Versicherungsjahr. Von jedem Schaden hat der VN 150 Euro selbst zu tragen.	nein	nein	nein	Ja: Der Versicherungsschutz besteht für drei zur Jagd einsetzbare Hunde, bei denen es sich nachweislich um Jagdgebrauchshunde mit JGHV-Zeugnis handelt. Das können auch fremde Hunde sein	nein	nein

	Concordia	Deutsche Jagd Finanz (Risikoträger: GVO)	Gothaer	GVO	HDI	Inter	VGH
Besteht ausdrücklich Versicherungsschutz auch für die versehentliche Bejagung des eigenen Hundes? <i>Hinweis: In der Praxis dürfte diese Klausel meist irrelevant sein, da der Gedanke an eine vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles zumindest naheliegt.</i>	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Besteht bedingungsgemäß eine Maximierung für die Mitversicherung von Jagdunfällen, die den Tod, die Nottötung oder die tierärztliche Behandlung von Jagdhunden nach sich ziehen?	zweifach	zweifach	zweifach	zweifach	<u>Variante 1:</u> dreifache Höhe der versicherten Tierarztkosten, d.h. max. 1.500 Euro <u>Variante 2:</u> dreifache Höhe der versicherten Tierarztkosten, d.h. max. 2.700 Euro	zweifach	zweifach
Besteht Versicherungsschutz für Jagdunfälle, die den Tod, die Nottötung oder die tierärztliche Behandlung von Jagdhunden nach sich ziehen, ohne einen Selbstbehalt?	nein (150 Euro Selbstbeteiligung)	<u>Variante 1:</u> Nein (50 Euro Selbstbeteiligung) <u>Variante 2:</u> Nein (75 Euro Selbstbeteiligung) <u>Variante 3:</u> Nein (98 Euro Selbstbeteiligung) <u>Variante 4:</u> Nein (99 Euro Selbstbeteiligung)	<u>Variante 1, 2 und 3:</u> Nein (100 Euro Selbstbeteiligung) <u>Variante 4:</u> Nein (50 Euro Selbstbeteiligung)	ja	ja	nein (50 Euro Selbstbeteiligung für versicherte Tierarztkosten)	nein (250 Euro Selbstbeteiligung)
Besteht Versicherungsschutz für Jagdunfälle, die den Tod, die Nottötung oder die tierärztliche Behandlung von Jagdhunden nach sich ziehen, ohne örtliche Einschränkungen?	nur Bundesrepublik Deutschland sowie angrenzendes Ausland	nur Europa (unklar, wie Europa geographisch definiert ist)	nur Bundesrepublik Deutschland sowie angrenzendes Ausland	nur Bundesrepublik Deutschland sowie angrenzendes Ausland	nur Bundesrepublik Deutschland	nur Bundesrepublik Deutschland	nur Bundesrepublik Deutschland sowie angrenzendes Ausland
Ab welchem Mindestalter besteht Versicherungsschutz für Jagdhunde? <i>Hinweis: Die Angabe eines Mindestalters ist in der Praxis meist unsinnig, da die Ausbildung bereits mit einfachen Apportierübungen im Welpenalter beginnt. Spannender ist die Frage, wie der Ausbildungsbeginn nachzuweisen sein soll, wenn der Jäger die eigene Ausbildung seines Tieres übernommen hat.</i>	nicht zutreffend, nicht jedoch vor Beginn der jagdlichen Ausbildung	nicht zutreffend, nicht jedoch vor Beginn der jagdlichen Ausbildung	nicht zutreffend, nicht jedoch vor Beginn der jagdlichen Ausbildung	nicht zutreffend, nicht jedoch vor Beginn der jagdlichen Ausbildung	nicht zutreffend, nicht jedoch vor Beginn der jagdlichen Ausbildung	frühestens mit Vollendung des 6. Lebensmonats des Jagdhundes, nicht jedoch vor Beginn der jagdlichen Ausbildung	nicht zutreffend, nicht jedoch vor Beginn der jagdlichen Ausbildung
Bis zu welchem Höchstalter der versicherten Hunde besteht der Versicherungsschutz? <i>Hinweis: Oft zeigen gerade ältere Hunde höchstes Können am Wild. Wer hier ein Höchstalter von z.B. 10 Jahren setzt, zeigt höchstens, dass er eher wenig Erfahrung mit Hunden besitzt.</i>	bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres der versicherten Jagdhunde	kein Höchstalter	kein Höchstalter	bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres der versicherten Jagdhunde	bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres der versicherten Jagdhunde	bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres der versicherten Jagdhunde	bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres der versicherten Jagdhunde

	Concordia	Deutsche Jagd Finanz (Risikoträger: GVO)	Gothaer	GVO	HDI	Inter	VGH
Besteht Versicherungsschutz für Jagdunfälle, die den Tod, die Nottötung oder die tierärztliche Behandlung von Jagdhunden nach sich ziehen, ohne eine Wartezeit?	ja	Wartezeit von zwei Wochen nach Anmeldung des Jagdhundes zur Versicherung	Wartezeit von zwei Wochen nach Anmeldung des Jagdhundes zur Versicherung	Wartezeit von zwei Wochen nach Anmeldung des Jagdhundes zur Versicherung	ja	ja	Wartezeit von zwei Wochen nach Anmeldung des Jagdhundes zur Versicherung
Besteht der Versicherungsschutz auch für Schäden im Rahmen einer Maisjagd?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Wird auf einen grundsätzlichen Ausschluss für Schäden der versicherten Tiere durch Tollwut, Krankheiten oder Vergiftungen verzichtet?	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja
Gelten weitere Einschränkungen des Versicherungsschutzes?	nein	nein	nein	Eine Entschädigung wird geleistet bei entsprechendem Nachweis des Schadenfalles und Einreichung eines Kaufvertrages für einen neuen Jagdhund bzw. Welpen.	Nicht versichert sind Schäden durch Entlaufen sowie Abhandenkommen des Jagdgebrauchshundes. Versicherungsschutz besteht nur, wenn der versicherte Hund zur Jagd brauchbar und gesund sind und es sich nachweislich um einen Jagdgebrauchshund mit JGHVZeugnis handelt. Bleibt der Jagdgebrauchshund durch besondere Umstände (z. B. Verjagen, Verfolgen kranken Wildes, lange weite Hetze) länger als 1 Tag aus, gilt der Zeitraum ab dem 2. Tag als nicht mehr versichert.	Bleibt der Jagdhund durch Verfolgen kranken Wildes oder lange weite Hetze länger als 2 Tage aus, gilt der Zeitraum ab dem 3. Tag als nicht mehr versichert.	nein
Sonstige Besonderheiten	nein	Verendet der Hund infolge eines Jagdunfalls innerhalb eines Jahres, so besteht der Anspruch auf die Todesfallleistung neben der auf Tierarztkosten. Die Hunde-Unfallversicherung kann maximal 3 Jahre vor Beginn einer Profi-Jagd-Haftpflichtversicherung abgeschlossen werden.	Es ist nicht empfehlenswert, seinen Versicherungsschutz über einen der Landesjagdverbände abzuschließen, da hier oft abweichende Bedingungen gelten, die eine ggf. etwas geringere Prämie nicht aufwiegen können.	nein	nein	nein	nein
Bruttojahresprämie für die Jagdhaftpflichtversicherung (ohne Berücksichtigung von Nachlässen für Berufsjäger, Verbandsmitgliedschaften, Mehrjahresbeiträge oder Teilnahme am Lastschriftinzugsverfahren)	3 Mio. Euro ohne SB: 54,74 Euro 5 Mio. Euro ohne SB: 59,50 Euro 10 Mio. Euro ohne SB: 65,45 Euro	6 Mio. Euro ohne SB: 55,98 Euro 10 Mio. Euro ohne SB: 59,49 Euro 15 Mio. Euro ohne SB: 72,98 Euro	3 Mio. Euro ohne SB: 50,50 Euro 6 Mio. Euro ohne SB: 56,80 Euro 15 Mio. Euro ohne SB: 73,71 Euro	49,96 Euro	Variante 1: 85,85 Euro Variante 2: 103,02 Euro	6 Mio. Euro ohne SB: 34,70 Euro 8 Mio. Euro ohne SB: 43,40 Euro 10 Mio. Euro ohne SB: 59,50 Euro	5 Mio. Euro ohne SB: 54,31 Euro 10 Mio. Euro ohne SB: 70,36 Euro

	Concordia	Deutsche Jagd Finanz (Risikoträger: GVO)	Gothaer	GVO	HDI	Inter	VGH
Bruttojahresprämie für den Einschluss der Jagdhundeunfallversicherung	Die Jagdhundeunfallversicherung ist in der Jagd-Haftpflichtversicherung ohne Zuschlag enthalten.	Variante 1: 79,25 Euro je gemeldetem Hund Variante 2: 99,25 Euro je gemeldetem Hund Variante 3: 119,25 Euro je gemeldetem Hund Variante 4: 159,25 Euro je gemeldetem Hund	Variante 1 und 2: 79,50 Euro je gemeldetem Hund Variante 3: 119,50 Euro je gemeldetem Hund Variante 4: 159,50 Euro je gemeldetem Hund	k.A.	Die Jagdhundeunfallversicherung ist in der Jagd-Haftpflichtversicherung ohne Zuschlag enthalten.	74,90 Euro je gemeldetem Hund	46,28 Euro je gemeldetem Hund

Stand: 21.04.2015

Kunde & Pflege

Ich tue doch bereits alles für meine Kunden. OK!
Aber ist es auch das Richtige?



Klaus Hermann Barde
Marketing & Werbung
www.bhm-marketing.de

Unsicherheit kann nur überwinden, wer Sicherheit verkörpert. Diese liegt zum einen in Ihrer Person und zum anderen im Namen der Gesellschaft, die Sie dem Kunden präsentieren. Stimmt nicht, sagen Sie? Der Kunde kauft immer zuerst mich! Richtig! Aber die Zeiten ändern sich und im Rahmen der LVRG-Musik werden einige Gesellschaften aufgeben und andere damit stärker werden. Stärker? Ja, hier geht es um Finanzstärke, um die berühmten AAA's.

Wer löst in 30 Jahren das Versprechen ein?

Wer kann in dreißig Jahren seine Versprechen noch halten? Derartige Fragen bekommen eine immer größere Basis in der Bevölkerung. Und da setzt man lieber auf eine große bekannte Marke als auf einen noch jungen Versicherer. Dieses Verhalten ist nicht neu. Aber die Kratzer in der Bankenlandschaft haben das Vertrauen in jedwede Finanz- und Versicherungsinstitution angeknackst. Und das Misstrauen gegenüber dem reinen Produktverkauf ist ebenfalls gewachsen. Der Kunde weiß zwar in der Tiefe nicht viel mehr über Kapitalanlage- und Versicherungsprodukte als bisher aber er zaudert mehr und prüft und prüft und prüft.

Der Betreuungsfaktor

Heute bedarf es, um langfristig Geschäfte zu machen, eines erheblich größeren Betreuungsfaktors. Das macht den Vermittleralltag teurer. Wenn man nicht mehr im ersten oder zweiten Anlauf ein Geschäft

machen kann, sondern erst einmal Aufbauarbeit leisten muss, dann wird die Luft dünn. Wovon leben? Zumal die Zeit der dicken Einmal-Courtage auch vorbei ist. Fazit: Es geht nur noch mit langfristigem, unternehmerischem Handeln. Aus Beratung plus Betreuung ergeben sich Verkaufsmomente. Das Ganze bekommt einen partnerschaftlichen Charakter. Das mache ich doch schon so, wird nun mancher rufen. Mehrheitlich läuft es jedoch noch nicht so.

Neue Beratungskultur

Die neue Beratungskultur verlangt mehr Organisation und mehr Serviceleistungen. Hartes Brot für Einzelkämpfer. Der Kampf um jeden Kunden wird aufwendiger. Man organisiert nun die Arbeit am Kunden im Bestand und an den Kunden im Zielumfeld, welche man lokal bis regional zu gewinnen bedenkt. Die individuelle Note zählt dabei immer mehr. Damit wird nachvollzogen, was sich auf jeder Ebene der gesellschaftlichen Entwicklung bereits zeigt: die Individualisierung des Verbrauchers. Die ganz persönliche und vor allem auch das Profil des potenziellen Kunden abdeckende Ansprache. Und dabei muss der Vermittler zudem noch flexibel sein, denn der Kunde wandelt sich im Rahmen seines Konsum-, Stil-, und Meinungsverhaltens im Laufe der Jahre mehrfach. Berechenbarkeit adé!

Heute an 2016 denken

Für dieses neue Marktbild bedarf es neuer Konzepte. Gesegnet ist, wem diese von allein in den Schoß fallen. Noch besser ist der dran, der fortlaufend am Ball sein kann und sein Kunden-Marketing stetig optimiert. Externe Beratung wird meist ausgeschlagen – weil diese nicht umsonst sein kann. Und wer heute schon an 2016 denkt, kommt sich vielleicht albern vor. Doch anders geht es nicht. Nur so entstehen sinnvolle Marketingpläne. Wer immer erst am 31. Dezember über das neue Jahr philosophiert, kommt nie voran.

Für alle, die es wissen wollen.

So haben Sie gut vorgesorgt.



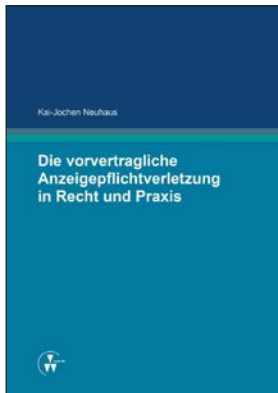
Wer im Alter seinen Lebensstandard halten will, muss frühzeitig privat vorsorgen. Georg Döller und Jana Schulze haben wertvolle Tipps für alle, die sich schon in jungen Jahren ein finanzielles Ruhekitzen schaffen wollen:

- 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



Rezensent: Sebastian Krügereit



Neuhaus, Kai-Jochen:

Die vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung in Recht und Praxis.

In vielen Kommentaren und Artikeln wird das Thema der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung mitbehandelt. Neuhaus unternimmt mit seinem Werk den Versuch, die verstreuten Fakten zusammenzutragen, zu systematisieren und übersichtlich darzustellen. Er richtet sich damit sowohl an denjenigen, der bestrebt ist, sich Grundlagenwissen anzueignen als auch an denjenigen, der sich vertiefend mit der Materie beschäftigen möchte und damit auch kompliziert gelagerte Rechtsprobleme sicher lösen zu können. Daher geht Neuhaus den Spagat, sich „vom Groben zum Feinen“ (S. V) vorzuarbeiten. Wie alle anderen Bücher des Autors ist dies ein Nachschlagewerk für den Praktiker, weshalb Literaturmeinungen nur insofern Berücksichtigung finden als dass sie für die tägliche Praxis bedeutsam sind.

Entsprechend der Zielsetzung des Autors beginnt das erste Kapitel auch mit einem Überblick zur Rechtslage, die anhand eines Schaubildes zum § 19 VVG verdeutlicht wird.

Im zweiten Kapitel wird unter anderem der Frage nachgegangen, wie das Recht auf Schweigepflichtsentbindung für den Einzelfall mit dem Recht des Versicherers auf Überprüfung einer möglichen Vorvertraglichkeit in Einklang zu bringen ist. Ferner wird auf das Spaltungsmodell bei Altverträgen und die Problemstellungen bei Interimsverträgen mit einem Abschluss vor dem 31.12.2007 eingegangen. Das zweite Kapitel schließt mit einer Zusammenfassung der relevanten Rechtsprechung zum Thema ab.

Gefahrerhebliche Umstände

Für die tägliche Praxis von Versicherungsvermittlern besonders bedeutsam sind die Ausführungen im dritten Kapitel, welches die „gefahrerheblichen Umstände“ beleuchtet, die bei der Antragsstellung anzugeben sind. Es kommt ausdrücklich auf eine „Entschlusrelevanz“ und nicht auf „eine Vermutung der Gefahrerheblichkeit“ (S. 13 Nr. 11) an. Eine mögliche Gefahrerheblichkeit kann auch dann bestehen, wenn angefragte Informationen zwar keine prämienseitigen Auswirkungen haben würden, sie jedoch auf Basis der dem Kunden bei Antrags-

stellung unbekanntem Annahmerichtlinien zu einer Ablehnung des Antrages geführt hätten (S. 16). Lobend zu erwähnen sind die Ausführungen zur objektiven in Abgrenzung zur subjektiven Erheblichkeit versäumter Angaben zu lange zurückliegenden gesundheitlichen Beschwerden (S. 16-18). Die Liste der Beispiele zu den offenkundig, vor allem aber den nicht offenkundig gefahrerheblichen Umständen (S. 20-22) ist gut kommentiert, hätte aber umfassender sein können. Deutlich ausführlicher geht Neuhaus nun auf das Thema „prädikative Gentests“ und damit einhergehende mögliche Anzeigepflichten ein. Berücksichtigt werden unter anderem Besonderheiten von z.B. ausländischen Versicherern, die nicht Mitglied im GDV sind (S. 27). Spannend ist auch die Bewertung noch nicht manifestierter Erkrankungen, die als Anlage bereits durch entsprechende Gentests nachgewiesen wurden und nach denen nicht ausdrücklich gefragt wird. Strittig ist, ob diese etwa bei der aktiven Frage nach „Störungen“ im Antrag zu benennen wären (S. 31-32).

Ziffer 3.5 bietet dem Leser eine Arbeitstabelle zu möglichen Gefahrumständen in der Personenversicherung und der dazu ergangenen Rechtsprechung. Bedeutsam ist ein Zitat auf Seite 41:

„Da es bei der Offensichtlichkeit“ (d.h. einer auf der Hand liegenden Gefahrerheblichkeit) „nicht darum geht, ob sich der Versicherer bei Kenntnis des Umstandes tatsächlich auch anders entschieden hätte, sondern nur darum, dass der Umstand geeignet sein muss, auf die Entscheidung des Versicherers nach dessen Geschäftsgrundsätzen Einfluss zu nehmen, genügt der Versicherer seiner Darlegungslast, wenn er erläutert, dass er bei Angabe der verschwiegenen Umstände vor Vertragsschluss jedenfalls intensiver recherchiert und den Vertrag jedenfalls nicht ohne Klärung von Art und Umfang geschlossen hatte.“

Auch dieser Abschnitt des Buches wird vom Autor mit einer Auswahl der dazu ergangenen Rechtsprechung abgerundet (S. 42-44).

Das Fragerecht des Versicherers

Das nun folgende vierte Kapitel behandelt das formell ordnungsgemäß ausgeübte Fragerecht des Versicherers. Immer wieder kommt es vor, dass etwa Makler ihren Kunden eigene Fragen zum Gesundheitszustand stellen, die sie üblicherweise zuvor mit den Versicherern abgestimmt haben. Bei der Prüfung, ob eine mögliche Vorvertraglichkeit vorliegt, kommt es allerdings formell allein auf die Fragen an, die unstrittig der Versicherer gestellt hat (S. 45-47). Insofern spielt im

Sinne von § 19 Abs. 1 VVG auch keine Rolle, ob etwaige Maklerfragen vom Kunden wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Nimmt ein Versicherer einen Vertrag also an, ohne formell eigene Fragen gestellt zu haben, so kommt ein Rücktritt wegen § 19 Abs. 1 VVG nicht in Frage, sondern allerhöchstens die Einrede, dass eine arglistige Täuschung vorliegen würde und dies auch nur, wenn man für das aktuelle VVG das Fortbestehen einer Spontanoffenbarungspflicht bejaht (S. 45-46 und 74-75). Auch ist es formell bedeutsam, dass tatsächlich alle Fragen unzweifelhaft vom Versicherer stammen müssen (S. 49).

Auf Seite 48 wird beispielhaft das Antragsformular eines „unabhängigen Finanzoptimierers“ als Maklerfrage angeführt. Geht man davon aus, dass hier der ehemalige AWD gemeint ist, so muss der Vermittler jedoch entweder als Pseudomakler (siehe S. 54) oder als im Lager des Versicherers stehender Versicherungsvertreter anzusehen sein, womit dann jedoch eine Auge-und-Ohr-Rechtsprechung greifen würde. In so einem Fall würde gerade die Frage als dem Versicherer zuzurechnen sein (siehe S. 47 und 54). Um solche Unstimmigkeiten zu vermeiden, wäre ein Beispiel wünschenswert gewesen, welches unstrittig als Maklerfrage auszulegen wäre.

Die Diskrepanz zwischen formellen Anforderungen an das Rücktrittsrecht des Versicherers und der im Einzelfall auch von Gerichten erkannten Lebenswirklichkeit wird durch ein auf S. 50 ausgeführtes Urteil des OLG Köln erkennbar. Hiernach seien Gesundheitsfragen in einem Maklerformular grundsätzlich dann als Fragen des Versicherers zu verstehen, „wenn dies aus der Zielrichtung der Fragen und dem Inhalt des Antragsformulars erkennbar ist.“ Auch die weiteren Ausführungen von Neuhaus auf den Folgeseiten machen klar, weshalb Maklerfragen regelmäßig von Kunden als Fragen des Versicherers verstanden werden dürften (siehe z.B. S. 51-54), auch wenn bei „ersichtlich fremden Fragen“ (S. 58) zu keiner „Heilung“ führen kann. Im Zweifel, so Neuhaus auf S. 54, könnte es sich auch anbieten, dass ein Versicherer den vermittelnden Makler als „Rettungsanker“ einbringt, um dessen Kenntnis als Zeugnis dafür zu verwenden, dass die gestellten Fragen tatsächlich die Fragen des Versicherers waren.

Thematisiert wird von Neuhaus auch die Kenntnis der Antragsfragen beim Versicherungsnehmer, welche etwa durch „zu schnelles Vorlesen“ (S. 61-62) mit „gar kein Vorlesen“ gleichzusetzen ist. Für den Vermittler von Versicherungsverträgen kann es hilfreich sein, den Kunden zeitnahe nach Antragsstellung noch einmal schriftlich darauf hinzuweisen, dass er seine Angaben im Antrag zwingend überprüfen solle, um etwaiges Rücktrittsrecht des Versicherers zu vermeiden. Sonst könnte es immer wieder zu Kunden kommen, die sich bewusst der Kenntnis der Antragsfragen verschließen, um sich diese nicht zu Eigen machen zu können. Siehe hierzu S. 66.

Sehr positiv zu bewerten sind die Ausführungen zu Versicherungsnehmern mit ausländischen Wurzeln und den damit unter Umständen verbundenen Sprachproblemen (S. 68). Grundsätzlich gelte für diese im Rechtsverkehr, dass sie sich wie ein deutscher Versicherungsnehmer behandeln lassen müssen. Entsprechend müssen sie mögliche Verständnisprobleme dann auch eigenverantwortlich (z.B. durch das Hinzuziehen eines Dolmetschers) vorbeugen. Warnhinweise in ihrer jeweiligen Muttersprache können nicht verlangt werden.

Zur Textform gibt Neuhaus den wichtigen Hinweis, dass es zumindest nach herrschender Meinung allein darauf ankomme, dass der Versicherungsnehmer auf Wunsch die Möglichkeit der Datensicherung habe. Ob ein Kunde allerdings einen Stick einfach wegwerfe, eine E-Mail einfach lösche oder die Entgegennahme von Papierunternehmen bewusst ablehne, ändert nichts daran, dass die Formalien § 19 VVG damit erfüllt worden sind. Entscheidend ist vielmehr die Möglichkeit der dauerhaften Datenspeicherung (S. 71 Nr. 79). Da die übermittelten Inhalte lesbar sein müssen, kommen beispielsweise Audiodateien nicht in Frage (S. 73).

Belehrungspflichten / Belehrungsversäumnisse

Der Autor geht weiter u.a. darauf ein, dass eine Belehrung über die Bedeutung der Gesundheitsfragen für den Antragsteller erkennbar durch den Versicherer erfolgt sein muss, wonach sich ein Versicherer unter Umständen natürlich auch die Belehrung eines Maklers zu Eigen

machen kann (S. 80). Umfassend wird auf die Folgen von formellen Belehrungsversäumnissen im Hinblick auf den möglichen Einwurf der arglistigen Täuschung des Versicherers hingewiesen. Hier sei ein besonderes Schutzbedürfnis des Versicherungsnehmers nicht herleitbar (S. 81-84). Diskutiert wird ferner, ob die gesonderte Belehrung des Versicherers sich auf ein „Extrablatt“ oder auch eine „ins Auge springende Belehrung“ beziehen darf. Verschiedene Gerichte haben bereits klargestellt, dass es vorrangig um die Warnfunktion, mithin die zweite Variante, gehe (S. 85-86) und dass ein etwaiges Extrablatt in der Nähe zu den Antragsfragen zu stehen hat, damit sich dem Versicherungsnehmer die warnende Belehrung im Kontext erschließt (S. 86-87).

Eine längere Diskussion trägt das Thema über die Belehrungspflichten des Versicherers zu den Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung und wie diese in der Praxis umgesetzt werden können. Auf der einen Seite gibt es die Forderung nach einer möglichst vollständigen Hinweispflicht von Versicherern, die in der Praxis nur schwer umsetzbar ist; auf der anderen Seite könnte der Präventionszweck im Fokus stehen, bei dem laut Neuhaus „knackige Darstellungen“ (S. 95) eher den Zweck erfüllen dürften. Das Kapitel wird von einer Auswahl der zum Thema ergangenen, relevanten Rechtsprechung abgeschlossen.

Anzeigepflichtverletzung

Im fünften Kapitel betrachtet Neuhaus, wann der objektive Tatbestand der Anzeigepflichtverletzung als erfüllt angesehen werden kann. Auf der einen Seite ist natürlich die tatsächliche Kenntnis eines Antragstellers über Gefahr erhebliche Umständen zu prüfen, auf der anderen Seite geht Neuhaus auch auf bewusste Täuschung, fehlende Antworten oder Streichungen im Antrag ein. Ob ein Versicherungsnehmer Angaben zum Risiko deshalb nicht gemacht hat, weil er sie schlicht und einfach zu diesem Zeitpunkt trotz Bemühen darum, nicht erinnern unzutreffende Schutzbehauptung ist, wird ebenfalls thematisiert. Konkret beleuchtet der Autor, wann es Anhaltspunkte für ein mögliches Vergessen geben kann und wann die Rechtsprechung ein solches Vergessen für eher unglaub-

würdig hält und damit eine Vorvertraglichkeit bestätigt hat bzw. würde. Berücksichtigt wird dabei auch das Vergessen / Verdrängen von Diagnosen als Teil eines Krankheitsbildes (S. 126-127).

Spannend und durchaus umstritten sind Neuhaus' Ausführungen zur Spontanoffenbarungspflicht (S. 136-142). Grundsätzlich sieht er die Anwendbarkeit nach dem neuen VVG auf wenige Ausnahmefälle begrenzt an, weist ein Fortbestehen jedoch nicht pauschal von der Hand. Bezogen auf Verträge, die nach dem alten Recht abgeschlossen wurden, sind die Anwendungsmöglichkeiten vielfältiger, doch auch hier weist er auf Grenzen, beispielsweise anhand psychischer Erkrankungen hin.

Auslegung von Antragsfragen

Für die tägliche Praxis von Versicherungsvermittlern ist die Auslegung von Antragsfragen sicher ein „Minenfeld“, dem Neuhaus in Kapitel 6 ausführlich nachgeht. Nimmt man gemäß herrschender Meinung an, dass Gesundheitsfragen einer Pseudo-AGB-Kontrolle unterliegen (S. 147), so ist bei der Auslegung auf einen durchschnittlichen, nicht juristisch gebildeten Versicherungsnehmer abzustellen. Erhöhte Kenntnisse von z.B. Versicherungsfachanwälten oder -maklern dürfen also nicht zu Lasten dieser Personen berücksichtigt werden (S. 148). Mitunter kommt es in Versicherungsanträgen zu Fragen, die vom Antragssteller ein Werturteil abfordern. Gleiches gilt für die Kombination aus zeitlich befristeten und unbefristeten Fragen. Auch hierauf geht Neuhaus ein. Altbekannt dürfte sein, dass es allein dem Versicherer obliegt, zu bewerten, welche Angaben zum Risiko er als gefahrerheblich und welche als lässlich ansieht. Insofern steht es dem Versicherungsnehmer auch nicht zu, sein mögliches Risiko dadurch zu verschleiern, indem er einzelne weniger schwerwiegende Beschwerdebilder zu unterschlagen und damit die Häufigkeit ihres Auftretens zu verbergen (S. 154-155). Sehr zu begrüßen sind die umfangreichen Ausführungen zum Thema Bagatellerkrankungen. Laut Neuhaus seien diese regelmäßig unter anderem dann nicht anzunehmen, wenn der Versicherungsnehmer wegen ihnen eine ärztliche Untersuchung hat vornehmen lassen oder sogar eine Überweisung zum Facharzt

bekommen hat (S. 161-162). Neuhaus berücksichtigt auch, dass es immer wieder vorkommt, dass sich Patienten eine Gefälligkeitsdiagnose von ihrem Arzt geben lassen. Eine solche könne aber nicht als Bagatelle abgetan werden, die den Versicherer nicht zu interessieren habe. Vielmehr empfehle es sich, diese offen zu kommunizieren und gegebenenfalls als solche klar zu stellen (S. 171-173).

Für die Praxis von Vermittlern und Kunden besonders bedeutsam sind auch die Definitionen zu „Krankheit“ (S. 162-163), „Gesundheitsstörung“ (S. 163-167) sowie „Beschwerden“ (S. 168). Ein typischer Einwand von Antragsstellern ist es, dass bestimmte Krankheiten, Störungen oder Beschwerden nicht mehr angabepflichtig seien, da diese schon lange keine Auswirkungen mehr hatten. Neuhaus geht auch hierauf ein: „Wird im Antragsformular nach Krankheiten der letzten fünf Jahre gefragt, so sind vor dem abgefragten Zeitraum diagnostizierte, aber aus medizinischer Sicht fortbestehende Krankheiten auch dann anzugeben, wenn der Antragssteller in den letzten fünf Jahren keine Beschwerden dadurch hatte.“ (S. 168) Typisch ist auch der Kundeneinwand, dass es noch gar keine ärztliche Behandlung gegeben habe, da der Arzt lediglich eine Untersuchung vorgenommen habe. Dass dies eine unzutreffende Auslegung ist, wird auf S. 170 klargestellt.

Ab Seite 181 geht Neuhaus kurz auf spezielle Fragestellungen bei Sachversicherungsverträgen ein, so etwa nach Betriebs- / Geschäftsarten in der Einbruchdiebstahlversicherung. Das Kapitel wird mit einem Überblick über die wichtigste Rechtsprechung zum Thema abgeschlossen.

Die „Kenntnis des Versicherers“

Kapitel 7 geht auf die „Kenntnis des Versicherers“ ein. So sei beispielsweise kein Versicherer verpflichtet, bei Eingang eines Neuvertrages abzugleichen, ob in bereits früher beantragten Anträgen abweichend zusätzliche oder andere Angaben gemacht wurden (S. 188-189). Weitere spannende Fragen betreffen etwa Versicherer im Konzernverbund, Verweise auf vorhandene Daten des Versicherers oder sogar Datensammlung zum Risiko bei einem Wettbewerber. Allen qualifizierten Versicherungsvermittlern

dürfte bekannt sein, dass die vom Kunden beliebte Angabe eines oder mehrerer Ärzte im Antrag keine Nachfrageobliegenheit des Versicherers begründet (S. 192). In welchen Fällen eine Nachfrageobliegenheit des Versicherers anzunehmen ist und wo nicht, wird auf den folgenden Seiten ausführlich behandelt und mit Praxishinweisen versehen. Ausführlich geht Neuhaus auf eine mögliche Auge-und-Ohr-Kennntnis ein. Im Einzelfall könne es sogar zu der Konstellation kommen, dass sich eine Auge- und-Ohr-Rechtsprechung auf die Erklärung eines Patienten vor seinem Arzt anwenden lässt (S. 208), nicht jedoch zwingend auf alle dem Arzt vorher bereits bekannten Daten in der Krankenakte des Versicherungsnehmers (S. 208-209). Das Kapitel wird erneut mit aktuellen Beispielen aus der Rechtsprechung abgerundet.

Ein wesentliches Merkmal des aktuellen VVG gegenüber dem alten VVG ist das Quotelungsprinzip, wonach die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verschuldensabhängig zu beurteilen sind und das bisherige Alles-oder-Nichts-Prinzip ersetzen. „Wichtige Aspekte zum Verschulden“ ist damit Thema von Kapitel 8. Einleitend macht Neuhaus die wesentlichen Abstufungen grafisch sowie in Form einer Tabelle deutlich. Auch dieses recht kurze Kapitel wird durch eine Übersicht der Rechtsprechung abgerundet.

Besonderheiten der Vertragsanpassung

Aufbauend darauf geht Kapitel 9 auf die Besonderheiten der Vertragsanpassung ein. Grundlegend geht es damit um abweichende Bedingungen oder Prämienzuschläge für Risiken, die nach den Annahmerichtlinien nicht normal versicherbar wären. Neuhaus berücksichtigt bei seiner Betrachtung auch eine möglicherweise schuldlose Anzeigepflichtverletzung wie auch formelle Aspekte, die der Versicherer zu berücksichtigen hat. Aktuelle Rechtsprechung zum Thema schließt das Kapitel ab.

Einrede der arglistigen Täuschung

Sicher der Worst Case für jeden Versicherungskunden und -vermittler ist die Einrede der arglistigen Täuschung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Dies ist Thema von Kapitel 10. Für die Vertriebspraxis sicher nicht unbedeu-

tend ist hier eine Aussage auf S. 250: „Die Anfechtung eines neuen Krankenversicherungsvertrags durch den Versicherer führt nicht zum Wiederaufleben eines zuvor vom VN gekündigten Altvertrags“. Gerade bei der Umdeckung von Altverträgen, für die eine Anfechtung wegen Vorvertraglichkeit ausgeschlossen ist, sollte somit besondere Umsicht geschuldet werden, um nicht sowohl den bestehenden als auch den angestrebten neuen Versicherungsschutz zu gefährden. Siehe hierzu auch Seite 321.

Neuhaus weist zu Recht darauf hin, dass die Anfechtung wegen angeblicher Arglist gerade durch den Wegfall des Alles-oder-Nichts-Prinzips für Versicherer an Attraktivität gewonnen hat und zudem deutlich weniger Formalien zu beachten sind. Dadurch steigt natürlich auch das Risiko, dass Versicherte mit dieser Einrede in Berührung kommen könnten.

Entscheidend für Anfechtung wegen Arglist sei, dass es auf den ursächlichen Zusammenhang zwischen Täuschung und Abgabe der Willenserklärung, nicht jedoch auf eine Kausalität zwischen Versicherungsfall und dem der Täuschung ankomme (S. 269). Auch dieses Kapitel wird durch eine Übersicht der aktuellsten Rechtsprechung abgerundet.

Formelle Aspekte der Rechtsausübung durch den Versicherer

Kapitel 11 geht auf formelle Aspekte der Rechtsausübung durch den Versicherer ein, wobei die Übersicht zur Rechtsprechung hier sehr knapp gehalten ist. Noch knapper ist Kapitel 12, in dem Neuhaus auf den möglichen Kausalitätsgegenbeweis eingeht.

Deutlich umfassender fällt wieder Kapitel 13 aus, in dem auf die Fristen der Rechtsausübung durch den Versicherer eingegangen wird. Berücksichtigt werden hier u.a. auch die Verjährungsfristen nach § 124 Abs. 3 BGB von einem Jahr sowie die Ausschlussfristen von 10 Jahren nach § 21 Abs. 3 S. 2 VVG in der Lebensversicherung bzw. von 3 Jahren in der Krankenversicherung nach § 194 Abs. 1 S. 4 VVG. Anders als Kapiteln 12 wird dieses Kapitel wieder durch aktuelle Rechtsprechung abgerundet.

Anzeigepflichten bei Vertragsänderungen

Immer wieder bedeutsam sind die Anzeigepflichten bei Vertragsänderungen oder der Wiederinkraftsetzung von Ver-

sicherungsverträgen, dem Thema von Kapitel 14. Grundsätzlich entsteht eine Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers dann, wenn der geänderte Vertrag für ihn Leistungserweiterungen gegenüber dem bisherigen Schutz beinhaltet. Werden Leistungen ausschließlich verschlechtert, so dürfte ein erneutes Auskunftsrecht eher nicht zu bejahen sein (S. 312). Natürlich trifft dieses Argument auf die Wiederinkraftsetzung eines damit zurzeit unversicherten Risikos nicht zu. Spannend ist die Bewertung der Erhöhung einer bereits bestehenden Versicherungssumme zum Beispiel bei Tod von 50.000 auf 150.000 Euro und die damit verbundene mögliche Anfechtung wegen Vorvertraglichkeit. Nach herrschender Meinung beziehe sich die Anfechtung auf den Gesamtvertrag einschließlich der bereits vorhandenen Absicherung von 50.000 Euro (S. 324-325). Weiterhin sind natürlich für alle Vertragsänderungen und Wiederinkraftsetzungen bestimmte formelle Aspekte zu beachten.

Gestaltungsrechte

Kapitel 15 beleuchtet die Ausübung von Gestaltungsrechten bei mehreren versicherten Personen. Wie auch in den folgenden Kapiteln bis einschließlich Kapitel 20 finden sich hier keine Beispiele aus der Rechtsprechung. Das Verwirken möglicher Sanktionsrechte des Versicherers wegen Treu und Glauben ist Thema von Kapitel 16, während Kapitel 17 von § 19 VVG abweichende Regeln für einige Versicherungssparten (z.B. Transportversicherung) beleuchtet.

Kapitel 18 ist für Makler von besonderer Bedeutung. Hier geht es um die Ansprüche des Versicherungsnehmers bei der Ausübung von Gestaltungsrechten durch den Versicherer. Laut Neuhaus sei ein Makler grundsätzlich haftbar, wenn er falsche Angaben zum Risiko schuldhaft auch nur zulässt, auch wenn wegen des Mitverschuldens von Seiten des Versicherungsnehmers der Anspruch gegenüber dem Makler gegebenenfalls vollständig gekürzt werden könne (S. 339).

Maklerhaftung, Regressansprüche gegen den Makler

Ausführlicher geht Kapitel 19 auf das Thema „Maklerhaftung, Regressansprüche gegen den Makler“ ein. Haftungsgrundlage ist dann meist § 280 Abs. 1

BGB. Wirkt ein Makler bei Falschangaben seines Kunden mit, dürfte dies meist als vorsätzliches Handeln auszulegen sein, womit dann die erwartete Rückendeckung aus der Vermögensschadenshaftpflicht ausfällt (S. 343).

Kapitel 20 behandelt in wenigen Sätzen die „Anzeigepflichtverletzung als Versicherungsfall in der Rechtsschutzversicherung“. Sehr viel ausführlicher ist wieder Kapitel 21 zu den Besonderheiten des Gerichtsverfahrens. Insbesondere die Hinweise zur Beweisunmittelbarkeit gemäß § 355 ZPO und zur Protokollierung nach § 160 Abs. 2 ZPO (S. 364-365) sind im Zweifel sehr praxisrelevant. Aktuelle Rechtsprechung rundet das Kapitel ab.

Kapitel 22 geht schließlich auf die Bestimmung des Streitwertes ein. Es folgen Empfehlungen für die Sachbearbeitung des Versicherers in Kapitel 22 inklusive eines Muster-Anschreibens / Fragebogen für den Vermittler. Das Buch wird final von Kapitel 24 mit einer Checkliste zur Prüfung einer möglichen Anzeigepflichtverletzung nach VVG 2008 sowie einem mehrseitigen Stichwortverzeichnis abgeschlossen.

Fazit

Bei diesem Buch handelt es sich sicher um das aktuelle Standardwerk zum Thema, dessen Lektüre jedem Versicherungsvermittler und Versicherungsfachanwalt ans Herz gelegt werden kann. Es wäre wünschenswert, wenn sich alle Vermittler grundlegende Kenntnisse der für den Vertrieb von Versicherungsprodukten maßgeblichen Inhalte dieses Fachbuchs zu Eigen machen würden. Neben zahlreichen Schaubildern und Beispielen, fällt immer wieder positiv auf, dass Neuhaus auf problematische Urteile sowie auf seine persönliche Meinung zu einzelnen Rechtspositionen und Problemstellungen eingeht.

*Neuhaus, Kai-Jochen:
„Die vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung in Recht und Praxis.“
Karlsruhe (Verlag Versicherungswirtschaft),
2014, XXII+384 Seiten;
ISBN: 978-89952-567-0;
Verkaufspreis: 17,90 Euro*



Rezensent: Sebastian Krügereit

Beckmann, Roland Michael und Matusche-Beckmann, Annemarie Versicherungsrechts-Handbuch

Diese dritte Auflage des wohlbekannten Standardwerks zum Versicherungsrecht wurde vollständig überarbeitet und berücksichtigt damit die neue zum VVG ergangene Rechtsprechung, Gesetzesänderungen, insbesondere zum Widerrufsrecht sowie zur privaten Krankenversicherung. Darüber hinaus wird auch das für Altverträge fortwährende Recht berücksichtigt.

Bei den Autoren handelt es sich um namhafte Vertreter von Wissenschaft, Justiz, Verbandswirtschaft und Anwaltschaft, die jeweils ihr Expertenwissen zu den von ihnen behandelten Fachgebieten einbringen. Viele dieser Autoren zeichneten bereits für die zweite Auflage verantwortlich, andere sind neu hinzugekommen, so Martin Lehmann, Christian Reichel, Guido Schepers, Martin Stormberg und Ansgar Staudinger.

Zielgruppe sind auf der einen Seite Anwälte, Gerichte und Versicherungsjuristen, auf der anderen Seite all jene Personen, die sich in der beruflichen Praxis mit Versicherungsrecht und versicherungsrechtlichen Fragen beschäftigen müssen.

Mit Lücken

Die meisten Themengebiete, die man in so einem Standardwerk erwarten darf, werden von den Autoren behandelt. Die noch junge Sparte der Funktionsinvaliditätsversicherung findet dabei keine Erwähnung. Die Ausführungen zur Dread-Disease-Versicherung (§ 42 Nr. 17) sind höchst spärlich. Zwar gilt gleiches auch für die sehr dürftigen Informationen (§ 44 Nr. 40) zur staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung (Pflegebahr), immerhin ist lobend zu erwähnen, dass hierzu überhaupt Hinweise erfolgen. Unverständlich ist, dass nicht auf die Unterschiede zwischen Pfl egetagegeld-, Pflegekosten- und Pflegerentenversicherung, soweit damit einhergehende Besonderheiten eingegangen wird. Auch stellt sich die Frage, wieso in § 42 Nr. 16 zwar Pflegerenten-Zusatzversicherungen, nicht jedoch auch Stand-Alone-Produkte thematisiert werden.

Wichtig, auch wenn in der Praxis wenig beachtet, ist der Hinweis nach § 44

Nr. 272b, wonach dieselben Beratungspflichten für den Internetvertrieb wie für die Vermittlung von Versicherungsverträgen im persönlichen Kundengespräch gelten. Unverständlich ist es jedoch, wenn auf der einen Seite wiederholt auf die gesetzlich bestehenden Dokumentationspflichten hingewiesen wird und dann in einem Absatz (§ 5 Nr. 172) sowohl von „Dokumentationspflicht“ als auch von „Beratungsprotokoll“ gesprochen wird, wenngleich Dokumentationen für das Versicherungs- und Protokolle für das Investmentgeschäft vorgeschrieben sind. Eine inhaltliche Abgrenzung beider Begrifflichkeiten wird nicht erkennbar. Positiv sind jedoch wieder die sehr umfangreichen Ausführungen zu den Beratungs- und Dokumentationspflichten nach § 61 VVG zu erwähnen (§ 5 Nr. 297). Es lohnt sich dazu auch die § 5 Nr. 298 und 299 aufmerksam zu lesen.

Aufgrund der großen Zahl von Scheidungsverfahren und Personen mit Leistungen nach Alg II, würde man Einträge zu den Themen „Versorgungsausgleich“ und „Verwertungsausschluss“ erwarten. Diesem Wunsch wird das Register jedoch nicht gerecht. Auch Einträge zu den im Rahmen der Kfz-Versicherungssparte durchaus bedeutsamen Themen wie „Fahrschutz“, „Rabattschutz“ oder „Rabattretter“ sucht man leider vergeblich. Allgefahrendeckungen für die Sachversicherung werden zwar kurz benannt (§ 1 Nr. 146), jedoch ohne auf diese näher einzugehen.

Rechtsfragen

Für die Praxis von Versicherungsmaklern kann es sehr nützlich sein, wenn man sich mit der juristischen Auslegung sowie vergangenen Streitigkeiten im Zusammenhang mit vertraglichen

Ausschlüssen beschäftigt. Beispielsweise sei hier auf die Ausführungen (§ 38 Nr. 280 bis 380) zur Rechtsschutzversicherung hingewiesen, die sehr anschaulich den Anwendungsbereich der meisten Ausschlüsse verdeutlichen. Leider fehlen hier Hinweise auf die immer häufiger zu findenden Ausschlüsse wegen „Schäden, die durch Bio-, Nano- oder Gentechnologie entstanden sind sowie Nuklear- und genetische Schäden, soweit diese nicht auf eine medizinische Behandlung zurückzuführen sind“. Positiv ist allerdings, dass auf mögliche Deckungserweiterungen eingegangen wird, die neben Spezial-Straf-Rechtsschutz für Gewerbetreibende auch eine Absicherung von erweitertem Spezial-Straf-Rechtsschutz für Privatpersonen ermöglichen und sogar ein Hinweis auf eine mögliche Mitversicherung wegen des Vorwurfes eines Verbrechens gegeben wird (§ 37 Nr. 113 bis 115). Schade ist, dass die Autoren es hier versäumt haben, konkrete Anwendungsbeispiele für die Praxis zu bieten, die gerade bei der Nutzung des Versicherungsrechts-handbuchs durch Versicherungsvermittler von großem Nutzen sein könnten.

Für Personen, die mit prozessualen Problemen zu tun haben, spielt unter anderem auch die Frage nach der prozessualen Wahrheitspflicht im Sinne von § 138 Abs. 1 ZPO eine wichtige Rolle. Die Ausführungen hierzu (§ 23 Nr. 230-241) sind sicher für die Praxis richtig, auch wenn hier neben der rechtlichen Bewertung von unwahren Behauptungen im Gerichtsprozess auch einmal an die Moral der Rechtsvertreter appelliert werden sollte. Welche Folgen „bloße Stimmungsmache“ haben kann (§ 23 Nr. 232) ist eine Sache; es ist jedoch eine andere Sache auch die Auswirkungen auf die durch unwahren Tatsachenvortrag geschädigte andere Prozesspartei zu beleuchten.

Fazit

Die aktuelle dritte Auflage ist trotz der hier beispielhaft benannten Kritikpunkte ein unverzichtbares Nachschlagewerk.

Beckmann, Roland Michael und Matusche-Beckmann, Annemarie (Hg.): „Versicherungsrechts-Handbuch.“ Bearbeitet von Christian Armbrüster u.a. München³ (C.H. Beck), 2015, LXXXII+3.360 Seiten, ISBN: 978-3-406-66257-7; Preis: 219,00 Euro

10 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 Juni 2015 gibt es bereits weit über 50 Tarife von Versicherern und Konzeptanbietern 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, das 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 Juni 2015 nur wenige Versicherer wie die degenia, die Deutsche Jagd Finanz, die Gothaer, die GVO, 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 Anbieter 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 als Unfallversicherung 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 Di-

rektversicherern, öffentlichen Versicherern 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 2015 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.

Rating

Sparte	Rating erstmals 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	97	865	14.06.2015
Hundealterhaftpflichtversicherung	nein	84	502	14.06.2015
Pferdealterhaftpflichtversicherung	nein	83	474	14.06.2015
Jagdhaftpflichtversicherung	ja	56	426	06.06.2015
Unfallversicherung	ja	97 (26)*	1.156 (256)*	19.06.2015
Funktionsinvaliditätsversicherung	ja	14 Unfall /5 Leben	116 Unfall/33 Leben	20.05.2015
Pflegetagegeld / Pflegegeld	nein	30	323	16.06.2015
Pflegebahr-Versicherungen	ja	32	34	06.06.2015
stationäre Krankenzusatzversicherung	ja	40	102	07.06.2015
Hausratversicherung	nein	73	529	25.06.2015
Wohngebäudeversicherung	nein	65	405	08.06.2015

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

Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV Unfall)



■ FIV als Unfallversicherung

Basis:	FIV als Unfallversicherung: 116 Tarife 14 Anbieter im Test
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	20.05.2015

Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV Leben)



■ FIV als Lebensversicherung

Basis:	FIV als Lebensversicherung: 33 Tarife 5 Anbieter im Test
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	20.05.2015

Einführung in die FIV

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 Produkten zur Absicherung der funktionellen Invalidität weisen gewisse Gemeinsamkeiten, aber auch erhebliche Unterschiede auf. Grundsätzliche Charakteristika sowohl von Lebens- als auch von Sachversicherern sind folgende Merkmale:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit
- Renten- oder Einmalleistung bei Krebs

Darüber hinaus gibt es Merkmale, die typisch für Unfallprodukte sind und

andere, die man nur bei den Lebensversicherern findet.

Zur Abgrenzung einer Funktionsinvaliditätsversicherung 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.¹ 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 bei den Lebensversicherern 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 Kapitalleistung bei definierten schweren Unfallfolgen mit Kapitalsofortleistung, Oberschenkelhals- und Armbruch, nicht jedoch eine Organ- oder Pflegerente besitzt. Darüber hinaus wird die vereinbarte Kapitalleistung 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 auf Unfallbasis 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 sind auch die als Lebensversicherung kalkulierte Existenz-Versicherung des Volkswohl Bundes nur mit zusammen mit der optionalen „Erste-Hilfe-Leistung“ als Funktionsinvaliditätsversicherung einzustufen und der ebenfalls als Lebensversicherung kalkulierte Handwerker-Schutz der Nürnberger nur dann, wenn wenigstens Baustein 1 und 2 abgesichert wurden.

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 Immunerkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes

oder Bluthochdruck entstanden ist und bei der die nachfolgenden Voraussetzungen 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

Beispiel für eine Krebsdefinition am Beispiel der Allianz:

„(3) Krebs

Bei einer Krebserkrankung muss ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten zwischen Versicherungsbeginn und Erstdiagnosestellung gelegen haben.

Zudem muss

- ein solider Tumor ab einer Tumorgröße T2 oder
- ein Tumor mit Lymphknoten- oder Fernmetastasen oder
- ein Gehirntumor ab WHO II oder
- Leukämie, Lymphomen in allen Stadien nachgewiesen werden.“

Quelle: Teil A Ziffer 1.5 Nr. 3 KörperSchutz-Police E230, Stand 01.2013

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 Funktionsinvaliditätsversicherung anders als aus einer Berufsun-

fähigkeitsversicherung 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.

FIV als Unfallversicherung

FIV als Unfallversicherung wird angeboten von: Adcuri, Arag, AXA, Barmenia, BBV, Die Bayerische, Gothaer, Interlloyd, Janitos, Lebensversicherung von 1871 a.G. in Kooperation mit der TRIAS Versicherung AG und der BGV-Versicherung AG, Signal Iduna, Sparkassen-Versicherung Sachsen, SV Sparkassenversicherung, VPV

Die Signal Iduna hat am 10.09.2014 ausdrücklich telefonisch wie auch per Mail mitgeteilt, dass man an dem Vergleich nicht teilnehme. Die Angaben zu diesem Unternehmen wurden daher von diesem ausdrücklich nicht auf inhaltliche Richtigkeit überprüft.

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.

Der laut Statistik wichtigste Leistungsbaustein jeder Funktionsinvaliditätsver-

sicherung 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.

Per Juni 2015 sind folgende FIV-Produkte auf Unfallbasis bekannt:

- Adcuri / Tarif: Opti5Rente für Erwachsene / Produktstart: 02.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Unfallversicherung
- Adcuri / Tarif: Opti5Plus für Erwachsene / Produktstart: 12.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Unfallversicherung
- Arag / Tarif: ARAG Existenz-Schutz / Produktstart: 01.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2014 / Sparte: Unfallversicherung
- AXA / Tarif: Kinderschutzpaket / Produktstart: 04.2011 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparte: Unfallversicherung
- AXA / Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder / Produktstart: 04.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparte: Unfallversicherung
- AXA / Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder mit garantierter Beitragsrückzahlung / Produktstart: 04.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparte: Unfallversicherung
- AXA / Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene / Produktstart: 04.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparte: Unfallversicherung / Bemerkung: Weiterentwicklung der ursprünglichen Unfall-Kombirente mit Produktstart 09.2006
- AXA / Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene mit garantierter Beitragsrückzahlung / Produktstart: 04.2010 / Aktueller Bedingungsstand:

01.2015 / Sparte: Unfallversicherung / Bemerkung: Weiterentwicklung der ursprünglichen Unfall-Kombirente mit Produktstart 09.2006

- Barmenia / Tarif: Barmenia-Opti5Rente für Erwachsene / Produktstart: 02.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Unfallversicherung
- Barmenia / Tarif: Barmenia-Opti5Plus für Erwachsene / Produktstart: 12.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Unfallversicherung
- DBV / Tarif: Kinderschutzpaket / Produktstart: k.A. / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparte: Unfallversicherung
- DBV / Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder / Produktstart: k.A. / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparte: Unfallversicherung
- DBV / Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene / Produktstart: k.A. / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparte: Unfallversicherung / Bemerkung: Weiterentwicklung der ursprünglichen Unfall-Kombirente mit Produktstart 09.2006
- Die BAYERISCHE / Tarif: Multi PROTECT für Erwachsene / Produktstart: 12.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 01.07.2014 / Sparte: Unfallversicherung
- Die BAYERISCHE / Tarif: Multi PROTECT für Kinder / Produktstart: 07.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 01.07.2014 / Sparte: Unfallversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer Unfall (Kindertarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Unfallversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer UnfallTop (Kindertarif) / Produktstart: 02.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 02.2014 (Druckstück 06.2014) / Sparte: Unfallversicherung
- Gothaer / Tarif: Gothaer Unfallrente Plus mit Gothaer UnfallTop mit Plus-

	Axa	Barmenia	Barmenia	Die Bayerische **	Janitos **	Signal Iduna	VPV
	Existenzschutzversicherung für Kinder und Erwachsene, Stand 01.2015 mit Prämien Stand 03.2015	Opti5Rente, Stand 12.2012	Opti5Plus, Stand 12.2012	Multi-PROTECT, Stand 17.12.2012	Multi-Rente für Kinder und Erwachsene, Stand 07.2013	VitaLife Junior bzw. VitaLife 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 Kapitalsofortleistung) / 303,81 Euro brutto p.a. (mit Kapitalsofortleistung)	353,66 Euro brutto p.a. (inkl. Kapitaleistung)	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. Kapitaleistung)	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. Kapitaleistung)	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.

- Signal Iduna / Tarif: VitaLife Junior Exklusiv – für eine gesicherte Existenz / Produktstart: 07.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 10.2014 / Sparte: Unfallversicherung
- Signal Iduna / Tarif: VitaLife Junior Optimal-Start – für eine gesicherte Existenz / Produktstart: 07.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 10.2014 / Sparte: Unfallversicherung
- Signal Iduna / Tarif: VitaLife Junior Exklusiv-Start – für eine gesicherte Existenz / Produktstart: 07.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 10.2014 / Sparte: Unfallversicherung

- Signal Iduna / Tarif: VitaLife-Junior Exklusiv – für eine gesicherte Existenz / Produktstart: 07.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 10.2014 / Sparte: Unfallversicherung
- 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, Thüringen und Teilen von Rheinland-Pfalz) / Ta-

rif: Existenzschutz für Erwachsene mit SV PrivatSchutz Unfall Rehabilitations-Management / Produktstart: 05.05.2014 / Aktueller Bedingungsstand: 05.2014 / Sparte: Unfallversicherung

- VPV / Tarif: Vital-Rente für Kinder / Produktstart: 10.2011 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Unfallversicherung
- VPV / Tarif: Vital-Rente für Erwachsene / Produktstart: 07.2010 / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012 / Sparte: Unfallversicherung

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 (siehe Tabelle auf S. 52. 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 folgende Übersicht zeigt die – soweit bekannt – aktuellen Prämien der einzelnen Wettbewerber. Für einen Vergleich wird auf frühere Ausgaben dieses Ratings verwiesen.

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 erzielen, müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

- mindestens 80% der erreichbaren Gesamtwertung

- prämieneutrale Leistungsverbesserungen gelten für Unfallverträge automatisch auch für bestehende Verträge (Innovationsklausel)
- Leistungsanspruch für den Verlust von Grundfähigkeiten ohne gleichzeitiges Vorliegen einer vollständigen oder teilweisen Erwerbsminderung, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit

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

- mindestens 85% der erreichbaren Gesamtwertung

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 Kündigungsvorbehalt. 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 Kündigungsvorbehalt 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 billigend 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, bzw. Fitch selbst zur Verfügung gestellt und vom Herausgeber nicht auf inhaltliche Richtigkeit verifiziert.

- Adcuri GmbH
Zurzeit liegen keine Unternehmens- oder Finanzstärkeratings vor
- Arag
Zurzeit liegen keine Unternehmens- oder Finanzstärkeratings vor
- AXA Versicherung AG
Fitch Ratings, Stand 12.03.2015: „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
 - DBV
Keine Ratings bekannt
 - Gothaer Allgemeine Versicherung
Fitch Ratings, Stand 10.04.2015: „A-“
Standard & Poors, Stand 19.12.2014: A-
 - Interlloyd 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 10.03.2015: „A+“
 - SIGNAL IDUNA Gruppe
Zurzeit liegen keine Unternehmens- oder Finanzstärkeratings vor
Fitch-Ratings hat nur die SIGNAL IDUNA Rückversicherung AG bewertet. Mit Stand 04.03.2015 erfolgte hier eine Bewertung mit „A-“.
 - Sparkassen-Versicherung Sachsen Allgemeine Versicherung AG
Keine Ratings bekannt
 - SV Sparkassenversicherung Gebäudeversicherung AG
Keine Ratings bekannt
 - TRIAS Versicherung AG
Zurzeit liegen keine Unternehmens- oder Finanzstärkeratings vor
 - VPV Allgemeine Versicherungs-AG
Keine Ratings bekannt

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 Unfallversicherer 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 1-29; Gesamtgewichtung: 19,5%)
(versicherbare Versicherungsdauer, versicherbare Leistungsdauer, räumlicher Geltungsbereich, Anpassungsmöglichkeiten von Bedingungen und Prämien, etc.)
- II. Allgemeine Leistungen (Fragen 30-45; 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 185 bis 190; Gesamtgewichtung: 3%)

(Kapitalsofortleistungen bei erstmaligem Eintritt des Leistungsfalls, Kapitalleistungen bei schweren Operationen, Mitversicherung von Rehakosten etc.)

- IV. Nachversicherungsgarantien (Fragen 191 bis 199; Gesamtgewichtung: 4,5%)
(Anspruchsvoraussetzungen, Fristen, Höhe der optionalen Nachversicherung etc.)
- V. Leistungen der Unfallrente (Fragen 46 bis 85; 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 86 bis 96; 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 97 bis 100; Gesamtgewichtung: 7%)
(Umfang der mitversicherten Herzerkrankungen, Wartezeiten etc.)
- VIII. Sonstige Organrentenleistungen (Fragen 101 bis 111; Gesamtgewichtung: 30%)
(Umfang der versicherten Organrentenauslöser, Wartezeiten, Nachprüfungsvoraussetzungen etc.)
- IX. Einmalleistung bei Dread Disease bzw. Rentenleistung bei einer schweren Erkrankung (Dread-Disease-Rente) (Fragen 146 bis 184; Gesamtgewichtung: 7%) *
(weitere versicherte Krankheiten und deren Leistungsvoraussetzungen)
- X. Leistungen der Grundfähigkeitsrente (Fragen 112 bis 137; Gesamtgewichtung: 8%)
(Definition der einzelnen Grundfähigkeiten, Leistungs- und Nachprüfungsvoraussetzungen etc.)
- XI. Leistungen der Pflegerente (Fragen 138 bis 145; 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 einzelnen 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 Sehsinns 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 [*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.*](http://www.internisten-im-</i></p>
</div>
<div data-bbox=)*

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(en) 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“ und „Optimal-Start“ und VitaLife Optimal der Signal Iduna streng genommen nicht als Funktionsinvaliditätsprodukte..

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

FIV als Lebensversicherung

FIV als Lebensversicherung wird angeboten von: Allianz; CARDEA.life, eine Marke der PrismaLife; Nürnberger (ggf. Kombination aus Lebens- und Unfallversicherer); Targo; Volkswohl Bund

Die Targo sieht sich als „Körperschutzversicherung“ und möchte daher gerne unberücksichtigt bleiben. Eine inhaltliche Überprüfung der bewerteten Kriterien durch das Unternehmen hat daher nicht stattgefunden.

Als Lebensversicherer bieten bisher die Allianz (KörperSchutzPolice; seit Juli 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 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 ergänzend 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)

Per Juni 2015 sind folgende FIV-Produkte auf Lebenbasis bekannt:

- Allianz / Tarif: KörperSchutzPolice / Produktstart: 07.2011 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2013 / Sparte: Lebensversicherung
- 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
- Nürnberger / Tarif: NÜRNBERGER HandwerkerSchutz (Baustein 1: Grundunfähigkeitsversicherung) / Produktstart: 06.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparte: Lebensversicherung (selbstständige Grundunfähigkeitsversicherung)
- Nürnberger / Tarif: NÜRNBERGER HandwerkerSchutz (Baustein 1: Grundunfähigkeitsversicherung und Baustein 2: KrankheitsSchutz) / Produktstart: 06.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparte: Lebensversicherung (selbstständige Grundunfähigkeitsversicherung mit Kapitalleistung bei versicherten schweren Krankheiten)
- Nürnberger / Tarif: NÜRNBERGER HandwerkerSchutz (Baustein 1: Grundunfähigkeitsversicherung, Baustein 2: KrankheitsSchutz sowie Baustein 3: UnfallSchutz - Invaliditätsleistung) / Produktstart: 06.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparten: Lebensversicherung (selbstständige Grundunfähigkeitsversicherung mit Kapitalleistung bei versicherten schweren Krankheiten), Unfallversicherung (Kapitalleistung bei Unfall)
- Nürnberger / Tarif: NÜRNBERGER HandwerkerSchutz (Baustein 1: Grundunfähigkeitsversicherung, Bau-

stein 2: KrankheitsSchutz sowie Baustein 3: UnfallSchutz – Unfall-Berufsunfähigkeitsrente) / Produktstart: 06.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparte: Lebensversicherung (selbstständige Grundunfähigkeitsversicherung mit Kapitalleistung bei versicherten schweren Krankheiten sowie Rentenleistung aus einer Unfall-Berufsunfähigkeitszusatzversicherung)

- Nürnberger / Tarif: NÜRNBERGER HandwerkerSchutz (Baustein 1: Grundunfähigkeitsversicherung sowie Baustein 3: UnfallSchutz - Invaliditätsleistung) / Produktstart: 06.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparten: Lebensversicherung (selbstständige Grundunfähigkeitsversicherung), Unfallversicherung (Kapitalleistung bei Unfall)
- Nürnberger / Tarif: NÜRNBERGER HandwerkerSchutz (Baustein 1: Grundunfähigkeitsversicherung sowie Baustein 3: UnfallSchutz – Unfall-Berufsunfähigkeitsrente) / Produktstart: 06.2012 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015 / Sparte: Lebensversicherung (selbstständige Grundunfähigkeitsversicherung mit Rentenleistung aus einer Unfall-Berufsunfähigkeitszusatzversicherung)
- Targo / Tarif: Existenzschutz Komfort / Produktstart: 09.2012 / aktueller Bedingungsstand: 06.2014 / 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

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+ 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+ 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

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 erzielen, müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

- mindestens 70% der erreichbaren Gesamtwertung
- Leistungsanspruch für den Verlust von Grundfähigkeiten ohne gleichzeitiges Vorliegen einer vollständigen oder teilweisen Erwerbsminderung, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit

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

- mindestens 75% der erreichbaren Gesamtwertung

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

- mindestens 90% der erreichbaren Gesamtwertung
- uneingeschränkter Versicherungsschutz als Beifahrer auf einem Motorrad

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.

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 Ratingsätze zu unterschiedlich. Mal handelt es sich um ein Finanzstärke-, mal um ein Investorenrating und ein anderes Mal um eine Bewertung der Servicequa-

lität. 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, bzw. Fitch selbst zur Verfügung gestellt und vom Herausgeber nicht auf inhaltliche Richtigkeit verifiziert.

- Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Finanzstärkerating von Fitch: „AA“ (stabil), Stand 11.2014
Standard & Poors, Stand 08.2014: AA (Ausblick stabil)
Moody's, Stand 08.2014: Aa2 (Ausblick stabil)
map-Report M-Rating (08/2014): mmm
- Nürnberger Allgemeine Versicherungs-AG
Finanzstärkerating von Fitch: „A+“, Stand 12.06.2015
Standard & Poor's, Stand Juni 2013: „A“ (gut)
- Nürnberger Lebensversicherung AG
Finanzstärkerating von Fitch, Stand 12.06.2015: „A+“
Standard & Poor's², Stand Juni 2013: „A“ (gut)
- PrismaLife AG (Marke: „CARDEA.life“)
Finanzstärkerating von Fitch: „BBB+“, Stand 24.02.2015
Das Rating wurde mittlerweile von Fitch zurückgezogen!
- TARGO Lebensversicherung AG
Assekurata³, Stand 29.10.2013: „A+“ (sehr gut)

- Volkswohl Bund Lebensversicherung a.G.
Fitch Ratings, Stand 24.02.2015: „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 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 1-29; Gesamtgewichtung: 19,5%)
(versicherbare Versicherungsdauer,

versicherbare Leistungsdauer, räumlicher Geltungsbereich, Anpassungsmöglichkeiten von Bedingungen und Prämien, etc.)

- II. Allgemeine Leistungen (Fragen 30-45; 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 185 bis 190; Gesamtgewichtung: 3%)
(Kapitalsofortleistungen bei erstmaligem Eintritt des Leistungsfalls, Kapitalleistungen bei schweren Operationen, Mitversicherung von Rehakosten etc.)
- IV. Nachversicherungsgarantien (Fragen 191 bis 199; Gesamtgewichtung: 4,5%)
(Anspruchsvoraussetzungen, Fristen, Höhe der optionalen Nachversicherung etc.)
- V. Leistungen der Unfallrente (Fragen 46 bis 85; 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 86 bis 96; 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 97 bis 100; Gesamtgewichtung: 7%)
(Umfang der mitversicherten Herzerkrankungen, Wartezeiten etc.)
- VIII. Sonstige Organrentenleistungen (Fragen 101 bis 111; Gesamtgewichtung: 30%)
(Umfang der versicherten Organrentenauslöser, Wartezeiten, Nachprüfungsvoraussetzungen etc.)
- IX. Einmalleistung bei Dread Disease bzw. Rentenleistung bei einer schweren Erkrankung (Dread-Disease-Rente) (Fragen 146 bis 184; Gesamtgewichtung: 7%) *
(weitere versicherte Krankheiten und deren Leistungsvoraussetzungen)

- X. Leistungen der Grundfähigkeitsrente (Fragen 112 bis 137; Gesamtgewichtung: 8%)
(Definition der einzelnen Grundfähigkeiten, Leistungs- und Nachprüfungsvoraussetzungen etc.)
- XI. Leistungen der Pflegerente (Fragen 138 bis 145; Gesamtgewichtung: 2%)
(Leistungsvoraussetzungen, Pflegerentenbeginn, Wartezeiten etc.)

* derzeit Leistungsbaustein nur der Lebensversicherer sowie von Janitos

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.

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 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 re-

gelmäßig 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. 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 ver-

traglicher 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(en) bewertet wird. Ist eine Leistung nicht vorhanden, so gilt für diese im Normalfall eine Bewertung mit 0 Punkten. Ein Abzug von 8 Punkten erfolgt bei besonders überraschenden oder verbraucherunfreundlichen Klauseln. 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 Mehr finden Sie im Internet unter <http://www.standardandpoors.com/ratings/life/ratings-list/en/eu/?subSectorCode=36§orId=1221186658105&subSectorId=1221187347827>.

² 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 Alttarife, 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 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.

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

Höchsteintrittsalter: 58 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine oder 5% p.a.)

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

Höchsteintrittsalter: 59 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 3, 5 oder 7% p.a.)

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: 01.2015

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

Mindesteintrittsalter: ab dem 3. Lebensjahr

Höchsteintrittsalter: 15 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 3 oder 5% p.a. Der Versicherer kann die Dynamik mit 3-Monats-Frist zum Ablauf des Versicherungsjahres einseitig für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen)

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 Erwachsenentarif: 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: 01.2015

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

Mindesteintrittsalter: ab dem 6. Lebensmonat

Höchsteintrittsalter: 15 Jahre

• Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder mit garantierter Beitragsrückerstattung / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015

Mindesteintrittsalter: ab dem 6. Lebensmonat

Höchsteintrittsalter: 15 Jahre

• Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015

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

Mindesteintrittsalter: 16 Jahre

Höchsteintrittsalter: 65 Jahre

• Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene mit garantierter Beitragsrückerstattung / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015

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

Mindesteintrittsalter: 16 Jahre

Höchsteintrittsalter: 65 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 3 oder 5% p.a. Der Versicherer kann die Dynamik mit 3-Monats-Frist zum Ablauf des Versicherungsjahres einseitig für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen)

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als UNFALLVERSICHERUNG



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)

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

Anwartschaftsdynamik: optional (keine oder 5% p.a.)

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

DBV

• Tarif: Kinderschutzpaket / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015

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

Mindesteintrittsalter: ab dem 3. Lebenstag

Höchstesintrittsalter: 15 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 3 oder 5% p.a. Der Versicherer kann die Dynamik mit 3-Monats-Frist zum Ablauf des Versicherungsjahres einseitig für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen)

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 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: 01.2015

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 Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015

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

Mindesteintrittsalter: 16 Jahr

Höchstesintrittsalter: 65 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 3 oder 5% p.a. Der Versicherer kann die Dynamik mit 3-Monats-Frist zum Ablauf des Versicherungsjahres einseitig für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen)

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 (siehe Kinderschutzpaket)

Bemerkung: in der Variante mit garantierter Beitragsrückzahlung Rückzahlungsanspruch im Todesfall oder zum vereinbarten Ablauftermin, unabhängig vom Bezug etwaiger Leistungen aus der Existenzschutzversicherung

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

Anwartschaftsdynamik: optional (keine oder 3% p.a.)

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja (mit Einschränkungen)

Innovationsklausel: ja

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als UNFALLVERSICHERUNG



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

Höchsteintrittsalter: 59 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 3 oder 5% p.a.)

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

Höchsteintrittsalter: 59 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 3 oder 5% p.a.)

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

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

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 1 Jahr

Höchsteintrittsalter: 17 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 3 oder 5% p.a.)

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

Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 3 oder 5% p.a.)

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: 04.2015*

• *Tarif: Golden IV Exklusiv für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2015*

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchsteintrittsalter: 57 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine oder 3% p.a. Der Versicherer kann die Dynamik mit 3-Monats-Frist zum Ablauf des Versicherungsjahres einseitig für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen)

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

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als UNFALLVERSICHERUNG



DIE BAYERISCHE

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

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchstesintrittsalter: 60 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 3 oder 5% p.a. Der Versicherer kann die Dynamik mit 3-Monats-Frist zum Ablauf des Versicherungsjahres einseitig für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen)

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 Exklusiv mit Malteser-Soforthilfe für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 04.2015**

- **Tarif: Golden IV Exklusiv für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 04.2015**

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 1 Jahr

Höchstesintrittsalter: 10 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine oder 3% p.a. Der Versicherer kann die Dynamik mit 3-Monats-Frist zum Ablauf des Versicherungsjahres einseitig für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen)

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

- **Tarif: Golden IV Klassik für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2015**

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchstesintrittsalter: 57 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine oder 3% p.a. Der Versicherer kann die Dynamik mit 3-Monats-Frist zum Ablauf des Versicherungsjahres einseitig für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen)

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

- **Tarif: Golden IV Klassik für Kinder ab dem vollendeten 10. Lebensjahr / Aktueller Bedingungsstand: 04.2015**

- **Tarif: Golden IV Exklusiv für Kinder ab dem vollendeten 10. Lebensjahr / Aktueller Bedingungsstand: 04.2015**

- **Tarif: Golden IV Exklusiv mit Malteser-Soforthilfe für Kinder ab dem vollendeten 10. Lebensjahr / Aktueller Bedingungsstand: 04.2015**

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: vollendetes 10. Lebensjahr

Höchstesintrittsalter: vollendetes 18. Lebensjahr

Anwartschaftsdynamik: optional (keine oder 3% p.a. Der Versicherer kann die Dynamik mit 3-Monats-Frist zum Ablauf des Versicherungsjahres einseitig für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen)

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: 10.2014**

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja

Mindesteintrittsalter: 18 Jahre

Höchstesintrittsalter: 60 Jahre

Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 1,5%, 2,5% oder 3,5% p.a. Der Versicherer kann die Dynamik mit 3-Monats-Frist zum Ablauf des Versicherungsjahres einseitig für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen)

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

Bemerkungen: kommt es nach einem Leistungsfall zu einer Einstellung der Rentenleistung, so muss der Versicherungsschutz innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Rentenzahlung reaktiviert werden, sofern nicht bereits der Versicherer nach Ziffer 10.2 der Bedingungen von seinem jährlichen Kündigungsrecht Gebrauch gemacht hat.

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als LEBENSVERSICHERUNG



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)
Höchstesintrittsalter: 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)
Anwartschaftsdynamik: nein
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 Insolvenzschutz: nein



Allianz

- **Tarif:** KörperSchutzPolice E230 / Aktueller Bedingungsstand: 01.2013

Anwartschaftsdynamik: optional (keine oder 3% p.a.)
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja (Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit)
Mindesteintrittsalter: 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person)
Höchstesintrittsalter: 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 Monatsrenten)
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 Insolvenzschutz: ja (Protector Lebensversicherungs-AG)

Volkswahl Bund

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

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja (Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit)
Mindesteintrittsalter: 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person)
Höchstesintrittsalter: 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 Jahre. Dabei darf die Gesamthöhe aller Invaliditätsabsicherungen beim Volkswahl Bund und dessen Wettbewerbern das Nettoeinkommen bzw. die 1.500 Euro-Grenze nicht überschreiten)
Anwartschaftsdynamik: optional (keine oder gemäß Verbraucherpreisindex, min. um 2,5% p.a.)
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 Insolvenzschutz: ja (Protector Lebensversicherungs-AG)



Nürnberger

- **Tarif:** NÜRNBERGER HandwerkerSchutz (Baustein 1: Grundunfähigkeitsversicherung, Baustein 2: KrankheitsSchutz sowie Baustein 3: UnfallSchutz – Unfall-Berufsunfähigkeitsrente) / Aktueller Bedingungsstand: 01.2015

Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: Beitragsbefreiung nur der monatlichen Renten bei definierter Grundunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder unfallbedingter Berufsunfähigkeit, nicht bei Dread Disease. Ist eine Dread Disease der einzige Leistungsauslöser, so erlischt danach der entsprechende Versicherungsschutz für den SchnellHilfe-Baustein
Mindesteintrittsalter: 15 Jahre
Höchstesintrittsalter: 67 Jahre (in manchen Berufen abweichend 62 Jahre)
versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung: zwischen 50 und 5.000 Euro monatlich für die Kombination aus Grundfähigkeits- und Unfall-BU-Rente (je nach Alter abweichende Mindestwerte in 1-Euro-Schritten). Leistung bei Schwerer Krankheit wahlweise bis 5.000 Euro, bis 15.000 Euro oder bis 30.000 Euro
Anwartschaftsdynamik: optional (keine, 5% oder 3 bis 10% p.a. Die NÜRNBERGER Selbstständige Grundunfähigkeitsrente und die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UR) werden erhöht, bis insgesamt 30.000 EUR Jahresrente erreicht oder erstmals überschritten werden. Sobald dies erfolgt ist, finden für den gesamten Vertrag keine Erhöhungen mehr statt. Die Versicherungssumme der SchnellHilfe-Zusatzversicherung wird erhöht, bis 30.000,00 EUR erreicht oder erstmals überschritten werden. Eine Dynamik kann nicht abgeschlossen werden, wenn die versicherte Grundfähigkeitsrente 2.500 Euro oder höher ist)
lebenslange Krebsrente: nein (Einmalleistung zwischen 5.000 und 30.000 Euro)
Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

Rating Stationäre Krankenzusatztarife



- 1- und 2-Bettzimmertarife
- 2-Bettzimmertarife

Basis:	Tarife im Test: 102 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife Anbieter im Test: 40
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	07.06.2015

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 Einschlüsse 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:

Beitragsveränderungen der Tarifkombinationen SE 1 + SEK bzw. SE 2 + SEK

Beispiel für einen 43-jährigen Mann								
Tarifkombination	01.01.2004	01.01.2005	01.01.2006	01.01.2007	01.01.2008	01.01.2009	01.01.2010	Vergleich 2004 zu 2010
SE 1 + SEK	66,52	61,31	58,34	58,34	57,50	57,50	57,50	-13,56
SE 2 + SEK	59,57	53,40	50,87	50,87	50,03	50,03	50,03	-16,01
Beispiel für eine 43-jährige Frau								
Tarifkombination	01.01.2004	01.01.2005	01.01.2006	01.01.2007	01.01.2008	01.01.2009	01.01.2010	Vergleich 2004 zu 2010
SE 1 + SEK	64,60	58,47	54,43	54,43	54,08	54,08	57,78	-10,56
SE 2 + SEK	56,53	49,74	46,66	46,66	46,04	46,04	48,20	-14,74

Kritiker von Tarifen ohne Alterungsrückstellungen verweisen auf die gerade in hohem Alter „stark erhöhten“ Prämien im Vergleich zu Tarifen mit herkömmlicher Tarifkalkulation 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 Bedingungswerk 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 ZS-

WR-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 Nach-

untersuchungen 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-Bettzimmertarife
25 bis 55 Jahre (ohne Klinik-Tarife)
54,60 €

2-Bettzimmertarife
25 bis 55 Jahre (ohne Klinik-Tarife)
40,14 €

Eine Reihe von Versicherern 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
- Prämienniveau 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 01.2015)	Allianz (Tarif: Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Plus, Stand 01.2013) Die Bayerische (Tarif: V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.2013)* Hallesche (Tarif: CSAW.2, Stand 05.2015)
	Axa (Tarif: Komfort Start-U, Stand 04.2014)** Axa (Tarif: Komfort-U, Stand 04.2014) Continentale (Tarif: SG1, Stand 01.2013) die Bayerische (Tarif: V.I.P. stationär Prestige, Stand 01.01.2013)* Hallesche (Tarif: Tarif: CSAW.1, Stand 05.2015)	Alte Oldenburger (Tarif: K 50, Stand 01.2013) Arag (Tarif: 262, Stand 01.2013) BBKK (Tarif: KlinikPRIVAT/2, Stand 01.2013) Continentale (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 01.2015)
	BBKK (Tarif: KlinikPRIVAT/1, Stand 01.2013) CSS (Tarif: komfort premium, Stand 01.2013)* Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 01.2013)*	Signal Iduna Signal Iduna (Tarif: KlinikTOP, Stand 01.2013) Signal Iduna (Tarif: KlinikTOPpur, Stand 10.2013)

Einzelrating Prämienniveau 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 01.2013)* 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)* LKH (Tarif: S400E, Stand 03.2013) 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)	Concordia (Tarif: SZ 2, Stand 01.2013) Die Bayerische (Tarif: V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.2013)* uniVersa (Tarif: uni-SZ II, Stand 01.2015)
	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 01.2013)* Hallesche (Tarif: CSAW.1, Stand 05.2015) 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 01.2013)* Inter (Tarif: INTER QualiMed Z® Stationär Tarif S1, Stand 01.2013)*
	nicht vergeben	nicht vergeben
	Concordia (Tarif: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2013)	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 Allianz (Tarif: Ambulante OP Krankenhaus + Krankenhaus Plus). Die letzte Beitragsanpassung erfolgt zu 01.2015. Das Bedingungsmerk trägt den Stand 01.2013. Damit wird als Stand 01.2015 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: 1.156 Tarife (allgemein)
256 Tarife (Heilberufe)
Anbieter im Test: 97 für alle Berufe bzw.
26 für Angehörige von Heilberufen

Wertung:

Gold, Silber, Bronze

Stand:

19.06.2015

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 Freizeitunfällen, 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 abweicht (aktuell ist der Stand 09.03.2015).
- 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 tat-

sächliche 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 / Zeckenenzephalitis
- 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

- 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 Sonderarife 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 getroffen werden. Für den einzelnen 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 Senioritarifen.

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



- **Adcuri** (Barmeria-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015)
- **Barmeria** (Barmeria-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015)
- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2014, Stand 01/2015: 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 Versich.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)



- **Adcuri** (Barmeria-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015)
- **Barmeria** (Barmeria-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015)
- **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 01.08.2014, Bes. Bed. für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS)
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)



- **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 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 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2014, Stand 01/2015: 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 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.08.2014: 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 2014, Stand 01/2015: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket) 04.2015)
- **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)



- **Adcuri** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015)
- **Barmenia** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015)
- **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 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 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 / Top und mit / ohne Zusatzpaket Plus und mit / ohne Zusatzpaket Medic)
- **Swiss Life Partner** (AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75% Invalidität)
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)



- **Interloyd** (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 2014, Stand 01/2015: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfe-Paket) 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 ohne 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 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: 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 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)

Unfallrententarie 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 2014, Stand 01/2015: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz mit und ohne Hilfspaket)
- **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)



- **Adcuri** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015)
- **Barmenia** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015)
- **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)
- **Swiss Life Partner** (AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit voller Leistung ab 75% Invalidität)
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)

Kinder ab 14 Jahre

Tarife für Kinder ab 14 Jahren ohne Progression



- **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 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)



- **Haftpflichtkasse Darmstadt** (AUB 2014, Stand 01/2015: 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)
- **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 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität)

Unfallrententarife 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



- **Adcuri** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- **Barmenia** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- **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)



- **Adcuri** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- **Barmenia** (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- **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 04.2015) für Kunden bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- **VHV** (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)

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



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 01.04.2015: Top-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- Adcuri (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- 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 01.04.2015: Top-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- 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
- Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS: Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS: Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- VHV (Klassik-Garant, Stand 04.2010): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 04.2010): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren



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

- Adcuri (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz, Stand 01.04.2015: Top-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- Adcuri (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- Adcuri (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz, Stand 01.04.2015: Top-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015) Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- Adcuri (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015) Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- 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 01.04.2015: Top-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit Standardgliedertaxe, Stand 04.2015) Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz, Stand 01.04.2015: Top-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015) Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres
- Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.04.2015: Premium-Schutz mit individueller Gliedertaxe in maximaler Ausprägung, Stand 04.2015) Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene bis vor Vollendung des 67. Lebensjahres

Empfehlenswerte Tarife in der Übersicht

- 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 2014, Stand 01/2015: Unfallversicherung VARIO – Leistungsschutz Vollschutz): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2014, Stand 01/2015: 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
- 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: 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: 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: 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: Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- Interloyd (Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013); Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“, Stand 12.2012): Kinder bis 10 Jahre, Kinder ab 14 Jahre, Erwachsene bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres
- InterRisk (InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren, Heilberufe
- InterRisk (InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013) : 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 und PlusProgression 500%): 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 PlusTaxe, Stand 07.2013 und PlusProgression 500%): 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 und ohne PlusProgression 500%): 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 PlusTaxe, Stand 07.2013 und ohne PlusProgression 500%): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013) mit Basisprogression) : Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe, Senioren
- InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit MaxiTaxe, Stand 07.2013) ohne Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Heilberufe, Senioren
- InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013) mit Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit PlusTaxe, Stand 07.2013) ohne Basisprogression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene, Senioren
- InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit HeilberufeTaxe, Stand 07.2013) mit Basisprogression): Heilberufe
- InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 07.2013; (B 18): XXL, Stand 07.2013 mit HeilberufeTaxe, Stand 07.2013) ohne Basisprogression): Heilberufe
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Top): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Top und Zusatzpaket Plus): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Sinne): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Sinne und Zusatzpaket Plus): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Hand): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Hand mit Zusatzpaket Plus): 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): 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 mit Zusatzpaket Plus): 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): 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 mit Zusatzpaket Plus): 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): 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 mit Zusatzpaket Plus): 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): 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): 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): 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 mit Zusatzpaket Plus): 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): Heilberufe
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Medic und Zusatzpaket Plus): Heilberufe
- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Top 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 Top, 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 Sinne und Zusatzpaket Medic): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene

Empfehlenswerte Tarife in der Übersicht

- Janitos (VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN JANITOS UNFALLVERSICHERUNG BALANCE, Stand 04.2013 (Bedingungs-Nummer: 070245) mit Gliedertaxe Sinne, 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 Hand 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 Hand, 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 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 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 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.08.2014: 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 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: 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 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: PRIMUS PLUS mit Standard-Progression): Kinder bis 14 Jahren, Kinder ab 14 Jahren, Erwachsene
- Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.08.2014: 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 01.08.2014, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.08.2014: 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: 323 Anbieter im Test: 30
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	16.06.2015

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 01.2015				
Pflegestufe	I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	II (Schwerpflegebedürftigkeit)	III (Schwerstpflegebedürftigkeit) ¹	Härtefall
Pflegegeld monatlich (§ 37 SGB XI) (z.B. bei Pflege durch Angehörige)	244 €	458 €	728 €	
Pflegesachleistung maximal monatlich (§ 36 SGB XI) (häusliche Pflegehilfe)	468 €	1.144 €	1.612 €	1.995 €
Ersatzpflege maximal jährlich (§ 39 SGB XI)	1.612 €	1.612 €	1.612 €	
Kurzzeitpflege maximal jährlich (§ 42 SGB XI)	1.612 €	1.612 €	1.612 €	
teilstationäre Pflege maximal monatlich (§ 41 SGB XI)	468 €	1.144 €	1.612 €	

Gesetzliche Leistungen bei stationärer Pflege				
(§ 43 SGB XI)	1.064 €	1.330 €	1.612 €	1.995 €

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 2.1) aus dem Hause Volkswahl 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 Maximal 3% aller Pflegebedürftigen der Pflegestufe III dürfen diese Leistung erhalten. Sie kann z.B. im Endstadium von Krebserkrankungen 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.

Ab 2017 plant die Bundesregierung eine Reform der Pflegeversicherung. Unter anderem soll es dann fünf statt bisher nur drei Pflegestufen geben. Insbesondere Demenzkranke sollen von den geplanten Änderungen profitieren. Darüber hinaus sind jedoch sowohl Gewinner als auch Verlierer in allen Pflegestufen zu erwarten. Wer bereits eine Pflegestufe hat, hat nichts zu befürchten. Das Gesetz soll allein jene betreffen, die erstmals eine Pflegeeinstufung erhalten.

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 Premium, Pflege Premium Plus, Pflege Flex), 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 Antragssteller 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), Domcura (Pflege Flex), 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, wobei entsprechende Tarife der Domcura jedoch bereits seit 2012 nicht mehr verkaufsoffen sind.

Ratingsystematik

Für die Kategorie Pflegeitagegeldversicherung werden drei Kategorien unterschieden: 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 **Bronze** gelten folgende Mindestanforderungen:

- Einstufung des Pflegefalls analog zur sozialen 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 Pflegeitagegeldes bzw. des Pflegegeldes vor und auch noch nach Eintritt des Leistungsfalles bereits ab Pflegestufe I möglich (mindestens bis auf 150 Euro pro Tag in der Pflegestufe III)
- Beitragsbefreiung bei bedingungsge-
mäßiger 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
- Leistungen bei Demenz mindestens mittleren Grades in der Pflegestufe 0 in Höhe von mindestens 200 Euro monatlich.²

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 bedingungsge-
mäßiger 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 Tarifrifektüre 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

Info

Analysiert wurden Pflegeitagegeld- und Pflegegeldtarife, die ergänzend zu einer gesetzlichen oder privaten Krankenvollversicherung abschließbar sind.

² 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 wenigen hundert Euro zwangsweise nur einen Tropfen auf den heißen Stein bedeuten. Da derzeit (Stand 06.2015) 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 Pflege- und Pflegegeldversicherung zur privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung Pflege flex, Stand 10.2013)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflege- und Pflegegeld 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 Pflege- und Pflegegeld (= 600 Euro / Monat)

Maximal versicherbares Pflege- und Pflegegeld: in Pflegestufe I, II und III bis 100 Euro Pflege- und Pflegegeld / Monat (= 3.000 Euro monatlich)

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold:

Eintrittsalter 0 Jahre:	9,82 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	9,82 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:	k.A.

Arag

• (Teil I: MB/EPV 2009; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung Unisex. Tarif P1: Pflege- und Pflegegeld-Versicherung: ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif P1 - IndividualPflege P1, Stand 01.2015)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: Pflege- und Pflegegeld 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 Pflege- und Pflegegeld (= 3.000 Euro monatlich)

Maximal versicherbares Pflege- und Pflegegeld: in Pflegestufe I bis III jeweils max. 150 Euro Pflege- und Pflegegeld (= 4.500 Euro monatlich)

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold

Eintrittsalter 0 Jahre:	9,45 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	9,45 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	25,15 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	43,80 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	74,15 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	120,45 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	201,55 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	kein Angebot möglich

• (Teil I: MB/EPV 2009; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung Unisex. Tarif P2 fest: Pflege- und Pflegegeld-Versicherung: ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif P2 fest - IndividualPflege P2 fest, Stand 01.2015)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: Pflege- und Pflegegeld von min. 145 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 100 Euro monatliches Pflege- und Pflegegeld (= 3.000 Euro monatlich)

Maximal versicherbares Pflege- und Pflegegeld: in Pflegestufe III jeweils max. 150 Euro Pflege- und Pflegegeld (= 4.500 Euro monatlich)

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold

Eintrittsalter 0 Jahre:	15,95 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	15,95 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	43,50 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	75,40 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	126,15 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	207,35 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	346,55 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))

Voraussetzungen für die Bewertung mit Gold: monatliches Pflege- und 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

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



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

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 Flex inklusive Domcura Assistance Flex)

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: Pflegetagegeld 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 Pflegetagegeld: 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 ausbezahlt 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

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



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 Assistenzleistungen 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 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)

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Gold:

Eintrittsalter 0 Jahre:	9,82 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	9,82 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	36,38 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

* Abschluss nur im Rahmen der Kindernachversicherung, zusammen mit mindestens einem Elternteil oder mit einem ergänzenden Zahnzusatz- bzw. stationären Tarif möglich.

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

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

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Allianz

- (Teil A - Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung 1. Allgemeine Regelungen zum Baustein, Stand 01.2015; Teil A - Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung 2. Tarifbedingungen - Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03), Stand 01.2015: Pflegetagegeld-Zusatzversicherung)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: Pflegetagegeld von min. 65 Euro in der Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 30% der Leistungen der Pflegestufe III

Maximal versicherbares Pflegegeld: 150 Euro pro Tag in der Pflegestufe III

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Silber:

Eintrittsalter 0 Jahre:	5,75 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	5,75 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	5,75 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	24,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	37,20 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	58,50 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	96,50 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	kein Angebot vorhanden

- (Teil A - Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung 1. Allgemeine Regelungen zum Baustein, Stand 01.2015; Teil A - Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung 2. Tarifbedingungen - Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03), Stand 01.2015; Teil A - Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung 2. Tarifbedingungen - Tarif Pflegetagegeld Erhöhung ambulant (PZTA03), Stand 01.2015: PflegetagegeldBest)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: Pflegetagegeld von min. 65 Euro in der Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 30% der Leistungen der Pflegestufe III

Maximal versicherbares Pflegegeld: 150 Euro pro Tag in der Pflegestufe III

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Silber:

Eintrittsalter 0 Jahre:	9,95 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	9,95 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	9,95 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	36,70 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	57,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	89,55 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	147,45 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	kein Angebot vorhanden

- (Teil A - Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung 1. Allgemeine Regelungen zum Baustein, Stand 01.2015; Teil A - Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung 2. Tarifbedingungen - Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03), Stand 01.2015; Teil A - Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung 2. Tarifbedingungen - Tarif Pflege Einmalzahlung (PZTE03), Stand 01.2015: Pflegetagegeld-Zusatzversicherung mit Einmalzahlung)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: Pflegetagegeld von min. 65 Euro in der Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 30% der Leistungen der Pflegestufe III

Maximal versicherbares Pflegegeld: 150 Euro pro Tag in der Pflegestufe III

- (Teil A - Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung 1. Allgemeine Regelungen zum Baustein, Stand 01.2015; Teil A - Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung 2. Tarifbedingungen - Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03), Stand 01.2015; Teil A - Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung 2. Tarifbedingungen - Tarif Pflege Erhöhung ambulant (PZTA03), Stand 01.2015; Teil A - Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung 2. Tarifbedingungen - Tarif Pflege Einmalzahlung (PZTE03), Stand 01.2015: PflegetagegeldBest mit Einmalzahlung)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: Pflegetagegeld von min. 65 Euro in der Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 30% der Leistungen der Pflegestufe III

Maximal versicherbares Pflegegeld: 150 Euro pro Tag in der Pflegestufe III

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)

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



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:	6,58 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,58 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:	k.A.

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 01.2015)

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 Pflegetagegeld (= 4.500 Euro monatlich)

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Silber:

Eintrittsalter 0 Jahre:	6,30 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,30 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	16,80 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	29,40 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	49,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	80,50 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	134,40 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 01.2015)

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:	6,60 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,60 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	18,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	31,20 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	52,20 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	85,80 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	143,40 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	kein Angebot möglich

• (Teil I: MB/EPV 2009; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung Unisex. Tarif P1: Pflegetagegeld-Versicherung: ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif P1 - IndividualPflege P1, Stand 01.2015)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: Pflegetagegeld 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:	6,10 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,10 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	16,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	27,80 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	47,00 EUR monatlich

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Eintrittsalter 50 Jahre:	76,25 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	127,65 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	kein Angebot möglich

Concordia

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegetagegeldversicherung. Gültig für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012. Teil I. Allgemeine Bestimmungen 2013 (MB/EPV 2013), Stand 01.2013. Tarife PT0 / PT1/PT2/PT3. Pflegetagegeld für die Pflegestufen 0, I, II und III. Geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012. Teil I Tarife, Stand 01.2013: PT0, PT1, PT2 und PT3)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: Pflegetagegeld 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: max. 100 Euro pro Tag

Maximal versicherbares Pflegegeld: max. 150 Euro pro Tag in den Pflegestufen I, II und III

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Silber

Eintrittsalter 0 Jahre:	8,40 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	8,40 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	18,45 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	40,50 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	72,70 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	123,00 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	202,40 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	350,95 EUR monatlich

Continentale

• (RB/PG 2014 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung der Continente Krankenversicherung a.G. 2014 (RB/PG 2014) Stand: 01.09.2014; Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen: Tarif PG. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach dem Tarif PG, Stand 01.09.2014; Anhang zu den RB/PG 2014 Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Stand: 01.09.2014: Tarifstufe PG-K)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: Pflegetagegeld von min. 60 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 30% von maximal 150 Euro Pflegetagegeld (= 1.350 Euro monatlich)

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe III jeweils max. 150 Euro Pflegetagegeld (= 4.500 Euro monatlich)

Hinweis: eine Dynamik ist nur solange möglich, wie die versicherte Person im Jahr der Erhöhung das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Beitragsbeispiele bezogen auf die beschriebenen Mindestanforderungen für Silber:

Eintrittsalter 0 Jahre:	6,12 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,12 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	6,12 EUR monatlich
Eintrittsalter 30 Jahre:	30,90 EUR monatlich
Eintrittsalter 40 Jahre:	47,58 EUR monatlich
Eintrittsalter 50 Jahre:	73,86 EUR monatlich
Eintrittsalter 60 Jahre:	119,22 EUR monatlich
Eintrittsalter 70 Jahre:	207,48 EUR monatlich

Continentale

• (RB/PG 2014 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung der Continente Krankenversicherung a.G. 2014 (RB/PG 2014) Stand: 01.09.2014; Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen: Tarif PG. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach dem Tarif PG, Stand 01.09.2014; Anhang zu den RB/PG 2014 Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Stand: 01.09.2014: Tarifstufe PG-K-plus)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Silber: Pflegetagegeld von min. 15 Euro in der Pflegestufe 0, 20 Euro in der Pflegestufe I, 35 Euro in der Pflegestufe II sowie 50 Euro in der Pflegestufe III

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 100% von maximal 150 Euro Pflegetagegeld (= 4.500 Euro monatlich)

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe III jeweils max. 150 Euro Pflegetagegeld (= 4.500 Euro monatlich)

Hinweis: eine Dynamik ist nur solange möglich, wie die versicherte Person im Jahr der Erhöhung das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



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 Flex inklusive Domcura Assistance 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)

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 ausbezahlt 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
-------------------------	---------------------

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



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)

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“

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



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 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 Silber:

Eintrittsalter 0 Jahre:	6,58 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,58 EUR monatlich
Eintrittsalter 20 Jahre:	23,14 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

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 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:	6,05 EUR monatlich
Eintrittsalter 10 Jahre:	6,05 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: Pflegetagegeld-Versicherung: ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif P1 fest - IndividualPflege P1 fest, Stand 01.2015)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: Pflegetagegeld von min. 70 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 100 Euro monatliches Pflegetagegeld.

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis III jeweils max. 150 Euro Pflegetagegeld

• (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 01.2015)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: Pflegetagegeld von min. 60 Euro

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 100 Euro monatliches Pflegetagegeld.

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis III jeweils max. 150 Euro Pflegetagegeld

• (Teil I: MB/EPV 2009; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung Unisex. Tarif PI: Pflegetagegeld-Versicherung: ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif PI - IndividualPflege PI, Stand 01.2015)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: Pflegetagegeld 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 Pflegetagegeld.

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis III jeweils max. 150 Euro Pflegetagegeld

Concordia

• (Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegetagegeldversicherung. Gültig für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012. Teil I. Allgemeine Bestimmungen 2013 (MB/EPV 2013), Stand 01.2013. Tarife PT0 / PT1/PT2/PT3. Pflegetagegeld für die Pflegestufen 0, I, II und III. Geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012. Teil I Tarife, Stand 01.2013: PT1, PT2 und PT3)

Voraussetzungen für die Bewertung mit Bronze: Pflegetagegeld 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: max. 100 Euro pro Tag

Maximal versicherbares Pflegegeld: max. 150 Euro pro Tag in den Pflegestufen I, II und III

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!

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



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 Flex inklusive Domcura Assistance 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 DeutschlandAssistance 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

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



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 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

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



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

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: 34
Anbieter im Test: 32

Wertung: Gold, Silber, Bronze

Stand: 06.06.2015

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.

Der Einführung staatlich geförderter Pflegezusatztarife ist es maßgeblich zu verdanken, dass sich allmählich ein wenig Bewusstsein für die derzeit vorhandene Versorgungslücke im Pflegefall bildet. Einigen Medienberichten zufolge habe als Folge auch die Zahl von Neuabschlüssen ungeförderter Pflegezusatzversicherungen maßgeblich zugenommen.

Eine ergänzende, ungeförderter 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.

Gesetzliche Leistungen bei häuslicher Pflege, Stand 01.2015				
Pflegestufe	I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	II (Schwerpflegebedürftigkeit)	III (Schwerstpflegebedürftigkeit) ¹	Härtefall
Pflegegeld monatlich (§ 37 SGB XI) (z.B. bei Pflege durch Angehörige)	244 €	458 €	728 €	
Pflegesachleistung maximal monatlich (§ 36 SGB XI) (häusliche Pflegehilfe)	468 €	1.144 €	1.612 €	1.995 €
Ersatzpflege maximal jährlich (§ 39 SGB XI)	1.612 €	1.612 €	1.612 €	
Kurzzeitpflege maximal jährlich (§ 42 SGB XI)	1.612 €	1.612 €	1.612 €	
teilstationäre Pflege maximal monatlich (§ 41 SGB XI)	468 €	1.144 €	1.612 €	

Gesetzliche Leistungen bei stationärer Pflege				
(§ 43 SGB XI)	1.064 €	1.330 €	1.612 €	1.995 €

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 Volkswahl 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 Maximal 3% aller Pflegebedürftigen der Pflegestufe III dürfen diese Leistung erhalten. Sie kann z.B. im Endstadium von Krebserkrankungen erbracht werden.

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 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 Pflegemonatsgeld 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, einen Pflegebahrtarif abgeschlossen haben und bei Vertragsabschluss weder pflegebedürftig sind oder bereits pflegebedürftig waren.

Alle Pflegebahrtarife leisten grundsätzlich unabhängig von der Art der Pflege, also sowohl bei Laienpflege als auch bei professioneller Pflege. Eine entsprechende Klarstellung sieht jedoch nur ein Teil der Tarife vor.

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 -auschlüsse 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. Einige Versicherer verzichten auf die vereinbarte Wartezeit, wenn zeitgleich ein nicht staatlich geförderter, sogenannter „Huckepacktarif“, dazu abgeschlossen wird.

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 Pflegemonatsgeldes 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

Rating

- 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 gün-

stiges 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 Verbraucherpreisindexes 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 Pflegetagelgeld- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **ARAG** (Teil I: MB/GEVP 2013; Teil II: Tarifbedingungen; Teil III: Tarifbeschreibung: staatliche geförderte ergänzende Pflegeversicherung nach Tarif PF - Förderpflege PF, Stand 01.2015)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	195,66 €	391,32 €	586,98 €	1.956,60 €	15,00 €
Eintrittsalter 40 Jahre	86,55 €	173,10 €	259,65 €	865,50 €	15,00 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	120,00 €	180,00 €	600,00 €	25,60 €

*Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.*

- **BARMENIA** (Pflegemonatsgeldversicherung (DFPV): „Förder-Pflege“, Stand 01.2015)

	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 €	1.388,88 €	15,00 €
Eintrittsalter 40 Jahre	60,73 €	182,18 €	364,37 €	920,24 €	15,00 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	180,00 €	360,00 €	600,00 €	36,24 €

*Dynamik: Alle drei Jahre um 10%, max. in Höhe der allgemeinen Inflationsrate
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.*

- **Central** (Allgemeine Versicherungsbedingungen (MB/GEVP 2013, TB/GEVP 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/GEVP 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/GEVP), 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.*



**WFS 1 (Gold) für die geförderte
Pflegetagelgeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

• **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)**

- **Allianz** (Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung. Teil 1 – Musterbedingungen 2013 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2013) §§ 1-26 B 3 51 308. Teil 2 – Tarif mit Tarifbedingungen Tarif PflegeBahr (PZT G02) B 3 51 409)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	138,00 €	414,00 €	828,00 €	1.380,00 €	15,87 €

*Dynamik: Alle 3 Jahre in Höhe der allgemeinen Inflationsrate (max.5%), höchstens bis vor Vollendung des 69. Lebensjahres
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: Alle drei Jahre in Höhe der allgemeinen Inflationsrate. 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 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 €

*Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 40 und 60 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 3 (Bronze) für die geförderte
Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung
(Pflege-Bahr)**

- **Allianz** (Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung. Teil 1 – Musterbedingungen 2013 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2013) §§ 1-26 B 3 51 308. Teil 2 – Tarif mit Tarifbedingungen Tarif PflegeBahr (PZT G02) B 3 51 409)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III*	Beitragshöhe
Eintrittsalter 40 Jahre	63,00 €	189,00 €	378,00 €	630,00 €	16,09 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	180,00 €	360,00 €	600,00 €	36,94 €

*Dynamik: Alle 3 Jahre in Höhe der allgemeinen Inflationsrate (max.5%), höchstens bis vor Vollendung des 69. Lebensjahres.
Bewertung für die Eintrittsalter 40 und 60 Jahre.*

- **DKV** (Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Muster- und Tarifbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV 2013), Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP Pflegemonatsgeldversicherung. Ergänzung zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung (PPV/SPV), Stand 04.2015)

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III*	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	151,53 €	303,06 €	454,59 €	1.515,30 €	16,16 €
Eintrittsalter 40 Jahre	60,00 €	120,00 €	180,00 €	600,00 €	15,94 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	120,00 €	180,00 €	600,00 €	36,88 €

*Dynamik: nein, allerdings besteht nach Ablauf von 15 Versicherungsjahren ein Anspruch auf ein erhöhtes Pflegemonatsgeld (Pflegebonus).
Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.*

- **R+V** (AVB/GEPV 2013: R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB))

	Leistung in Pflegestufe 0	Leistung in Pflegestufe I	Leistung in Pflegestufe II	Leistung in Pflegestufe III*	Beitragshöhe
Eintrittsalter 40 Jahre	180,00 €	180,00 €	420,00 €	600,00 €	16,84 €
Eintrittsalter 60 Jahre	180,00 €	180,00 €	420,00 €	600,00 €	41,48 €

*Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).
Bewertung für die Eintrittsalter 40 und 60 Jahre.*

II. Preis-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 01.2015)
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)
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) für die geförderte Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **DEVK** (Kundeninformation zur DEVK-Förderpflege (Stand 01.04.2013). Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV), Teil I, II und III)
Bewertung für das Eintrittsalter 20 Jahre



WFS 2 (Bronze) für die geförderte Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- nicht vergeben

Rating Privathaftpflichtversicherungen



Privathaftpflichtversicherungen für Familien, Paare und Singles: Leistungsvergleich

Basis:	Tarife im Test: 865 Anbieter im Test: 97
Wertung:	Gold, Silber
Stand:	14.06.2015

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 abweicht
- 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 Einzelgebinde 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 mitversicherten 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 Versicherungsombudsmann 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

• (Partner (AHB 2010 SLP, Stand 01.06.2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Privat-Haftpflichtversicherung (BBR-PHV Prima Plus SLP 2012); Zusatzbedingungen für die Versicherung von Schadenersatz-Rechtsschutz als Ergänzung zur Ausfalldeckung im Rahmen der Privathaftpflichtversicherung; Sorglospaket Prima Plus: Prima Plus mit Sorglospaket und Ausfalldeckung Plus) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V), max. 8 Mio. Euro je geschädigter Person

Hinweis: diverse Querverweise in den Bedingungen zum Sorglospaket sind irreführend und bedürfen einer Korrektur! Aufgrund der in die Bedingungen inkludierten Leistungsübersicht und der Zwischenüberschriften in den eigentlichen Bedingungen lassen sich jedoch maßgebliche Missverständnisse zu Lasten der versicherten Kunden vermeiden.

VHV

• (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 07.2014) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V), max. 8 Mio. Euro je geschädigter Person
 • (VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv und Baustein Best-Leistungs-Garantie, Stand 07.2014) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V), max. 8 Mio. Euro je geschädigter Person

Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen



Adcuri

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand 01.11.2013; Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Top-Schutz“ für einen Single (AVB PHV Top-Schutz – Single), Stand 01.02.2015: Top-Schutz Single) mit 50 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand 01.11.2013; Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Top-Schutz“ für eine Familie (AVB PHV Top-Schutz – Familie), Stand 01.02.2015: Top-Schutz Familie) mit 10 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand 01.11.2013; Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Top-Schutz“ für eine Familie (AVB PHV Top-Schutz – Familie), Stand 01.02.2015: Top-Schutz Familie) mit 50 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand 01.11.2013; Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Premium-Schutz“ für einen Single (AVB PHV Premium-Schutz – Single), Stand 01.02.2015: Premium-Schutz Single) mit 10 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand 01.11.2013; Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Premium-Schutz“ für einen Single (AVB PHV Premium-Schutz – Single), Stand 01.02.2015: Premium-Schutz Single) mit 50 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand 01.11.2013; Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Premium-Schutz“ für eine Familie (AVB PHV Premium-Schutz – Familie), Stand 01.02.2015: Premium-Schutz Familie) mit 10 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Stand 01.11.2013; Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Premium-Schutz“ für eine Familie (AVB PHV Premium-Schutz – Familie), Stand 01.02.2015: Premium-Schutz Familie) mit 50 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

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

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Top-Schutz“ für einen Single (AVB PHV Top-Schutz – Single), Stand 01.02.2015: Top-Schutz Single) mit 10 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Top-Schutz“ für einen Single (AVB PHV Top-Schutz – Single), Stand 01.02.2015: Top-Schutz Single) mit 50 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, max. 15 Mio. Euro je geschädigter Person
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Top-Schutz“ für eine Familie (AVB PHV Top-Schutz – Familie), Stand 01.02.2015: Top-Schutz Familie) mit 10 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Top-Schutz“ für eine Familie (AVB PHV Top-Schutz – Familie), Stand 01.02.2015: Top-Schutz Familie) mit 50 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, max. 15 Mio. Euro je geschädigter Person
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Premium-Schutz“ für einen Single (AVB PHV Premium-Schutz – Single), Stand 01.02.2015: Premium-Schutz Single) mit 10 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Premium-Schutz“ für einen Single (AVB PHV Premium-Schutz – Single), Stand 01.02.2015: Premium-Schutz Single) mit 50 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, max. 15 Mio. Euro je geschädigter Person
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Premium-Schutz“ für eine Familie (AVB PHV Premium-Schutz – Familie), Stand 01.02.2015: Premium-Schutz Familie) mit 10 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Privathaftpflichtversicherung „Premium-Schutz“ für eine Familie (AVB PHV Premium-Schutz – Familie), Stand 01.02.2015: Premium-Schutz Familie) mit 50 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, max. 15 Mio. Euro je geschädigter Person

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

- (AHB, Stand 01.01.2008; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Privat-Haftpflichtversicherung Haftpflicht-Police OPTIMAL (BBR PHV 2015 Prestige), Stand 01.2015) mit 20 Mio. Euro Deckung, max. 10 Mio. Euro je geschädigter Person)

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

Concordia

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für Haftpflichtversicherung (AHB), Fassung Januar 2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflichtversicherung (BBR 9) für Privatpersonen, Lehrer, öffentlichen Dienst, Haus- und Grundbesitzer, private Tierhalter, Gewässerschäden, Halter von Wassersportfahrzeugen und Bauherren, Fassung Oktober 2014; Satzung der Concordia Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit (Fassung vom 17. Juli 2001): Sorglos) mit 10 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für Haftpflichtversicherung (AHB), Fassung Januar 2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflichtversicherung (BBR 9) für Privatpersonen, Lehrer, öffentlichen Dienst, Haus- und Grundbesitzer, private Tierhalter, Gewässerschäden, Halter von Wassersportfahrzeugen und Bauherren, Fassung Oktober 2014; Satzung der Concordia Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit (Fassung vom 17. Juli 2001): Sorglos mit Produktverbesserungsklausel) mit 10 Mio. Euro Deckung pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

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 01.01.2015; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflichtversicherung (BBR) für Privatpersonen PHV Einfach – Stand 01.07.2015; Zusatzbedingungen für die Versicherung von Schadenersatzrechtsschutz als Ergänzung zur Ausfalldeckung im Rahmen der Privat- und Tierhalter-Haftpflichtversicherung, Stand 01.07.2015: Produktlinie PHV Einfach Besser) mit 20 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V), max. 10 Mio. Euro je geschädigter Person
- (AHB, Stand 01.01.2015; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflichtversicherung (BBR) für Privatpersonen PHV Einfach – Stand 01.07.2015; Zusatzbedingungen für die Versicherung von Schadenersatzrechtsschutz als Ergänzung zur Ausfalldeckung im Rahmen der Privat- und Tierhalter-Haftpflichtversicherung, Stand 01.07.2015: Produktlinie PHV Einfach Besser Plus) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V), max. 10 Mio. Euro je geschädigter Person
- (AHB, Stand 01.01.2015; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflichtversicherung (BBR) für Privatpersonen PHV Einfach – Stand 01.07.2015; Zusatzbedingungen für die Versicherung von Schadenersatzrechtsschutz als Ergänzung zur Ausfalldeckung im Rahmen der Privat- und Tierhalter-Haftpflichtversicherung, Stand 01.07.2015: Produktlinie PHV Einfach Komplett) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V), max. 10 Mio. Euro je geschädigter Person
- (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)
Tarif zum 01.07.2015 geschlossen
- (AHB, Stand 01.01.2014, BBR PHV VARIO Komfort Plus, Stand 01.01.2015: 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)
Tarif zum 01.07.2015 geschlossen

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

Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen



- 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: 1.07.2012 (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)

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)

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)
- (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 2015, Stand 05.2015; PHV 2015, Stand 05.2015: allsafe Tarif select Z2) mit 10 und 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

maxPool

- (VARIO, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V)

NV-Versicherungen

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung AHB 2008, Stand 01.2008; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflicht-Versicherung für Privatpersonen BBR NV PrivatPremium - 10/2010, Stand 07.2012) mit 5 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung AHB 2008, Stand 01.2008; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflicht-Versicherung für Privatpersonen BBR NV PrivatPremium - 10/2010, Stand 07.2012) mit 10 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung AHB 2008, Stand 01.2008; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflicht-Versicherung für Privatpersonen BBR NV PrivatPremium - 10/2010, Stand 07.2012) mit 15 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.06.2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Privat-Haftpflichtversicherung (BBR-PHV Prima Plus SLP 2012); Zusatzbedingungen für die Versicherung von Schadenersatz-Rechtsschutz als Ergänzung zur Ausfalldeckung im Rahmen der Privathaftpflichtversicherung: Prima Plus) mit 20 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V), max. 8 Mio. Euro je geschädigter Person
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.06.2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Privat-Haftpflichtversicherung (BBR-PHV Prima Plus SLP 2012); Zusatzbedingungen für die Versicherung von Schadenersatz-Rechtsschutz als Ergänzung zur Ausfalldeckung im Rahmen der Privathaftpflichtversicherung: PRIMA PLUS mit Ausfalldeckung Plus) mit 20 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V), max. 8 Mio. Euro je geschädigter Person

Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen



- (AHB 2010 SLP, Stand 01.06.2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Privat-Haftpflichtversicherung (BBR-PHV Prima Plus SLP 2012); Zusatzbedingungen für die Versicherung von Schadenersatz-Rechtsschutz als Ergänzung zur Ausfalldeckung im Rahmen der Privathaftpflichtversicherung; Sorglospaket Prima Plus: PRIMA PLUS mit Sorglospaket) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckungssumme (P, S, V), max. 8 Mio. Euro je geschädigter Person

Hinweis: diverse Querverweise in den Bedingungen zum Sorglospaket sind irreführend und bedürfen einer Korrektur! Aufgrund der in die Bedingungen inkludierten Leistungsübersicht und der Zwischenüberschriften in den eigentlichen Bedingungen lassen sich jedoch maßgebliche Missverständnisse zu Lasten der versicherten Kunden vermeiden.

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 Einfach Besser, Stand 07.2015				92,82 Euro (ab EA 60: 52,36 Euro)		
	PHV Einfach Besser Plus, Stand 07.2015						102,34 Euro (ab EA 60: 59,50 Euro)
	PHV Einfach Komplett, Stand 07.2015						116,62 Euro (ab EA 60: 69,02 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 2015, Stand 05.2015; PHV 2015, Stand 05.2015: 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 Einschüsse 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 Singletarife 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 Einfach Besser, Stand 07.2015				66,64 Euro (ab EA 60: 52,36 Euro)		
	PHV Einfach Besser Plus, Stand 07.2015						73,78 Euro (ab EA 60: 59,50 Euro)
	PHV Einfach Komplett, Stand 07.2015						83,30 Euro (ab EA 60: 69,02 Euro)
InterRisk	XL, Stand 12.2013	71,40 Euro (53,55 Euro)	74,97 Euro (56,23 Euro)			78,54 Euro (58,91 Euro)	82,11 Euro (61,58 Euro)
	XXL, Stand 12.2013	85,68 Euro (64,26 Euro)	89,25 Euro (66,94 Euro)			92,82 Euro (69,62 Euro)	96,39 Euro (72,29 Euro)
Janitos	Best Selection 2010		99,72 Euro (74,79 Euro)		108,53 Euro (81,40 Euro)		
	Best Selection 2010 (55 plus)		70,60 Euro (52,96 Euro)		79,41 Euro (59,56 Euro)		
Konzept & Marketing	AT 2015 Stand 05.2015; PHV 2015. Stand 05.2015: allsafe Tarif select Z2		ab 66,99 Euro	ab 69,98 Euro			
VHV	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv						65,46 Euro
VHV	Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv und Baustein Best-Leistungs-Garantie						76,17 Euro

Hinweis: siehe Tabelle Familientarife.

Die Prämien beziehen sich ausschließlich auf Singles ohne Kinder. Bei Alleinerziehenden kann das Prämieniveau abweichen (siehe Tabelle S. 112).

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 Einfach Besser, Stand 07.2015				92,82 Euro (ab EA 60: 52,36 Euro)		
	PHV Einfach Besser Plus, Stand 07.2015						102,34 Euro (ab EA 60: 59,50 Euro)
	PHV Einfach Komplett, Stand 07.2015						116,62 Euro (ab EA 60: 69,02 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 2015, Stand 05.2015; PHV 2015. Stand 05.2015: 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: 405
Anbieter im Test: 65 Versicherer
bzw. Konzeptanbieter

Wertung:

Gold, Silber, Bronze

Stand:

08.06.2015

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, den Baupreisindex. Für 2015 lauten diese Werte 16,9 (gleitender Neuwertfaktor oder neu Anpassungsfaktor), 1310,3 (Baupreisindex für Neubauten) bzw. 1290,2 (mittlerer Baupreisindex 2013). Einzelne Versicherungsunternehmen weichen durchaus von dem hier benannten Neuwertfaktor ab.

Der aktuell versicherte Neubauwert eines Hauses ergibt sich aus der Multiplikation des Wertes 1914 mit dem aktuell gültigen Baupreisindex geteilt durch 100, der Beitrag aus dem vereinbarten Prämiensatz, dem Wert 1914 mal Anpassungsfaktor zuzüglich aktuell geltender Versicherungssteuer (16,34% mit Feuerrisiko bzw. 19% für die Gebäudeversicherung ohne Feueranteil). Beispiel: Ein Neubau soll gegen alle Gefahren versichert werden. Der vom

Kunden oder Vermittler berechnete Neubauwert 1914 liegt bei 20.000 Mark. So bedeutet dies einen aktuellen Neubauwert von 262.060 Euro (= 20.000 Mark * 1310,3 / 100). Regionale Unterschiede bei den Baukosten bleiben dabei unbeachtet. Der Beitrag berechnet sich beispielhaft bei einem Beitragssatz von 0,65 Euro je 1.000 Euro Versicherungssumme Wert 1914 mit 219,70 Euro netto bzw. 255,60 Euro brutto pro Jahr.

Viele Versicherer sehen darüber hinaus eine Indexstaffel nach Gebäudealter vor. Ältere Gebäude sind damit in der Regel teurer als Neubauten, wobei umfassende Sanierungs- und Renovierungsmaßnahmen oder auch eine Kernsanierung das für die Berechnung maßgebliche Gebäudealter zum Vorteil des Versicherungsnehmers verbessern können.

Der oben benannte Baupreisindex dient als Referenz dazu, die Kosten von Bauleistungen an einem Gebäude einschließlich Umsatzsteuer gegenüber dem Referenzjahr 1914 abzubilden. Beinhaltet sind unter anderem die Kosten für Klempner-, Zimmer- und Holzbauarbeiten, Maler- und Lackierarbeiten oder für Instandhaltungsarbeiten an Wohngebäuden. Er berücksichtigt auch, dass in der Praxis gerade Eigenleistungen oder erbrachte Bauleistungen durch Schwarzarbeit sonst kaum realistisch bewertet werden können. Der Baupreisindex wird jährlich zum 01.05. angepasst.

In den Anpassungsfaktor gehen zu 80 Prozent der jeweilige Baupreisindex und zu 20 Prozent die Änderung des Tariflohindex für das Baugewerbe ein. Es finden somit unter anderem auch Architektengebühren sowie Konstruktions- und Planungsgebühren Berücksichtigung. Der Anpassungsfaktor wird jährlich zum 01.01. angepasst.

Bitte beachten Sie, dass die korrekte Ermittlung einer Versicherungssumme für den Abschluss einer Wohngebäudeversicherung zwar den zu Wert angeben, der für den Wiederaufbau eines konkreten Objektes erforderlich ist, nicht jedoch dazu geeignet ist, einen realen Marktwert für den Verkauf oder die Aufnahme einer Hypothek abzubilden. Es fehlen beim Wert 1914 unter anderem wichtige Faktoren wie regionale Marktsituation, Verkehrsanbindung, Nähe zu Kindergärten und Schulen und andere weiche Faktoren, die für einen Verkauf von Wohngebäuden an Dritte bedeutsam sein dürften.

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 durch steigende Baupreise zu riskieren.

Wer sicher gehen möchte, dass die individuelle Versicherungssumme korrekt berechnet wurde, müsste den Gebäudewert regelmäßig durch einen Bausachverständigen nachprüfen lassen. Aus Kostengründen dürften aber nur wenige private Gebäudeeigentümer dazu bereit sein, so dass korrekt ermittelte Wohnflächentarife das geringste Risiko für Kunden und Vermittler bedeuten dürften.

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 einen 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 Gebäuden, 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 Schadensszenarios 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 Prämienerrhöhung 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 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 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 Schadenursache 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 Versicherungsgrund-

stück 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 2015, Stand 05.2015: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)* • (AT 2015, Stand 05.2015; GB 2015, Stand 05.2015: 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 2015, Stand 05.2015; GB 2015, Stand 05.2015: 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: 529 Anbieter im Test: 73 Versicherer bzw. Konzeptanbieter
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	25.06.2015

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 Wertschutzschränken bis mindestens 35% der Versicherungssumme, außerhalb von Wertschutzschränken 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 Vandalismus-schäden 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 außerhalb von Wertschutzschränken bis 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 gegenüber 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 befinden
- 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 (B 01), Stand 07.2013; Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ – gültig ab 18.06.2015 – (B 28), Stand 06.2015; Klauseln zur Hausratversicherung „XXL“, Stand 07.2013: XXL • VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009. <i>Hinweis: Tarif ist für das Neugeschäft geschlossen</i> <p>Janitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Hausratversicherung (VHB 2010) (Stand 01.04.2015); Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) zur Hausratversicherung Best Selection 2015 (Stand 01.04.2015)) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • EV 2015, Stand 05.2015: allsafe casa - die Eigenheimversicherung* • AT 2015, Stand 05.2015; HR 2015, Stand 05.2015: 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 - SLP, Stand 01.08.2014; BWE 2008 - Privat, Stand 01.08.2014, Klauselbogen zur Hausratversicherung, Stand 01.08.2014; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011, Stand 01.08.2014: Prima Plus mit Sorglospaket) • (VHB 2010 - SLP, Stand 01.08.2014; BWE 2008 - Privat, Stand 01.08.2014, Klauselbogen zur Hausratversicherung, Stand 01.08.2014; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011, Stand 01.08.2014: Prima Plus) 	<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 und Vereinbarungen „degenia“ Tarif: <i>optimum plus</i>) <p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> • (VHB 2010, Stand 01.2015: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2015) <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 2014, Stand 10.2014; Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung BBH NV HausratPremium 2.0 – 10/2014; Besondere Bedingungen 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 KLAS-SIK-GARANT (BBH KLASSIK-GARANT) – Oktober 2012; Zusatzbedingungen für den Baustein EX-KLUSIV zur Hausratversicherung (Baustein EX-KLUSIV) – 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</p>	 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro</p>	 <p>Hausrat-Rating Hausratversicherung Basis 150.000 Euro</p>
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B 01), Stand 07.2013; Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ – gültig ab 18.06.2015 – (B 28), Stand 06.2015; Klauseln zur Hausratversicherung „XXL“, Stand 07.2013: XXL • VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009. <i>Hinweis: Tarif ist für das Neugeschäft geschlossen</i> <p>Janitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Hausratversicherung (VHB 2010) (Stand 01.04.2015); Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) zur Hausratversicherung Best Selection 2015 (Stand 01.04.2015)) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (EV 2015, Stand 05.2015: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)* • (AT 2015, Stand 05.2015; HR 2015, Stand 05.2015: 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 - SLP, Stand 01.08.2014; BWE 2008 - Privat, Stand 01.08.2014, Klauselbogen zur Hausratversicherung, Stand 01.08.2014; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011, Stand 01.08.2014: Prima Plus mit Sorglospaket) • (VHB 2010 - SLP, Stand 01.08.2014; BWE 2008 - Privat, Stand 01.08.2014, Klauselbogen zur Hausratversicherung, Stand 01.08.2014; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011, Stand 01.08.2014: Prima Plus) 	<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 01.2015: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2015) <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>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: 502
Anbieter im Test: 84

Wertung: Gold, Silber

Stand: 14.06.2015

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 06.2015) 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 Hunderasen (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 01.01.2015; Tierhalter-Haftpflichtversicherung Komfort PLUS, Stand 01.07.2015) 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 05.2015) 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 01.06.2014; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.06.2014: 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 01.06.2014; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.06.2014: 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)



ASTRA S.A. Versicherungen

- (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. Versicherungen

- (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

Domcura

- (Domcura (II Bedingungen zur Haftpflichtversicherung von privaten Risiken (Stand 01.10.2014), II A Allgemeine Versicherungsbedingungen; II H Besondere Bedingungen zur Tierhalterhaftpflichtversicherung) mit einer Deckungssumme von 10 Mio. Euro für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

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 01.06.2014; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.06.2014: 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 01.06.2014; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.06.2014: 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 01.01.2015; Tierhalter-Haftpflichtversicherung Komfort PLUS, Stand 01.07.2015) 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 05.2015) 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: 426
Anbieter im Test: 56

Wertung:

Gold, Silber, Bronze

Stand:

06.06.2015

2014 gingen in Deutschland 369.314 Menschen als Jäger oder Förster auf die Jagd (Quelle: DJV-Handbuch 2015 sowie Gothaer), eine große Anzahl mit einem oder mehreren Jagdhunden, davon waren 241.859 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 haf-ten 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 aufgeflockten 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 Schüssel-treiben. Problematisch ist auch die Maximierung der Versicherungssumme wie sie vielfach vorkommt. Schließlich setzt der Gesetzgeber eine „ausreichende Jagdhaftpflichtversicherung“ voraus. Inwiefern eine zweifache Maximierung zulässig 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 Versiche-

rungspflicht 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 06.2015 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 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 06.2015) z.B. Gothaer, GVO, Inter, Jagdhaftpflicht24, VGH und VHV, eine GDV-Garantie beispielsweise die GVO, die Inter sowie die VGH.

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. Nicht bewertet wurden auch spezielle Haftpflichtversicherungen für Kreisgruppen / Jägerschaften / Jagdvereine und Jagdgebrauchshundevereine. Erstmals berücksichtigt wurden allerdings Tarife, die nur über die Landesjagdverbände abgeschlossen werden können. Die hier ausgewiesenen 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 89 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 Wasserfahrzeugen 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 Schäden 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 (AVB JagdHV, Stand 09.2014) abweichende Obliegenheiten

Dargestellt werden nur verkaufsoffene Tarife.

Bedingungsrating Jagdhaftpflichtversicherung

**Deutsche Jagd Finanz (Risikoträger: GVO)**

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB 2012 der GVO), Stand 07.2014; Jäger-Haftpflicht TOP-VIT - Profi-Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 04.2015; Satzung in der Fassung vom 10. Juli 2012, zuletzt genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht am 17. August 2012.

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB 2012 der GVO), Stand 07.2014; Jäger-Haftpflicht TOP-VIT - Profi-Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 04.2015; Jäger-Hunde TOP-VIT Profi-Hunde-Unfallversicherung, Stand 02.2015; Satzung in der Fassung vom 10. Juli 2012, zuletzt genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht am 17. August 2012.

Tarife mit 6, 10 und 15 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter, Jagdherr und Jagdveranstalter bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner; *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* ja; *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 1 Mio. Euro für Personenschäden, 300.000 Euro für Sach- und 150.000 Euro für Vermögensschäden. Bei Schweißhunden mit dem ISHV-Stempel in der Ahnentafel kann der Nachweis der Einarbeitung/ Ausbildung des Hundes auch durch den Paten/ Bürgen und/ oder den Verein Hirschmann oder KBGS 1912 e.V. oder einfache Bestätigung des Schweißhundeführers erbracht werden. 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. Die in den Bedingungen ausgesprochene Garantie, dass mindestens die Standards des Arbeitskreises Beratungsprozesse eingehalten wird, ist wertlos, da es keine entsprechende Empfehlung für diese Sparte gibt.

Gothaer Allgemeine Versicherung AG

- AHB, Stand 04/2012, BBR, Stand 04.2015

- AHB, Stand 04/2012, BBR, Stand 04.2015 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:* ja. *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 2 Mio. Euro für Personenschäden, 1 Mio. Euro für Sach- und 100.000 Euro für Vermögensschäden

- AHB, Stand 04/12; BBR, Stand 2014; Besondere Vereinbarungen zum Gruppenversicherungsvertrag für die Mitglieder des Landesjagdverbandes Baden-Württemberg e. V.: Jagd-Haftpflichtversicherung – Konzept des Landesjagdverbandes Baden-Württemberg e. V. für seine Mitglieder

Tarif mit 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. Der Versicherungsschutz aus dem Gruppenvertrag für die Hundeunfallversicherung ist ausdrücklich nicht empfehlenswert, da die Leistungen deutlich eingeschränkt sind. Versicherungsschutz besteht darüber nämlich insbesondere nur auf Drückjagden im Sinne von § 42 Landesjagdgesetz in Baden-Württemberg sowie räumlich nur in Baden-Württemberg, den angrenzenden Bundesländern und dem angrenzenden Ausland. Hinzu kommt, dass die Leistungserweiterung nur subsidär greift

GVO Gegenseitig Versicherung Oldenburg VVaG

- AHB 2012 der GVO, Stand 07.2012; Jäger-Haftpflicht TOP-VIT, Stand 13.03.2014

Tarif mit 5 und 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 und Risikobeschreibungen 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

Bedingungsrating Jagdhaftpflichtversicherung

**VGH**

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Ausgabe Januar 2014; Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Vermögensschäden in der Haftpflichtversicherung, Ausgabe November 2008; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe April 2015 mit Mitversicherung von Jagdunfällen, die den Tod, die Nottötung oder die tierärztliche Behandlung von Jagdhunden nach sich ziehen und mit Versicherung für die Jungjäger-Kurse und -Prüfungen
Tarife mit 5 und 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
 - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Ausgabe Januar 2014; Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Vermögensschäden in der Haftpflichtversicherung, Ausgabe November 2008; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe April 2015 mit 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
 - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Ausgabe Januar 2014; Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Vermögensschäden in der Haftpflichtversicherung, Ausgabe November 2008; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe April 2015 mit Versicherung für die Jungjäger-Kurse und -Prüfungen
Tarife mit 5 und 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
 - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Ausgabe Januar 2014; Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Vermögensschäden in der Haftpflichtversicherung, Ausgabe November 2008; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe April 2015
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:* ja. *Besonders zu beachten:* Die Vorsorgedeckung beträgt abweichend nur 1 Mio. Euro für Personen- und Sachschäden bzw. 50.000 Euro für Vermögensschäden.

**Gothaer Allgemeine Versicherung AG**

- AHB, Stand 04/12; BBR, Stand 2014: Jagd-Haftpflichtversicherung – Konzept des Landesjagdverbandes Baden-Württemberg e. V. für seine Mitglieder
Tarife mit 6 oder 15 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
 - AHB, Stand 04/12; BBR, Stand 2014; Besondere Vereinbarungen zum Gruppenversicherungsvertrag für die Mitglieder des Landesjagdverbandes Baden-Württemberg e. V.: Jagd-Haftpflichtversicherung – Konzept des Landesjagdverbandes Baden-Württemberg e. V. für seine Mitglieder
Tarif mit 6 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. Der Versicherungsschutz aus dem Gruppenvertrag für die Hundeunfallversicherung ist ausdrücklich nicht empfehlenswert, da die Leistungen deutlich eingeschränkt sind. Versicherungsschutz besteht darüber nämlich insbesondere nur auf Drückjagden im Sinne von § 42 Landesjagdgesetz in Baden-Württemberg sowie räumlich nur in Baden-Württemberg, den angrenzenden Bundesländern und dem angrenzenden Ausland. Hinzu kommt, dass die Leistungserweiterung nur subsidiär greift

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.

Bedingungsrating Jagdhaftpflichtversicherung



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 für Personen- und Sachschäden sowie 1 Mio. Euro für Vermögensschäden
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



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

GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG

- (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB 2012 der GVO), Stand 07.2014; Jäger-Haftpflicht VIT, Stand 03.2014; Versicherungsbedingungen Jagd, Stand 01.01.2015)
Tarif mit 5 und 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. 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: der Versicherungsnehmer als 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 AHB, Stand 04.2012; Jagd-Haftpflicht- versicherung, Stand 04.2014	Inter AHB, Stand 15.08.2012; I. Beson- dere Bedingungen und Risikobeschrei- bungen zur Jagdhaft- pflichtversicherung, Stand 11.2013: Basis, Exklusiv, Premium	LVM Allgemeine Vertrags- bestimmungen; Bedingungen und Risikobeschreibung für die Jagd-Haft- pflichtversicherung [Fassung 02/2014]	VGH AHB, Ausgabe Januar 2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflicht- versicherung BBR 3, Ausgabe April 2015
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	ja	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

	Gothaer AHB, Stand 04.2012; Jagd-Haftpflicht- versicherung, Stand 04.2014	Inter AHB, Stand 15.08.2012; I. Beson- dere Bedingungen und Risikobeschrei- bungen zur Jagdhaft- pflichtversicherung, Stand 11.2013: Basis, Exklusiv, Premium	LVM Allgemeine Vertrags- bestimmungen; Bedingungen und Risikobeschreibung für die Jagd-Haft- pflichtversicherung [Fassung 02/2014]	VGH AHB, Ausgabe Januar 2014; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflicht- versicherung BBR 3, Ausgabe April 2015
Wird im Rahmen der Forderungsausfalldeckung ausdrücklich auf einen Selbstbehalt oder Schwellenwert verzichtet?	ja	ja	nein (1.500 Euro SB integral)	ja
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)
Besteht eine bedingungsseitige Garantie, dass der Versicherer nicht zum Nachteil des Kunden von den aktuell gültigen AHB des GDV mit Stand 09.2014 zuzüglich den Regelungen in der dazugehörigen Mustertarifstruktur XIV mit Stand 11.04.2011 abweicht (GDV-Garantie)	ja (GDV-Bedingungen ohne Standangabe)	ja (GDV-Bedingungen zum Stand 09.2014)	nein	ja (GDV-Bedingungen zum Zeitpunkt des Schadenfalles)

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 € (*)
		3 Mio. Euro (P, S), 100.000 Euro (V)	nein	nein	57,12 € (*)
		5 Mio. Euro (P, S), 100.000 Euro (V)	nein	nein	61,88 € (*)
Deutsche Jagd Finanz	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB 2012 der GVO), Stand 07.2014; Jäger-Haftpflicht TOP-VIT - Profi-Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 04.2015; Satzung in der Fassung vom 10. Juli 2012, zuletzt genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht am 17. August 2012.	6 Mio. Euro (P, S, V)	nein	300 Euro SB	33,99 € (**)
		10 Mio. Euro (P, S, V)	nein	300 Euro SB	39,01 € (**)
		15 Mio. Euro (P, S, V)	nein	300 Euro SB	44,03 € (**)
		6 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	55,98 € (**)
		10 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	59,49 € (**)
Gothaer	AHB, Stand 04.2012; Jagd-Haftpflichtversicherung, Stand 04.2014	3 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	50,50 € (zzgl. 79,50 € für Zusatz von Klausel 144) (*)
		6 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	56,80 € (zzgl. 79,50 € für Zusatz von Klausel 144) (*)
		15 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	73,71 € (zzgl. 79,50 € für Zusatz von Klausel 144) (*)
		3 Mio. Euro (P, S, V)	nein	300 Euro (S, V)	30,45 € (zzgl. 79,50 € für Zusatz von Klausel 144) (*)
		6 Mio. Euro (P, S, V)	nein	300 Euro (S, V)	34,12 € (zzgl. 79,50 € für Zusatz von Klausel 144) (*)
		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 € (*)
		10 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	71,61 € (*)
VGH	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), Ausgabe Januar 2014; Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Vermögensschäden in der Haftpflichtversicherung, Ausgabe November 2008; Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe April 2015	5 Mio. Euro (P, S, V)	nein	nein	43,33 € bis 54,31 € (*)
		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 €
		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 Bedingungen der einzelnen Landesjagdverbände weichen zum Teil deutlich von den empfohlenen Bedingungen ab. (***) Das Angebot der Deutschen Jagd Finanz steht ausschließlich online über die Homepage dieses Maklers 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. Der Beitrag für die Erweiterungsoption „Jagdhundeunfallversicherung“ wurde reduziert – je Hund beträgt der Beitrag netto 38,89 EUR					
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 Deutsche Jagd Finanz, 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 und R+V, Stand 24.09.2012; Deutsche Jagd Finanz, Gothaer, LVM und VGH abweichend Stand 01.04.2015; 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: 474 Anbieter im Test: 83
Wertung:	Gold, Silber
Stand:	14.06.2015

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 prämienn neutrale 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 abzuändern

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 Weidezäunen 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. Versicherungen

• (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 01.01.2015; Tierhalter-Haftpflichtversicherung Komfort PLUS, Stand 01.07.2015) 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 01.06.2014; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.06.2014: 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
 • (AHB 2010 SLP, Stand 01.06.2014; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.06.2014: 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 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. Versicherungen

• (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.

ConzeptA

• (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)

Bedingungsrating Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung



Konzept & Marketing

• (allsafe Tarif select Z2, Stand 05.2015) 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

• (AHB 2010 SLP, Stand 01.06.2014; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.06.2014: 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 01.01.2015; Tierhalter-Haftpflichtversicherung Komfort PLUS, Stand 01.07.2015) 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 05.2015) 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.

* 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.

Außerhalb der Wertung ist der aktuelle Tierhaltertarif der Domcura (Domcura (II Bedingungen zur Haftpflichtversicherung von privaten Risiken (Stand 01.10.2014), II A Allgemeine Versicherungsbedingungen; II H Besondere Bedingungen zur Tierhalterhaftpflichtversicherung) mit einer Deckungssumme von 10 Mio. Euro für Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Die Bedingungen selbst erfüllen die Mindestanforderungen für eine Bewertung mit „Silber“, allerdings können diese nur zusammen mit einer Privathaftpflichtversicherung beim selben Versicherer abgeschlossen werden, die nicht die Mindestanforderungen der entsprechenden Sparte erfüllt.

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.docx>

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 Versicherern, 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 Mehrtagesträfte 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 Vereinszwecken 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 Fremdreiterrern 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 Versicherungslücke 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 Pensionspferdehalterhaftpflicht (Obhutsversicherung) mit Schaden am Pensionsstier 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 Obhutsschadens an eingestellten Pferden ist eine sinnvolle Ergänzung zur Hüt haftpflicht für diese Pferde und deckt die Schäden ab, die durch ein Verschulden des Betriebsinhabers oder seiner Angestellten an dem eingestellten Pferd entstehen (die Hüt haftpflicht 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 Amateuropferderennen 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.

Turnierrisiko: 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.