



Das Magazin für den qualifizierten
Versicherungsmakler

Risiko & Vorsorge

12. Jahrgang
Ausgabe 1-2013
4,90 Euro

Richtig beraten:

Absicherung für den Todesfall

- ▶ Kinder-Invalidität, Teil 3
Leistungsvoraussetzungen
- ▶ Pferdehalterhaftpflicht
Absicherung: Private Pferdehaltung
- ▶ Interviews
Zurich
SDK

Risiko & Vorsorge

Bester Makler-Versicherer 2012

**Süddeutsche
Krankenversicherung**

Die Nr. 1 in Leistung & Stabilität



Aufwachen!

Wieder hat jeder die Chance, einen Trend zu verschlafen. Der Trend heißt Pflege-Vorsorge. Lange angekündigt, gerne verdrängt, nun ein Dauerbrenner in den Medien. Aber: Die Summe der Makler beobachtet den Zug, ohne einzusteigen.

Wenige haben sich spezialisiert, wenige die Aufgabenstellung analysiert, ein Beratungsgespräch erprobt, die Produktpalette durchforstet. Erst mal abwarten.

Abgewartet hat auch der GDV. Über 50 lange Jahre. Nun passieren Wunder. Man hat beschlossen, den seit 2010 bestehenden Verhaltenskodex für den Vertrieb zu erweitern. Der weiterentwickelte Kodex soll „den hohen Anspruch, den die Versicherungswirtschaft an eine gute, faire Beratung hat, dokumentieren.“

Seltsam, wer hat den nun die Aus- und Weiterbildung als überflüssiges Beiwerk abgetan, Sonder-Orgas auf die Menschheit losgelassen, Strukturvertriebe mit Anschubfinanzierungen versehen, Stornoquoten ohne Ende akzeptiert, Umdeckungen geschult?

Und zuletzt mit Mehmet Göker die große Sause gemacht?

Alles Verbandsmitglieder des GDV – über Jahrzehnte! Und nun bereits die Nachbesserung des frisch geborenen Ehrenkodex?

Ja, als Makler muss man schon genau hinsehen, wem man noch die Hand reichen kann. Zumindest kann man das Thema Pflege besten Gewissens beraten. Das geht nicht am Bedarf vorbei. Das passt!



Herzlichst
Ihr

Klaus 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?

1. Auflage 2007
336 Seiten · € 29,90



Impressum

Herausgeber:
Klaus Barde

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

Anzeigen:
Karin Klawunn
Tel. 05 51-5 85 11
Fax: 05 51-4 36 32
Es gilt der Anzeigentarif „Finanz-Vertrieb“ vom 01. Dezember 2012

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

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

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

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

Erscheinungsweise:
Vierteljährlich.

Satz, Layout, Grafik:
Michaela Vormoor

Titelbild: fotolia.com

Alle Rechte vorbehalten.
© BHM GmbH, Göttingen
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers. Alle in Risiko & Vorsorge veröffentlichten Daten und Texte sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigungen auf photomechanischem oder ähnlichem Wege oder im Magnettonverfahren sowie Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen und Internetverbreitung nur mittels Genehmigung durch den Herausgeber. Die Rechte an der jeweiligen Rating-Systematik liegen ausschließlich bei den benannten Rating-Unternehmen.

Gerichtsstand ist Göttingen.

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

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

Jahres-Sieger 2012

8

- Süddeutsche Krankenversicherung a.G. (SDK)
- Interview mit Klaus Henkel8

Die Absicherung des Todesfalls

12

- (Auszug der Inhalte)
- Wesentliche Fragestellungen 12
- Gestaltungshinweise 13
- Unterschiedliche Absicherungsformen 16
- Verbundene Leben 22
- Ausgewählte Produktmerkmale in der Risiko-LV 28
- Steuerliche Behandlung 32
- Interview mit Frank Trapp, Zurich Versicherung 33

Serie: Invaliditätsabsicherung für Kinder, Teil 3

34

- (Auszug der Inhalte)
- Leistungsvoraussetzung / Grad der Behinderung 35
- Umsetzung des neuen VVG lückenhaft 36
- Tarife-Kurzsteckbriefe 38

Grundfähigkeit von Canada Life

46

Die neue Opferhilfe von Rhion

49

Versicherungsschutz für Pedelecs / E-Bikes

50

Pferdehalterhaftpflicht

54

- (Auszug der Inhalte)
- Gefährdungshaftung54
- Umfang des Versicherungsschutzes55
- Flurschäden57
- Reitbeteiligungen58
- Fremd- und Gastreiter60

Rating

62

- Erläuterungen zur Rating-Qualität62
- Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV)64
- Rating Wohngebäudeversicherungen 67
- Rating Unfallversicherungen68
- Rating Stationäre Krankenzusatztarife72
- Rating Pfl egetagegeld- und Pflegegeldversicherung74
- Rating Hausratversicherungen78
- Rating Privathaftpflichtversicherungen79
- Rating Hundehalterhaftpflichtversicherungen80
- Rating Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster81
- Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen82



makler.sdk.de

Original und ...

Manchmal ist sofort klar: Das Original ist einfach besser. In der betrieblichen Krankenversicherung ist das nicht anders.

Die Firmentarife der SDK gibt es bereits seit 1997 (!) am Markt. Das gibt unserem Original einen Vorsprung und lässt Sie an unserer langen und erfolgreichen Erfahrung teilhaben. Denn wir können nicht nur auf umfangreiches Know-how, sondern auch auf einen großen Versichertenbestand zurückgreifen.

Die neueste Stärke des Originals ab 2013 heißt bGM, das betriebliche Gesundheitsmanagement. Damit holen Sie Unternehmensleitung und Mitarbeiter gleichermaßen auf Ihre Seite – der perfekte Anstoß für viele Abschlüsse.

Jetzt neu. Aber nur beim Original.

Weitere Informationen haben wir für Sie unter makler.sdk.de zusammengestellt. Oder rufen Sie an: 0711 5778 698. Unser Vermittler-Service-Center ist Montag bis Freitag von 7.30 Uhr bis 17.30 Uhr für Sie da.

Wir versichern Menschen

 **SDK** Süddeutsche
Krankenversicherung

Immobilienmarkt

In Ballungsgebieten verzeichnen die Immobilienpreise einen beschleunigten Anstieg, warnt die Bundesbank in ihrem Finanzstabilitätsbericht 2012. Im vergangenen Jahr kletterten die Preise für Neubauten um über neun Prozent. Preisüberreibungen in einzelnen regionalen Teilmärkten könnten nicht ausgeschlossen werden. „Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass es gerade in einem Umfeld niedriger Zinsen und hoher Liquidität zu Überreibungen an den Immobilienmärkten kommen kann. Dies kann auch in deutschen Ballungszentren zum Tragen kommen und die Finanzstabilität hierzulande erheblich gefährden“, schreibt der für Finanzstabilität zuständige Bundesbank-Vorstand Andreas Dombret. In 125 deutschen Städten stiegen die Preise für Wohnimmobilien im Jahr 2011 laut Bundesbank um 6,3 Prozent für neue Wohnimmobilien und um 4,9 Prozent für wiederverkaufte Immobilienobjekte. In den sieben größten deutschen Städten betrug der Zuwachs für neue Wohnimmobilien im Jahr 2011 sogar 9,1 Prozent, verglichen mit 4,9 Prozent im Jahr 2010. Durch das Niedrigzinsumfeld sieht die Bundesbank auch Gefahren für die Versicherer. „Um künftig Zinsgarantien bedienen zu können, müssen die Lebensversicherer weiterhin Vorsorge treffen“, sagte Dombret. www.bundesbank.de



Pflege & Vertrieb

Im Sinne der Kunden ist auf dem Feld der Pflegevorsorge eine pro-aktive Beratung gefragt. Insbesondere der freie Vermittlermarkt zeigt sich hier aber noch zurückhaltend. Einer der Gründe ist die Komplexität des Themas Pflege. Einen geeigneten Einstieg in ein Beratungsgespräch bietet hier der Vermögensschutz. Fokussierte Beratungsunterlagen können Vermittlern helfen, Kunden entsprechend kompetent zu beraten. Die Deut-

sche Familienversicherung hat hierzu unter anderem eine umfassende Beratermappe entwickelt. Ein zusätzlicher Beratungsleitfaden hilft dem Vermittler, die relevanten Themenfelder gezielt zu beleuchten und ein persönliches Angebot zu erstellen. Mit einem interaktiven Antrag können Vorsorge-Umfänge und Beiträge im Kundengespräch individuell berechnet werden. Pflege-Webinare zur Simulation von Beratungsgesprächen runden das Angebot ab. www.dfv.ag

Allianz: Kapitalanlagebasis ausweiten

Die Allianz SE kann nach eigener Aussage alle gegebenen Garantien in der Lebensversicherung erfüllen. Bei Aktien- und Rentenanlagen werden in 2012 die Risiken weiter diversifiziert. Der Anteil der Kapitalanlagen in Immobilien und alternativen Investments soll verdoppelt werden. „Es gibt keine risikofreien Investments mehr, vielleicht mit Ausnahme der deutschen Bundesanleihen“, so Vorstandsmitglied Dr. Maximilian Zimmerer. Zimmerer hofft, dass die Niedrigzinsphase nicht länger als zwei Jahre dauert. www.allianz.de

Rhion: Hilfe für Gewalt-Opfer

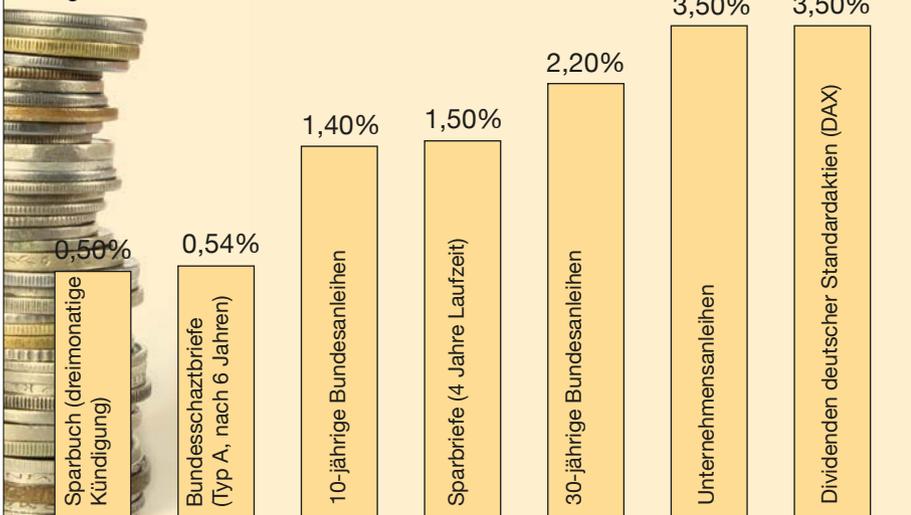
Der Neusser Maklerversicherer Rhion Versicherung AG bietet im Rahmen der Privat-Haftpflichtversicherung den Zusatzbaustein „Opferhilfe“. Die Erfahrung zeigt, dass die staatliche Entschädigung gemäß Opferentschädigungsgesetz (OEG) oft nicht ausreicht, um die Beeinträchtigungen von Gewalt-Opfern aufzufangen. Die Rhion „Opferhilfe“ bietet Singles, Paaren und Familien für einen minimalen Beitrag einen kostengünstigen Zusatzschutz. Hat ein Versicherter, der durch ein Gewaltverbrechen betroffen ist, erfolgreich einen Antrag nach dem Opferentschädigungsgesetz gestellt und damit einen Versorgungsanspruch erwirkt, tritt der Versicherungsfall ein. Die damit verbundene Einmalleistung der Versicherung kann bis zu 50.000 Euro betragen – je nachdem, wie hoch die staatliche Bewilligung ausgefallen ist. Als Geschädigter erhält man so von einer weiteren Seite finanzielle Mittel, die nicht mit anderen Zahlungen verrechnet werden! www.rhion.de

Pflege-Wahrheiten

Nur sieben Prozent wollen laut einer DKV-Umfrage im Falle der Pflegebedürftigkeit in ein Altenheim ziehen. Über die Hälfte der Menschen fühlt sich zudem im Pflegefall finanziell nicht genug abgesichert. Eine private Pflegeversicherung, die diese Kosten übernehmen könnte, besitzen nur 1,9 Millionen Deutsche. Zum Vergleich: 26 Millionen Menschen haben eine Vollkasko-Versicherung für ihr Auto. Für private Pflegeversicherungen werden knapp 500 Millionen Euro pro Jahr ausgegeben, für die Vollkasko der Autos 6.800 Millionen. www.dkv.com

Zinsen: niedrig wie nie zuvor.

Die durchschnittliche Verzinsung für Bundesschatzbriefe oder einem herkömmlichen Sparbuch betrug im November 2012 ein halbes Prozent. Vergleich durchschnittlicher Renditen



Stand: November 2012 - Quelle: Deutsche Bundesbank, Bundesverband deutscher Banken

■ Realzinsen

Die realen Erträge verzinslicher Anlagen sind seit Mitte der 90er-Jahre drastisch zurückgegangen. Die FMH Finanzberatung hat die Erträge fünfjähriger Sparbriefe mit den Inflationsraten seit dem Jahr 1995 verglichen. Der Realzins vor Steuern lag 1995 bei fast 5,00 Prozent. Der durchschnittliche Zinssatz für fünfjährige Sparbriefe liegt laut FMH-Index heute bei 1,86 Prozent. Die Teuerungsrate liegt mit 2,00 Prozent; so hoch wie in der 90er Jahren. Bei 1,86 Prozent Nominalverzinsung – unter Berücksichtigung der Kapitalertragssteuer – gehen in fünf Jahren rund sieben Prozent der Kaufkraft verloren. Die EZB wird ihre „Billig-Geldpolitik“ noch für Jahre beibehalten. Etliche Staaten würden sonst dank ihrer hohen Verschuldung unter einem „normalen“ Zinsniveau zusammenbrechen.

www.fmh.de

■ „Pflege-Bahr“: Früh abschließen!

Im Gegensatz zur insbesondere anfangs sehr komplizierten Riester-Rente habe der Gesetzgeber beim „Pflege-Bahr“ eine relativ einfache Struktur gewählt, so Dr. Harald Benzing, Vorstandsmitglied der Versicherungskammer Bayern. Ähnliche Anlaufschwierigkeiten wie bei diesem Altersvorsorge-Produkt erwartet er beim „Pflege-Bahr“ daher nicht. Laut Dr. Birgit König, Vorstandsvorsitzende der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, könnten insbesondere junge Menschen, die sehr früh einen „Pflege-Bahr“ abschließen, die nach derzeitigem Erkenntnisstand voraussichtlich entstehende Pflegelücke sogar komplett schließen.

Versicherungsjournal, 29.11.2012

■ Facebook & Finanzwirtschaft

Banken, Versicherungen, Bausparkassen und andere Unternehmen der Finanzwirtschaft erkennen noch nicht das Mitarbeiterpotenzial in den sozialen Netzwerken, sagt Martin Müller, Social Media Experte für Finanzvertriebe.

Wenn sich 98 Prozent aller jungen Menschen unter 25 Jahren laut Studien ein Leben ohne Facebook nicht mehr vorstellen können, dann müssten auch die Finanzkonzerne dort sein. Müller, selbst Versicherungsmakler, gewinnt seine Kunden fast ausschließlich über XING, Facebook, Twitter und Co. Die Mechanismen des Verkaufens und sich Präsentierens gelten, so Müller, für die Mitarbeitergewinnung genauso wie für den strategischen Vertrieb.

www.muellerconsult.com.

■ Gothaer: Dread Disease in 150 Sekunden

Für Vermittler und Endkunden hat die Gothaer einen Film mit allen wesentlichen Infos zur Dread Disease auf youtube.com/mygothaer eingestellt (Perikon für Privatkunden).

Der Versicherer ist der einzige Anbieter einer fondsgebundenen Dread Disease Versicherung. Mit dem Produkt Perikon bietet das Unternehmen eine Absicherung für Tod oder schwere Krankheit, Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit sowie Berufsunfähigkeit an. Durch ein Bausteinkonzept und die fondsgebundene Kalkulation kann der Versicherungsschutz zu günstigen Beiträgen auf die individuellen Bedürfnisse der Kunden zugeschnitten werden.

www.gothaer.de



BUZ & Leistungspflicht

Der Berufsunfähigkeitszusatzversicherer, der seine Leistungspflicht anerkannt hat, ist an diese Erklärung grundsätzlich – auch für die Zukunft – gebunden. Dies gilt laut einem Urteil des OLG Karlsruhe, 23.05.2012 - 9 U 138/10 nicht nur für die erste Anerkennung, sondern in gleicher Weise auch dann, wenn der Versicherer nach Durchführung eines Nachprüfungsverfahrens erneut eine Anerkennungserklärung abgibt. In einem zweiten Nachprüfungsverfahren kommt nach Ansicht des OLG eine abstrakte Verweisung auf eine vergleichbare Tätigkeit nicht mehr in Betracht, wenn es dem Versicherer schon zum Zeitpunkt einer früheren Anerkennung – nach einem ersten Nachprüfungsverfahren – möglich gewesen wäre, den Versicherten auf dieselbe vergleichbare Tätigkeit zu verweisen.

Dachfonds-Ranking

Alle Leser, die in dieser Ausgabe die aktuellen Dachfonds-Daten der Financial Webworks GmbH mit den FWW Fund Stars vermissen, können diese Daten kostenlos als PDF anfordern.

Die PDF entspricht der bisherigen Darstellung in „Risiko & Vorsorge“.

info@bhm-marketing.de /
Stichwort „Dachfonds“

Rhion
VERSICHERUNGEN

NEU:
zusätzlich
Opferhilfe
wählbar

Glänzende Leistungen
im Plus-Paket

Innovative Bausteine,
höhere Versicherungssummen
und interessante Zusatzangebote,
die Haftpflichtversicherungen
der Rhion werden Sie überzeugen.

Rhion Versicherung AG · RheinLandplatz · 41460 Neuss

Telefon 02131 6099-6633 · Telefax 02131 6099-16633 · maklervertrieb@rhion.de · www.rhion.de

Bester Maklerversicherer 2012

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

„Risiko & Vorsorge“ trifft jährlich die Auswahl zum besten Makler-Versicherer. Die Kriterien hierzu resultieren aus dem täglichen Gespräch mit der Leserschaft. Hinzu kommt die wechselnde Befragung von jeweils dreißig Abonnenten innerhalb der einzelnen Bundesländer. Bisher ausgezeichnete Gesellschaften: 2003 – Nürnberger, 2004 – VHV, 2005 – Stuttgarter, 2006 – LV 1871, 2007 – Helvetia, 2008 – Universa, 2009 – InterRisk, 2010 – Standard Life, 2011 – Haftpflichtkasse Darmstadt.



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

„Bei Annahmerichtlinien und Bonitätsprüfungen ist die SDK seit jeher etwas konsequenter als andere.“

Die Basis Ihres Hauses ist die Aufstellung als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Können daraus auch konkrete geschäftliche Vorteile für Ihre Partner im Maklermarkt abgeleitet werden?

Wichtig ist für uns, dass Makler wissen: Bei der SDK sind ihre Kunden in guten Händen. Unsere Geschäftspolitik richten wir als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit klar an den Interessen der Mitglieder aus. Wir sind ein Unternehmen, das sich auf gesundes Wachstum ausrichtet. Die Interessen der Bestandskunden nehmen wir sehr ernst, was sich auch an unserer langfristigen, nachhaltigen Tarifpolitik und Beitragsstabilität zeigt.

Gelobt werden das Betriebsklima und die zügige Betreuung der Vertriebspartner in der Süddeutschen Krankenversicherung. Wie ist die Verzahnung Innendienst und Makler organisiert?

Das Vermittler-Service-Center (VSC) unterstützt Makler durch spezialisierte Fachberater in Sachen Tarifwerk und Vertragsbedingungen. In der Antragsabteilung haben wir Sachbearbeiter, die spe-

ziell den Maklern zugeordnet sind, als persönliche Ansprechpartner. Als Brücke zwischen Maklern und Innendienst haben wir in den letzten Jahren das Team der Maklerbetreuer personell verstärkt und werden noch weiter ausbauen.

Die Versicherten der SDK zahlten in 2012 Jahr nur durchschnittlich 1,2 Prozent mehr für die private Vollversicherung. Welche Politik führt im Vergleich zum Gesamtmarkt zu derart stabilen Beiträgen?

Die SDK bietet seit jeher verantwortungsvoll und realistisch kalkulierte Vollversicherungstarife. Sogenannte „Billig-Tarife“, wie sie in den letzten Jahren verstärkt am Markt anzutreffen waren, gab es bei der SDK nie und wird es auch in Zukunft nicht geben. Die Verlässlichkeit für Kunden der SDK ist eine der größten Stärken des gesunden Unternehmens. Dazu gehören vor allem auch das gute Gefühl und die Gewissheit für Kunden, dass die SDK verantwortlich auf den Bestandsschutz achtet.

Und wie sind Ihre Erwartungen hinsichtlich der Beiträge für das Jahr 2013? Die

Steigerungen, die dazu seitens des Wettbewerbs im Umlauf sind, lassen aufhorchen.

Im Bestand erhöhen sich die Vollversicherungstarife 2013 durchschnittlich um 3,2 Prozent. Nach wie vor ein moderater Wert. Insgesamt erhöhen sie sich um 2,1 Prozent, weil wir in der Zusatzversicherung sogar einen Rückgang haben. Die Medien stellen Beitragsentwicklungen häufig sehr überspitzt dar und wählen sich extreme Beispiele aus, die Tarife betreffen, die gar keine große Rolle spielen. Morgen&Morgen hat beispielsweise festgestellt, dass die Beiträge insgesamt stabil sind. 2012 bewegten sich die Anpassungen im Markt in einem moderaten Bereich zwischen 3,87 % und 5,24 %, was im Vergleich zu den Jahren davor sogar einen Rückgang bedeutete.

Überproportional angezogen hat Ihr Neugeschäft auf dem Feld der betrieblichen Krankenversicherung. Wie war diese „Explosion“ möglich? Was hat die Vertriebs-schiene Makler dazu beigetragen?

Die SDK bietet bereits seit 1997 betriebliche Krankenversicherung für Fir-

men an und somit lange Zeit, bevor dieses Thema aktuell wieder in aller Munde ist. Die bewährten und immer wieder angepassten Konzepte überzeugen Unternehmer und Firmen seit vielen Jahren. Bei der zuletzt stark gestiegenen Nachfrage nach Konzepten für betriebliche Krankenversicherung, konnte die SDK ihre Kompetenzen auf diesem Gebiet in die Waagschale werfen. 2013 wird die SDK das Angebot um betriebliches Gesundheitsmanagement (bGM) erweitern.

Der Anteil der Vertriebsschiene Makler war groß, weil sie schon früh erkannt haben, welches Potenzial in der bKV steckt. Makler sind auch auf diesem Gebiet sehr professionell, deshalb kommt es zu vermehrten Abschlüssen.

Sie sprechen sich immer wieder gegen Billig-Tarife aus. Welche Merkmale hat in Ihren Augen ein Billig-Tarif?

Gefahren für Kunden bestehen bei „Billig-Tarifen“ vor allem durch hohe Selbstbehalte. Auch das häufig zur Dämpfung von Tarifen herangezogene „Hausarzt-Modell“ eliminiert viele Vorteile, die ein privat krankenversicherter Kunde eigentlich immer haben sollte, nämlich die freie Arzt-, Facharzt- und Krankenhauswahl. Außerdem: Kosteneinsparungen durch das Hausarztmodell werden kalkulatorisch berücksichtigt, treffen aber in der Realität nicht zu, u.a. deshalb wird eine stabile Beitragsentwicklung verfehlt.

Alle Häuser verweisen auf ihre solide Annahmepolitik. Doch hier liegen Theorie und Praxis weit auseinander. Sind die rasant anziehenden Beiträge in der PKV somit auch zum Teil ein hausgemachtes Problem der Branche?

Bei Annahmerichtlinien und Bonitätsprüfungen ist die SDK seit jeher etwas konsequenter als andere. Dadurch begründet sich eine der niedrigsten Nichtzahlerquoten in der Branche. Die Nichtzahlerproblematik entstand im Zuge der allgemeinen Versicherungspflicht von 2009. Seit einiger Zeit richten sich viele Versicherungsunternehmen neu aus.

Das Instrument der Selbstbeteiligung war einst dafür gedacht, den Versicherten zum verantwortlichen Umgang mit seiner Gesundheit anzuhalten. Heute scheint es so, dass man sich ohne eine



Bester Makler-Versicherer 2012

Im Rahmen der jährlichen Auszeichnung einer Gesellschaft, die sich im Makler-Markt als exzellenter Partner bewiesen hat, entschied sich das Fach-Magazin „Risiko & Vorsorge“ im Jahr 2012 für die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. (SDK)

Für den Makler gestaltet sich die Suche nach einem verlässlichen Partner für das PKV-Geschäft immer schwieriger. Vor allem, wenn es um die Interessen der Bestandskunden geht, wünscht man sich einen langfristig zufriedenen Verlauf in der Kundenbetreuung und keine jährlichen Wechselgespräche aufgrund einer unruhigen Tarifpolitik und überraschender Preisausschläge. Auf diesem Feld konnte sich die SDK, oft im deutlichen Kontrast zum Wettbewerb, als absolut solider Produktpartner erweisen.

Diese Solidität eines kaufmännisch hervorragend geführten Unternehmens geht einher mit einer fachlich herausragenden Betreuung durch den Innendienst.

Wer so arbeitet, baut, getragen von der beiderseitigen Verantwortung von Maklerschaft und Versicherer, auch nachhaltiges Neugeschäft auf. Dazu bedarf es einer gesunden Ruhe, frei von unrealistischen Vertriebsvorgaben. Umsatz um des Umsatzes willen, angefeuert von „Billig-Tarifen“, gefährdet gerade im Versicherungsgeschäft das, um was es eigentlich gehen soll: langfristige Sicherheit für den Kunden. Auf diesem Feld der „Billig-Tarife“ hat sich die SDK nie positioniert. Die Früchte dieser Politik ernten Makler und Kunde insbesondere heute. Sie liefern dem Makler das beste Argumente für jede neue Geschäftsanbahnung. Argumente, die auch im Firmengeschäft mit der betrieblichen Krankenversicherung zählen. Mit dem Image und den Bilanzwerten der SDK im Rücken kann der Makler hier sein Geschäftsfeld mit den besten Voraussetzungen ausweiten.



sehr hohe Selbstbeteiligung gar keinen Spitzentarif mehr leisten kann. Ist da etwas aus dem Ruder gelaufen?

Ein 30-jähriger Mann erhält den absoluten Top-Schutz der SDK in der Bisex-Welt für rund 500 Euro Monatsbeitrag und das völlig ohne Selbstbeteiligungen. Er bekommt in diesem Tarif 100 Prozent der Kosten stationär und ambulant erstattet, zahnärztlich mindestens 75 Prozent, bis 1.300 Euro sogar ebenfalls zu 100 Prozent.

Ihr Wachstum in der Pflegezusatzversicherung hat angezogen. Wie muss ein Versicherer die Weichen heute stellen, um mit Pflege-Tarifen langfristig erfolgreich zu sein? Erwarten Sie einen Boom für diese Sparte?

Durch den Pflege-Bahr ab 2013 erwarten wir eine zusätzliche Dynamik. Die Bundesregierung erwartet den Abschluss von 1,5 Millionen Verträgen, die private Zusatzversicherung nach bisher-

rigem Modell ohne staatliche Förderung wird allerdings weiterhin wichtig sein. Um langfristig erfolgreich zu sein, sind flexible Tarife wichtig, die richtig und nachhaltig kalkuliert sind und zugleich den individuellen Bedarf genau abdecken und die staatliche Förderung berücksichtigen. Die SDK, hier schon lange gut aufgestellt, hält im Bereich der Pflegezusatzversicherungen variable Bausteintarife bereit. Jeder Mensch hofft, dass der Pflegefall nie eintritt. Dennoch wird das Thema „Pflege“ und die Frage, wie man im Alter sein Leben im Fall der Fälle gestalten kann, immer präsenter. Vor dem Hintergrund, dass die eigenen Kinder und Enkel nicht finanziell belastet werden sollen, haben Pflegezusatzversicherungen in der nächsten Zukunft großes Potenzial.

Die Kennzahlen Ihrer Geschäftsberichte müssten jeden Vertriebler ermuntern, bei Ihnen anzudocken. Doch wie sieht es Ihrerseits mit der Selektion der Vertriebspartner aus?

Im Bereich der Makler gehören bei größeren Verbindungen die bestehenden Makleranbindungen, Anzahl der Mitarbeiter, Unternehmensform und auch Größe des Partnerunternehmens zu den Kriterien. Alle Seiten sollen von der Zusammenarbeit profitieren, da ist eine intensive Prüfung wichtig. Die Außendienstmitarbeiter werden bei der SDK vor allem mit dem Ziel rekrutiert, vorzugsweise VR-Banken zu betreuen. Bei der Auswahl achtet die SDK deshalb auf eine fundierte kaufmännische Ausbildung, im Optimalfall bereits mit Spezialisierung auf Banken und Versicherungen. Vorhandene Netzwerke im Genossenschaftsverbund der VR-Banken sind immer gerne gesehen.

Alles in allem legt die SDK großen Wert darauf, dass die Mitarbeiter zur Unternehmensphilosophie passen. Dazu gehören neben einer hohen Motivation auch gute Kontakt- und Kommunikationsfähigkeiten und ein angenehmes, kompetentes Auftreten gegenüber den Kunden.

FINANZMARKT AKTUELL

„Wir schwimmen im Geld – und gehen unter“

Inflation und Zwangsabgaben höhlen das deutsche Vermögen zu Gunsten der Sanierung von EU-Schuldenstaaten aus



Dr. Holger Schmitz

„In der Eurozone bricht eine neue Ära der Geldpolitik an“, so Dr. Holger Schmitz, Vorstand der SCHMITZ & PARTNER AG – Privates Depotmanagement. Die derzeit positive Entwicklung der internationalen Aktienmärkte führt der

Finanzexperte auf die „weitere Öffnung der Geldschleusen“ zurück.

Der Beschluss der Europäischen Zentralbank (EZB), Staatsanleihen aus den Krisenstaaten ohne Limit zu kaufen, bedeute eine direkte Finanzierung dieser Staaten – mit weitreichenden Folgen: Lebensversicherungen und Riester-Verträge werden durch die künstlich niedrigen Zinsen entwertet, politisch drohen zudem Zwangsabgaben.

Verlass, so Dr. Holger Schmitz, sei derzeit allein auf Aktien.

Auf den internationalen Aktienmärkten brachte das dritte Quartal 2012 eine erfreuliche Entwicklung: Der MSCI World stieg in den drei Monaten zwischen 29. Juni und 28. September 2012 um knapp fünf Prozent auf 104 Punkte. „Der Hauptgrund dafür liegt in der weiteren Öffnung der Geldschleusen durch die EZB“, sagt Dr. Holger Schmitz, Vorstand der SCHMITZ & PARTNER AG – Privates Depotmanagement. „Der unlimitierte Ankauf von Staatsanleihen aus europäischen Schuldenstaaten durch die EZB bringt eine Schwemme von Geld – das allerdings auch immer weniger wert ist.“ Verlierer sind vor allem die deutschen Sparer: Ihre Lebensversicherungen und Riester-Renten verlieren durch die künstlich niedrig gehaltenen Zinsen immer mehr an Wert, die Inflation frisst auch ihr weiteres Vermögen auf.

■ Inflationsvermeidung – kein Thema (mehr) für die EZB

„Wir erleben zurzeit eine neue Ära der Geldpolitik, die das Ende der ‚alten‘ EZB

markiert“, sagt Schmitz. „Die lange geltende EZB-Philosophie der Inflationsvermeidung, aufgrund derer Deutschland überhaupt erst bereit war, seine starke D-Mark durch die Gemeinschaftswährung Euro zu ersetzen, ist dahin.“ So fiel im EU-Vertrag zunächst das Bail-Out-Verbot von Staaten und anschließend auch das Verbot der monetären Staatsfinanzierung.

Damit entwickelt sich die EZB mehr und mehr zu einer Finanzierungsmaschine der EU-Krisenländer – auf Kosten von Deutschland.

„Die durch Geldschwemme und Zinspolitik provozierte Inflation ist dabei nicht die einzige Belastung, mit der deutsche Anleger zu kämpfen haben. Es droht zudem die Einführung einer Zwangsabgabe auf Vermögen“, so Schmitz.

Aktuell empfiehlt das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung hohe Vermögensabgaben als Ausweg aus der immensen Staatsverschuldung und rechnet vor, dass mit einem Abgaben-



Risiko & Vorsorge

satz von zehn Prozent 230 Milliarden Euro eingenommen werden könnten – das wären neun Prozent des derzeitigen Bruttoinlandsprodukts.

„Staatsschulden sind Bürgerschulden“ ist auch der Leitgedanke der verschiedenen politischen Fraktionen, die ebenfalls Vermögensabgaben fordern: So wollen die Grünen privates Vermögen zehn Jahre lang mit 1,5 Prozent besteuern, spricht sich die SPD für eine Vermögenssteuer von einem Prozent pro Jahr aus, fordert die Linke gar eine Besteuerung von Vermögen über einer Million Euro mit jährlich fünf Prozent.

■ Enteignungen durch Vermögensabgaben sind verfassungskonform

„Solche Vermögensenteignungen muten verfassungswidrig an – sie sind es aber nicht“, sagt Schmitz. Das Grundgesetz rechtfertigt in Artikel 106 „einmalige Vermögensabgaben“, für die die aktuelle Finanzkrise und der Abbau von Staatsschulden als Begründung ausreichen. Der Verfassungsrechtler Joachim Wieland verweist zudem in einem aktuellen Gutachten darauf, dass Vermögensabgaben auch zur Absicherung von Risiken aus vom Bund übernommenen Garantien für fremde Schulden verwendet werden dürfen.

Fazit: „Erst haften die Deutschen für ihre überschuldeten EU-Nachbarn, dann müssen sie ihr Vermögen für die Sanierung des eigenen Staats opfern“, so Schmitz.

„Erstaunlich, dass bei diesen Enteignungsüberlegungen ausschließlich die Reichen im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen. Und zwar mit der vermeintlichen Begründung, dass die Armen ja nichts beitragen können. Aber was spräche dagegen, Geringverdiener, die beispielsweise nur 38 Stunden pro Woche arbeiten, zwei Stunden länger arbeiten zu lassen und diesen Zusatzverdienst vollständig dem Staat abzugeben? Dann tragen alle zum Erhalt der Gesellschaft bei“, so Schmitz.

„Diese neue Ära der Geldpolitik führt aus Anlegersicht letztlich zu einer anhaltenden Flucht aus Papierwährungen, allen voran aus dem Euro“, resümiert der Finanzexperte. „Auf absehbare Zeit erwarte ich weitere Kurssteigerungen an den Aktienmärkten – wenn auch mit Schwankungen.“

www.schmitzundpartner.ch

Höchste Kompetenz für Ihr Know-how



1-11



2-11



3-11



4-11



1-12



2-12



3-12



4-12

Welche Ausgabe fehlt Ihnen noch? Bestellen Sie jetzt!
Nur solange der Vorrat reicht

www.risikoundvorsorge.de

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

Alte Leipziger – AOK Niedersachsen – Barmer Ersatzkasse – BKK Exklusiv – BKK Pfalz – Canada Life – Continentale – Cosmos Direkt – Dialog – DLVAG – Ergo Direkt – EUROPA – Generali – Handelkrankenkasse (HKK) – Hannoversche Leben – HDI – Ideal – InterRisk – Provinzial Rheinland – Techniker Krankenkasse – uniVersa – VHV – Volkswohl Bund – WGV – Zurich Life

Umfassendes Makler Know-how: Die Absicherung des Todesfalls

Der Tod kommt üblicherweise ungeplant. Dann ist es zu spät, darüber nachzudenken, wie Bau- oder Konsumkredite noch abgezahlt werden können. Viele Hinterbliebene stehen entsprechend vor dem Problem, wie der bisherige Lebensstandard gehalten und das Eigentum bewahrt werden kann. Vorsorge schützt hier vor dem Gang zum Sozialamt. Deshalb empfiehlt sich der Abschluss einer Risikolebensversicherung oder alternativ einer Risikorente. Ein geeigneter Vertrag kann nicht nur die über Jahrzehnte finanzierte Immobilie sichern, sondern auch Hinterbliebene vor dem sozialen Abstieg bewahren. Die Möglichkeiten der Absicherung sind vielfältig. „Risiko & Vorsorge“ leistet hier einen umfassenden Überblick mit entsprechenden Hinweisen zur korrekten Beratung.



Autor: Stephan Witte

Stets stellt sich im Rahmen einer Risiko-LV die Frage nach der optimalen Versicherungssumme. Dafür gibt es mehrere mögliche Modelle:

Wer eine endfällige Tilgung für seine Immobilie vereinbart hat, fährt möglicherweise mit einer gleich bleibenden Versicherungssumme am besten. Der Schutz kann bei laufender Tilgung auch so gewählt werden, dass er sich immer automatisch der Restschuld des Kredits anpasst. Zur Hinterbliebenenvorsorge eignet sich eine dynamisch steigende Versicherungsleistung, um so stets eine gleich bleibende Kaufkraft abgesichert zu haben. Im Einzelfall können aber auch andere Versicherungslösungen sinnvoll sein. Eine Patentlösung für alle denkbaren Fälle gibt es nicht.

Wesentliche Fragestellungen:

- Wie lange wird Versicherungsschutz benötigt?
- Gibt es noch minderjährige Kinder? Dann ist eine Absicherung bis zum voraussichtlichen Eintritt des letzten Kindes in das Berufsleben sinnvoll, also mindestens bis zum Ende von Ausbildung oder Studium.
- Bis wann sind alle Verbindlichkeiten getilgt?
- Für wie viele Jahre soll die Versicherungsleistung das im Todesfall wegfallende Einkommen oder die zusätzlichen Kosten für Haushaltshilfe oder Tagesmutter ersetzen?
- Wie viel Einkommen fällt weg, wenn eine bestimmte Person im Haushalt stirbt?
- Welche zusätzlichen Kosten für Haushaltshilfe oder Tagesmutter fallen an, wenn eine Hausfrau bzw. ein Hausmann versterben?
- Welche unvermeidbaren festen Ausgaben sind zu bestreiten (z.B. Immobilien- oder Konsumkredite, Unterzahlungen, Miete, Lebenshaltung, Pflichtversicherungen wie z.B. eine Berufshaftpflichtversicherung für Versicherungsmakler oder eine Kfz-Versicherung für jeden Besitzer eines Kfz)?
- Welche zusätzlichen monatlichen Ausgaben sollen darüber hinaus mindestens abgesichert werden, um den bisherigen Lebensstandard zu halten (z.B. für Nachhilfe, Musikunterricht, ergänzenden Versicherungsschutz, Urlaub)?

- Welche monatlichen Ausgaben entfallen mit dem Tod der versicherten Person (z.B. Beiträge zur Risikolebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung, Beiträge für Vereinsmitgliedschaften)?
- Welche Einnahmen fließen auch nach dem Tod der versicherten Person weiter (z.B. Witwen- oder Waisenrenten, Einkünfte aus vermieteten Wohneinheiten)?
- Für wie viele Jahre soll die Versicherungsleistung das im Todesfall wegfallende Einkommen oder die zusätzlichen Kosten für eine Haushaltshilfe ersetzen?
- Sollen bei der Vertragsgestaltung die Auswirkungen der Inflation berücksichtigt werden (z.B. durch eine Dynamisierung von Versicherungsleistungen oder eine entsprechend höhere Versicherungssumme)?
- Mit welchem unterstellten zukünftigen Zinssatz soll die Wiederanlage von Einmalbeträgen aus der Todesfall-Leistung kalkuliert werden?
- Soll die Reduzierung etwaiger Rentenleistungen im Todesfall durch eine etwaige Sozialversicherungspflicht der Zinserträge und / oder Rentenleistung mitberücksichtigt werden, wie es insbesondere bei nur freiwillig in der GRV versicherten Personen zum Tragen kommen kann?
- Kann auf vorhandene (oder erwartete) Vermögenswerte z.B. aus Erbschaften zurückgegriffen werden? Welchen Wert decken diese ggf. bereits ab?

Beratungshinweise

Gestalten Sie die Absicherung des Todesfalles so, dass in Familien beide Partner als auch etwaige Kinder einen angemessenen Lebensstandard fortführen können. Bedenken Sie, dass allein erziehende Elternteile gerade bei kleinen Kindern bestenfalls halbtags erwerbstätig sein können.

Eine private Hinterbliebenenvorsorge macht nur dann Sinn, wenn diese die zu erwartende Grundsicherung maßgeblich übersteigt oder den Hinterbliebenen finanzielle Liquidität durch Wegfall von Kreditverpflichtungen ermöglicht. Beachten Sie, dass zusätzliche Einnahmen auf Leistungen wegen Hartz IV angerechnet werden können.

Als Orientierungshilfe für die Wahl der richtigen Versicherungssumme empfehlen Verbraucherschützer für Familien mit zwei Kindern das drei- bis fünffache des

Sonderfall: technisch einjährig kalkulierte Tarife

Üblicherweise werden Risikolebensversicherungen mit Alterungsrückstellungen gebildet, um während der ganzen Vertragslaufzeit eine gleichbleibend hohe Prämie gewährleisten zu können. Diese zu zahlende Prämie kann dabei zur Höhe der Bruttojahresprämie ansteigen, wenn ein Unternehmen nicht die erwarteten Überschüsse generiert, unter besonderen Umständen nach § 163 VVG auch noch über die Bruttoprämie hinaus. Allerdings sind wegen des positiven Einflusses der (anhaltend steigenden) Lebenserwartung auf die Überschüsse deutliche Beitragssteigerungen bei den meisten Versicherten zumindest eher unwahrscheinlich. Nachteilig ist eine solche Vertragsgestaltung für junge Leute, da hier ein hoher Prämienanteil für den Fall einkalkuliert ist, dass der Kunde den Vertrag bis zum Laufzeitende in unveränderter Höhe fortführt. Dies ist jedoch nicht garantiert. Nicht alle Versicherer bieten in so einem Fall wenigstens einen beitragsfreien Versicherungsschutz ab Kündigung.

Für junge Zielgruppen

Gerade Berufsanfänger oder junge Familien benötigen oft einen möglichst hohen Anteil ihres monatlichen Einkommens, um über die Runden zu kommen. Für diese Personen kann es Sinn machen, technisch einjährig kalkulierte Produkte zu nutzen. Hier wird jeweils nur die Prämie kalkuliert, die im jeweiligen Vertragsjahr zur Deckung von Risiko und Verwaltung wirklich notwendig ist. Damit sind Verträge speziell in jungen Jahren für einen nur geringen

Beitrag abschließbar. Die Kehrseite der Medaille ist, dass die vereinbarten Jahresbeiträge sich während der Vertragslaufzeit jährlich erhöhen, um dem steigenden Todesfallrisiko mit zunehmendem Alter gerecht zu werden. Ab einem bestimmten Zeitpunkt liegen dann die jährlichen Beiträge über den Beiträgen für Verträge mit konstant gleichbleibenden Beiträgen und steigen zunehmend an. Da statistisch viele Personen ihre Versicherungsverträge in den ersten Jahren kündigen, macht ein technisch einjährig kalkulierter Tarif gerade für junge Leute durchaus Sinn. Zu beachten ist allerdings, dass es mit steigendem Alter und Risiko demnach immer schwerer wird, die laufenden Prämien aufzubringen. Während herkömmlich kalkulierte Tarife auch bei Arbeitslosigkeit einigermaßen problemlos weiter zu finanzieren wären, trifft dies auf technisch einjährig kalkulierte Tarife (wahlweise z.B. bei der Dialog) nicht unbedingt zu.

Kündigung ohne Wiederherstellungsmöglichkeit

Ein Versicherer merkt an, dass gegebenenfalls auch der Einschluss von Zusatzversicherungen, z.B. der Einschluss einer Beitragsbefreiung bei BU, bei den einjährig kalkulierten Versicherungen problematisch werden könnte. Wegen des fehlenden Deckungskapitals sind außerdem Beitragsfreistellungen mit herabgesetzter Versicherungssumme ausgeschlossen. Bei Zahlungsschwierigkeiten bleibt damit regelmäßig nur der Ausweg über eine Kündigung ohne Wiederherstellungsmöglichkeit.

Bruttojahreseinkommens. Soll die Absicherung dazu fungieren, Schlüsselpersonen in einer Firma abzusichern (sogenannte Key-Person-Policen), so sollte für den Versicherungsnehmer vielmehr im Vordergrund stehen, welche Summe notwendig ist, um eine qualifizierte Ersatzkraft damit zu finanzieren. Berücksichtigen Sie auch den Einkommenswegfall durch die zu versichernde Person. Für eine Bestattung sind durchschnittlich etwa 5.000 bis 10.000 Euro zu rechnen.

Wer Wert auf einen lebenslangen Versicherungsschutz liegt, sollte beispiels-

weise die **Canada Life** (Tarif: Schwere Krankheiten Vorsorge, Stand 08.2011) als Versicherer in die engere Auswahl nehmen.

Gestaltungsformen der Todesfall-Leistung

Risikolebensversicherungen werden prinzipiell in vier verschiedenen Varianten angeboten:

- Mit gleich bleibender Versicherungssumme
- Mit linear fallender Versicherungssumme

- Mit annuitätisch fallender Versicherungssumme
- Mit wahlfreier Versicherungssumme

Anders als etwa die **Dialog** bieten die meisten Versicherer nur einen Teil dieser Tarifvarianten. Je nach Absicherungsziel kann mal die eine, mal eine andere Variante besonders geeignet sein.

Die meisten Baufinanzierungen werden entweder endfällig oder annuitätisch getilgt, so dass für diese Fälle eine gleich bleibende bzw. annuitätisch fallende Versicherungssumme sinnvoll erscheinen. Tatsächlich steht die vereinbarte Versicherungssumme jedoch auch dann zur Verfügung, wenn diese praktisch eine Unter- oder Überversorgung der Hinterbliebenen im Todesfall bedeutet.

Eine wahlfreie Versicherungssumme ist besonders dann sinnvoll, wenn der Versicherungsnehmer heute schon weiß, dass er beispielsweise in fünf Jahren eine größere Kapitalzahlung erwartet, daher also nur bei Vertragsbeginn eine hohe Absicherung benötigt. Sie kann auch sinnvoll sein, um bei fondsgebundenen Lebensversicherungen mit Beitragsrückgewähr bei Tod die bis dahin bestehende Versorgungslücke optimal zu schließen.

Eine pauschale Aussage, welche Absicherungsvariante am vorteilhaftesten ist, ist aufgrund der Vielzahl von Einzelfällen nicht möglich. Grundsätzlich lassen sich die meisten anfangs gleichbleibend abgeschlossenen Versicherungen oft durch einfache Teilkündigungen während der Dauer ebenfalls reduzieren. Vorteil gegenüber den von Beginn an fallenden Versicherungssummen ist dann, dass der Versicherungsnehmer den Zeitpunkt der Ermäßigung selbst bestimmen kann.

Problemfall Haushaltshilfe und Tagesmutter

Wer gesetzlich krankenversichert ist, hat gegebenenfalls einen Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn die versicherte Person ihren Haushalt vorübergehend nicht weiterführen kann.

Der Krankenversicherer übernimmt dann Kosten für Kinderbetreuung, Einkaufen, Kochen und Wohnungsputz. Voraussetzung ist natürlich, dass keine weitere Person im Haushalt in der Lage ist, diese Tätigkeiten zu übernehmen und die erkrankte Person bislang für die Führung des Haushaltes zuständig war.

Außerdem ist Voraussetzung, dass der Krankenversicherer für die Kosten der medizinischen Heilbehandlung aufkommt.

Kinder im Haushalt

Wenn Kinder im Haushalt zu versorgen sind, erbringen die meisten Versicherer ihre Leistung nur dann, wenn die Kinder höchstens 12 Jahre alt sind (z.B. Handelskrankenkasse HKK), während etwa die Barmer GEK, die Techniker Krankenkasse und die AOK Niedersachsen für Kinder bis 14 Jahren einspringen oder bei der BKK Exklusiv sogar für Kinder im Haushalt bis 16 Jahren geleistet wird. Die BKK Pfalz übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe prinzipiell unabhängig vom Alter der im Haushalt lebenden Kinder. Im Zweifel kommen auch Kinder über 12 Jahren nicht alleine im Haushalt zurecht, so dass eine Haushaltshilfe erforderlich werden kann.

» Grundsätzlich lassen sich die meisten anfangs gleichbleibend abgeschlossenen Versicherungen oft durch einfache Teilkündigungen reduzieren. «

Kosten der Haushaltshilfe

Die Dauer einer gewährten Haushaltshilfe kann je nach Versicherer deutlich unterschiedlich ausfallen, wenngleich mehr als 8 Stunden am Tag im Allgemeinen ausgeschlossen sind. Beispielsweise erbringt die Barmer GEK die Kosten für eine Haushaltshilfe „für einen nach ärztlichem Zeugnis erforderlichen Zeitraum von maximal drei Monaten, wenn Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zu versorgen sind“, die Techniker immerhin in sehr wenigen Fällen eine Leistung über 6 Monate heraus, während etwa die BKK Exklusiv ihre Leistungen bei schweren akuten Erkrankungen prinzipiell unbefristet erbringt. Die AOK Niedersachsen sieht eine Befristung der Leistung auf 52 Wochen vor, die Handelskrankenkasse auf 18 Wochen und die BKK Pfalz auf sogar nur höchstens 6 Wochen oder 30 Arbeitstage.

Zuzahlungen der GKV

Die Zuzahlungen der Versicherer sind im Regelfall auf 10% der Kosten, minimal 5

Euro und maximal 10 Euro pro Tag begrenzt (z.B. BKK Exklusiv).

Dabei kann eine Haushaltshilfe wahlweise durch Vertragspartner des Krankenversicherers oder auch durch selbst beschaffte Haushaltshilfen übernommen werden. Für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe werden Kosten bei der Techniker Krankenkasse in Höhe von höchstens 5,25 Euro pro Stunde übernommen. Bei Verwandten bis zum 2. Grad oder Schwägerten übernehmen die Kassen in der Regel lediglich den Nettoverdienstaufschlag oder etwaige Fahrtkosten. Bei der Techniker ist diese Leistung üblicherweise auf höchstens 2 Monate befristet.

Im Einzelfall können die Kosten für eine Haushaltshilfe auch während einer Schwangerschaft und nach einer Entbindung übernommen werden, ohne dass notwendigerweise bereits Kinder im Haushalt leben.

Für die Absicherung des Todesfalles bedeuten diese Informationen, dass eine umfassende 24-Stunden-Versorgung gerader kleiner Kinder bei schwerer Krankheit im Normalfall nur dann gewährleistet werden kann, wenn der hinterbliebene Partner mit höchstens acht Stunden täglicher Haushaltshilfe auskommt. Gerade für Gutverdiener dürfte es sich nicht lohnen, selber zu Hause zu bleiben, um die Versorgung sicher zu stellen, während die meisten Selbstständigen und Freiberufler mit acht Stunden pro Tag bei weitem nicht hinkommen dürften.

Kosten der Tagesmutter

Nun stellt sich also die Frage, was eine qualifizierte Tagesmutter kostet. Laut Stuttgarter Zeitung vom 13.04.2012 sind die Kosten für eine Tagesmutter vom Alter des betreuten Kindes abhängig: „Für ein Kind unter drei Jahren soll eine Tagesmutter 5,50 Euro pro Stunde bekommen, ist das Kind älter als drei, sind es nur noch 4,50 Euro.“¹ Diese Preise gelten im Übrigen pro Kind und können von Gemeinde zu Gemeinde durchaus abweichen.

Ein Kunde, der täglich 8 Stunden auf eine selbst finanzierte Tagesmutter angewiesen ist, hat auf Basis der oben benannten Annahmen bei 5 Tagen in der Woche einen jährlichen Aufwand ab durchschnittlich fast 9.400 Euro bis fast 11.500 Euro, was monatlich 313 bis 382 Euro bedeutet.

Fazit:

Nimmt man an, dass eine Tagesmutter nur für Kinder bis zum Alter von 14 Jahren notwendig sei und Kinder über 7 Jahren zumindest halbtags in der Schule sind und daher mit beispielsweise 4 Stunden Betreuung pro Tag auskommen, so bedeutet dies vor Inflation Gesamtkosten ab Geburt von fast 86.100 Euro, die bei der Bedarfsermittlung zur Lebensversicherung berücksichtigt werden sollten. Setzt man eine jährliche Inflation von 3% an, so erhöhen sich die hier kalkulierten Kosten auf gut 102.200 Euro.

Sonderfälle bei der Geburt von Kindern

Obwohl das Risiko eines Todes im Kindbett als Folge des medizinischen Fortschritts stark zurückgegangen ist, ist es doch für die Mutter weiterhin deutlich wahrscheinlicher bei der Geburt als in den 12 Monaten danach zu versterben. Damit einher geht das „Risiko“, dass es zu Mehrlingsgeburten oder zur Geburt eines behinderten Kindes kommt, und somit der Bedarf der Absicherung des Todesfalls um ein Vielfaches höher liegen würde. Weiter gilt es zu bedenken, dass eine Familie möglicherweise zwar heute schon mit der Geburt eines Kindes rechnet, tatsächlich aber weiterer Nachwuchs geplant ist.

Aus diesen Gründen kann es sinnvoll sein, alternativ die Versicherungssumme bei Tod in den ersten Jahren etwas höher als aktuell notwendig einzuschließen und nach einigen Jahren eigenverantwortlich zu reduzieren oder aber eine wahlfreie Versicherungssumme zu vereinbaren, die für die ersten Jahre im vornherein eine entsprechend angepasste höhere Versorgungsleistung vorsieht.

Gesetzlicher Anspruch auf Witwen- / Witwerrente

Einen Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente haben Witwen, Witwer und Waisen nur, wenn der Verstorbene die Mindestversicherungszeit von fünf Jahren in der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt hat.

Eine Witwen- oder Witwerrente gibt es in den Ausprägungen „große“ und „kleine“ Witwen- / Witwenrente. Sie beträgt für alle Neufälle 55% der zum Todestag

des Versicherten bereits gezahlten oder berechneten vollen Erwerbsminderungsrente. Einnahmen des Hinterbliebenen können angerechnet werden, wenn sie den jeweils geltenden Freibetrag übersteigen.

Für die große Variante müssen Ehepartner oder Partner einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt haben:

- Vollendung des 45. Lebensjahres (ab 2012 steigt sie stufenweise von 45 auf 47 Jahre an. Bei Tod ab 2029 besteht ein Anspruch erst ab Alter 47 Jahre)
- Nachweis einer vollen Erwerbsminderungsrente
- Nachweis der Erziehung eines Waisenrentenberechtigten Kindes

Außerdem muss die Ehe mindestens ein Jahr bestanden haben oder der Nach-

Auswirkungen der Inflation auf die Versicherungsleistung

Bei der Gestaltung eines bedarfsgerechten Versicherungsschutzes für den Todesfall sollte die langjährig schleichende Geldentwertung nicht außer Acht gelassen werden. Effektiv bedeutet diese auch bei scheinbar gleich bleibender Versicherungssumme eine allmähliche Absenkung des tatsächlichen Geldwertes. Besonders dramatisch gestaltet sich diese Entwicklung bei fallend vereinbarten Versicherungssummen. Eine dynamische Anpassung von Versicherungssummen kann diesem Problem weitgehend entgegen wirken.

Wirkung der Inflation auf eine Kapitalleistung von 100.000 Euro

	Kaufkraft bei 2% Inflation	Kaufkraft bei 3% Inflation	Kaufkraft bei 4% Inflation
Jahr 1:	100.000 Euro	100.000 Euro	100.000 Euro
Jahr 5:	92.384,54 Euro	88.848,70 Euro	85.480,42 Euro
Jahr 10:	83.675,53 Euro	76.641,67 Euro	70.258,67 Euro
Jahr 15:	75.787,50 Euro	66.111,78 Euro	57.747,51 Euro
Jahr 20:	68.643,08 Euro	57.028,60 Euro	47.464,24 Euro
Jahr 25:	62.172,15 Euro	49.193,37 Euro	39.012,15 Euro
Jahr 30:	56.311,23 Euro	42.434,64 Euro	32.065,14 Euro
Jahr 35:	51.002,82 Euro	36.604,49 Euro	26.355,21 Euro
Jahr 40:	46.194,82 Euro	31.575,35 Euro	21.662,06 Euro

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.

Aus diesen Zahlen lassen sich leicht weitere Annahmen herleiten. Nimmt man an, dass 250.000 Euro versichert wurden und der Tod im 15. Jahr eintritt, so bedeutet dies bei 3% Inflation linearer Inflation eine Kapitalzahlung von 2,5*66.111,78 Euro = 165.279,45 Euro. Bei weiter laufender Inflation und nicht gewünschtem Kapitalverzehr bedeutet dies eine lebenslange monatliche Rente von etwa 165.279,45 Euro durch 100.000 Euro mal 250 Euro = etwa 413,20 Euro nach heutiger Kaufkraft.

Kunden, die anstelle einer einmaligen Kapitalleistung eine Risiko-Rente beim Volkswohl Bund vereinbaren, können Vergleichbares für sich ableiten.

Wurde heute eine Rente in Höhe von 1.000 Euro abgeschlossen, so hat diese nach 20 Jahren bei 2% Inflation noch eine ungefähre Kaufkraft von 686,43 Euro (1.000/100.000*68.643,08). Da der Versicherer keine dynamische Rentenanpassung nach Eintritt des Leistungsfalles anbietet, bedeutet dies in der Praxis eine unvermeidbare Reduzierung der Kaufkraft der monatlichen Rentenleistung.

weis erbracht werden können, dass es sich um keine so genannte „Versorgungsehe“ gehandelt hat (siehe z.B. Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 23.10.2012 mit dem Aktenzeichen S 11 R 561/12).

Kleine Witwen- / Waisenrente

Können die drei eingangs oben benannten Punkte nicht erfüllt werden, so besteht höchstens Anspruch auf eine kleine Witwen- / Waisenrente. Sie beträgt nur 25% der großen Rente. Eigene Einnahmen werden zudem noch stärker angerechnet. Wird eine der oben benannten Voraussetzungen erfüllt, so wandelt sich die kleine später in eine große Witwen- bzw. Witwerrente um.

Eine mögliche Vollwaisenrente beträgt 20%, eine Halbwaisenrente 10% der zum Todestag des Verstorbenen berechneten vollen Erwerbsminderungsrente. Eigene Einkünfte werden erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres angerechnet. Im Regelfall wird eine Halb- oder

Vollwaisenrente nicht über das vollendete 27. Lebensjahr hinaus gezahlt. Ein Anspruch auf Rentenleistung kann auch für Adoptiv-, Pflege-, Engelkinder oder Geschwister bestehen, die mit dem Verstorbenen in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben und deren Lebensunterhalt von diesem finanziert wurde.

Faustformel zur Schätzung der „großen“ Witwenrente/Witwerrente:
18% des letzten Bruttoeinkommens.
2008 lag sie durchschnittlich bei 550 Euro monatlich.

Nicht eheliche Gemeinschaften

Entscheidend ist jedoch, dass viele Personen in nicht ehelicher Gemeinschaft zusammen leben. In diesem Fall existieren keinerlei Ansprüche auf Witwenrente gegenüber dem Partner. Problematisch kann es auch sein, wenn zwei unverheiratete Personen ein gemeinsames Kind haben. Ist dieses minderjährig, so gehen in der Regel alle erblichen An-

sprüche auf dieses über. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der hinterbliebene Partner einen Zugriff auf das Kapital hat, da normalerweise ein gesetzlicher Vormund vom Jugendamt für das minderjährige Kind eingesetzt wird, welches dessen berechnete Interessen zu vertreten hat. Leben in einer Familie sowohl leibliche Kinder als auch Stiefkinder, so ist ohne abweichende vertragliche Regelung gegebenenfalls auch nur die Versorgung der eigenen Kinder des Verstorbenen gesichert.

Gerade bei Ausländern kommt es immer wieder vor, dass diese zwar im Ausland geheiratet haben, die Ehe in Deutschland jedoch nicht anerkannt ist oder zwar Hochzeitsfotos in der Wohnung hängen, diese aber in erster Linie die Verbindung gegenüber den eigenen Eltern und Verwandten rechtfertigen sollen. Von daher kann eine Klarstellung des Beziehungsstatus im Rahmen der Risikoanalyse durchaus überraschende Ergebnisse erbringen.

Unterschiedliche Absicherungsformen

Um den Todesfall abzusichern, gibt es verschiedene Möglichkeiten, die im Folgenden jeweils kurz umrissen werden sollen.

Eine **Risikolebensversicherung** zahlt im Fall des Todes. Endet der Vertrag, ohne dass der Leistungsfall eintritt, so erlischt der Vertrag in der Regel ohne eine Versicherungsleistung. Eine Ausnahme gilt dann, wenn eine Kapitalansammlung oder Fondsüberschuss als Überschussbeteiligung vereinbart wurden. In der Regel ist die Überschussverwendungsform „Sofortrabatt“ die preisgünstigste Form den Todesfallschutz abzusichern. Im Einzelfall kann aber auch ein „Todesfallbonus“ zu überdurchschnittlich niedrigen Prämien führen.

Um zielgenau den Bedarf zu decken, wurde vom **Volkswahl Bund** die „Risiko-Rente“ entwickelt. Die Idee dahinter ist ganz einfach. Anstelle einer einmaligen Kapitalauszahlung erhält der hinterbliebene Partner eine zeitlich befristete oder lebenslange Rente in vorher vereinbarter Höhe an eine ebenfalls konkret benannte Person erbracht. Bei veränderten Lebenssituationen wie Heirat oder Geburt eines Kindes kann die Rentenhöhe

ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden. Allerdings ist dabei eine Frist von einem Monat nach dem versicherten Ereignis einzuhalten. Wer schließlich statt einer Rente doch lieber eine einmalige Kapitalauszahlung wünscht, kann natürlich auch eine solche in Anspruch nehmen. Auch diese Vertragsart endet ohne eine Kapitalauszahlung bei Nichtversterben.

Sehr viel teurer und nur bedingt zur Absicherung des Todesfalls geeignet sind eine Kapitalbildende oder fondsgebundene Lebensversicherung, da hier nur ein Teil des Beitrages in den Todesfallschutz investiert wird, während das restliche Sparguthaben zum Aufbau einer Kapital- oder Rentenzahlung zum Vertragsablauf verbraucht wird. Seltener finden sich auch fondsgebundene Rentenversicherungen mit zusätzlich vereinbarter Leistung bei Tod. Den meisten dieser Produkte ist gemein, dass sie sich als Kapitalanlage nur beschränkt eignen und dann auch nur, wenn die Vertrags-

laufzeit bis zum Ende durchgehalten wird und die steuerlichen Rahmenbedingungen für eine begünstigte Kapitalanlage eingehalten werden.

Einige Kapital bildende Tarife (festverzinslich und auch fondsgebunden) ermöglichen einen Todesfallschutz ohne Gesundheitsfragen. Dafür besteht – ausgenommen bei Unfalltod – ein Versicherungsschutz bei Tod erst ab dem 4. Jahr. Der Todesfallschutz ist hier in der Regel auf 60% der Beitragssumme begrenzt. Bei 30 Jahren Laufzeit und 100 Euro Monatsbeitrag entspricht dies einem Todesfallschutz von 21.600 Euro.

Je nach Eintrittsalter ermöglichen einzelne Anbieter ohne Gesundheitsprüfung einen Todesfallschutz in Kombination mit einer fondsgebundenen Rentenversicherung. Die höchste bekannte Absicherung dieser Art mit einer Höhe von bis zu 60.000 Euro bot bis vor kurzem noch die **Alte Leipziger** an. Regelmäßig besteht im ersten Jahr oder den ersten Jahren nach Antragsstellung nur ein einge-

schränkter Todesfallschutz, ausgenommen davon ist ein unfallbedingtes Versterben.

Vielfach angeboten wird eine **erhöhte Leistung bei Unfalltod**. Dies ist unsinnig, da der Kapitalbedarf bei Tod durch Unfall nicht höher als beim sehr viel wahrscheinlicheren Tod durch Krankheit ist. Anders ist eine Leistung bei Unfalltod im Rahmen einer Unfallversicherung zu bewerten, da die dort vereinbarte Leistung auch einen Vorschuss auf eine spätere Invaliditätsleistung begründen kann. Mit einer ernsthaften Absicherung des Todesfalls haben diese Varianten jedoch nichts zu tun.

Besonderheit: Sterbegeldversicherungen und Bestattungs-Vorsorgeverträge

In vielen Fällen enden Lebensversicherungen gleich welcher Art zwischen dem 60. und dem 67. Lebensjahr. Einen lebenslangen Versicherungsschutz bietet beispielsweise **Canada Life**, allerdings hat diese Leistung verständlicherweise auch ihren Preis.

Sterbegeldversicherung

Oft wird Senioren mit Hinweis auf den Wegfall des gesetzlichen Sterbegeldes geraten, eine Sterbegeldversicherung abzuschließen. Dabei kostet eine durchschnittliche Bestattung in Deutschland rund 5.000 Euro. Verbraucherschützer warnen davor, da hier laufende Prämien regelmäßig in einem krassen Missverhältnis zum versicherten Risiko stehen. Auch habe der Wegfall des staatlichen Zuschusses nur zu einer unwesentlichen Kürzung geführt, da auch vorher schon nur minimale Leistungen erbracht wurden. In aller Regel ist es vorteilhafter, etwa in einen Fondssparplan zu investieren, um auf diese Art und Weise das für eine würdevolle Bestattung notwendige Kapital zur Seite zu schaffen. An dieser Stelle sollte man natürlich auch nicht die Vorteile einer speziell auf den Todesfall gemünzten Vorsorge nicht außer Acht lassen. Im Zweifel besteht hier kein Zugriff der Agentur für Arbeit. Auch bieten viele Versicherer den Todesfallschutz ohne Gesundheitsprüfung an. Dafür besteht voller Versicherungsschutz meist erst ab dem 4. Versicherungsjahr.

Je nach Versicherer beträgt die garantierte Todesfallsumme meist mindestens 1.500 oder 2.500 Euro, höchstens jedoch

in der Regel 15.000 oder 20.000 Euro. Ungekürzt steht die volle Versicherungssumme innerhalb der ersten drei Jahre üblicherweise nur bei Unfalltod zur Verfügung. Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz oft nur in Höhe der bis dato eingezahlten Beiträge oder ansteigend je nach Vertragslaufzeit in Höhe von 25 bis 75% der Versicherungssumme.

Trotz lebenslangem Versicherungsschutz endet die Beitragszahlungsdauer bei Sterbevorsorgeverträgen bei den meisten Anbietern mit der Vollendung des 85. Lebensjahres. Gegebenenfalls können Verträge auch gegen Einmalzahlung abgeschlossen werden.

Bei vorzeitiger Kündigung fallen – wie sonst in der Branche – teilweise massive Stornoabschläge an.

Mitunter schließen Versicherer den Versicherungsschutz für bei Antragsstellung pflegebedürftige, erwerbsgeminderte oder HIV-infizierte Personen trotz Beitragszahlung vom Versicherungsschutz aus.

Bestattungsvorsorgeversicherungen

Eine interessante Alternative zur Sterbegeldversicherung sind Bestattungsvorsorgeversicherungen. Hier ist die eigentliche Leistung im Todesfall nur ein Teil der Absicherung, entscheidender ist die Option schon zu Lebzeiten festzulegen, in welcher Art und Weise die eigene Bestattung erfolgen soll. In erster Linie geht es folglich um ein emotionales Argument, denn wer tatsächlich nach dem eigenen Tode in welcher Art und Weise für die Bestattungskosten aufzukommen hat, ist sicher weniger entscheidend als eine umfassende Absicherung von Risiken während des Lebens. Wer aber sicher gehen möchte, nach dem Tode auf die vorher gewünschte Art und Weise beerdigt zu werden, hat hier eine mögliche Option. So kooperiert die **IDEAL** etwa mit dem hauseigenen Bestatter Ahorn AG, um eine individuelle Bestattungsvorsorge und –beratung aus einer Hand zu gewährleisten. Der Bestatter ist an über 200 Standorten in Deutschland vertreten. Hierfür speziell geschaffen ist der Tarif IDEAL BestattungsVorsorge (AB_BVO_2012B). Je nach Tarif werden die Gebühren für Grabstelle, Kremierung oder Urkunden bis 500 Euro (Basis), bis 1.000 Euro (Standard), bis 1.500 Euro (Tradition) bzw. bis 2.000 Euro (Prestige) übernommen.

Analog zum Sterbegeld der IDEAL gilt in den ersten 18 Monaten (laufende Beitragszahlung) nur ein Versicherungsschutz zwischen 25 und 75 Prozent bzw. 6 Monaten (Verträge gegen Einmalzahlung) nur ein Anspruch auf Beitragsrückgewähr.

Unabhängig von der gewählten Versicherungssumme werden in jedem Fall folgende Leistungen erbracht:

- Organisation der Bestattung und damit verbundene Behördengänge
- Kostenübernahme für Überführung und Einbettung
- Kostenübernahme für Sarg oder Urne mit Blumenschmuck
- Kostenübernahme für Erd- oder Feuerbestattung
- Kostenübernahme für ein einfaches Reihengrab oder eine anonyme Grabstätte
- Kosten für die Abschiednahme im engsten Familienkreis mit Blumendekoration und Trauerkarten

Todesfall im Ausland

Bei einem Todesfall im Ausland werden für nicht beitragsfrei gestellte Verträge zusätzlich subsidiär erbracht:

- Kosten für die Rückholung des Verstorbenen aus dem europäischen Ausland bis 5.200 Euro bzw. aus dem außereuropäischen Ausland bis 10.300 Euro. Für einen Überführungs- / Zinksarg werden (sofern vorgeschrieben) bis zu 1.030 Euro übernommen
- Kostenübernahme für frühzeitige Rückreise eines hinterbliebenen Ehepartners (erstattet werden zusätzlich die anteiligen Mehrkosten bis in Höhe von maximal 2.560 Euro)

Kein Versicherungsschutz im Ausland für die oben genannten Leistungen besteht für das Ausland, in dem die versicherte Person ihren Erst- oder Zweitwohnsitz hat.

Der Leistungsumfang der Traditionsdeckung beinhaltet darüber hinaus folgende Leistungen:

- traditionelle Trauerfeier mit geistlichem oder weltlichem Redner, Organist, Blumendekoration und Trauerkarten, Musikern
- Seebestattung in Begleitung von bis zu 10 Angehörigen
- freie Wahl der Grabstelle

Erst mit der Prestigedeckung werden auch die Kosten für einen Grabstein bis in Höhe von 750 Euro abgedeckt.

Die vereinbarten Versicherungssummen sind so kalkuliert, dass unter normalen Umständen die mit dem Tarifmodell verbundenen Leistungen in voller Höhe erbracht werden können. Aufgrund von heute nicht vorhersehbaren Teuerungen für die einzelnen Leistungen garantiert die IDEAL nicht, dass die Vorsorgesumme für die Durchführung der Bestattung im Umfang des Vorsorgemodells ausreichen wird. Wird im Todesfall die Leistung abweichend nicht von der AHORN AG erbracht, weil etwa die Hinterbliebenen nicht über den bestehenden Versicherungsvertrag informiert sind oder sich aus anderen Gründen über den letzten Willen des Verstorbenen hinwegsetzen, so wird eine Kostenpauschale von 10 % des Vorsorgebetrages einbehalten. Nur so ist sichergestellt, dass die Versicherungssumme auch wirklich für seine Bestattung verwendet wird und alles so geregelt wird, wie er es zu Lebzeiten mit dem Bestatter Ahorn festgelegt hat. Damit unterscheidet sich die Bestattungsvorsorge von einem reinen Sterbegeld vor allem durch das unwiderrufliche Bezugsrecht der Leistung. Der Versicherte muss dies im Antrag ankreuzen und erklärt damit seinen Wunsch, von Ahorn bestattet zu werden.

Beratungsbedarf

Der Markt weist viele Versicherer mit teilweise abweichenden Konzepten vor, bei denen vielfach auch die freie Wahl des Bestattungsunternehmens möglich ist.

Vermittler sollten ihren Kunden schon zu Lebzeiten empfehlen, die Bezugsberechtigung aller vorhandenen Verträge bei Tod zu prüfen. Gerade bei Senioren besteht sonst etwa ein erhöhtes Risiko, dass der eingetragene Bezugsberechtigte im eigenen Todesfall schon nicht mehr lebt. Ebenfalls empfehlenswert wäre es, Kunden dazu zu raten, mit einem Notar ein Testament zu verfassen und den Nachlass schon zu Lebzeiten zu regeln. Vor allem sollte frühzeitig eine Bevollmächtigung für Konten und Behördenauskünfte schriftlich fixiert werden. Gerade bei vorher fehlender Kontovollmacht kann es sonst passieren, dass der alleine hinterbleibende Partner sonst vorübergehend mittellos würde.

Ausgewählte Produktmerkmale in der Risiko-LV

Auch Risikolebensversicherungen besitzen vielfach Alleinstellungsmerkmale, die den Vertrieb unterstützen oder die Akzeptanz von weniger preiswert kalkulierten Produkten erhöhen sollen.

Bruttobeitrag und Nettobeitrag

In der Lebensversicherung wird zwischen Brutto- und Nettobeitrag unterschieden. Der Netto- oder Zahlbeitrag ergibt sich aus dem Bruttobeitrag abzüglich der nicht garantierten Überschüsse. Sinken diese, erhöht sich der Nettobeitrag. Steigen die Überschüsse, so sinkt der Nettobeitrag. Sollte eine Anpassung des Nettobeitrages an den Bruttobeitrag nicht ausreichen, um den Versicherungsschutz auf Dauer zu finanzieren, so kann ein Versicherer unter engen Voraussetzungen den Beitrag unter Verweis auf Satz 1 § 163 VVG (gesetzliche Anpassungsmöglichkeit unter bestimmten Voraussetzungen) auch über den vereinbarten Bruttobeitrag hinaus erhöhen. Darüber hinaus kann der Bruttobeitrag durch eine aufsichtsrechtliche Maßnahme zum Schutz der Versichertengemeinschaft auf Grundlage des VAG für bestehende Verträge angepasst werden.

Zumindest angemerkt werden sollte allerdings in diesem Zusammenhang, dass eine Senkung der Überschüsse zu Ungunsten der Versicherten wegen des bedeutenden Einflusses der steigenden Lebenserwartung zumindest vergleichsweise unwahrscheinlich ist. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen, bei denen derzeit in der Regel von einem weit höheren Risiko steigender Beiträge ausgegangen wird.

Dabei kann nur zum Vor-, aber nicht zum Nachteil des Kunden von der Anwendung des § 163 VVG abgewichen werden. Die überwiegende Zahl aller Versicherer bietet die Möglichkeit des allein zum Vorteil des Kunden geltenden Verzichts auf die Beitragsanpassung nach § 163 VVG nicht an. Inwiefern Kunden von diesem Verzicht wirklich profitieren, kann nicht eindeutig bewertet werden. Es ist allerdings gewiss, dass ein Versicherer, der bei der Tarifauflegung unsauber kalkuliert hat, generell keine Möglichkeit hat, ein Anpassungsrecht nach Satz 1 § 163 VVG in Anspruch

zu nehmen und dass zugleich kein Kunde einen Nachteil dadurch erleiden darf, dass ein Verzicht vereinbart wurde. Der echte Sinn, gegebenenfalls sogar gegen Mehrbeitrag einen Verzicht zu vereinbaren, erschließt sich daher nicht, zumal das VAG den Verzicht gegebenenfalls sowieso „aushebeln“ könnte.

Beispielhafte Versicherungstarife mit Anpassungsverzicht nach § 163 VVG:

• Alte Leipziger

(Tarif: pm 2200, Stand 01.2011):

„Von der Möglichkeit des § 163 VVG, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen die Beiträge für die Risikoversicherung anzuheben, werden wir keinen Gebrauch machen.“

Dies gilt bei der Alte Leipziger auch im Rahmen einer gleichzeitig beantragten Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bzw. Rentenleistung bei bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit.

• Zurich Life

(Tarif: Eagle Star RisikoLeben-basic, Fassung BA/0410 bzw. BA/1212 und Eagle Star RisikoLeben-top, Fassung TP/0410 bzw. TP/1212):

„Gemäß diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen garantiert der auf Ihrem Versicherungsschein ausgewiesene ursprüngliche Beitrag, dass die ebenfalls in Ihrem Versicherungsschein vereinbarten Leistungen bis zum Ende der Versicherungsdauer gewährleistet werden. Wir verzichten auf das Recht zur Anpassung der Beiträge bzw. Leistungen nach § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Sollten auf Beiträge für diese Versicherung öffentliche Abgaben, insbesondere etwa eine Versicherungssteuer, eingeführt werden, behalten wir uns das Recht vor, den Beitrag in dem Umfang zu erhöhen, in dem die eingeführte öffentliche Abgabe auf den Beitrag anfällt.“

• **Dialog**

(Tarif: ABRis, Stand 04.2011; BBuz, Stand 04.2011)

Nur im Rahmen einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeitszusatzversicherung gilt optional, nicht im Rahmen der eigentlichen Risikolebensversicherung:

„Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG

Bei Einschluss dieser Option verzichten wir auf unser Recht nach § 163 VVG unter bestimmten Voraussetzungen bestehendes Recht, bei einer Zunahme unseres Leistungsbedarfs gegenüber den zugrundegelegten technischen Berechnungsgrundlagen die Beiträge auch für bestehende Versicherungen zu erhöhen.“

• **Universa**

(Tarif: uniRISK, Stand 01.2012):

Der Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG gilt nur, wenn gleichzeitig eine BUZ vereinbart ist, da die allgemeinen Bedingungen hier keine vom VVG abweichende Regelung vorsehen:

§ 11 Welche Regelungen gelten sonst noch?

(1) Von der Möglichkeit des § 163 VVG, die Beiträge bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen neu festzusetzen (zu erhöhen), werden wir keinen Gebrauch machen. Der vereinbarte Beitrag (ohne Verrechnung der Überschussanteile) ist also garantiert.

(2) Soweit in diesen Bedingungen nichts Anderes bestimmt ist, finden die „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“ sinngemäß Anwendung.

Desweiteren gibt es einige wenige Versicherer, bei denen von vorn herein Brutto- und Nettobeitrag identisch sind. Außer im Rahmen der Anpassungsmöglichkeiten des § 163 VVG ist für diese Tarife daher keine Erhöhung des laufenden Zahlbeitrages möglich.

Beispielhafte Anbieter mit identischem Brutto- und Nettobeitrag

• **Zurich Life** (Tarife: Eagle Star RisikoLeben-basic, Fassung BA/0410 bzw. BA/1212) und Eagle Star RisikoLeben-top, Fassung TP/0410 bzw. TP/1212)

Bei der **DLVAG** (Tarif: E 7 (DLV), Stand 12.2011) gilt ein identischer Brutto- und Nettobeitrag abweichend nur bei der Wahl des „Todesfallbonus“, nicht jedoch im Rahmen der eher üblichen „Verrechnung“ des Beitrages. Bei Wahl des Todesfallbonus könnten sinkende Überschüsse zu einer Reduzierung des erwarteten Todesfallbonus führen.

Vorgezogene Todesfallleistung

Einige Versicherer sehen eine Versicherungsleistung auch schon dann vor, wenn die versicherte Person noch nicht tot ist, jedoch ein Arzt eine stark verkürzte Lebenserwartung von höchstens 12 Monaten vorsieht.

Im Detail unterscheiden sich jedoch die Bedingungen der Versicherer mit diesem Leistungsmerkmal durchaus erheblich voneinander.

Beispielhafte Anbieter mit Anspruch auf eine vorgezogene Todesfallleistung

• **Cosmos Direkt**

(Tarif: Risikoversicherung - Comfort-Schutz, Stand 05.2009):

„§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei einer schweren Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal 12 Monaten (vorgezogene Todesfall-Leistung)?

(1) Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme auf Ihren Antrag bereits vor dem Tod der versicherten Person, wenn diese während der Versicherungsdauer an einer schweren Krankheit gemäß Absatz 2 erkrankt.

(2) Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und unseres Gesellschaftsarztes innerhalb von 12 Monaten zum Tode führen wird. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahme eines unabhängigen Facharztes einzuholen.

(3) Mit der Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme endet dieser Versicherungsvertrag.

(4) Eine vorgezogene Leistung wird nicht gewährt, wenn

– die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 12 Monate beträgt oder

– die schwere Krankheit im Sinne des Absatz 2 auf die in den §§ 10 und 11 der Allgemeinen Bedingungen für die Risi-

koversicherung genannten Umstände zurückzuführen ist oder auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 9 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung berechtigt oder

– wir zur Anfechtung nach § 9 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung berechtigt sind.

(5) Maßgeblich für die 12-Monatsfrist hinsichtlich der Prognose über die Lebenserwartung, für die verbleibende Vertragsdauer sowie für die vereinbarte Versicherungssumme ist der Zeitpunkt der Stellung des Leistungsantrags.

(6) Bei Beantragung der vorgezogenen Todesfall-Leistung ist uns außer dem Versicherungsschein ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne des Absatz 2 vorliegt. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der die versicherte Person zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.“

• **Zurich Life**

(Tarif: Eagle Star RisikoLeben-top, Fassung TP/0410 bzw. TP/1212)

„§ 2 Welche Leistung erbringen wir bei Diagnose einer schweren Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal 12 Monaten?

1. Bei Diagnose einer schweren Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal 12 Monaten für eine versicherte Person während der Vertragslaufzeit – nach Vertragszustandekommen und mindestens 12 Monate vor Ende der Versicherungsdauer – zahlen wir die entsprechende Versicherungssumme aus, die zum Zeitpunkt der Diagnose gültig ist, sofern uns die Diagnose nachgewiesen wird und soweit keine Einschränkungen, die sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder anzuwendenden gesetzlichen Regelungen ergeben, dem entgegenstehen.

2. Wurde die Absicherungsvariante Einzelleben oder verbundene Leben gewählt, endet Ihr Vertrag mit Zahlung der Versicherungssumme für die schwere Krankheit mit einer prognostizierten Le-

benserwartung von maximal 12 Monaten. Wurde die Absicherungsvariante DUAL gewählt, wird der Vertrag mit der weiteren versicherten Person auf die Absicherungsvariante Einzelleben umgestellt und der Vertrag bleibt mit der verbleibenden Versicherungssumme bestehen.

3. Die gültige Versicherungssumme ist jene, die auf Ihrem Versicherungsschein angegeben ist oder die nachträglich durch die von Ihnen gewählte Dynamik oder Nachversicherungsgarantie angepasst worden ist (siehe §§ 4 bzw. 5) oder die nachträglich entsprechend zwischen Ihnen und uns vereinbart worden ist.

4. Für den Zweck dieses Vertrags wird eine „schwere Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal 12 Monaten“ als eine fortgeschrittene, sich schnell entwickelnde, unheilbare Krankheit definiert, bei der nach Meinung des behandelnden Arztes und unseres Gesellschaftsarztes die Lebenserwartung nicht mehr als 12 Monate beträgt.

5. Wenn sich eine versicherte Person schuldhaft eine schwere Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal 12 Monaten zuzieht (ungeachtet dessen, ob die versicherte Person zu jenem Zeitpunkt zurechnungsfähig war oder nicht), sind wir von der Versicherungsleistung befreit.“

• EUROPA

(Risikoversicherung Premium, Stand 01.07.2012):

„A Vorgezogene Todesfall-Leistung bei einer schweren Krankheit

1. Versicherungsleistungen und ihre Voraussetzungen

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme auf ihren Antrag bereits vor dem Tod der versicherten Person, wenn diese während der Versicherungsdauer an einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen erkrankt.

Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende und unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und eines von uns beauftragten Arztes innerhalb von zwölf Monaten zum Tode führen wird. Stimmen beide Ärzte in ihrer Ansicht nicht überein, sind wir berechtigt, die Stellungnahme eines weiteren Facharztes als unabhängigen Dritten einzuholen.

Mit der Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme endet der Versicherungsvertrag.

Ein Anspruch auf vorgezogene Todesfall-Leistung besteht nicht, wenn

- die verbleibende Versicherungsdauer ab Beantragung der Leistung weniger als zwölf Monate beträgt oder

- die schwere Krankheit auf Umstände zurückzuführen ist, unter denen nach Abschnitt B Nummer 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung die Todesfall-Leistung auf das Deckungskapital beschränkt ist oder deren Nichtanzeige uns nach Abschnitt E der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung zum Rücktritt vom Versicherungsvertrag berechtigt oder

- wir nach Abschnitt E Nummer 10 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung zur Anfechtung des Versicherungsvertrages berechtigt sind.

Maßgeblich für die Frist von zwölf Monaten hinsichtlich der Prognose über die Lebenserwartung und für die verbleibende Versicherungsdauer ist der Zeitpunkt der Beantragung der Leistung. Dieser Zeitpunkt gilt auch für die Höhe der Versicherungssumme.“

Im Tarif folgen an dieser Stelle die Nachweis- und Mitwirkungspflichten.

• Hannoversche Leben

(Tarife: Risikoversicherung Plus (Nichtraucher) (Tarif T1N-Plus) und Risikoversicherung Plus (Tarif T1R-Plus), Stand 01.2012):

„a) Todesfallleistung und vorgezogene Todesfallleistung

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Statt dessen zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme bereits vor dem Tod des Versicherten, wenn dieser während der Versicherungsdauer an einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen erkrankt und Sie als Versicherungsnehmer die vorgezogene Leistung spätestens 12 Monate vor Ablauf der Vertragsdauer beantragt haben.

aa) Eine schwere Krankheit ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes, unseres Gesellschaftsarztes und ggf. eines weiteren unabhängigen Facharztes innerhalb von 12 Monaten (gerechnet ab Stellung des Leistungsan-

trags) zum Tode führen wird.

bb) Mit dem Antrag auf vorgezogene Todesfallleistung ist uns außer dem Original-Versicherungsschein ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass beim Versicherten eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt.

Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der Versicherten zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

cc) Mit der Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme endet dieser Versicherungsvertrag.

dd) Eine vorgezogene Leistung wird nicht gewährt, wenn die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 12 Monate beträgt oder die schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen auf die in den §§ 7 und 8 der Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung (ALB) genannten Umstände oder auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 6 ALB berechtigt, zurückzuführen ist oder wir zur Anfechtung nach § 6 ALB berechtigt sind.

ee) Maßgeblich für die 12-Monatsfrist hinsichtlich der Prognose über die Lebenserwartung, für die verbleibende Vertragsdauer sowie für die vereinbarte Versicherungssumme ist der Zeitpunkt der Stellung des Leistungsantrags.

[...]d) Ein Tarifwechsel von einem Plus-Tarif in einen anderen Tarif ist nicht möglich. Ist eine Dynamik eingeschlossen, ist nach Stellung eines Antrags auf vorgezogene Todesfallleistung keine dynamische Erhöhung mehr möglich. Ist eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, ist nach Stellung eines Antrags auf vorgezogene Todesfallleistung eine Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie ausgeschlossen.“

• Provinzial Rheinland

(Tarife: RLV 01.2012 RisikoLeben Klassik):

„§4 Welche Leistungen erbringen wir bei einer schweren Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal 12 Monaten (vorgezogene Todesfallleistung)?

(1) Wir zahlen bei einer Risikoversicherung nach §1 Absätze 1 und 2 die verein-

barte Versicherungssumme auf Ihren Antrag bereits vor dem Tod einer der versicherten Personen, wenn diese während der Versicherungsdauer, spätestens jedoch zwölf Monate vor Ablauf der Versicherung, an einer schweren Krankheit gemäß Absatz 2 erkrankt.

(2) Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und unseres Gesellschaftsarztes innerhalb von zwölf Monaten zum Tode führen wird. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahme eines unabhängigen Facharztes einzuholen.

(3) Mit der Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme endet der Versicherungsvertrag.

(4) Eine vorgezogene Leistung wird nicht gewährt, – wenn die schwere Krankheit im Sinne des Absatzes 2 auf die in den §§ 4 und 5b, § 6 und § 7 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung genannten Umstände zurückzuführen ist oder auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt gemäß § 8 berechtigt, oder – wenn wir zur Anfechtung gemäß § 8 berechtigt sind.

(5) Maßgeblich für die 12-Monatsfrist hinsichtlich der Prognose über die Lebenserwartung, für die verbleibende Vertragsdauer sowie für die vereinbarte Versicherungssumme ist der Zeitpunkt der Stellung des Leistungsantrags nach Absatz 1.

(6) Bei Beantragung der vorgezogenen Todesfalleistung ist uns außer dem Versicherungsschein ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne des Absatz 2 vorliegt. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der die versicherte Person zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.“

• **WGV**

(Tarif: Optimal-Tarif, Ausgabe Januar 2012):

„a) Todesfalleistung und vorgezogene Todesfalleistung

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod der versicherten

Person während der Versicherungsdauer. Auf Ihren Antrag zahlen wir stattdessen die vereinbarte Versicherungssumme bereits vor dem Tod der versicherten Person, wenn diese während der Versicherungsdauer an einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen erkrankt und Sie als Versicherungsnehmer die vorgezogene Leistung spätestens 12 Monate vor Ablauf der Vertragsdauer beantragt haben.

aa) Eine schwere Krankheit ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und nach unserer Einschätzung innerhalb von 12 Monaten (gerechnet ab Stellung des Leistungsantrags) zum Tode führen wird. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahme eines unabhängigen Facharztes einzuholen.

bb) Mit dem Antrag auf vorgezogene Todesfalleistung ist uns außer dem Original-Versicherungsschein ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der die versicherte Person zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

cc) Mit der Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme endet dieser Versicherungsvertrag.

dd) Eine vorgezogene Leistung wird nicht gewährt, wenn die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 12 Monate beträgt oder die schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen auf die in den §§ 4 und 5 genannten Umstände oder auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 6a berechtigt, zurückzuführen ist oder wir zur Anfechtung nach § 6a berechtigt sind.

ee) Maßgeblich für die 12-Monatsfrist hinsichtlich der Prognose über die Lebenserwartung, für die verbleibende Vertragsdauer sowie für die vereinbarte Versicherungssumme ist der Zeitpunkt der Stellung des Leistungsantrags.“

Doppelte Leistung bei Tod von zwei versicherten Personen

Im Rahmen von verbundenen Lebensversicherungen wird die Leistung bei Tod gleich beider versicherter Personen in

der Regel nur einmal fällig (z.B. **Cosmos Direkt**, § 1 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung, Stand 12.2012: „Bei gleichzeitigem Tod beider versicherter Personen wird die Versicherungssumme nur einmal fällig.“; **Dialog**, § 1 Nr. 1 zum Tarif ABRis, Stand 04.2011: „Auch bei Tod mehrerer versicherter Personen wird die versicherte Summe nur einmal fällig.“; **DLVAG**, B § 1, Stand 12.2011: „Sterben mehrere versicherte Personen gleichzeitig, zahlen wir das Garantiekapital nur einmal.“; **Hannoversche Leben**, Tarif T12, Stand 01.2012, § 1 Nr. 5: „Auch bei gleichzeitigem Tod beider Versicherten wird die vereinbarte Versicherungssumme aber nur einmal fällig.“; **InterRisk**, B 90, Stand 01.2012, Risikolebensversicherung mit konstanter Versicherungssumme und Umtauschrecht für zwei verbundene Leben, § 1: „Bei gleichzeitigem Tod beider versicherter Personen wird die Versicherungssumme nur einmal gezahlt.“; **Provinzial Rheinland**, Risikoversicherung, Stand 01.2012, § 1Nr. 2 a): „Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme nur bei Tod der zuerst versterbenden versicherten Person während der Versicherungsdauer. Auch bei gleichzeitigem Tod mehrerer versicherter Personen wird die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal fällig.“; **Volkswohl Bund**, Bed.Ris, Stand 04.2009: „Bei gleichzeitigem Tod der versicherten Personen wird die vereinbarte Versicherungsleistung nur einmal ausgezahlt.“)

Verbraucherfreundlichere Regelungen sind eine absolute Ausnahme. So werden im Tarif DUAL von **Zurich Life** (Tarife: Eagle Star RisikoLeben-basic, Fassung BA/0410 bzw. BA/1212 und Eagle Star RisikoLeben-top, Fassung TP/0410 bzw. TP/1212) von vornherein separate Versicherungssummen für beide versicherte Personen vereinbart. Diese werden dann auch separat ausgezahlt, wobei dies auch dann geschieht, wenn der Tod nicht gleichzeitig eintreten sollte. Verstirbt eine der versicherten Personen, wird der Vertrag als Einzelvertrag für die überlebende Person weitergeführt, ohne dass eine weitere Risikoprüfung notwendig wäre. Sollte die überlebende Person ebenfalls versterben, wird hier die entsprechend vereinbarte Versicherungssumme ausgezahlt. Entscheidet sich der Kunde hingegen für die Absicherungsvariante „verbundene Leben“, so erfolgt auch hier nur einmal eine Auszahlung:

„1. Bei Tod einer versicherten Person während der Vertragslaufzeit – nach Vertragszustandekommen und vor dem Versicherungsende – zahlen wir die jeweilige Versicherungssumme aus, die zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person gültig ist, sofern uns der Tod nachgewiesen wird und soweit keine Einschränkungen, die sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder anzuwendenden gesetzlichen Regelungen ergeben, dem entgegenstehen.

2. Wurde die Absicherungsvariante Einzelleben oder verbundene Leben gewählt, endet Ihr Vertrag, wenn die vereinbarte Versicherungssumme ausgezahlt wird. Wurde die Absicherungsvariante DUAL gewählt, wird der Vertrag mit der überlebenden versicherten Person auf die Absicherungsvariante Einzelleben umgestellt und der Vertrag bleibt mit der verbleibenden Versicherungssumme bestehen.“

Regelungen zur Fortsetzung einer verbundenen Lebensversicherung

In den meisten Fällen endet eine verbundene Lebensversicherung mit dem Tod der ersten versicherten Person. Da eine Absicherung auch darüber hinaus notwendig sein kann, kann eine abweichende Anschlussversicherung bei einer Risikolebensversicherung auf verbundene Leben sinnvoll sein. Eine solche sieht beispielsweise die Dialog nach § 6 der Bedingungen zum Tarif ABRis mit Stand 04.2011 vor:

„Endet die Risikoversicherung auf verbundene Leben durch Tod einer versicherten Person, kann innerhalb von drei Monaten nach dem Todestag im Rahmen unserer tariflichen Möglichkeiten für die überlebenden versicherten Personen eine neue Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden, sofern die Restlaufzeit der bisherigen Versicherung mindestens ein Jahr beträgt und die bisherige Versicherung nicht beitragsfrei ist.

Es handelt sich dabei um eine neue Versicherung mit eigenen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs entsprechend der Wahl der jeweiligen verbleibenden versicherten Person. Die neue Versicherung kann für versicherte Personen der ursprünglichen Versicherung abgeschlossen werden, wobei die

Versicherungsdauer sowie die Beitragszahlung spätestens zu den entsprechenden Terminen wie bei der ursprünglichen Versicherung enden und die versicherte Todesfallleistung die bisherige Höhe nicht überschreiten darf. Die neue Versicherungssumme folgt bezüglich des weiteren Versicherungssummenverlaufs dem Ursprungsvertrag. War die versicherte Person bisher als Raucher versichert, gilt dies auch für den neuen Vertrag. Für den neuen Vertrag gelten die gleichen Feststellung der Gesundheitsprüfung wie bei Abschluss der ursprünglichen Versicherung. Die Regelungen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Versicherungsbedingungen der ursprünglichen Versicherung (§ 7) finden auch auf die neue Versicherung Anwendung. Solange wir wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch die jeweilige versicherte Person vom ursprünglichen Vertrag zurücktreten, diesen kündigen, anpassen oder den ursprünglichen Vertrag wegen Anfechtung aufheben können, stehen uns diese Rechte auch für den neuen Vertrag mit der jeweiligen versicherten Person zu.“

Generelle Probleme verbundener Lebensversicherungen

Da die meisten verbundenen Lebensversicherungen auf Erstversterbensbasis konzipiert sind, profitieren Ehepartner fast immer von zwei eigenständigen Verträgen. Auch, wenn diese mitunter ein wenig teurer sein sollten, bedeuten diese doch eine höhere Flexibilität und in jedem Fall eine doppelte Leistung bei Tod gleich beider Personen.

Ein weiteres Problem bei Verträgen auf Erstversterbensbasis ergibt sich bei unterschiedlich hohen Versicherungssummen für die mitversicherten Personen. Dann kommt es im Leistungsfall nämlich darauf an, wer von beiden gegebenenfalls auch nur wenige Augenblicke vor dem Partner verstorben ist. Sterben also Vater und Mutter gemeinsam bei einem Autounfall kann dies leicht zur Folge haben, dass eine laufende Finanzierung anders als eingeplant von den Nachkommen nicht mehr ausfinanziert werden kann und Makler für einen schwerwiegenden Beratungsfehler in Regress genommen werden könnten.

Thema Scheidung

Neben der Benachteiligung der Erben stellt sich bei der Gestaltung des Todes-

fall es über verbundene Lebensversicherung noch ein weiteres Problem: im Fall einer Scheidung muss der vereinbarte Beitragszahler dann die Beiträge auch für seinen Expartner weiter aufbringen. Stirbt der Beitragszahler zuerst, hat er im Zweifel Versicherungsschutz für Hinterbliebene finanziert, mit denen er selbst nichts zu tun hat. Oft bedeutet dies die Kündigung gerade von verbundenen Lebensversicherungen im Fall einer Scheidung. Dabei kann es zum einen zu Unverständnis kommen, wenn der Vertrag – wie üblich – keinen Rückkaufswert gebildet hat, zum anderen, weil gekündigte Verträge bei einigen Versicherern wie der Dialog beitragsfrei fortgeführt werden. Beim Tod des Expartners kann sich dann das Problem stellen, dass der ehemalige Gatte oder die ehemalige Gattin nichts davon erfahren oder keine Möglichkeit haben, in den Besitz der für die Auszahlung notwendigen Sterbeurkunde zu kommen. Desweiteren besitzt nur der Versicherungsnehmer ein Exemplar des Versicherungsscheins und seiner Nachträge. Dies hat zur Folge, dass die Beanspruchung von Versicherungsleistungen auch wegen oft nur ungenügend bekannter Kenntnis der Obliegenheiten zum Leistungsfall massiv erschwert sein kann.

Ist eine Kündigung tatsächlich möglich und eine Absicherung für die ehemaligen Partner weiterhin möglich, so kostet der Neuabschluss in der Regel weit mehr Geld und kann je nach Gesundheitszustand mit Erschwernissen, Ausschlüssen oder Ablehnung des Antrages verbunden sein.

Fazit:

zwei eigenständige Verträge sind einer verbundenen Lebensversicherung in nahezu jedem Fall vorzuziehen. Zumindest bis zur Einführung von Unisex kann es darüber hinaus sein, dass ein Versicherer für Frauen besonders preiswert ist, ein anderer hingegen für Männer, so dass sich ein entsprechend unterschiedlich gestalteter Versicherungsschutz zumindest preislich rentieren kann.

Selbstmordklausel

Üblicherweise besteht im Rahmen von Lebensversicherungsprodukten kein Versicherungsschutz bei Selbstmord innerhalb der ersten drei Vertragsjahre. Ausgenommen ist davon ein Suizid auf-

grund eines nachweislich die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustandes krankhafter Störung der Geistestätigkeit.

Soweit bekannt ein Alleinstellungsmerkmal bietet die Dialog. Auf Antrag einer Bank kann im Rahmen der Abtretung einer Lebensversicherung zur Kreditabsicherung der Verzicht auf die 3-Jahres-Frist vereinbart werden (Fristenverzicht). Im Rahmen des zu vereinbarenden Fristenverzichts verzichtet die Dialog nach Unternehmensangaben auch auf die Anwendung ihres Rücktrittsrechts bei vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung.

Der Mehrbeitrag für den Fristenverzicht beträgt 1 Promille brutto per netto bei einer Versicherungssumme von bis zu 100.000 Euro, also 100 Euro für 100.000 Euro.

Bei einer Versicherungssumme von über 100.000 bis höchstens 300.000 Euro gilt ein Zuschlag in Höhe von 2 Promille der Versicherungssumme.

Für Versicherungssummen zwischen 100.000 und bis unter 200.000 Euro ist ergänzend zum normalen Antragsformular ein kleines ärztliches Zeugnis erforderlich, bei Summen von 200.000 bis 300.000 Euro ein ärztliches Zeugnis der Stufe 1 (normales Formular). In beiden Fällen hat der Kunde die Kosten für die ärztlichen Untersuchungen zu tragen. Ein Fristenverzicht für Versicherungssummen über 300.000 Euro ist nicht möglich.

Laut Versicherer werde der Fristenverzicht in Deutschland so gut wie nie, in Österreich hingegen recht häufig gewählt. In Österreich wird der Fristenverzicht unter anderem auch von der EUR-OPA und der InterRisk angeboten.

Kapitalwahlrecht

Bei den meisten Risikolebensversicherungen ist die Versicherungsleistung zwingend als einmalige Kapitalleistung vorgesehen. Selbstverständlich werden die meisten Anbieter hier gerne auf Kundenwunsch eine alternative lebenslange Verrentung der Versicherungsleistung anbieten, jedoch besteht darauf kein Rechtsanspruch; außerdem gelten für eine bei Vertragsabschluss nicht vereinbarte Verrentungsoption zwingend die zum Zeitpunkt der Auszahlung vereinbarten Rechnungsgrundlagen, weshalb eine bedingungsseitige Klarstellung von Vorteil sein kann.

• Generali

(Tarif: RI 12 mit Raucher- und Nicht-rauchertarif, Stand 01.2012):

„Rentenwahlrecht

(2) *Tritt der Versicherungsfall ein, so kann der Anspruchsinhaber schriftlich die Umwandlung der Kapitalzahlung in eine lebenslange monatliche Rente verlangen. Dann schließen wir mit dem Anspruchsinhaber einen neuen Vertrag über eine Rentenversicherung nach den zu diesem Zeitpunkt bei uns gültigen Versicherungsbedingungen, sofern die bedingungsgemäßen Voraussetzungen der Rentenversicherung (z. B. Erreichen der notwendigen Mindestrente) eingehalten werden.“*

• Provinzial Rheinland

(Tarife: RLV 01.2012 RisikoLeben Klassik):

„Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung haben bezugsberechtigte Hinterbliebene die Möglichkeit, sich die gesamte Todesfallleistung oder Teile hiervon in Form einer lebenslangen Rente ohne Todesfallleistung auszahlen zu lassen. Die Rente errechnet sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis der Rechnungsgrundlagen, die zu diesem Zeitpunkt für Neuabschlüsse sofort beginnender Renten verwendet werden, und unter Berücksichtigung des zum Todeszeitpunkt erreichten rechnermäßigen Alters des jeweiligen bezugsberechtigten Hinterbliebenen. Die Rente darf den Mindestbetrag, der in unseren „Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängigen Begrenzungen“ gemäß §19 Absatz 3 festgelegt ist, nicht unterschreiten.“

• Volkswahl Bund

(Tarif: BED.RIS, Stand 04.2009: Risiko-Rente):

Anders als üblich sieht der Tarif grundsätzlich eine zeitlich befristete oder lebenslange Hinterbliebenenrente vor. Dabei gilt:

„Bis einen Monat nach Rentenbeginn haben Sie die Möglichkeit anstelle der Rente eine einmalige Todesfallleistung zu wählen.“

Die Höhe der Kapitalleistung reduziert sich jährlich während der Vertragslauf-

zeit, was dem allmählich sinkenden Rentenbarwert entspricht.

Nachversicherungsgarantien

Viele Versicherer bieten die Möglichkeit einer Erhöhung der Versicherungssumme in bestimmten Grenzen, sofern eine bedingungsgemäße Nachversicherungsoption fristgerecht nach Eintritt eines definierten versicherten Ereignisses eingetreten ist. Definierte versicherte Ereignisse sind je nach Anbieter z.B. Heirat, Geburt eines Kindes, Erwerb einer Immobilie oder die erstmalige Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit mit bestimmten Anforderungen an das Berufsbild. Einzelne Versicherer bieten darüber hinaus eine anlassunabhängige Nachversicherungsgarantie.

Der Anspruch auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung muss in der Regel innerhalb von 3 oder 6 Monaten nach einem versicherten Ereignis in Anspruch genommen werden, wobei durchaus unterschiedliche Fristen je nach Ereignisart möglich sein können.

Vielfach sind die Erhöhungsoptionen sowohl der Anzahl als auch der Höhe nach beschränkt. Dazu kommt, dass die Nachversicherungsgarantie oft nur während der ersten z.B. 20 Jahre besteht und auch nur, wenn die Restlaufzeit des Vertrages noch mindestens x Jahre beträgt oder das Alter zum Zeitpunkt der Erhöhungsbeantragung nicht älter als 45, 50 oder 55 Jahre beträgt.

Weitere Einschränkungen der Nachversicherungsoptionen sind nicht selten. So heißt es im Rahmen des Tarifs B 90 der InterRisk mit Stand 01.2012 wie folgt:

„4. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung besteht nicht, wenn aufgrund der Antragsprüfung ein Beitragszuschlag oder eine Leistungseinschränkung bzw. der Ausschluss der Nachversicherungsgarantie vereinbart ist.

5. Bei Versicherungen mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ruht das Recht auf Nachversicherung für Zeiten der Berufsunfähigkeit.

6. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, wenn

- die versicherte Person (bei verbundenen Leben die ältere versicherte Person) älter als 45 Jahre ist oder
- die Restlaufzeit weniger als zwei Jahre beträgt.“

Technisch bedeutet die Erhöhung der Versicherungssumme in den meisten Fällen einen Neuvertrag für die hinzukommende Versicherungssumme, oft nach den dann geltenden Rechnungsgrundlagen, was bei Bisextarifen zu einer zumindest teilweisen Vertragsumstellung auf einen Unisextarif führen kann.

Verlängerungsgarantien zum Vertragsablauf

Einige Versicherer bieten als besondere Option die Verlängerung des Versicherungsschutzes zum Ablauf der Versicherung, sofern die Beantragung pünktlich innerhalb gesetzter Fristen in Anspruch genommen wird:

• EUROPA

(Tarif: Risikoversicherung Premium, Stand 01.07.2012):

„Sie können bis drei Jahre vor Vertragsablauf einmalig eine Verlängerung Ihres Versicherungsvertrags ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen. Die Verlängerung erfolgt in dem bestehenden Versicherungsvertrag. Mit der Verlängerung erlischt das Recht auf weitere Verlängerungen.

Der Versicherungsvertrag darf höchstens 15 Jahre verlängert werden, wobei sich die Versicherungsdauer nicht mehr als verdoppeln darf. Die gesamte Versicherungsdauer des verlängerten Versicherungsvertrags darf nicht mehr als 45 Jahre betragen. Die versicherte Person darf bei Ablauf des Versicherungsvertrags nicht älter als 75 Jahre sein.

Gegebenenfalls eingeschlossene Zusatzversicherungen werden nicht verlängert. Ist Ihr Versicherungsvertrag beitragsfrei gestellt, ist eine Verlängerung nicht möglich.

Ihr Recht auf Verlängerung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, sobald erstmals Leistungen aus einer gegebenenfalls eingeschlossenen Berufs- oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt werden oder der Versicherungsfall der Zusatzversicherung eingetreten ist.

Mit der Verlängerung ändert sich der Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. In der Regel führt dies zu einer Erhöhung des Beitrags. Die Verlängerung wird zur nächsten Beitragsfälligkeit wirksam, nachdem uns Ihre Erklärung zur Verlängerung zugegangen ist.“

Zu beachten ist, dass alleine eine (auch abgelehnte) Beantragung von Leistungen aus einem BUZ-Baustein den Wegfall der Verlängerungsoption begründen kann.

• Hannoversche Leben

(Tarif: Besondere Bedingungen für die Risikoversicherung / T12, Stand 01.2012):

„Verlängerungs-Option

(3) Bei den Tarifen T1N-Plus und T1R-Plus haben Sie das Recht, bis 3 Jahre vor Ablauf der Versicherung ihren bisherigen Versicherungsschutz jederzeit, spätestens jedoch zum Ende des fünfzehnten Versicherungsjahres, ohne erneute Gesundheitsprüfung durch eine neue Risikoversicherung um bis zu 10 Jahre – höchstens jedoch bis zum Doppelten der bisherigen Vertragsdauer – zu verlängern.

Voraussetzung für die Verlängerung ist, dass der Versicherte zu diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf Leistungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Berufsfähigkeit hat. Das höchstmögliche Endalter des Versicherten darf nach der Verlängerung das 75. Lebensjahr nicht überschreiten. Die Gesamtdauer beider Risikoversicherungen darf 45 Jahre nicht überschreiten. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt, ist keine Ausübung der Verlängerungsoption möglich. Die Verlängerungsoption darf nur einmal in Anspruch genommen werden.

Der Beitrag für die verlängerte Versicherung richtet sich nach dem erreichten Alter des Versicherten, der Laufzeit und nach der Risikoeinstufung des bisherigen Vertrags.

Sofern der bisherige Vertrag an besondere Voraussetzungen (z.B. Voraussetzungen für die Einstufung als Nichttraucher) geknüpft war, müssen diese für die verlängerte Versicherung bestätigt werden, falls sie für die Ermittlung des Beitrages relevant sind. Wir behalten uns vor, die Erhöhung nach den dann geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen vorzunehmen. Das Ausüben der Verlängerungsoption gilt nur für den Ursprungsvertrag. Die Option ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag bereits durch das Ausüben der entsprechenden Option zustande gekommen ist.“

Entscheidend ist bei der Hannoversche Leben der Hinweis, dass die Ausübung

der Nachversicherungsoption ggf. auf Basis dann neu eingeführter (z.B. Unisex-)Tarife erfolgen darf (siehe letzter Satz im hier zitierten § 3 Nr. 3).

• uniVersa

(Tarif: uniRISK, Stand 01.2012):

„2) Umtauschrecht in eine Risikoversicherung (Verlängerungsoption)

Die Versicherung kann innerhalb der ersten 10 Versicherungsjahre seit ursprünglichem Versicherungsbeginn ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Risikoversicherung mit derselben oder einer niedrigeren Todesfallsumme umgetauscht werden, soweit

- das ursprünglich vereinbarte Ende der Versicherungsdauer überschritten wird und

- die Gesamtdauer beider Risikoversicherungen 35 Jahre nicht überschreitet und

- das Höchstendalter von 70 Jahren nicht überschritten wird und

- das Überschussverwendungssystem beibehalten wird.

Ein weiterer Umtausch ist ausgeschlossen.

(3) Der Umtausch nach den Abs. (1) und (2) ist ausgeschlossen, wenn Leistungen aus einer eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit gemäß § 1 Abs. (2) von uns erbracht wurden. Gleiches gilt, solange die Versicherung nach § 4 der „Allgemeine Bedingungen für Hauptversicherungen“ beitragsfrei gestellt wurde.

(4) Für die Beitragsberechnung der neuen Versicherung ist der dann geltende Tarif und das rechnermäßige Alter der versicherten Person im Zeitpunkt des Beginns der neuen Versicherung maßgebend.

(5) War in die bisherige Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, so gelten für deren Umtausch die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.“

Im Gegensatz zur EUROPA kommt es also bei der uniVersa nicht darauf an, ob etwaige Leistungen aus einer gleichzeitig bestehenden Berufsunfähigkeitszusatzversicherung beim Versicherer beantragt wurden oder eine bedingungs-gemäße Berufsunfähigkeit vorliegt. Dies

ist vergleichsweise sehr verbraucherfreundlich.

• WGV

(Tarif: ARB, Stand 01.2012:
Optimal-Tarif):

„(1) Beim OPTIMAL-Tarif haben Sie das Recht, bis drei Jahre vor Ablauf der Versicherung Ihren Versicherungsschutz jederzeit, spätestens jedoch zum Ende des 15. Versicherungsjahres, ohne erneute Gesundheitsprüfung um bis zu zehn Jahre – höchstens jedoch bis zum Doppelten der bisherigen Vertragsdauer – um ganze Jahre zu verlängern. Voraussetzung für die Verlängerung ist, dass die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf Leistungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Berufsfähigkeit hat. Das rechnungsmäßige Endalter*) der versicherten Person darf nach der Verlängerung das 75. Lebensjahr nicht überschreiten. Die Gesamtdauer (inkl. Verlängerungsdauer) darf 45 Jahre nicht überschreiten. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt, ist keine Ausübung der Verlängerungs-Option mehr möglich. Die Verlängerungs-Option kann nur einmal in Anspruch genommen werden und gilt nicht für etwa eingeschlossene Zusatzversicherungen.“

(2) Der Beitrag für die verlängerte Versicherung berechnet sich nach dem für Ihren Vertrag gültigen Tarif, dem erreichten rechnungsmäßigen Alter*) der versicherten Person, der verbleibenden Versicherungsdauer (inkl. Verlängerungsdauer) und der ursprünglichen Risikoeinstufung (z.B. Beitragszuschläge). Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die hinzukommende Versicherungsdauer. Der Zeitraum für mögliche planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Versicherungsleistungen wird durch die Verlängerungs-Option nicht verlängert.

Anwartschaftsdynamik

Wenn Kunden sich zwecks Inflationsausgleich für eine Dynamisierung der Versicherungsleistungen entschließen, so gilt diese Anwartschaftsdynamik je nach Versicherer nur für einen Teil der Vertragslaufzeit, also beispielsweise allein für die ersten zehn Vertragsjahre oder bis zum Höchstalter von 60 Jahren.

Vielfach beginnt auch die Wartezeit für den Versicherungsschutz bei Tod durch

Selbstmord für den erhöhten Anteil jeweils neu zu laufen.

Kündigungsverzicht bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung

Versicherer haben generell ein Recht, auch bei nur schuldloser Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 VVG je nach Schweregrad Leistungen zu verweigern, Versicherungsverträge anzupassen oder sogar Versicherungsschutz zu kündigen. Dies kann problematisch sein, wenn beispielsweise ein Arzt in seiner Akte falsche Angaben zum Gesundheitszustand gemacht hat und ein Versicherer daraus ein Rücktrittsrecht ableiten kann. Möglicherweise wurde aber auch im Rahmen der Beantragung hoher Versicherungssummen nach dem Gewinn eines Selbstständigen gefragt. Hier kann es vorkommen, dass ein Kunde ungeprüft die fehlerhaften Angaben seines Steuerberaters weiterleitet.

Nur wenige Versicherer verzichten bedingungsgemäß auf Ihr Kündigungsrecht nach § 19 VVG. Nicht dazu gehören z.B. Cosmos Direkt, Eagle Star, Ergo Direkt, InterRisk, Volkswohl Bund oder WGV.

Positiv zu erwähnen sind an dieser Stelle:

• Continentale

(Tarif: T2 – Risiko-Police,
Stand 01.07.2012):

„Wir verzichten auf die uns aus § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zustehenden Rechte zur Anpassung und Kündigung des Versicherungsvertrags, sofern die Anzeigepflichtverletzung schuldlos erfolgt ist.“

• EUROPA

(Tarife: E-T2, E-T2 Premium und
E-T3, Stand 01.07.2012):

„Wir verzichten auf die uns nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zustehenden Rechte zur Anpassung und Kündigung des Versicherungsvertrags, sofern die Anzeigepflichtverletzung schuldlos erfolgt ist.“

• Generali

(Tarif: RI 12 mit Raucher- und Nicht-
rauchertarif, Stand 01.2012):

„Haben Sie oder die versicherte Person ohne Verschulden oder in Unkenntnis

die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (vgl. § 19 VVG), ab Beginn des laufenden Versicherungsjahres einen erhöhten risikogerechten Beitrag von Ihnen zu verlangen oder den Vertrag zu kündigen (vgl. Abs. 5 und 6). Wir können in diesem Fall aber die Vertragsbedingungen anpassen, etwa durch einen Risikoausschluss oder eine Verkürzung der Versicherungsdauer (vgl. Abs. 6).“

§ 8 Nr. 7 der Generali ist damit ein nur teilweiser Verzicht gegenüber den deutlich verbraucherfreundlicheren Regelungen der vorbenannten Wettbewerber.

• Hannoversche Leben

(Tarif: ALB 12, Stand 01.2012):

„Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (§ 19 VVG), eine Vertragsänderung (Beitragserhöhung und/oder Ausschluss) von Ihnen zu verlangen oder den Vertrag zu kündigen.“

• uniVersa

(Tarif: uniRISK, Stand 01.2012):

§ 6 Nr. 17 der Allgemeinen Bedingungen für Hauptversicherungen aus dem Hause uniVersa mit Stand 01.2012 lautet wie folgt:

„Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf die Anwendung des § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 VVG.“

Damit kommt diese Regelung dem Inhalt nach den kundenfreundlichen Regelungen von Continentale, EUROPA oder Hannoversche Leben gleich.

• VHV

(Tarif: ALB12V, Stand 04.2012):

„Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (§ 19 VVG), eine Vertragsänderung (Beitragserhöhung und/oder Ausschluss) von Ihnen zu verlangen oder den Vertrag zu kündigen.“

Zu beachten ist, dass die oben benannte Klausel bei der VHV zwar existiert,

aber keine Anwendung auf die vom Unternehmen nicht angebotenen Risikolebensversicherungen findet.

Kriegsklausel

Bei den meisten Lebensversicherern entfällt der Versicherungsschutz immer dann, wenn die versicherte Person durch ein Kriegsereignis zu Tode kommt. Im Einzelfall gibt es allerdings durchaus unterschiedliche Ausprägungen der Kriegsklausel. Gute Tarife sehen insbesondere auch Versicherungsschutz für das passive Kriegsrisiko im Ausland vor. Beispielsweise eine Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos besteht bei der **uniVersa** (Tarif: uniRISK, Stand 01.2012):

§ 7 „(2) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung einschließlich der Überschussanteile (§ 4 Abs. (3a) aa) – cc), Abs. (3b) aa) – cc), Abs. (3c) aa) – cc) sowie Abs. (3d) aa) – cc)).

Für den Todesfall versicherte Rentenleistungen vermindern sich auf den Betrag, den wir aus dem für den Todestag berechneten Rückkaufswert erbringen können. Beitragsrückstände werden in den genannten Fällen vom Rückkaufswert in Abzug gebracht. Diese Einschränkung unserer Leistung entfällt, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.“

Nach dieser Formulierung kommt allerdings nicht die volle Todesfallleistung, sondern nur der aktuelle Rückkaufswert des Vertrages zur Auszahlung. Der Begriff „kriegerisches Ereignis“ kann dahingehend verstanden werden, dass sowohl bewaffnete Konflikte (z.B. der aktuelle Afghanistankonflikt) als auch Kriege und Bürgerkriege im engeren Sinne darunter verstanden werden. Eine Klarstellung für ein eindeutiges Verständnis fehlt hier wie in den meisten Bedingungswerken, ist also im Zweifel Auslegungssache. Laut Stefan Taschner, Pressesprecher aus dem Hause uniVersa, habe man die

vorstehende Formulierung in den Bedingungen deshalb gewählt, da diese

„einen gewissen Interpretationsspielraum zulassen [würde], damit wir zum Vorteil des Kunden davon abweichen können. Bei einer starren Definition Krieg wären zum Beispiel sämtliche bewaffneten Konflikte ausgeschlossen. Somit trägt die Formulierung eher zum Kundenvorteil bei.“

Zur Transparenz trägt diese Darstellungsweise auch mit gutem Willen leider nicht bei.

Eine andere Einschlussformulierung sieht die **Alte Leipziger** (Risikoversicherung, Stand 01.2011) vor, wo der Ausschluss wie folgt definiert ist:

§ 4 „(2) Bei Tod des Versicherten in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung (siehe § 10 Absätze 3 bis 5). Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn der Versicherte in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen er während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen er nicht aktiv beteiligt war. Außerdem werden wir leisten, wenn der Versicherte außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten stirbt und er als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.“

Anders als bei der uniVersa gilt unter anderem kein Ausschluss, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter in einem bewaffneten Konflikt teilgenommen hat. Genauso bestünde etwa Versicherungsschutz im Rahmen für Soldaten und Polizisten mit NATO- oder UNO-Mandat, welches friedenssichernde Ziele verfolgt.

Nur einschränkend gelten die Leistungserweiterungen der Alte Leipziger bei der **Dialog** (ABRIs, Stand 04.2011):

§ 5 „(2) Bei Ableben einer versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen sind wir allerdings von der Verpflichtung zur Leistung frei. Nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres entfällt diese Einschränkung unserer Leistungspflicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) Nach Ablauf der ersten 12 Monate ab Versicherungsbeginn gilt diese Einschränkung unserer Leistungspflicht nicht im Falle des Einsatzes der versicherten Person bei einer

- humanitären Hilfeleistung der Bundeswehr,
 - friedenserhaltenen Maßnahme der Bundeswehr,
 - friedenskonsolidierenden/friedenssichernden Maßnahme der Bundeswehr im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland,
 - Tätigkeit für humanitäre Hilfsorganisationen während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland,
 - Tätigkeit für humanitäre Hilfsorganisationen während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- Die Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt ebenfalls nicht bis zum Ende des 28. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges, von dem die versicherte Person auf Reisen oder während Aufenthaltes im Ausland überrascht wird.“

Nach dem Wortlaut dieser Bedingungen besteht demnach ein genereller Ausschluss während der ersten 12 Monate des Versicherungsvertrages, Versicherungsschutz also erst ab dem zweiten Vertragsjahr.

Anders als bei den Wettbewerbern besteht allerdings sogar Versicherungsschutz für die aktive und passive Teilnahme an kriegerischen Handlungen, während des überraschenden Ausbruchs eines Krieges oder Bürgerkrieges im Ausland, dies jedoch befristet auf die ersten 28 Tage des jeweiligen kriegerischen Ereignisses.

Eine besonders einschränkende Kriegsklausel besteht unter anderem bei

Cosmos Direkt (Risikoversicherung, Stand 12.2010):

§ 10 „(2) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder mit inneren Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, sind wir allerdings von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes überraschend von Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder von inneren Unruhen, an welchen sie nicht aktiv beteiligt ist, betroffen wird, bis zum Ende des zehnten Tages nach deren Beginn. Nach Ablauf des zehnten Tages gilt für Gefahren aus Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder inneren Unruhen wiederum die eingeschränkte Leistungspflicht gemäß Satz 1, es sei denn, die versicherte Person ist aus objektiven Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert, das Gefahrenggebiet zu verlassen.

Für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte wie z.B. der Polizei oder des Bundesgrenzschutzes ist das unmittelbar oder mittelbar durch die Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen, Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen sowie Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential verursachte Ableben, vorbehaltlich einer anderweitigen ausdrücklichen schriftlichen Vereinbarung, nicht mitversichert.“

Damit besteht also auch bei nur passivem Kriegsrisiko im Ausland in der Regel nur Versicherungsschutz während der ersten zehn Tage nach dem Kriegsausbruch. Außerdem besteht Versicherungsschutz für beispielsweise UNO-Helfer auf Friedensmissionen nicht automatisch, sondern nur nach vorheriger schriftlicher Vereinbarung, die natürlich auch abgelehnt werden könnte.

Eine scheinbar eindeutige und uneingeschränkte Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos sieht die **EUROPA** (Tarife E-T2, E-T2 Premium und E-T3) vor, während die Leistung als Folge des aktiven Kriegsrisikos stets auf das vorhan-

dene Deckungskapital beschränkt ist. Aufgrund fehlender Begriffsbestimmung kann hier nur angenommen werden, dass das prospektive Deckungskapital gemäß § 169 Abs. 3 VVG als Rückkaufswert gemeint sei. Naturgemäß existiert im Rahmen einer Risikolebensversicherung, speziell einer solchen mit Beitragsverrechnung, in der Regel kein oder nur ein sehr geringer Rückkaufswert.

„3.1 Die Todesfall-Leistung ist auf das Deckungskapital beschränkt, wenn der Todesfall verursacht wurde

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse (siehe aber Nummer 3.2);

[...]

3.2 Wir erbringen jedoch die volle Todesfall-Leistung, wenn der Tod unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht wurde, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt war und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.“

Unklar lassen die Bedingungen zudem, inwiefern humanitäre Einsätze von Soldaten und Polizisten mit NATO- oder UNO-Mandat noch als passives Kriegsrisiko eingeschlossen oder aber als aktives Kriegsrisiko ausgeschlossen sind. Nach dem Sinn und Zwecken solcher Einsätze ist allerdings anzunehmen, dass sie als passives Kriegsrisiko bewertet werden könnten.

ABC-Klausel

Viele Versicherer sehen bedingungsgemäß einen Ausschluss für Schäden durch den vorsätzlichen Einsatz von ABC-Waffen vor. Auch hier gibt es im Detail erhebliche Unterschiede. Besonders positiv ist es natürlich, wenn ein Versicherer gänzlich auf den Ausschluss verzichtet. Dies ist beispielsweise der Fall bei der **Alte Leipziger** (Risikoversicherung, Stand 01.2011) oder bei **Ergo Direkt** (Tarif: O6A, Stand 05.2012).

Deutlich verbreiteter sind jedoch Versicherer mit einem bedingungsgemäßen Ausschluss. Beispielsweise lautet dieser bei der **Hannoversche Leben** (Tarif: ALB12, Stand 01.2012) nach § 7 wie folgt:

„(3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Ein-



Fachbücher für den anspruchsvollen Makler



Christian Hofer

Produktauswahl in der privaten Krankenversicherung aus Kundensicht



W. Hausotter / J. Eich

Die Begutachtung für die private Berufsunfähigkeitsversicherung



Volker Altenähr

Personenversicherungen kompakt

satz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung (§ 5), sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.“

Auf den ersten Blick liest sich der Ausschluss vergleichsweise harmlos. Das eigentliche Haftungspotential erschließt sich erst auf den zweiten Blick.

Angenommen, die versicherte Person sei Apotheker oder Versicherungsmakler und nehme an einer Fortbildung in einem Hotel oder Kongresszentrum teil. Nun komme jemand in den Raum und werfe aufgrund von Wut auf die Pharmalobby oder eine von einem Versicherer verweigerte Leistung ein selbst gebasteltes Molotowcocktail hinein, so würde dies einen Angriff mit chemischen Waffen bedeuten, der auf das Leben einer nicht näher definierten Vielzahl von Menschen gerichtet ist.

Ein zweites Beispiel wäre ein Erpresser, der ein Großunternehmen durch die Vergiftung der öffentlichen Trinkwasserversorgung erpressen möchte oder dadurch, dass er Lebensmittel in ausgewählten Supermarktartikeln zu vergiften droht. Vor diesem Hintergrund könnte ähnlich argumentiert werden, dass biologische oder chemische Stoffe bewusst freigesetzt werden, um das Leben einer großen Zahl von Menschen zu gefährden.

Selbst das Massaker in Norwegen aus dem Jahre 2011 könnte als vorsätzliche Freisetzung chemischer Stoffe (Explosion von Schießpulver) beim Abfeuern der Waffen interpretiert werden und damit unter den Ausschluss fallen.

Vor diesem Hintergrund ist die Ausschlussregelung der Hannoversche Leben wenig verbraucherfreundlich.

Die benannten Kritikpunkte gelten damit uneingeschränkt auch für die Regelung nach § 4 Nr. 3 der **InterRisk** (B 90, Stand 01.2012):

„3. Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder

chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Nr. 2 Satz 2 bleibt unberührt.“

Eine inhaltlich teilweise abweichende Formulierung findet sich bei der **uniVersa** (Tarif: uniRISK, Stand 01.2012):

§ 7 „(3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung (§ 4 Abs. (3a) bis (3d)), sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird. Abs. (2) Satz 4 bleibt unberührt“

Auf den ersten Blick positiv ist bei dieser Formulierung, dass es nicht reicht, dass nur die Gefährdung einer Vielzahl von Menschen bestehen muss, sondern zudem eine nicht unvorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs erfüllt sein muss.

Inwiefern einer der oben beispielhaft beschriebenen Anschläge die technischen Berechnungsgrundlagen erschüttern würde, ist sicher Sache des Einzelfalls, vom Versicherungsnehmer aber letztlich schwer überprüfbar. Nicht vorhersehbar dürften allerdings die wenigsten denkbaren Szenarien sein, zumal der Versicherer in der Beweispflicht wäre, den entsprechenden Nachweis zu erbringen. Zumal müsste der Versicherungsnehmer wissen, wie viele bei der uniVersa versicherte Personen zeitgleich durch einen Anschlag ums Leben ge-

kommen sind, welche Versicherungssummen jeweils abgesichert waren, bis in welcher Höhe Rückversicherungsschutz bestand und wie viel Eigenkapital der Versicherer für das Risiko einkalkuliert hatte. Letztlich erscheint die Ausschlussregelung der uniVersa als wenig nachvollziehbar und ähnlich wie die Bestimmung der Hannoversche Leben als wenig verbraucherfreundlich.

Die zuvor uniVersa benannten Kritikpunkte gelten auch für **Cosmos Direkt** mit einem sehr ähnlichen, wenn auch nicht inhaltsgleichen Ausschluss:

„(3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.“

Ebenfalls eine vergleichbare ABC-Klausel gilt auch für die **Dialog** (Tarif: ABRis, Stand 04.2011), wo es in § 8 wie folgt heißt:

„(4) Bei Ableben einer versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarf [sic!] gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.“

Ein maßgeblicher Kritikpunkt bei Cosmos Direkt, Dialog, Hannoversche Leben, InterRisk oder uniVersa ist, dass jeweils nicht definiert ist, wie viele Personen mit einer „Vielzahl von Personen“ gemeint sein sollen.

Nicht verbraucherfreundlicher ist an dieser Stelle auch die Ausschlussklausel des **Volkswohl Bundes** (Tarif: BED.RIS, Stand 04.2009) nach § 5 Nr. 3:

„(3) Wenn eine der versicherten Personen in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen stirbt, sind wir von der Leistungspflicht befreit, sofern mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.“

Hier wird zwar auf die unklare Formulierung „Vielzahl“ verzichtet, dafür jedoch würde es rein theoretisch reichen, wenn nur ein oder zwei Personen mit besonders hohen Versicherungssummen durch ein benanntes Ereignis versterben würden und dies für den Versicherer völlig unkalkuliert gewesen wäre. Praktisch ist ein solches Ereignis jedoch nicht vorstellbar, so dass in jedem Fall auch hier eine größere Zahl von Personen Voraussetzung für die Anwendbarkeit des Ausschlusses sein dürften. Aufgrund der Unbestimmtheit der benannten Klauseln sowohl von Volkswohl Bund als auch den zuvor benannten Wettbewerbern könnte nach § 307 BGB deren Wirksamkeit im Leistungsfall zumindest angezweifelt werden.

Deutlich transparenter als alle vorbenannten Regelungen ist die ABC-Klausel nach Teil A Ziffer 3.1 der **EUROPA** (Tarife: E-T2, E-T2 Premium und E-T3, Stand 01.07.2012):

„c) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen, die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen

Stoffen sowie durch die Freisetzung von Strahlen infolge Kernenergie, die den Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder einer vergleichbaren Einrichtung notwendig macht.

Dies gilt nicht, wenn es sich um ein Ereignis handelt, durch das nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden“

Anders als bei den Wettbewerbern wird hier also die Vielzahl von Menschen näher definiert und der Verweis auf für Versicherte nicht nachvollziehbare Berechnungsgrundlagen verzichtet.

Eine vergleichbare Regelung findet sich auch bei der **DLVAG** (Tarif: E7, Stand 12.2011) nach AVB E7DLV § 11 Abs. 3, 2. Abschnitt:

„Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden.

Die Voraussetzungen für den Wegfall der Einschränkung unserer Leistungspflicht sind von einem unabhängigen Gutachter zu prüfen und zu bestätigen.“

Erhöhte Absicherung im Einzelfall

Viele Versicherer versuchen mit Alleinstellungsmerkmalen zu punkten. Die **Hannoversche Leben** (Tarif: T12, Stand 01.2012) bietet in diesem Zusammenhang erhöhte Versicherungssummen als Folge definierter Ereignisse an:

„b) Extra-Kindergeld

Für jedes Kind des Versicherten, das bei dessen Tod das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zahlen wir dann bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung zusätzlich zur vereinbarten Versicherungsleistung einmalig 2.400 Euro.

c) Bau-Bonus

Sie erhalten bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung einen zusätzlichen Versicherungsschutz bei Tod des Versicherten in Höhe von 10 Prozent der in Ihrem Versicherungsschein bzw. Nachtrag dokumentierten Versiche-

rungssumme, wenn Sie uns den Eintritt eines der nachfolgenden, den Versicherten betreffenden Ereignisse mittels geeigneten Nachweises anzeigen: Bau oder Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie. Die Höchstsumme ist auf 30.000 Euro auf das Leben ein und desselben Versicherten begrenzt. Der Bau-Bonus wird für die Dauer von 9 Monaten eingeräumt; die Frist beginnt mit Abschluss des notariellen Kaufvertrages.“

Sehr positiv ist, dass die benannten Voraussetzungen für die erhöhte Versicherungssumme erst im Leistungsfall nachzuweisen sind und damit keine verhüllte Obliegenheit bedeuten.

Gleiches gilt für die **WGV** (Tarif: ABR, Stand 01.2012: OPTIMAL-Tarif):

Für jedes Kind der versicherten Person, das bei deren Tod das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zahlen wir dann zusätzlich zur vereinbarten Versicherungsleistung einmalig 2.500 Euro.

Eine entsprechende Erhöhung des Versicherungsschutzes gilt ohne Meldefrist nach § 3 auch bei **Zurich Life** (Tarif: RisikoLeben-top, Stand 04.2010 bzw. 12.2012):

„§ 3 Welche Todesfallleistung erbringen wir für Ihr mitversichertes Kind?

Stirbt ein Kind (leiblich oder adoptiert) einer versicherten Person nach Vertragszustandekommen und vor dem Versicherungsende, wird nach Eingang der in § 15 Abs. 3 genannten Unterlagen eine Summe von € 5.000 nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen ausgezahlt:

- *Das Kind war zum Zeitpunkt des Todes zwischen drei Monaten und 18 Jahren alt (oder 21 Jahre, wenn es sich in der Ausbildung befindet);*
- *Die Todesfallsumme für jedes Kind einer versicherten Person wird nur einmal gezahlt, unabhängig davon, über wie viele Versicherungen es bei unserem Unternehmen mitversichert ist; wenn und soweit nicht Einschränkungen, die sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder anzuwendenden gesetzlichen Regelungen ergeben, dem entgegenstehen.“*

Auch die **EUROPA** (Tarif: Risikoversicherung Premium, Stand 01.07.2012) besitzt eine ähnliche Sonderregelung, die als „Kinder-Bonus“ bezeichnet wird:

„Die Todesfall-Leistung erhöht sich um 50 Prozent bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse

- Geburt eines Kindes der versicherten Person
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person

Der erhöhte Todesfallschutz beginnt ab dem Tag der Geburt oder der Adoption eines Kindes und endet nach Ablauf von drei Monaten. Teilen Sie uns innerhalb der Dauer des erhöhten Versicherungsschutzes die Geburt oder die Adoption eines Kindes mit, verlängert sich die Erhöhung um weitere drei Monate.

Auch bei Eintritt mehrerer Ereignisse wird die Todesfall-Leistung nur einmal erhöht, wenn zwischen den einzelnen Ereignissen nicht mehr als sechs Monate vergangen sind.

Uns sind geeignete Nachweise dafür vorzulegen, dass die jeweiligen Voraussetzungen für die Erhöhung der Todesfall-Leistung eingetreten sind (z.B. Geburtsurkunde oder Adoptionsurkunde).“

Anders als bei der Hannoversche Leben ist die Erhöhung der Leistung zum einen zeitlich stark eingeschränkt und zum anderen ergänzend für die erhöhte Wirksamkeit auch noch mit einer verhüllten Obliegenheit verbunden. Tatsächlich bedeutet sie damit vor allem dann eine erhöhte Leistung, wenn eine Mutter im Kindbett versterben sollte.

Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

Auch wenn die Kosten für eine Risikolebensversicherung in der Regel eher niedrig sind, kann es sinnvoll sein, eine Beitragsbefreiung bei bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit einzuschließen. Dabei sollte nicht nur auf die Bedingungen für den Todesfallschutz, sondern in noch deutlich höherem Maße auf die Regelungen zur Berufsunfähigkeitszusatzversicherung geachtet werden. Hinzu kommt, dass die Risikoprüfung für einen BUZ-Einschluss, zumal dann, wenn auch noch eine ergänzende Rentenleistung eingeschlossen werden soll, in der Regel deutlich restriktiver ausfällt, als für einen reinen Todesfallschutz. Für bereits bestehende Verträge gibt es üblicherweise keine Möglichkeit, einen

entsprechenden Schutz nachträglich einzuschließen. Eine spezielle Option bietet der Golden BU Vorsorgeschutz der Lebensversicherung von 1871 (LV 1871). Wie in „Risiko & Vorsorge“ 4/2012 berichtet wurde, besteht über diesen Versicherer die Möglichkeit eine Beitragsbefreiung auch für nicht bei der LV 1871 bestehende Verträge für die Zukunft zu vereinbaren.

Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit

Jeder Versicherer, der eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vorsieht, sieht auch eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit vor. Darüber hinaus gilt jedoch auch ohne Vereinbarung einer entsprechenden Zusatzversicherung nach § 1 Nr. 2 eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit bei der **uniVersa** (Tarif: 7272, Stand 01.2012) unter den wie folgt definierten Voraussetzungen:

„(2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne des § 15 Abs. 1 Nr. 2 bzw. 3 (Pflegestufen II bzw. III) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der bei Abschluss dieses Tarifes geltenden Fassung, übernehmen wir die laufende Beitragszahlung für die Risikoversicherung, solange Pflegebedürftigkeit besteht, längstens bis zum vollendeten 60. Lebensjahr.

(3) Der Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit nach Abs. (2) festgestellt wird. Er endet mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit nach Abs. (2) wegfällt bzw. das 60. Lebensjahr vollendet wird. Die Beitragszahlung muss dann wieder aufgenommen werden.

(4) Eintritt, Minderung und Wegfall der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich mitzuteilen und nachzuweisen. Die Kosten, die zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit entstehen, werden nicht von uns getragen.

(5) Außer den garantierten Leistungen erhalten Sie ggf. weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 9).“

Entscheidend ist, dass Versicherungsschutz höchstens bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres gilt und danach ggf. eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung erforderlich sein kann.

Nichtraucherrabatte

Zunächst einmal ist es vorteilhaft, wenn eine Person bei Antragsstellung einen geringeren Beitrag für den gewünschten Versicherungsschutz zahlen muss, wenn sie zu diesem Zeitpunkt den Status „Nichtraucher“ hat. Nicht wenige Versicherer sehen allerdings als verhüllte Obliegenheit einen Wechsel des „Raucherstatus“ vor.

So heißt es beispielhaft bei der **Continental** (Tarif: T2 – Risiko-Police, Stand 01.07.2012) wie folgt:

„Wird die versicherte Person nach Antragstellung Raucher, stellt dies eine Gefahrerhöhung dar. Sie sind – neben der versicherten Person – verpflichtet, uns darüber unverzüglich zu informieren. Der Versicherungsvertrag wird in diesem Fall ab dem auf die Gefahrerhöhung folgenden Monatsersten – gegebenenfalls auch rückwirkend – auf den höheren Beitrag des Rauchertarifs umgestellt; die Versicherungssumme bleibt in der bisherigen Höhe bestehen.

Tritt der Leistungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt ein, zu dem Sie uns über die Gefahrerhöhung hätten informieren müssen, verringert sich die Versicherungssumme im Verhältnis des bisherigen Beitrags zum erforderlichen Beitrag.

Das gilt nicht, wenn Sie – und die versicherte Person – die Information nicht vorsätzlich unterlassen haben oder uns die Gefahrerhöhung zu diesem Zeitpunkt bekannt war. Wir verringern die Versicherungssumme nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Leistungsfalls war.“

Wer seine Risikolebensversicherung vor vielen Jahren abgeschlossen hat, dürfte in der Regel nicht daran denken, von sich aus binnen Monatsfrist den Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher zu melden. Insofern ist eine solche Regelung kritisch zu sehen und kann für Makler eine unnötige Haftungsfalle bedeuten, da auch dieser sich viele Jahre nach dem Vertragsabschluss nicht mehr zwingend an die ursprüngliche Vertragsgestaltung erinnern muss. Werden Kunden alleine telefonisch oder per Email beraten, kann es zudem leicht vorkommen, dass ein Makler keinen Anlass hat, den Raucherstatus seinen Kunden erneut zu verifizieren oder überhaupt eine reale Chance hat, davon zu erfahren.

Auch die **Dialog** (Tarif: ABRis, Stand 04.2011) sieht bedingungsseitig eine verhängte Meldeobligation nach § 2 der Bedingungen voraus:

„(4) Wird eine versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung Raucher, stellt dies eine Gefahrerhöhung dar. Sie sind – neben der jeweiligen versicherten Person – verpflichtet, uns die Gefahrerhöhung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, anzuzeigen.“

(5) Ab dem Zeitpunkt des Verlustes des Nichtraucherstatus werden wir Ihren Vertrag für die betreffende versicherte Person die Rechnungsgrundlagen zugrunde legen, die für einen Raucher angewendet werden. Hierdurch erhöhen sich bei gleich bleibender Versicherungssumme ihre Beiträge. Sie können verlangen, dass statt einer Erhöhung der Beiträge die Versicherungssumme entsprechend herabgesetzt wird. Unser Recht zur Beitragsanpassung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.

(6) Kommen Sie Ihrer Anzeigepflicht nicht nach, vermindert sich bei Tod der versicherten Person die Leistung. Die auszuzahlende Versicherungssumme wird dann unter Zugrundelegung des Rauchertarifs für die jeweilige versicherte Person rückwirkend ab Vertragsbeginn neu berechnet. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, soweit die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Tod der versicherten Person war.“

Bei der **EUROPA** (Tarif: Risikoversicherung Premium, Stand 01.07.2012), **DL-VAG** (Tarif: E7, Stand 12.2011), **Generali** (Tarif: RI 12 mit Raucher- und Nichtraucherstatus, Stand 01.2012) oder **Hannoversche Leben** (Tarif: T12, Stand 01.2012), **Provinzial Rheinland** (Risikoversicherung, Stand 01.2012), **uniVersa** (Tarif: uniRISK, Stand 01.2012) oder **WGV** (BASIS-Tarif und OPTIMAL-Tarif, Stand 01.2012) gelten ähnliche Meldeobligationen. Die **InterRisk** (Tarif: B 90, Stand 01.2012) verlangt ebenfalls die Nachmeldung eines veränderten Raucherstatus, sieht dafür allerdings eine Frist von zumindest zwei Monaten vor. Bei **Ergo Direkt** (Tarif: O6A, Stand 05.2012) findet sich der Hinweis auf die Nachmeldeobligations beim Statuswechsel in den Zusatzbedingungen für

Nichtraucher. Demnach muss der Kunde den Wechsel zum Raucher unverzüglich schriftlich anzeigen.

Deutlich weitergehend als die gängige 1-Monats-Frist der meisten Versicherer ist jedoch B § 3 Satz 5 der **DLVAG**, in dem der Versicherer sich ein Nachprüfungsrecht vorbehält:

„(5) Nachprüfung
Wir sind berechtigt, den Nichtraucherstatus der versicherten Person bzw. der versicherten Personen nachzuprüfen.“

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine medizinische Untersuchung der versicherten Person bzw. der versicherten Personen durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Kommt die versicherte Person bzw. bei Partnersicherungen eine der versicherten Personen unserem Verlangen nicht nach, erhöhen wir die Prämie gemäß Absatz 4 a.“

Ein ähnliches Nachprüfungsrecht ist auch beim **Volkswohl Bund** (Tarif: BED. RIS, Stand 04.2009) bedingungsseitig nach § 5 verankert:

„(5) Wir sind berechtigt, jederzeit den Nichtraucherstatus der versicherten Personen nachzuprüfen. Hierzu können wir

von Ihnen und den versicherten Personen eine schriftliche Auskunft darüber verlangen, ob die versicherten Personen weiterhin Nichtraucher im Sinne von Absatz 1 sind.

Erteilen Sie oder die versicherten Personen uns diese Auskunft innerhalb einer angemessenen Frist nicht, sind wir berechtigt, den vereinbarten Tarif unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf den entsprechenden Rauchertarif umzustellen. Dies gilt nicht, sofern die Auskunft ohne Verschulden unterblieben ist.

Auf die Folgen einer Verletzung der Auskunftspflicht werden wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform hinweisen.“

Nur wenige Versicherer wie z.B. die **Alte Leipziger** (Tarif: Ri10, Stand 01.2011) verzichten bei der Prämienermittlung auf eine Unterscheidung zwischen Rauchern und Nichtrauchern. Andere wie **Cosmos Direkt** (Tarif: Risikoversicherung, Stand 12.2010), **VHV** (Tarif: ALB12V, Stand 04.2012) oder **Zurich Life** (Tarif: Eagle Star RisikoLeben-basic, Fassung BA/0410 bzw. BA/1212 und Eagle Star RisikoLeben-top, Fassung TP/0410 bzw. TP/1212) sehen bedingungsseitig keine ausdrückliche Nachmeldeobligations beim Wechsel des Raucherstatus vor.

Die neue Unisexwelt der InterRisk

In der bisherigen Bisexwelt gab es bei der InterRisk nur die im Text dargestellte Risikolebensversicherung ohne besondere Extras. Mit der Umstellung auf die Unisexwelt kommt neben dem auf Unisex angepassten Standardtarif XL der neue XXL-Tarif mit wesentlich verbesserten Leistungen und Alleinstellungsmerkmalen:

	XL (Standard)	XXL
Zahlung einer Todesfallsumme bei Tod der versicherten Person	ja	ja
Einschluss diverser Assistenzleistungen		ja
Verlängerungsoption ohne Gesundheitsprüfung um bis zu 15 Jahre (max. bis Schlussalter 70 bzw. bis 3 Jahre vor Vertragsende)		ja
Zahlung der Versicherungssumme bei attestierter Lebenserwartung kleiner als ein Jahr mit Verzicht auf Beitragsverrechnung		ja
Sofortleistung - einmal pro Vertrag - bei Schwerverletzungen, die nicht zum Tod führen, 25% der Versicherungssumme, max. 25.000 Euro		ja
Kinderbonus - kostenlose Erhöhung des Versicherungsschutzes um 50%, maximal 100.000 Euro für 6 Monate ab Geburt oder Adoption		ja
Weiterführungsoption bei Verträgen auf zwei Leben für die mitversicherte Person ohne Gesundheitsprüfung		ja
einmalige Soforthilfe in Höhe von 10% der Versicherungssumme, max. 5.000 Euro, bei Vorlage der Sterbeurkunde; Verrechnung mit Versicherungssumme; keine Rückforderung bei Leistungsfreiheit		ja
Übernahme der Rückholkosten bei Tod im Ausland bis 10.000 Euro, davon max. 2.000 Euro für die mitreisende Person		ja

Medical Home Service

Für hohe Versicherungssummen stellt die **Dialog** für hohe Versicherungssummen einen Medical Home Service dar. Anstelle der Anforderung eines ärztlichen Zeugnisses durch einen Arzt wird bei Versicherungssummen ab 300.000 Euro (Personen bis zur Vollendung des 49. Lebensjahres) bzw. ab 150.000 Euro (Personen ab 50 Jahren) optional eine examinierte / diplomierte Krankenschwester ins Haus geschickt. Dabei trägt der Versicherer nicht nur die anfallenden Kosten, sondern gewährleistet zugleich eine schnelle Bearbeitung. Laut Aussage des Versicherers seien die Krankenschwestern in jedem Fall unabhängig und an ihre Schweigepflicht gebunden.

Die Inanspruchnahme des Medical Home Service ist freiwillig. Alternativ kann der Kunde auch weiterhin einen eigenen Arzttermin vereinbaren und dort die erforderlichen Untersuchungen durchführen lassen. Wird jedoch der Medical Home Service gewählt, so füllen Krankenschwester und Kunde den medizinischen Fragebogen gemeinsam vor Ort aus. Dazu werden Körpergröße, Gewicht und Blutdruck gemessen sowie ein Blut- und eine Urinprobe genommen. Durch ihre Unterschriften bestätigen Kunde und Krankenschwester abschließend, dass alle Angaben richtig sind. Jetzt können die Daten direkt an die Dialog weitergeleitet werden.

Ebenfalls einen Medical Home Service bietet die **Continental** an. Dieser steht zur Verfügung für eine Absicherung des Todesfalls in Höhe zwischen 300.000 Euro und 800.000 Euro, im Rahmen einer ergänzenden Berufsunfähigkeitsversicherung zwischen 2.000 und 3.000 Euro monatlicher Berufsunfähigkeitsrente. Auch dieser Versicherer schickt eine examinierte Krankenschwester nach Hause zum Kunden oder wahlweise an dessen Arbeitsplatz. Die Tätigkeit wird über eine Kooperation mit dem Dienstleister Medicals Direct erbracht, der diese Art der Risikoprüfung innerhalb Europas bereits seit über 15 Jahren anbietet.

Steuerliche Behandlung

Einmalige Todesfallleistungen sind im Rahmen der gesetzlichen Freibeträge nach § 16 ErbStG steuerfrei. Diese betragen aktuell 500.000 Euro für Ehegatten, 400.000 Euro für Kinder (Steuerklasse I), für weiter entfernte Verwandte gelten geringere Freibeträge. Ehegatten und

Kindern steht ergänzend ein so genannter Versorgungsfreibetrag zur Verfügung, der bei Ehegatten 256.000 Euro beträgt, bei Kindern gestaffelt nach Alter zwischen 10.300 Euro und 52.000 Euro. Für unverheiratete Partner und sonstige Dritte gilt ein Freibetrag von nur 5.200 Euro.

Für Todesfallleistungen oberhalb der geltenden Freibeträge fällt Schenkungssteuer an.

Insbesondere für Unverheiratete ist es daher steuerlich sinnvoll, Verträge „über Kreuz“ zu gestalten. Versicherungsnehmer, Beitragszahler und begünstigte Person bei Ableben der versicherten Person sind eine Person, die zu versichernde Person der andere Partner.

Beispiel: Herr A schließt eine Risikolebensversicherung bei der Pfefferminzia ab. Herr A ist dabei Versicherungsnehmer und Beitragszahler. Stirbt die Freundin von Herrn A (die versicherte Person), so wird die Todesfallleistung an ihn fällig. Die Freundin wiederum schließt einen zweiten Vertrag ab, bei dem sie Versicherungsnehmerin und Beitragszahlerin ist. Hier ist Herr A die versicherte Person. Bei Tod von Herrn A profitiert seine Freundin finanziell von dessen Ableben.

Sinnvoll ist eine Vertragsgestaltung über Kreuz auch für Ehepartner, da eine Scheidung statistisch und auch real nie ausgeschlossen werden kann.

Laut Entscheidung des 4. Senats des Finanzgerichts Düsseldorf (Az. 4 K 2354/08 Erb) vom 22.03.2011 fällt nur dann keine Erbschaftssteuer im Todesfall an, wenn die Bezugsberechtigung aus dem Versicherungsvertrag sowohl für den Erlebens- als auch den Todesfall unwiderruflich dem Prämienzahler, mit hin dem Erben, zusteht.²

Leistungen aus einer Risikorente sind nach § 22 Nr. 1 S. 3 a) bb) EStG mit dem so genannten „Ertragsanteil“ zu besteuern. Dieser sinkt mit zunehmendem Alter.

Die Beiträge zu einer Risikolebensversicherung können als Sonderausgaben geltend gemacht werden, Beiträge zu einer Risikorentenversicherung zusammen mit anderen Vorsorgeaufwendungen bis maximal in Höhe von 2.800 Euro p.a. Die individuelle Abzugsfähigkeit von Beiträgen als Sonderausgaben hängt unter anderem davon ab, ob eine Krankenversicherung in voller Höhe selbst finanziert wird oder durch einen Zuschuss subventioniert wird.

Prämienermittlung

Noch immer fragen viele Vergleichsprogramme zur Prämienermittlung vor allem nach dem Geburtsdatum (und zum Redaktionsschluss auch noch nach dem Geschlecht) der versicherten Person sowie dem Raucherstatus (Raucher oder Nichtraucher). Die Tarifwelt selbst ist allerdings mittlerweile immer weiter differenziert, so dass zunehmend auch Beruf, Familienstand, Kinder in häuslicher Gemeinschaft, Akademikerstatus, unterschiedliche Raucherdefinitionen und Bodymassindex die Prämienermittlung beeinflussen. Darüber hinaus sind Tarife mitunter schwer vergleichbar, da nicht alle Versicherer die gleiche Hauptfälligkeit vorsehen, sondern mitunter den Ablauf auf den Beginn der gesetzlichen Regelaltersrente legen. Dies hat zur Folge, dass Beiträge in Ratings, Rankings und sonstigen Vergleichen vielfach irreführend sein können.

Dazu kommt, dass je nach Versicherer unterschiedliche Abfragezeiträume für Gesundheitsfragen vorgesehen sind, nicht jeder Anbieter selbst bei gleichem Abfragehorizont die gleichen Angaben benötigt und die Bewertung konkreter Risikoangaben durchaus unterschiedlich ausfallen kann.

Sonstige Hinweise zur Beratung

Achten Sie darauf, das Bezugsrecht bei Tod immer dann zu überprüfen, wenn sich die persönliche Situation von Versicherungsnehmer oder versicherter Person ändert. Womöglich soll bei Scheidung vom Partner ein neuer Partner begünstigt werden. Waren bisher nur die beiden erstgeborenen Kinder begünstigt und es wird ein drittes Kind geboren, so soll dieses möglicherweise auch erben. Teilen Sie dem Versicherer solche Änderungen stets schriftlich mit. Achten Sie auf eine namentliche Nennung des Bezugsberechtigten mit Geburtsdatum. So lassen sich Missverständnisse vermeiden.

Abschließend sei noch erwähnt, dass einige Risikolebensversicherungen ein Umtauschrecht in eine Kapitalbildende Lebensversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung vorsehen.

¹ <http://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.tagesmuetter-verdraengungswettbewerb-unter-kindern.d838d75f-e9e7-4cab-889a-90bee142171e.html>

² Quelle: AssCompact Oktober 2011, S. 142-143 sowie http://www.justiz.nrw.de/nrwe/fgs/duesseldorf/j2011/4_K_2354_08_Erburteil20110323.html.



„Aggressives Pricing, das mit vielen Direktversicherern mithalten kann.“

Klaus Barde im Gespräch mit Frank Trapp,
Produktmanagement Leben, Zurich Versicherung.

Die Absicherung des Todesfalls im Rahmen einer Risikolebensversicherung ist der wichtigste Vorsorgebaustein im Maklergepäck. Ihr Haus optimiert hierzu ab Januar 2013 das bisherige Produkt „Risiko Premium“ durch die Aufteilung in zwei Produktlinien. Sie bieten entsprechend die Tarife „Risikoleben Basic“ und „Risikoleben Top“. Ist es die Resonanz aus der Maklerschiene, die für diesen Schritt ausschlaggebend war?

Absolut! Wir haben in den letzten Jahren und gerade in 2012 einen großen Erfolg im Maklerkanal mit unserer Zurich Eagle Star Police erfahren. Diese Police, die in Zusammenarbeit mit Zurich Irland entstanden ist, unterscheidet ebenfalls nach Top- und Basic-Tarif. Das gibt dem Kunden die Wahl zwischen einem umfangreichen Schutz mit flexiblen Produktfeatures oder einer reinen Basisabsicherung.

Die Frage der optimalen und damit zugleich der jeweils für den individuellen Zeithorizont des Versicherungsnehmers ausreichenden Versicherungssumme ist das Kernkriterium in der Beratung einer Risiko-LV. Hierzu bietet die Risiko-LV heute unterschiedliche Modelle der Policengestaltung. Wie groß ist die Bandbreite Ihres neuen Angebotes?

Wir haben hier unterschiedliche Varianten zur Ausgestaltung. Zunächst einmal

lässt sich unterscheiden in konstante oder jährlich linear fallende Todesfallsummen (z. B. zur Absicherung eines Darlehens). Daneben bieten wir schon seit Jahren ein Lebensphasenkonzept an, welches den Ausbau oder auch die Reduktion des Versicherungsumfangs ohne erneute Gesundheitsprüfung ermöglicht.

Worin liegen die Alleinstellungsmerkmale der beiden Tarife im Wettbewerbsvergleich?

Beide Tarife haben ein für den deutschen Markt aggressives Pricing, das mit vielen Direktversicherern mithalten kann. Dazu gibt es alle Produktmerkmale, die einen guten Tarif in der Risikolebensversicherung heute ausmachen.

Sie betonen die Preiswürdigkeit des Basis-Tarifs. Eine echte Hilfe für den Makler im Neugeschäft?

In der Tat, denn damit kann der Kunde individueller beraten werden. Und vielen Kunden ist der Zusatznutzen, z. B. einer vorgezogenen Leistung bei einer schwerwiegenden Erkrankung, über einen Basispreis hinaus auch einen Zusatzbeitrag wert.

Die Tarifwelt in der Risiko – LV ist mittlerweile weit differenziert. Zunehmend be-

einflussen auch Beruf, Familienstand, Kinder in häuslicher Gemeinschaft, Akademikerstatus, unterschiedliche Raucherdefinitionen und Bodymaßindizes die Prämienermittlung. Was kommt hier auf den Antragsteller betreffs Ihrer zwei Produktlinien zu?

Am Ende geht es darum, für den Kunden ein individuelleres, adäquateres Pricing zu erreichen. Daher kommen hier in der Tat auch Fragen zu Rauchverhalten, Größe und Gewicht sowie Qualifikation zum Tragen.

Kann der Makler hinsichtlich der Markteinführung der neuen Policen einen spezifischen Support erwarten?

Unser Maklervertrieb steht den Maklern mit vollem Support zur Verfügung, um Fragen zu Risikoleben Top & Basis, wie auch zu EagleStar zu beantworten.

Was ist mit den Kunden, die in der Vergangenheit den Tarif „RisikoPremium“ gezeichnet haben?

Für unsere Bestandskunden ergeben sich durch die Einführung des neuen Tarifs keine Änderungen. Sie können weiterhin auf Zurich als verlässlichen Partner im Falle des Falles bauen.

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

Adcuri – Allianz – Axa – Barmenia – Basler Securitas – BBV – BGV – Bruderhilfe PAX-Familienfürsorge – Deutscher Ring – DEVK – Ergo – Gothaer – HUK-Coburg – Janitos – maxpool – Nürnberger – Öffentliche Versicherung Braunschweig – R+V – Signal Iduna – Westfälische Provinzial – Versicherungskammer Bayern – VPV – WGV – Württembergische

3-teilige Serie

Invaliditätsabsicherung für Kinder, Teil 3

Wer seine Maklerpflichten ernst nimmt, berät seine Kunden möglichst umfassend. Dazu gehört auch eine Absicherung etwaiger Kinder gegen Invalidität, wengleich zunächst eine grundlegende Versicherung der Eltern angeraten erscheint; schließlich nützt das beste Versorgungskonzept für die lieben Kleinen nichts, wenn die Eltern als „Versorger“ ihrer Aufgabe als Beitragszahler nicht mehr nachkommen können – sei es aufgrund von Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder gar Tod.



Inhalte Teil 1:

- Tarif-Informationen: HDI-Gerling / BBV / Nürnberger / Gothaer / Universa.
- Die Folgen einer Behinderung
- Erwerbsunfähigkeitsversicherung/ Schulunfähigkeitsversicherung
- Definition von Schulunfähigkeit: Aachen Münchener / Axa / Cosmos Direkt / Nürnberger / Universa

Inhalte Teil 2

- AUB / KIZ 2010-Musterbedingungen
- Leistungseintritt
- Problematische Ausschlussbestimmungen
- Eingeschränkte Versicherbarkeit

Kinder-Invalidität: Die komplette Serie

Ihre Nachbestellung für die Ausgaben Risiko & Vorsorge 3/2012 und 4/2012 senden Sie bitte an info@bhm-marketing.de
Stichwort: Komplette Serie Kinder-Invalidität. (Bitte Liefer- und Rechnungsadresse vermerken.)

Autor: Stephan Witte

■ Drei Arten von Tarifen

Zu unterscheiden sind drei Arten von Tarifen:

- a) Tarife mit Rentenleistung ab Eintritt des Leistungsfalls (z.B. BGV, Ergo, Gothaer, maxpool, Westfälische Provinzial, WGV) und
- b) Tarife mit Einmalleistung bei Eintritt des Leistungsfalls (z.B. DEVK, Nürnberger).
- c) Tarife mit einer Kombination aus Renten- und Einmalleistung (z.B. Barmenia, Basler Securitas, R+V, Westfälische Provinzial)

■ Grad der Behinderung (GdB)

Üblicherweise gilt als Leistungsvoraussetzung ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50. Dazu heißt es in Ziffer 2.1 der KIZ 2010 des GDV wie folgt:

„Wir bieten Versicherungsschutz für die während der Wirksamkeit des Vertrages durch Krankheit oder Unfall unfreiwillig eingetretene Invalidität. In diesem Zusatzvertrag gilt als Invalidität, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit des versicherten Kindes mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und dessen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Weiterhin muss nach dem Schwerbehindertenrecht im Sozialgesetzbuch IX ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegen.“

Ein solcher GdB wird meist durch die nach Landesrecht zuständige Behörde (z.B. ein Versorgungsamt) festgestellt. Vorteilhaft daran ist, dass ein Interessenkonflikt zwischen dem von einem Versicherer bezahlten Gutachter und dem berechtigten Interesse des Versicherten auf neutrale Fallbewertung vermieden werden kann. Kommt ein Gutachter ins Spiel, kann es zu einer langwierigen Regulierung des Leistungsfalles kommen. Auch wenn ein Versorgungsamt einen entsprechend hohe Grad der Behinderung attestiert, heißt es noch lange nicht, dass ein Gutachter zu gleichen Ergebnissen kommt. Ein zäher Rechtsstreit ist in solchen Fällen kaum vermeidbar. Daher sollte der Abschluss von Tarifen vermieden werden, wo eine gutachterliche Entscheidung zwingend vorgeschrieben

ist. Implizit ergibt sich eine solche Pflicht beispielsweise aus dem Bedingungsnetzwerk von maxpool, das auf einem etwas älteren Vertragswerk der Barmenia fußt. Anstelle eines GdB von 50 wird hier ein tendenziell schwerer zu erreichender Invaliditätsgrad von 50% als Leistungsvoraussetzung definiert. Der Versicherer äußert sich hierzu wie folgt:

„Für Krankheiten gibt es keine festgelegten Invaliditätsgrade, so dass sich die Barmenia beispielsweise bei der Bewertung an die Richtlinien für eine Feststellung des GdB anlehnt. Als Vorteil für eine GdB-Beurteilung kann die vom Versicherer unabhängige Stelle herausgestellt werden, die den GdB festlegt.“

Ein weiterer Grund, weshalb ein GdB gegebenenfalls leichter als eine krankheitsbedingte Invalidität nach Gliedertaxe zu erlangen ist, ergibt sich daraus, dass es bereits feststehende Anhaltspunkte in Form einer GdB / MdE-Tabelle zur Ermittlung eines Invaliditätsgrades gibt. Siehe dazu <http://anhaltspunkte.vsbinfo.de/main/tabelle.htm> unter Ziffer 26.1 ff.

Sehr vorteilhaft ist es allerdings, wenn z.B. die Westfälische Provinzial für die Fälle, bei denen das für Deutschland Anwendung findende Schwerbehindertenrecht keine Anwendung finden kann, ausdrücklich auch einen vom Versicherten beauftragten, neutralen Gutachter anerkennt. Ein kleiner Wermutstropfen ist, dass der Versicherte in so einem Fall die Kosten zu tragen hat. Selbstverständlich ist der Gutachter dazu verpflichtet, auch bei einem Leistungsfall im Ausland ausschließlich die Grundsätze des deutschen Schwerbehindertenrechts zum Bewertungsmaßstab zu nehmen.

■ Nachweis des GdB

Die Barmenia sieht generell ein ausdrückliches Wahlrecht zur Feststellung der Invalidität vor:

„Bestehen bei der versicherten Person Gesundheitsstörungen, die zur Invalidität nach Ziffer 2.1.1 führen können, sollten Sie bei der für die Feststellung des GdB zuständigen Stelle einen Schwerbehindertenausweis beantragen oder uns eventuell vorliegende ärztliche Berichte, Diagnosen, Atteste etc. zur Prüfung der Invalidität einreichen.“

Der Versicherer sieht in diesem Modell klare Vorteile, „wenn beispielsweise die Eltern nicht von Amts wegen ihr Kind als „schwerbehindert“ ausgewiesen haben möchten (unseres Erachtens ein klarer Nachteil für die Übernahme des reinen GDV-Modells) oder wenn sich die versicherte Person im Ausland befindet.“

Der Nachweis eines GdB von 50 oder mehr ist im Übrigen keine leichte Hürde. Viele Kinder, die krankheitsbedingt behindert sind, gelten im Sinne des Gesetzes nicht als schwer behindert und würden demzufolge keine Leistung erhalten. Vergleicht man diese Regelung hingegen mit älteren Kinderinvaliditätsprodukten oder Pflegetagegeldversicherungen, die erst die Anerkennung der bei Kindern sehr selten vorkommenden Pflegestufe II oder III zur Voraussetzung für den Leistungsfall machen, so ist dies eine akzeptable Lösung.

Bei den meisten Tarifen (z.B. Barmenia, Basler Securitas, BGV, Ergo, Gothaer, Nürnberger, R+V, Versicherungskammer Bayern, Westfälische Provinzial, WGV) gilt:

„Wird eine Krankheit, die Invalidität zur Folge hat, während der Dauer des Vertrages ärztlich festgestellt, kann ein Anspruch auf Leistung auch dann noch entstehen, wenn die Invalidität innerhalb von 12 Monaten nach der Beendigung des Vertrages eingetreten ist. Dies gilt auch für einen während der Dauer des Vertrages eingetretenen Unfall.“

Eine abweichende Frist von sogar 24 Monaten gilt für den Tarif IZV der Allianz. Diese Regelungen können wichtig sein, wenn etwa eine Infektion mit Borreliose zu gesundheitlichen Spätfolgen führen sollte. Eine sehr ähnliche Formulierung verwendet auch maxpool:

„Die Krankheit muss während der Wirksamkeit der Invaliditätsabsicherung erstmals ärztlich festgestellt und die Invalidität spätestens innerhalb von zwölf Monaten nach Beendigung der Kinder-Invaliditätsabsicherung eingetreten sein. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, in deren Verlauf eine Invalidität festgestellt wird und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit und keine Invalidität mehr bestehen.“

Analog zu einer Unfallversicherung sehen die Musterbedingungen des GDV und fast alle Wettbewerber ein vergleichbar formuliertes Recht auf regelmäßige Nachprüfungen des Leistungsfalles vor:

„4.4 Wir sind berechtigt, jeweils nach Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Geltendmachung den Fortbestand der Invalidität zu überprüfen. Wir sind auch berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Senden Sie uns die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich, ruht die Rentenzahlung ab nächster Fälligkeit.“

Diese Regelung ist wichtig, da in den meisten Tarifen Rentenleistungen vorgesehen sind, die im Zweifel lebenslang erbracht werden müssen. Daher ist die zunächst restriktiver wirkende Regelung der DEVK für den Verbraucher im Zweifel positiver zu bewerten:

„Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls bzw. der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend i., seitens des Versicherungsnehmers innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden.“

Bei der R+V wird anders als bei den vorbenannten Wettbewerbern auf eine Klärstellung der Prüfintervalle verzichtet:

„Während der Rentenzahlung sind wir berechtigt, den Fortbestand der Invalidität zu überprüfen.“

Keine Möglichkeit der Nachprüfung des Versicherungsfalles ist bei der Nürnberger vorgesehen, da hier ausschließlich eine Kapitalleistung vorgesehen ist und sich damit eine Überprüfung der fortgesetzten Leistungsvoraussetzungen erübrigt.

Je nach Versicherer werden noch zusätzliche Leistungen über die beschriebene Kernleistung Rente oder Kapital hinaus erbracht.

■ Beitragsfreistellung

Üblich ist eine Beitragsfreistellung unter Beibehaltung des vollen Versicherungsschutzes für das versicherte Kind bis zur

Vollendung des x. Lebensjahres, sofern der Versicherungsnehmer bei Antragsstellung das y. Lebensjahr noch nicht überschritten hat. Bei den meisten Versicherern gilt die Beitragsfreistellung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr des versicherten Kindes, während das Alter des Versicherungsnehmers bei Antragsstellung eher uneinheitlich zwischen 45 und 60 Jahren liegen kann. Nähere Details finden Sie im Rahmen der einzelnen Produktsteckbriefe.

■ Reha-Management

Eine Besonderheit von Barmenia und maxpool ist ein umfangreiches Reha-Management in Zusammenarbeit mit dem Dienstleister Relntra. Dabei werden Eltern und Kind bis zur vollständigen sozialen und schulischen / beruflichen Reintegration begleitet. Insgesamt steht dafür jeweils ein Kapital von bis zu 10.000 Euro zur Verfügung.

Die Gothaer punktet mit dem Baustein CuraPlus. Dieser sichert bei Hilfsbedürftigkeit nach einem Unfall die Kosten und die Organisation von Hilfs- und Pflegeleistungen in heimischer Umgebung bis zu 6 Monaten ab. Ferner enthält dieser Baustein auch die Reha-Assistance, über die eine bestmögliche Behandlung von Unfallverletzungen organisiert und finanzielle Beihilfen finanziert werden.

■ Nachversicherungsoption

Ein wichtiger Vorteil bei der Barmenia betrifft die Nachversicherungsoption im Rahmen einer Funktionsinvaliditätsversicherung (siehe Produktsteckbrief). Vergleichbar gilt eine Nachversicherungsoption in eine Berufsunfähigkeitsversicherung im neu aufgelegten Tarif der Basler Securitas.

Weitere Zusatzleistungen betreffen je nach Anbieter etwa die Leistungsart Unfalltod, eine Kostenübernahme für Bergungskosten, eine verbesserte Infektionsklausel, eine Mitversicherung von Nahrungsmittelvergiftungen oder andere speziell für die Unfallversicherung typische Leistungen.

Der Versicherungsschutz gilt bei allen Anbietern weltweit.

Umsetzung des neuen VVG lückenhaft

– kaum Fortschritte gegenüber 2008 –

Gesundheitsfragen sind nach dem neuen VVG klar und deutlich in Textform mit möglichst wenig Interpretationsspielraum zu stellen. Doch was ist im Jahr 2012 /2013 tatsächlich VVG konform?

Negativ-Beispiel I: Gesundheitsfragen

Dies trifft auf **maxpool** leider trotz entsprechend bereits geäußelter Kritik im Jahre 2008 nicht zu. So will der Konzeptanbieter etwa nach wie vor wissen, ob „erhebliche Krankheiten, Gebrechen, ein Grad der Behinderung oder Unfallfolgen“ bestehen. Einmal davon abgesehen, dass hier gleich vier Fragen auf einmal gestellt werden, ist es semantisch unklar, ob „erhebliche Krankheiten und erhebliche Gebrechen“ oder „erhebliche Krankheiten und auch nicht erhebliche Gebrechen“ gemeint sind. Die klarstellenden Beispiele auf der zweiten Antragsseite führen namentlich nur schwere Gebrechen wie Blindheit, Lähmung oder Rückgratsverkrümmungen an. Ob also eine einfache Skoliose anzugeben wäre, bleibt unklar. Als erhebliche Erkrankung werden beispielhaft auch Ohnmachtsanfälle benannt. Wem also beim Arztbesuch schwarz vor Augen wird, wäre möglicherweise an einer „schweren Erkrankung“ erkrankt. Eine entsprechende Klärstellung und abschließende Fragestellung bleibt also wünschenswert.

Positiv-Beispiel: Gesundheitsfragen

Als positives Gegenbeispiel ist hier die **Gothaer** zu benennen, die analog zu den Fragen zur Funktionsinvaliditätsversicherung ihres Tochterunternehmens Janitos klar und deutlich zu verstehen gibt, was als schwere Erkrankung zu verstehen ist:

„Schwere Erkrankungen sind:
– Erkrankungen, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen
– Erkrankungen, die eine Schwerbehinderung zur Folge haben
– Erkrankungen, die eine regelmäßige Behandlung oder Medikamenteneinnahme erforderlich machen“

Dazu sind „ggf. die vom Arzt eingetragenen Kennziffern der Gesundheitsstörung aus den Befundblättern U 2 bis U 9 des Kinderuntersuchungsheftes“ anzugeben.

Negativ-Beispiel II: Gesundheitsfragen

Die Fragen 7 und 8 von **Ergo** sind ähnlich kritisch zu bewerten wie die vorher benannte Frage von maxpool:

7. Bestehen zu Zeit oder bestanden in den letzten drei Jahren Erkrankungen?

nein ja, folgende:

8. Sind bei Eltern oder Geschwistern des Kindes vererbare Krankheiten oder Diabetes aufgetreten?

nein ja, folgende:

Weder wird konkretisiert, ob auch ein nicht ärztlich behandelter Schnupfen zu benennen ist noch dürfte sicher zu stellen, dass den Eltern der zu versichernden Person zwangsweise jede bei ihnen aufgetretene Erbkrankheit bekannt ist. Nicht selten kommen solche nur durch Zufall heraus. Was soll derjenige antworten, der sein Kind von ihm unbekanntem Eltern adoptiert hat und daher gar nichts über deren Gesundheitszustand sagen kann?

Petra Wahedi, zuständig für Media Relations bei Ergo, hat bereits reagiert und zugesagt, dass die benannten „kritischen Anmerkungen zu unseren Gesundheitsfragen [...] zum Anlass [genommen werden], diese bei unserer Neuausrichtung dieses Produktes im nächsten Jahr wesentlich klarer und kundenfreundlicher zu formulieren.“

Weitere problematische Beispiele

Ähnlich problematisch sind die Gesundheitsfragen der **Bruderhilfe PAX-Familienfürsorge** und **HUK-Coburg** zu bewerten. Dies gilt insbesondere für die Fragen 4 und 5:

4. Bestehen derzeit Krankheiten, Unfallfolgen, Behinderungen, auch Lernbehinderungen?

ja nein

5. Sind Behandlungen, Operationen, Untersuchungen oder Beobachtungen erforderlich, vorgesehen oder angeraten?

ja nein

Frage 4 dürfte kaum wahrheitsgemäß zu beantworten sein. Schließlich können viele Krankheiten unbemerkt im Körper schlummern (z.B. eine von den Eltern übertragene HIV-Infektion oder eine In-

fektion mit Borreliose). Auch Frage 5 ist nicht beantwortbar, da ein „nein“ bedeuten würde, dass auch zukünftig nie wieder eine Vorsorgeuntersuchung bei Zahnarzt, Frauenarzt, Hausarzt etc. geplant sein werde. Die Gesundheitsfragen der beiden eingangs benannten Unternehmen verstoßen daher recht deutlich gegen die Grundgedanken des VVG.

Dietmar Drechsel von der Abteilung H/U/S Betrieb des Versicherers weist die benannte Kritik an dieser Stelle entschieden zurück:

„Unsere Gesundheitsfragen haben wir auf die Anforderungen des Verbraucherschutzes abgestimmt. Diese Fragen und ihre Beantwortung zu Ungunsten unserer Versicherungsnehmer auszulegen, entspricht nicht der Arbeitsweise unseres Hauses. Wir sehen uns auch hier in einem fairen und partnerschaftlichen Miteinander mit unseren Versicherungsnehmern. Die skizzierten negativen Auslegungen entsprechen nicht unseren Intentionen.“

Man habe allerdings bislang kein Vorbild für Antragsfragen gefunden, die sowohl knapp, gut verständlich und nicht fehlerinterpretierbar seien und auf der anderen Seite dem Versicherer die notwendigen Informationen zur Einschätzung des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person bieten würden.

maxpool stellt eine durchaus kritisch zu bewertende Frage zur genetischen Veranlagung und möchte wissen, ob bei „Eltern oder Geschwistern des Kindes Mukoviszidose oder Diabetes aufgetreten“ sind. Hier fehlt es an Chancengleichheit zu anderen Kindern. Und was ist mit Adoptivkindern, die ihre leiblichen Eltern gar nicht kennen? Haben diese an den benannten Krankheiten erkrankte Eltern, so wären sie de facto aufgrund ihrer Unkenntnis besser gestellt als ein Kind, dem die gesundheitliche Situation seiner Eltern vertraut wäre.

Seltsames VVG-Verständnis: Basler Securitas

Noch kundenunfreundlicher sind die Antragsfragen bei der **Basler Securitas**. So lautet gleich die erste Frage „Bestehen zur Zeit oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder Behinderungen?“ Ganz ohne Beispiele müssten Versicherungswillige daher jede Zahnbetterkrankung, jeden jah-

NEU: Jetzt bestellen!



www.promakler.de

reszeitlich bedingten grippalen Infekt ebenso angeben wie eine Versteifung von Gliedern oder eine Sehbehinderung. Das ist nicht kundenfreundlich und sicher auch nicht VVG-konform. Die zweite Frage geht in eine ähnliche Richtung: „Findet zur Zeit eine Behandlung statt oder ist eine Behandlung/Kontrolle/Untersuchung/Operation angeraten?“ Das sind gleich 8 Fragen und dies ohne zeitliche Beschränkung. Wer hier mit „nein“ antwortet, wird sicher niemals seinen jährlichen Check beim Zahnarzt oder die nächste U4 oder U5 für sein Kind beim Kinderarzt durchführen wollen, dürfte ein mindestens jährlicher Zahnarztbesuch doch ebenso angeraten sein wie die Teilnahme an allen U-Untersuchungen für ein Kind. Der Versicherer selbst versteht die Frage so, dass klar danach gefragt werde, „ob der versicherten Person zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses eine Behandlung, Kontrolle etc. für eine bereits festgestellte Auffälligkeit angeraten wurde. Künftige Feststellungen und Überweisungen sind davon ausgeschlossen.“

Wie der **Deutsche Ring** mit seinem Vorgängertarif JuniorSchutz Plus bereits 2008 einräumte, bestehe hier dringender Nachbesserungsbedarf. Die damalige Zusage, die Anpassung der Gesundheitsfragen bereits in der zweiten Jahreshälfte 2008 vorzunehmen, war leider ein leeres Versprechen. Durch einen Wechsel in der Abteilungsleitung sei man wohl über die damals vorgesehen Änderungen hinweggekommen. Dies sei „ärgerlich“.

Kurzsteckbriefe Kinderinvaliditätsversicherungen

ADCURI

(Risikoträger: Barmenia) / Tarif: Adcuri-KISS / Bemerkungen: das Produkt ist identisch mit dem gleichnamigen Barmenia-Produkt.

ALLIANZ

Tarif: Allianz AB IZV 2008 / Produktstart: k.A. / Bedingungsstand: 03.2010 / Eintrittsalter: 1 bis 16 Jahre / Mindestbeitrag: k.A. / maximal versicherbare Leistung: 250 bis 1.500 Euro monatliche Rente / maximale Versicherungsdauer: bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres / Leistungsdauer: bei andauerndem GdB von min. 50 bis zum Ende des 6. Monats nach dem Tod der versicherten Person / Aktivdynamik: k.A. / Passivdynamik: k.A. / Kurzcharakteristik: Versicherungsschutz für eine unfreiwillig eintretende Invalidität durch Unfall oder Krankheit mit einem GdB von mindestens 50. Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt oder einer anderen zuständigen Behörde / Nachversicherungsgarantie: nein / Innovationsklausel: nein / Leistungsvoraussetzungen: Nachweis und Geltendmachung eines GdB von min. 50 durch Bescheid des Versorgungsamtes oder einer anderen zuständigen Behörde / Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres oder einer vorherigen Kündigung / Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: ja (beitragsfrei bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der VP, sofern VN bei Beginn noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet hat. Weitere Voraussetzung ist, dass der Vertrag zum Todeszeitpunkt seit mindestens einem Jahr bestanden hat und ungekündigt ist / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: nicht zutreffend

BADISCHE VERSICHERUNGEN

(BGV) / Tarif: AUB 2010 – Ausgabe 2010 mit BB Kinder-Sorglos-Schutz – Ausgabe 2010: KLASSIK/Kinder-Sorglos-Schutz bzw. EXKLUSIV/Kinder-Sorglos-Schutz / Produktstart: k.A. / Bedingungsstand: 09.2012 / Eintrittsalter: 0-15 Jahre / Mindestbeitrag: k.A. / maximal versicherbare Leistung: KIZ-Rente zwischen 50 und 2.000 Euro monatlich. Leistung bei Vollinvalidität aus der Unfallversicherung max. 1 Mio. Euro / maximale Versicherungsdauer: bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres / Leistungsdauer: bei andauerndem GdB von min. 50 bis zum Tod der versicherten Person / Aktivdynamik: wahlweise 0% oder 5% p.a. / Passivdynamik: nein / Kurzcharakteristik: Neben den Leistungen aus der Unfallversicherung besteht Versicherungsschutz für eine unfreiwillig eintretende Invalidität durch Krankheit mit einem GdB von mindestens 50. Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt. Zusätzliche Leistungen bei Rooming-In sowie Krankenhauspauschale (Klassik) bzw. zusätzlich noch Schulausfallgeld (Exklusiv) / Nachversicherungsgarantie: nein / Innovationsklausel: nein / Leistungsvoraussetzungen: Nachweis und Geltendmachung eines GdB von min. 50 durch Bescheid des Versorgungsamtes. Unfallrente bei unfallbedingter Invalidität ab einem Invaliditätsgrad von 50% (Klassik, Exklusiv) bzw. 60% (Basis) / Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres oder einer vorherigen Kündigung der Unfallversicherung als Hauptvertrag / Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: ja (beitragsfrei bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der VP, sofern VN bei Beginn noch nicht das 60. Lebensjahr vollendet hat. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: Kein Versicherungsschutz für Personen, die bereits bei Vertragsbeginn unter angeborene Krankheiten im Sinne der Bedingungen litten. Versicherungsschutz in den Varianten Basis, Klassik und Exklusiv möglich. In der Variante Basis besteht abweichend kein Versicherungsschutz bei krankheitsbedingter Invalidität.

BARMENIA

Tarif: Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder (KISS) / Produktstart: k.A. / Bedingungsstand: 02.2012 / Eintrittsalter: 6. Lebenswoche bis 17 Jahre / Mindestbeitrag: nicht zutreffend. Stattdessen gilt eine monatliche Mindestrente von 300 Euro / maximal versicherbare Leistung: 2.000 Euro monatliche Rente / maximale Versicherungsdauer: der Vertrag endet automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ende des Jahres, indem das versicherte Kind das 30. Lebensjahr vollendet / Leistungsdauer: bei andauerndem GdB von min. 50 bis zum Ende des 6. Monats nach dem Tod der versicherten Person / Aktivdynamik: optional (5% p.a.) / Passivdynamik: optional (1,5% p.a.) / Kurzcharakteristik: Versicherungsschutz für eine unfreiwillig eintretende Invalidität durch Unfall oder Krankheit mit einem GdB von mindestens 50. Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Tag, an dem

der Antrag, der letztlich unmittelbar zur Feststellung des GdB von min. 50 führte, der für die GdB-Feststellung zuständigen Stelle zugewandt ist oder der Tag, an dem sämtliche Unterlagen zur Feststellung des GdB von min. 50 in alternativer Form beim Versicherer vorgelegt haben. Dazu ist eine einmalige Invaliditätskapitalleistung in Höhe von 24 Monatsrenten vorgesehen. Beitragsfrei mitversichert sind 5.000 Euro bei Unfalltod, Bergungskosten in Höhe von 10.000 Euro einschließlich eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports aus dem Ausland sowie eine Beihilfe für eine stationäre Kur- bzw. Reha-Maßnahme in Höhe von 1.000 bzw. 500 Euro. Unter den Versicherungsschutz fallen desweiteren Rehabilitations-Management-Serviceleistungen in Höhe von 10.000 Euro über den Rehadienstleister Relntra / Nachversicherungsgarantie: nein (siehe aber Optionsrecht zum Vertragsende weiter unten) / Innovationsklausel: ja: „Ändert die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG im Laufe der Versicherungsdauer für neue Versicherungsverträge die „Bedingungen zur Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder (KISS)“ ausschließlich zu Gunsten des Versicherungsnehmers, ohne dass dafür ein Zusatzbeitrag berechnet wird, so gelten diese neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.“ / Leistungsvoraussetzungen: Nachweis und Geltendmachung eines GdB von min. 50 durch Bescheid des Versorgungsamtes oder alternativ durch ärztliche Unterlagen (Berichte, Atteste, Diagnosen) / Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: ja: „Die Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder endet für die jeweilige versicherte Person – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 30. Lebensjahr vollendet.“ Allerdings gilt nach Ziffer 9 der Bedingungen innerhalb von drei Monaten nach Vertragsbeendigung ein Optionsrecht auf Vertragsfortführung als Funktionsinvaliditätsversicherung nach dem Tarif Opti5Rente mit Rentenzahlung bis zum 67. Lebensjahr und ohne erneute Gesundheitsprüfung. „Es gelten die zum Zeitpunkt der Umstellung gültigen Beiträge und Bedingungen der Opti5Rente. Diese werden Ihnen auf Wunsch vorab zur Verfügung gestellt. Das Optionsrecht steht unter der auflösenden Bedingung, dass die Opti5Rente zum Zeitpunkt des gewünschten Abschlusses von uns noch für Neuabschlüsse angeboten wird. Eine Summen- und/oder Leistungsdynamik für die versicherte Person kann für die Opti5Rente nur dann vereinbart werden, wenn die gewünschte Dynamik-Art auch schon im Rahmen dieser Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder besteht.“ / Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: ja (beitragsfrei bis zur Vollendung einer beruflichen Erstausbildung, max. jedoch bis Vollendung des 25. Lebensjahres der VP, sofern VN bei Beginn noch nicht das 55. Lebensjahr vollendet hat. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: Zum Vertragsabschluss erhält der Versicherungsnehmer einen Gutschein für einen Kurs „Erste Hilfe am Kind“ bei der Johanniter-Unfall-Hilfe mit dem er alternativ auch ein „Erste Hilfe Buch“ anfordern kann. Die Barmenia sieht eine tarifliche GDV-Garantie vor, wonach die dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen die versicherte Person in keinem Punkt schlechter stellen als die vom GDV empfohlenen Musterbedingungen mit Stand 10.2010. Da nicht direkt benannt, auf welche Bedingungen sich die Garantie bezieht, kann nur angenommen werden, dass die KIZ 2010 des GDV gemeint sind. Diese Annahme wurde vom Versicherer bestätigt, ist jedoch nicht bedingungsseitig verankert. Wird die versicherte Person während der Wirksamkeit des Vertrages von mehreren zeitlich und ursächlich voneinander unabhängigen Unfällen und/oder Krankheiten betroffen, die jeweils eine Invalidität von weniger als 50 % zur Folge haben, so werden diese bei der Bemessung der Invalidität so betrachtet, als seien sie zeitgleich eingetreten. Die Gesamtschädigung muss spätestens zwölf Monate nach Beendigung des Vertrages ärztlich festgestellt worden sein.

BASLER SECURITAS

Tarif: JuniorSchutz Plus / Produktstart: 01.07.2012 / Bedingungsstand: 01.07.2012/ Eintrittsalter: ab der 6. Lebenswoche. Abweichend gilt: „Kinder, die bei der Geburt weniger als 2.500 g wogen oder vor der 30. Schwangerschaftswoche entbunden wurden, können frühestens ab dem vollendeten 6. Lebensjahr versichert werden.“ / Mindestrente: 200 Euro monatlich / maximal versicherbare Leistung: 1.500 Euro Rente monatlich / maximale Versicherungsdauer: bis 24 Jahre / Leistungsdauer: solange ein GdB von mind. 50 besteht, bis zum Tod der versicherten Person / Aktivdynamik: optional 0% oder 5% p.a. / Passivdynamik: nein / Kurzcharakteristik: Rentenzahlung ab einem GdB von mind. 50. Prämienfreie Zusatzleistungen: Bergungskosten und Serviceleistungen 20.000 Euro, kosmetische Operationen 10.000 Euro, Rooming-In- und -mehrkosten Einzelzimmer 10.000 Euro, Kurkostenbeihilfe 5.000 Euro, Sofortleistung bei Schwerverletzungen 5.000 Euro, Kinderbetreuungs- und Schulausfallgeld von jeweils 50 Euro / Nachversicherungsgarantie: nein / Innovationsklausel: nein / Leistungsvoraussetzungen: Nachweis und Geltendmachung eines GdB von min. 50 durch Bescheid des Versorgungsamtes / Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: bis einschl. 24 Jahre / Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: ja (beitragsfrei bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der VP, sofern VN bei Beginn noch nicht das 60. Lebensjahr vollendet hat. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: Wechselgarantie in selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung zum dann gültigen Tarif der Basler Securitas bis zu einer maximalen monatlichen Rente von 1.000 Euro enthalten. Diese kann frühestens mit der Vollendung des 15. Lebensjahres und spätestens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres in Anspruch genommen werden. „Die Wechselgarantie erlischt, wenn Sie aus dem JuniorSchutz Plus-Vertrag eine Leistung

Kinder & Invalidität

beantragt haben oder eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung/Pflegebedürftigkeit oder körperlicher Schäden oder einen Ausweis nach dem Behindertenrecht beantragt haben. Die Wechselgarantie erlischt ebenfalls, wenn Sie berufsunfähig geworden sind oder nach dem gültigen Tarif für den ausgeübten Beruf kein Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeit geboten wird, spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 25. Lebensjahr vollendet.“ Überschussbeteiligung bei Rentenbezug. Der Tarif unterscheidet zwei Gefahrengruppen: K für Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie J für Jugendliche ab dem 16. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. Tarif löste zum 01.07.2012 das Junior Schutz Paket des Deutschen Rings ab

BRUDERHILFE PAX-FAMILIENFÜRSORGE

Tarif: AVB Kids 2010: VRK-Kinderversicherung / Bemerkungen: Produkt ist identisch mit dem gleichnamigen Tarif der HUK-Coburg

DEUTSCHER RING

Tarif: Allgemeine Versicherungsbedingungen für den JuniorSchutz PLUS / Produktstart: k.A. / Bedingungsstand: 01.06.2010 / Sonstige Bemerkungen: da der Tarif seit dem 01.07.2012 unter gleichem Namen bei der Basler Securitas fortgeführt wird, entfällt an dieser Stelle eine weitere Darstellung

DEVK

Tarif: Junior Schutz Plus / Produktstart: Oktober 1996 / Bedingungsstand: 01.01.2008 / Eintrittsalter: 1-17 Jahre / Mindestbeitrag: 18,00 Euro brutto p.a. / maximal versicherbare Leistung: Invaliditätsgrundsumme bei Unfall und Krankheit bis max. 200.000 Euro. Die vereinbarten Leistungen werden bei einem Invaliditätsgrad ab 90% verdoppelt / maximale Versicherungsdauer: der Vertrag endet automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ende des Jahres, indem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet / Leistungsdauer: einmalige Kapitaleistung / Aktivdynamik: nein / Passivdynamik: nicht zutreffend / Kurzcharakteristik: Einmalzahlung bei krankheitsbedingter Invalidität von mindestens 25%. Bei einer unfallbedingten Invalidität entfällt eine Franchise, es entsteht bereits ab dem ersten Prozent ein Anspruch auf Kapitalbetrag aus der vereinbarten Versicherungssumme. Als Zeitpunkt für den Fristbeginn (drei Monate) zur Anerkennung einer Invalidität durch Krankheit oder Unfall gilt der Tag, an dem sämtliche Unterlagen zur Feststellung des erforderlichen Invaliditätsgrades beim Versicherer vorgelegt haben. Dazu optionale Leistungen für Unfalltod, Unfallkrankenhaustagegeld/ Genesungsgeld, Übergangsleistung und Kosmetische Operationen. Beitragsfrei mit-versichert sind Bergungskosten in Höhe von 5.000 Euro, Sofortleistungen bei Schwerverletzungen in Höhe von 2.000 Euro, 1.000 Euro Kurkostenbeihilfe, kosmetische Operationskosten bis 3.000 Euro sowie ein Kinder-Betreuungsgeld bis 1.250 Euro / Nachversicherungsgarantie: nein / Innovationsklausel: nein / Leistungsvoraussetzungen: Nachweis einer bedingungsgemäßen Invalidität von mindestens 1 Prozent durch einen Unfall oder 25% bei krankheitsbedingter Invalidität. „Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder nach der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit eingetreten und spätestens innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.“ / Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres oder einer vorherigen Kündigung / Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: ja (beitragsfrei bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der VP, sofern VN bei Beginn noch nicht das 45. Lebensjahr vollendet hat. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: nicht zutreffend

ERGO

Tarif: Kinder-Invaliditäts-Zusatzversicherung kidZ / Produktstart: k.A. / Bedingungsstand: 01.11.2008 / Eintrittsalter: 1 bis 15 Jahre / Mindestbeitrag: 80,92 Euro p.a. brutto (einjährige Vertragsdauer) / maximal versicherbare Leistung: 200 bis 1.500 Euro monatliche Rente / maximale Versicherungsdauer: 5 Jahre, maximal jedoch bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres / Leistungsdauer: bei andauerndem GdB von min. 50 bis zum Ende des 6. Monats nach dem Tod der versicherten Person / Aktivdynamik: nein / Passivdynamik: nein / Kurzcharakteristik: Neben den Leistungen aus der Unfallversicherung besteht Versicherungsschutz für eine unfreiwillig eintretende Invalidität durch Unfall oder Krankheit mit einem GdB von mindestens 50. Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt / Nachversicherungsgarantie: nein / Innovationsklausel: nein / Leistungsvoraussetzungen: Nachweis und Geltendmachung eines GdB von min. 50 durch Bescheid des Versorgungsamtes / Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres oder einer vorherigen Kündigung der Unfallversicherung als Hauptvertrag / Fortführung des

Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: nein / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: Erhöhung des laufenden Rentenanspruchs durch die nicht garantierte Gewinnbeteiligung. Der Tarif kidZ kann nur als Zusatzversicherung zu einer Kinderunfallversicherung als Hauptvertrag abgeschlossen werden und auch nur mit dieser zusammen fortbestehen.

GOHAER

Tarif: Gothaer Kinder-Rente / Produktstart: k.A. / Bedingungsstand: GUB 2010 – 07.2010 / Eintrittsalter: 1 bis 17 Jahre / Mindestbeitrag: 75,97 Euro brutto p.a. / maximal versicherbare Leistung: von 300 bis 1.500 Euro monatliche Invalidenrente / maximale Versicherungsdauer: 1 Jahr (maximal bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) / Leistungsdauer: bei andauerndem GdB von min. 50 bis zum Ende des 6. Monats nach dem Tod der versicherten Person / Aktivdynamik: nein / Passivdynamik: nein / Kurzcharakteristik: Versicherungsschutz besteht für eine unfreiwillig eintretende Invalidität durch Unfall oder Krankheit mit einem GdB von mindestens 50. Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt / Nachversicherungsgarantie: nein / Innovationsklausel: nein / Leistungsvoraussetzungen: Nachweis und Geltendmachung eines GdB von min. 50 durch Bescheid des Versorgungsamtes / Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres oder einer vorherigen Kündigung. „Zu diesem Zeitpunkt wird eine Invaliditätsversicherungssumme im Sinne der Ziffer 2.1 GUB 2010 aus dem Jahresbeitrag, der für die Gothaer Kinder-Rente gezahlt worden ist, ohne Ratenzahlungszuschlag und gesetzliche Versicherungsteuer [sic!] errechnet. Die sich ergebende Versicherungssumme wird dann Vertragsbestandteil. Grundlage der Berechnung ist der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif der Gothaer Allgemeine Versicherung AG für die Einzel-Unfallversicherung für Erwachsene.“ / Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: ja (beitragsfrei bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der VP. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: „Wird eine Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 dieser Besonderen Versicherungsbedingungen festgestellt, die bereits vor dem Wirksamwerden der Gothaer Kinder-Rente im Rahmen des Vertrages bestanden hat, so erlischt die Gothaer Kinder-Rente rückwirkend ab Beginn; bereits für diese Leistungsart gezahlte Beiträge zahlen wir Ihnen zurück.“

HUK-COBURG

Tarif: AVB Kids 2010: Kinderversicherung / Produktstart: 01.04.2010 / Bedingungsstand: 01.04.2010 / Eintrittsalter: ab dem vollendeten 10. Lebensmonat bis 18 Jahre / Mindestbeitrag: k.A. / maximal versicherbare Leistung: 1.500 Euro monatliche Rente bzw. bis 200.000 Euro Kapitalleistung / maximale Versicherungsdauer: 1 Jahr (maximal bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres) / Leistungsdauer: Einmalige Kapitalleistung. Sofern eine Rentenleistung vereinbart ist, wird diese ergänzend bei andauernder Invalidität von mindestens zwei Jahren von min. 50% bis zum Ende des 6. Monats nach dem Tod der versicherten Person geleistet / Aktivdynamik: nein / Passivdynamik: nein / Kurzcharakteristik: Kapitalleistung bei voraussichtlich dauerhafter verletzungs- oder krankheitsbedingter Invalidität gemäß Gliedertaxe von mindestens 25%. „Als dauernd gilt ein Zustand, wenn er nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse lebenslang nicht mehr besserungsfähig ist.“ Verdoppelung der Kapitalleistung ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 90%. Optional kann auch eine Progression vereinbart werden. Dazu, sofern vereinbart, Rente ab einem durch Unfall oder Krankheit bedingtem Invaliditätsgrad von mindestens 50% laut Gliedertaxe. Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Tag, an dem die Dauerschädigung ärztlich festgestellt und die Voraussetzungen für die versicherte Leistung nachgewiesen wurden. Die Rente kann allein oder zusätzlich zu einer Kapitalleistung vereinbart werden. Zusätzlich sind beitragsfrei mitversichert eine Sofortleistung (10% der versicherten Kapitalleistung bei einer voraussichtlich min. 2 Jahre andauernden Dauerschädigung von 50%), eine Todesfallleistung (25% der versicherten Kapitalleistung, bei Tod innerhalb von drei Monaten abweichend 10% der Versicherungssumme). Optional kann zu Kapital- oder Rentenleistung ein Kinder-Schutzbrief mit zahlreichen Assistenzleistungen dazu vereinbart werden. / Nachversicherungsgarantie: nein / Innovationsklausel: nein / Leistungsvoraussetzungen: Nachweis einer bedingungsgemäßen Invalidität von mindestens 50% (Rentenleistung) bzw. 25% (Kapitalleistung) durch Unfall oder Krankheit. Der Nachweis ist durch ärztliche Gutachten und Unterlagen (Berichte, Atteste, Diagnosen) zu erbringen. Wenn eine Erkrankung oder Verletzung eingetreten ist, die voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss der Versicherungsnehmer oder der Versicherte unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und den Versicherer unterrichten / Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: ja: Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 25. Lebensjahres oder einer vorherigen Kündigung / Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: ja (beitragsfrei bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres der VP, sofern VN bei Beginn noch nicht das 60. Lebensjahr vollendet hat. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: nach Aussage der HUK-Coburg sei man der erste Versicherer gewesen, der 1995 in Deutschland Kinderinvaliditätsversicherungen auf den Markt gebracht hat.

MAXPOOL

Tarif: Kinder-Invaliditätsabsicherung: KISS / **Produktstart:** k.A. / **Bedingungsstand:** 01.09.2010 / **Eintrittsalter:** ab der Vollendung der 6. Lebenswoche bis 17 Jahre / **Mindestbeitrag:** k.A. / **maximal versicherbare Leistung:** 2.000 Euro monatliche Rente / **maximale Versicherungsdauer:** Die Kinder-Invaliditätsabsicherung endet – ohne dass es einer Kündigung bedarf - zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet / **Leistungsdauer:** bei andauernder Invalidität von min. 50% bis zum Ende des 6. Monats nach dem Tod der versicherten Person / **Aktivdynamik:** nein / **Passivdynamik:** nein / **Kurzcharakteristik:** Versicherungsschutz besteht für eine unfreiwillig eintretende Invalidität durch Unfall oder Krankheit mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 50%. Dabei bemisst sich der Invaliditätsgrad für Unfälle anhand der tarifeigenen Gliedertaxe. „Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, in deren Verlauf eine Invalidität festgestellt wird und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit und keine Invalidität mehr bestehen.“ Beitragsfrei mitversichert sind 5.000 Euro bei Unfalltod, Bergungskosten in Höhe von 10.000 Euro sowie eine Beihilfe für eine stationäre RehaMaßnahme in Höhe von 1.000. Unter den Versicherungsschutz fallen desweiteren Rehabilitations-Management-Servicelleistungen in Höhe von 10.000 Euro über den Rehadienstleister Relntra / **Nachversicherungsgarantie:** nein / **Innovationsklausel:** nein / **Leistungsvoraussetzungen:** nach Ziffer 5 der Zusatzbedingungen für die Kinderinvaliditätsversicherung sind ärztliche Unterlagen zum Nachweis über den Eintritt des Leistungsfalles beizubringen. Weiter wird davon gesprochen, dass maxpool die Kosten für vom Versicherer beauftragte ärztliche Unterlagen übernimmt. Implizit ist demnach ein ärztliches Gutachten als Leistungsanforderung anzusehen. Nach Ziffer 7 ist nach einem Unfall unverzüglich ein Arzt aufzusuchen und dessen Anordnungen zu folgen. Gleiches gilt für eine Meldung beim Versicherer / **Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit:** Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres oder einer vorherigen Kündigung / **Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers:** ja (beitragsfrei bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der VP, sofern VN bei Beginn noch nicht das 45. Lebensjahr vollendet hat. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / **Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers:** nein / **Sonstige Bemerkungen:** Wird die versicherte Person während der Wirksamkeit des Vertrages von mehreren zeitlich und ursächlich voneinander unabhängigen Unfällen und/oder Krankheiten betroffen, die jeweils eine Invalidität von weniger als 50 % zur Folge haben, so werden diese bei der Bemessung der Invalidität so betrachtet, als seien sie zeitgleich eingetreten. Die Gesamtschädigung muss spätestens zwölf Monate nach Beendigung des Vertrages ärztlich festgestellt worden sein.

NÜRNBERGER

Tarif: AUB 2011 in Verbindung mit ZB-KIZ 2011 / **Produktstart:** k.A. / **Bedingungsstand:** 01.2011 / **Eintrittsalter:** ab dem Alter von 10 Monaten bis 15 Jahre / **Mindestbeitrag:** 65,75 Euro brutto p.a. / **maximal versicherbare Leistung:** einmalige Kapitalleistung zwischen 30.000 Euro und 100.000 Euro / **maximale Versicherungsdauer:** bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des versicherten Kindes / **Leistungsdauer:** einmalige Kapitalleistung / **Aktivdynamik:** 0 oder 5% p.a. / **Passivdynamik:** nein / **Kurzcharakteristik:** Versicherungsschutz besteht für eine unfreiwillig eintretende Invalidität durch Krankheit mit einem GdB von mindestens 50. Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt oder einer anderen dafür zuständigen Stelle / **Nachversicherungsgarantie:** nein / **Innovationsklausel:** nein / **Leistungsvoraussetzungen:** Nachweis und Geltendmachung eines GdB von min. 50 durch Bescheid des Versorgungsamtes / **Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit:** Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres oder einer vorherigen Kündigung der Unfallversicherung als Hauptvertrag / **Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers:** ja (beitragsfrei bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der VP, sofern VN bei Beginn noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet hat. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / **Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers:** nein / **Nachprüfung des Leistungsfalls:** nein (da einmalige Kapitalleistung) / **Sonstige Bemerkungen:** Der Invaliditätschutz bei Krankheit setzt grundsätzlich eine Kinder-Unfallversicherung bei der Nürnberger voraus. Somit ist gewährleistet, dass das Kind sowohl bei Krankheit als auch bei Unfall versichert ist. Beim Unfallversicherungsschutz kann entweder eine Kapitalleistung oder eine Rentenleistung versichert werden.

ÖFFENTLICHE VERSICHERUNG BRAUNSCHWEIG

Tarif: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Invaliditäts-Zusatzversicherung von Kindern - KIZ / **Produktstart:** 1998 / **Bedingungsstand:** 01.07.2008 / **Eintrittsalter:** 1 bis 16 Jahre / **Mindestbeitrag:** nicht zutreffend / **maximal versicherbare Leistung:** zwischen 300 und 1.000 Euro monatliche Rente / **maximale Versicherungsdauer:** Die Versicherung endet spätestens mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet / **Leistungsdauer:** bei andauerndem GdB von min. 50 bis zum Ende des 6. Monats nach dem Tod der versicherten Person / **Aktivdynamik:** nein / **Passivdynamik:** nein / **Kurzcharakteristik:** Neben den Leistungen aus der Unfallversicherung besteht Versicherungsschutz für eine unfreiwillig eintretende

Invalidität durch Unfall oder Krankheit mit einem GdB von mindestens 50. Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt / Nachversicherungsgarantie: nein / Innovationsklausel: nein / Leistungsvoraussetzungen: Nachweis und Geltendmachung eines GdB von min. 50 durch Bescheid des Versorgungsamtes / Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres oder einer vorherigen Kündigung der Unfallversicherung als Hauptvertrag / Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: ja (beitragsfrei bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der VP, sofern VN bei Beginn noch nicht das 60. Lebensjahr vollendet hat. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: Der Tarif KIZ kann nur als Zusatzversicherung zu einer Kinderunfallversicherung als Hauptvertrag abgeschlossen werden und auch nur mit dieser zusammen fortbestehen.

R+V

Tarif: R+V KVB 2008: Kinderversicherung / Produktstart: 1997 / Bedingungsstand: 01.2012 / Eintrittsalter: 1 bis 15 Jahre / Mindestbeitrag: 127,20 Euro brutto p.a. / maximal versicherbare Leistung: zwischen 250 und 1.500 Euro monatliche Rente / maximale Versicherungsdauer: Die Versicherung endet spätestens mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 21. Lebensjahr vollendet / Leistungsdauer: bei andauerndem GdB von min. 50 bis zum Ende des 6. Monats nach dem Tod der versicherten Person / Aktivdynamik: optional 0 oder 5% p.a. / Passivdynamik: nein / Kurzcharakteristik: Versicherungsschutz besteht für eine unfreiwillig eintretende Invalidität durch Unfall oder Krankheit mit einem GdB von mindestens 50. Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt oder einer anderen dafür zuständigen Stelle. Zusätzliche Leistungen bei Krankenhausaufenthalt und erstmaligem Rentenbezug / Nachversicherungsgarantie: nein / Innovationsklausel: nein / Leistungsvoraussetzungen: Nachweis und Geltendmachung eines GdB von min. 50 durch Bescheid der zuständigen Stelle / Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 21. Lebensjahres oder einer vorherigen Kündigung / Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: ja (beitragsfrei bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der VP, sofern zwischen Vertragsbeginn und dem Tag des Antragsstellers mindestens zwei Jahre liegen. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: Bei erstmaligem Rentenbezug zahlt der Versicherer eine Sofortleistung in Höhe einer Jahresrente. Zusätzlich erhält die versicherte Person für jeden Kalendertag eines Krankenhausaufenthaltes ein Krankentagegeld in Höhe von 3% der vereinbarten Rente, im Fall einer stationären Psychotherapie jedoch begrenzt auf 30 Tage pro Kalenderjahr. Voraussetzung für die versicherte Krankenhausleistung ist, dass für das versicherte Kind bis dahin weder eine Invalidität im Sinne der Bedingungen besteht oder bestanden hat. Beitragszahlung mit Sofortrabatt (Bruttobeitrag abzgl. nicht garantierter Überschussbeteiligung)

WESTFÄLISCHE PROVINZIAL

Tarif: Invaliditäts-Zusatzversicherung von Kindern – KIZ / Produktstart: 01.02.1999 / Bedingungsstand: 18.03.2009 / Eintrittsalter: 1 bis 17 Jahre. „Die Beantragung der KIZ vor Vollendung des ersten Lebensjahres zum 1. Geburtstag ist nur zulässig, sofern die Vorsorgeuntersuchung U 6 bereits durchgeführt wurde“. Die U6 muss zwischen dem 10. und 12. Monat stattfinden / Mindestbeitrag: 30 Euro brutto p.a. für die Unfallversicherung. Dazu kommen die Beiträge für die KIZ, die jedoch für den Mindestbeitrag unerheblich sind / maximal versicherbare Leistung (Rente oder Kapital): 250 Euro bis 1.000 Euro monatliche KIZ-Rente, Invaliditätsleistung je nach Progression zwischen 25.000 Euro und 250.000 Euro / maximale Versicherungsdauer: „Die Versicherung endet spätestens mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 27. Lebensjahr vollendet hat.“ / Leistungsdauer: bei andauerndem GdB von min. 50 bis zum Ende des 6. Monats nach dem Tod der versicherten Person / Aktivdynamik: 0%, 3%, 5% oder 7,5% p.a. / Passivdynamik: nein / Kurzcharakteristik: Versicherungsschutz besteht für eine unfreiwillig eintretende Invalidität durch Unfall oder Krankheit mit einem GdB von mindestens 50. Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt oder einer anderen dafür zuständigen Stelle. „Bei erstmaliger Rentenzahlung wird zusätzlich eine Sofortleistung in der vereinbarten Höhe erbracht. Diese Sofortleistung wird nur einmalig pro versicherte Person gezahlt. [...] Zusätzlich ist über den Vertrag ein Krankentagegeld von 3 % der vereinbarten KIZ-Rente versichert. Das Krankentagegeld zahlen wir bei jedem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Unfall oder Krankheit, es sei denn, der Krankenhausaufenthalt ist auf eine bestehende oder eine vergangene Invalidität zurückzuführen. [...] Übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind (Rooming-In) zahlen wir pro Übernachtung einen pauschalen Kostenschuss in Höhe von 25 €, längstens jedoch bis zu 10 Übernachtungen je Versicherungsjahr.“ / Nachversicherungsgarantie: nein / Innovationsklausel: nein / Leistungsvoraussetzungen: Nachweis und Geltendmachung eines GdB von min. 50 durch Bescheid des Versorgungsamtes oder einer anderen zuständigen Stelle. „Findet das Schwerbehindertenrecht aufgrund seiner Beschränkung auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland keine Anwendung, kann der Nachweis des Versicherungsfalles durch ärztliche Gutachten erfolgen. Für die Beurteilung des Grades der Behinderung finden ausschließlich die Grundsätze des deutschen Schwerbehindertenrechts Anwendung. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Versicherte zu tragen.“ / Fortführung des Versiche-

ungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: „Vollendet die versicherte Person ihr 19. Lebensjahr, gilt für die bestehende KIZ ab der nächsten Hauptfälligkeit der Tarif KIZ 18Plus (Beitragszuschlag 20%). Der Versicherungsnehmer“ kann jedoch wählen zwischen reduzierter Versicherungssumme und gleichem Beitrag oder Beibehaltung der bisherigen Versicherungssummen unter Berechnung des entsprechend höheren Beitrags.“ Spätestens jedoch mit Vollendung des 27. Lebensjahres der versicherten Person endet auch der KIZ-18Plus-Tarif / Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: ja (beitragsfrei bis zur Vollendung des 19. Lebensjahres der VP, sofern VN bei Beginn noch nicht das 60. Lebensjahr vollendet hat. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: nicht zutreffend.

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Tarif: AUB/BBV, U5 (KIZ) / Produktstart: k.A. / Bedingungsstand: 01.01.2008 / Eintrittsalter: 1 bis 15 Jahre / Mindestbeitrag: 5 Euro netto pro Rate bzw. 40 Euro netto p.a. / maximal versicherbare Leistung: zwischen 200 und 1.000 Euro monatliche Invalidenrente / maximale Versicherungsdauer: bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres / Leistungsdauer: bei andauerndem GdB von min. 50 bis zum Ende des 6. Monats nach dem Tod der versicherten Person / Aktivdynamik: nein / Passivdynamik: nein / Kurzcharakteristik: Versicherungsschutz besteht für eine unfreiwillig eintretende Invalidität durch Unfall oder Krankheit mit einem GdB von mindestens 50. Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt oder einer anderen dafür zuständigen Stelle / Nachversicherungsgarantie: nein / Innovationsklausel: nein / Leistungsvoraussetzungen: Nachweis und Geltendmachung eines GdB von min. 50 durch Bescheid des Versorgungsamtes / Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres oder einer vorherigen Kündigung / Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: ja (beitragsfrei bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der VP, sofern VN bei Beginn noch nicht das 45. Lebensjahr vollendet hat. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: Versicherungsschutz nur zusammen mit einer Unfallversicherung mit einer Grundinvalidität von mindestens 10.000 Euro. Bei Redaktionsschluss kein Unisextarif. Mädchen kosten 18,36 Euro je 100 Euro Rente netto, Jungen entsprechend 22,44 Euro p.a. Nicht versichert sind Kinder, bei denen bei Vertragsbeginn bereits eine Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 vorgelegen hat. Wird eine vor Vertragsbeginn bestehende Invalidität erst danach festgestellt, erlischt der Vertrag rückwirkend ab Beginn.

WÜRTTEMBERGISCHE GEMEINDE-VERSICHERUNG A.G (WGV)

Tarif: AUB 2007 – Form 01/2010 in Verbindung mit KIZ 2008 – Form 01/2010: KIZ 2008 / Produktstart: 1998 / Bedingungsstand: 04.2011 / Eintrittsalter: KIZ: 1 bis 16 Jahre, Kinderunfallversicherung ab Geburt / Mindestbeitrag: 30 Euro brutto p.a. / maximal versicherbare Leistung: zwischen 250 und 1.000 Euro monatliche Unfall- bzw. KIZ-Rente. Leistung bei Vollinvalidität aus der Unfallversicherung max. 750.000 Euro / Kapitalwahlrecht: nein (Rentenleistung) / maximale Versicherungsdauer: KIZ: bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres; Kinderunfallversicherung: wandelt sich mit Vollendung des 18. Lebensjahres in den Erwachsenentarif um / Leistungsdauer bei andauerndem GdB von min. 50 bis zum Ende des 6. Monats nach dem Tod der versicherten Person / Aktivdynamik: 0 oder 5% p.a. / Passivdynamik: nein / Kurzcharakteristik: Neben den Leistungen aus der Unfallversicherung besteht Versicherungsschutz für eine unfreiwillig eintretende Invalidität durch Krankheit mit einem GdB von mindestens 50. Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt / Nachversicherungsgarantie: nein / Innovationsklausel: nein / Leistungsvoraussetzungen: KIZ: Nachweis und Geltendmachung eines GdB von min. 50 durch Bescheid des Versorgungsamtes; Kinderunfallversicherung: Feststellung des Invaliditätsgrades durch einen Arzt / Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit: Der Versicherungsschutz endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres oder einer vorherigen Kündigung der Unfallversicherung als Hauptvertrag / Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers: ja (KIZ und Unfallversicherung beitragsfrei bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der VP. Die beitragsfreie Vertragsfortführung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde) / Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers: nein / Sonstige Bemerkungen: Die Württembergische Gemeinde-Versicherung a.G. bietet günstigen Versicherungsschutz für Beschäftigte im Öffentlichen Dienst innerhalb des Geschäftsgebiets (früheres Land Württemberg und Hohenzollern). Über die Tochtergesellschaft WGV-Versicherung AG können Personen im gesamten sonstigen Bundesgebiet – auch öffentlich Bedienstete – einen vergleichbar günstigen Versicherungsschutz erlangen. Derzeit werden die aktuellen Unfallprodukte überarbeitet und im Verlauf der nächsten Monate neue Tarife eingeführt.

WÜRTTEMBERGISCHE

Tarif: Kinder-Invaliditätsversicherung KIV 2012 / **Produktstart:** 25.06.2012 / **Bedingungsstand:** 23.06.2012 / **Eintrittsalter:** Alter 1 bis 14 Jahre. / **Mindestbeitrag:** 30 Euro / **maximal versicherbare Leistung:** 2.000 Euro monatliche Rente / **maximale Versicherungsdauer:** Bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18 Lebensjahr vollendet / **Leistungsdauer:** Solange der GdB von 50% vorliegt. Wenn 20 Jahre lang die Voraussetzungen für eine Rente ununterbrochen bestehen, dann wird die Rente ohne weitere Nachweise bis zum Tode der versicherten Person geleistet / **Aktivdynamik:** Nach Höchstbeitrag gRV mit Untergrenze 5 und Obergrenze 8 % / **Passivdynamik:** nein / **Kurzcharakteristik:** Leistung (mit Gewinnbeteiligung) bei Anerkennung eines GdB von mindestens 50% infolge Krankheit oder Unfall durch die entsprechende Stelle (Versorgungsamt). Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung bei der berechtigten Stelle. / **Nachversicherungsgarantie:** nein / **Innovationsklausel:** nein / **Leistungsvoraussetzungen:** Vorlage des Bescheids des Versorgungsamtes über die Schwerbehinderung / **Fortführung des Versicherungsschutzes mit Erreichen der Volljährigkeit:** nein / **Fortführung des Versicherungsschutzes bei Versterben des Versicherungsnehmers:** nein / **Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers:** nein / **Sonstige Bemerkungen:** Es handelt sich um einen eigenständigen Vertrag, der auch mit einer Kinder-Unfallversicherung abgeschlossen werden kann.

Die Angaben zur Württembergischen konnten beruhen allein auf den Aussagen des Versicherers und konnten vor Redaktionsschluss nicht verifiziert werden.

■ Weitere Absicherungsoptionen

Wer Kinder gegen Invalidität versichern möchte, kommt neben den bislang besprochenen Produkten, auch an einer Reihe anderer Absicherungsoptionen nicht vorbei.

Besonders zu benennen sind Tarife wie Gothaer Perikon Junior aus dem Hause Gothaer, d. h. eine **Dread-Disease-Versicherung für Kinder**, sowie

die zahlreicher werdenden Angebote an **Funktionsinvaliditätsversicherungen**, von denen Axa, Janitos und VPV auch die Zielgruppe Kinder bedienen. Desweiteren ist auch bei der Signal Iduna eine eigenständige FIV in Arbeit, die Anfang 2013 auf den Markt kommen soll. Nach den bisherigen Erkenntnissen orientiert sich der in Entwicklung befindliche Tarif an

den Sachprodukten aus dem Hause E+S Rück. Vorteile einer Funktionsinvaliditätsversicherung gegenüber einer Kinderinvaliditätsversicherung sind unter anderem der in fast allen Produkten bestehende Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie die teilweise mögliche Versicherbarkeit bis zum vollendeten 67. Lebensjahr; der Versicherungsschutz endet also nicht zwangsweise wie in vielen Kinderinvaliditätsversicherungen mit Vollendung des 18. Lebensjahres.

Gerade bei langen Laufzeiten kann es wichtig sein, wenn bestehende Versicherungsverträge ohne erneute Gesundheitsprüfung auf veränderte Rahmenbedingungen angepasst werden können. Für prämieneutrale Bedingungsverbesserungen ist in diesem Fall eine Innovationsklausel wie sie in der Kinderinvaliditätsversicherung zurzeit nur die Barmenia anbietet von großer Bedeutung.

Aufgrund objektiver Leistungsvoraussetzungen ist der Nachweis für den Eintritt des Leistungsfalles ähnlich unstrittig wie eine Beurteilung des GdB durch das zuständige Versorgungsamt. Auch hinsichtlich der Einschränkungen im Bereich der Psyche ähneln sich beide Produktgattungen sehr.

Ein wesentlicher Vorteil von Funktionsinvaliditätsversicherungen ist allerdings die dort generell vorgesehene Option einer Passivdynamik zum zumindest teilweisen Ausgleich der laufenden Inflation.

Checkliste Kinderinvaliditätsversicherungen

Sofern Sie bzw. Ihr Kunde sich für eine Absicherung auch krankheitsbedingter Invalidität entschieden haben, sollten Sie klären, ob eher eine klassische Kinderinvaliditätsversicherung gewünscht ist oder alternativ auch eine Funktionsinvaliditätsversicherung in Frage kommt.

In beiden Fällen sollte der Abschluss so früh wie möglich erfolgen. Bei Kinderinvaliditätsversicherungen sollte darauf geachtet werden, dass die Leistungspflicht nicht an eine gutachterliche Entscheidung, sondern allein an den von einem Versorgungsamt festgestellten GdB gebunden ist.

Um eine dauerhafte Versorgung zu gewährleisten, sollte Tarifen mit Rentenleistung der Vorzug vor solchen mit einmaliger Kapitalauszahlung gegeben

werden. Dabei sollten die Rentenhöhe ausreichen, damit sichere laufende Einkünfte zuzüglich Rente mit Sicherheit das Grundsicherungsniveau übersteigen.

Sinnvoll ist wie auch beim Abschluss einer Kinderinvaliditätsversicherung die ergänzende Entscheidung für eine leistungsstarke Rechtsschutzversicherung.

Dokumentieren Sie ausführlich, dass Sie mit den Kunden über die Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und die Folgen einer Verletzung derselben gesprochen haben und achten Sie auf eine hinreichende Absicherung der Versorger gegen den Verlust von deren Arbeitskraft, damit eine optimale Absicherung der Kinder nicht „baden“ geht.

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:
Allianz – Axa – Canada Life – Cardea Life – Janitos

Grundfähigkeitsversicherung von Canada Life erweitert den Leistungskatalog



Autor: Stephan Witte

Als Grundfähigkeitsversicherung wird eine Risikoversicherung bezeichnet, die den Verlust von bestimmten definierten Grundfähigkeiten wie Gehen, Treppen

steigen oder Auto fahren durch Auszahlung einer monatlichen Rente auffangen soll. Zum 01.07.2012 hat Canada Life die bestehende Grundfähigkeitsversiche-

rung in nicht unerheblichem Maße aktualisiert. Insbesondere fallen bei den jüngsten Änderungen die maßgeblichen neuen Regelungen des § 2 ins Auge:

Stand 08.2011	Stand 07.2012
<p>„§ 2 Was ist Beeinträchtigung im Sinne dieser Bedingungen? 1 Die Beeinträchtigung liegt vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall nach ärztlicher Beurteilung insgesamt mindestens 12 Monate lang ununterbrochen nicht fähig war oder nicht fähig sein wird, mindestens</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine der in A) oder - drei der in B) <p>beschriebenen Aktivitäten ohne Hilfsmittel, ausgenommen vorhandene künstliche Gliedmaßen, durchzuführen.“</p>	<p>„§ 2 Was ist Beeinträchtigung im Sinne dieser Bedingungen? 1. Eine Beeinträchtigung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge von während der Versicherungsdauer aufgetretener Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall nach ärztlicher Beurteilung insgesamt mindestens zwölf Monate lang ununterbrochen wenigstens</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine der in A) oder C) oder - drei der in B) <p>beschriebenen Fähigkeiten verliert oder verlieren wird. Der Verlust einer Fähigkeit im Sinne von A), B) und C) darf nicht durch zumutbare Heilbehandlung oder ein Hilfsmittel, ausgenommen vorhandene künstliche Gliedmaßen A) und B), behebbar sein.“</p>

Anders als bisher muss der Versicherungsfall nach dem Wortlaut der obigen Bedingungen seinen Ursprung vollständig während der Vertragsdauer haben. Kann der Versicherer also nachweisen, dass er einen Kunden angenommen hat, der bereits vor Vertragsbeginn unter einer benannten Krankheit oder Körperverletzung litt, die sich erst während der Vertragsdauer zum Versicherungsfall entwickelt, so entfällt – anders als bisher – der Versicherungsschutz für die Folgen der entsprechenden Krankheit, Körperverletzung oder des mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, mithin also für die vereinbarte Grundfähigkeitsrente.

■ Leistungsunterschiede zwischen neuer und alter Tarifgeneration?

Canada Life, betont, dass es ausdrücklich diesbezüglich keinen Leistungsunterschied zwischen neuer und alter Tarifgeneration gäbe:

In beiden Tarifgenerationen muss der Versicherungsfall für die Herleitung von Versicherungsschutz seinen Ursprung vollständig während der Vertragsdauer haben. Auch, wenn der Versicherungsfall das Ergebnis einer Krankheit ist, die schon vor Vertragsabschluss bestanden hat und keine Ausschlussklausel vereinbart wurde, bestehe weder für den alten noch für den neuen Tarif Versicherungsschutz.

„Ebenfalls für den alten und neuen Tarif gilt aber auch: Erfolgt in der Vertragslaufzeit bei einem Kunden der bedingungsgemäße Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten, besteht auch dann Versicherungsschutz, wenn der Kunde schon vor der Vertragslaufzeit an einer Beeinträchtigung litt, bei der es aber keinen kausalen Zusammenhang zum während der Laufzeit erfolgten vollständigen Verlust der Fähigkeit gibt.“

Eine offizielle Klarstellung wird seitens „Risiko & Vorsorge“ dennoch aus Haftungsgründen für den Makler angeraten, da es einen wichtigen Unterschied gibt, ob ein Leistungsfall während der Vertragslaufzeit eingetreten ist (unstrittig

versichert) oder ob eine zum Leistungsfall führende Erkrankung Ursache für einen Leistungsfall ist (Aus Sicht von „Risiko & Vorsorge“ im neuem Tarif nicht versichert, im Alten hingegen eingeschlossen,

nach Ansicht von Canada Life im alten und neuen Bedingungsmerk aus-geschlossen).

Des Weiteren reicht nun nicht mehr allein die 12-Monats-Prognose aus, son-

dern vielmehr müssen die beschriebenen Auswirkungen auch bei „zumutbarer Heilbehandlung“ nicht mehr behebbar sein. Dabei definiert der Versicherer al-lerdings nicht, was er darunter versteht.

Erweiterung des bisherigen Grundfähigkeitenkatalogs

Stand 08.2011	Stand 07.2012
Grundfähigkeiten des Fähigkeitenkatalogs 1: Sehen, Sprechen, Sich orientieren, Hände gebrauchen	Grundfähigkeiten des Fähigkeitenkatalogs 1: Sehen, Sprechen, Hände gebrauchen
Grundfähigkeiten des Fähigkeitenkatalogs 2: Hören, Gehen, Treppen steigen, Knien oder Bücken, Sitzen, Stehen, Greifen, Arme bewegen, Heben und Tragen, Auto fahren	Grundfähigkeiten des Fähigkeitenkatalogs 2: Hören, Gehen, Treppen steigen, Knien oder Bücken, Sitzen, Stehen, Greifen, Arme bewegen, Heben und Tragen, Auto fahren
	Grundfähigkeiten des Fähigkeitenkatalogs 3: Auffassung, Konzentration/Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutiv-Funktion (Handlungsplanung), Orientierung, Anordnung gesetzlicher Betreuung
§ 2 a): „Sich orientieren Die versicherte Person ist nicht fähig, sich zeitlich, örtlich oder zur eigenen Person zu orientieren.“	§ 2 c): „Orientierung Die geistige Leistungsfähigkeit in Bezug auf die Orientierungsfähigkeit (zeitliche und räumliche Orientierung, Orientierung zur eigenen Person) ist so schwer gestört (z.B. durch eine Demenz, Schizophrenie, Psychose), dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten auszuführen. Die Erkrankung/Verletzung des zentralen Nervensystems ist durch einen Neurologen, Psychater oder Nervenarzt festzustellen. Zudem müssen die Ergebnisse eines Tests, der die Orientierungsfähigkeit rüft (z.B. DemTect, MMSE, MMST o.Ä.) zu den schlechtesten 10% der Durchschnittsbevölkerung gehören.“
§ 2:2 „Die Beeinträchtigung liegt ebenso vor, wenn der versicherten Person in der gesetzlichen Pflegeversicherung oder einer diese ersetzenden privaten Pflegeversicherung eine der beiden höchsten Pflegestufen (Pflegestufe II und III nach dem Stand von Januar 2011) zuerkannt wurde und ihr deshalb Ansprüche auf häusliche Pflegehilfe und/oder Pflegegeld zustehen.“	§ 2:2 „Die Beeinträchtigung liegt ebenso vor, wenn die versicherte Person in der gesetzlichen Pflegeversicherung oder in einer diese ersetzenden privaten Pflegeversicherung eine der Pflegestufen im sozialrechtlichen Sinne zuerkannt wurde und ihr deshalb Ansprüche auf häusliche Pflegehilfe und/oder Pflegegeld zustehen. “

■ Fragezeichen bei Durchsetzung des Leistungsanspruchs

Insgesamt wurde also ein komplett neuer Block von Grundfähigkeiten der Kategorie 3 neu aufgenommen, wobei hier aus Platzgründen auf eine ausführliche Darstellung der neuen Grundfähigkeiten verzichtet werden soll. In diesem Zusammenhang wurde die Grundfähigkeit „Orientierung“ von Kategorie 1 in die neu geschaffene Kategorie verschoben. Besonders auffällig ist die aus der KörperschutzPolice der Allianz bekannte Klausel

„zu den schlechtesten 10% der Durchschnittsbevölkerung“. Auch hier wird leider nicht ausgeführt, wie ein Kunde den entsprechenden Nachweis zur Durchsetzung seines Leistungsanspruchs erbringen kann. Insofern handelt es sich eine unklare Klausel, die der Auslegung durch ein Gericht bedarf oder alternativ einer vorvertraglichen Klarstellung durch den Versicherer.

Laut Allianz seien die im Rahmen der KörperschutzPolice zur Anwendung kommenden Tests wie z.B. der „Zahlen-

Verbindungstest“ aktueller „state –of-the-Art“. Bedingungsseitig geregelt ist, dass es sich dort um einen „allgemein anerkannten Test“ handele. Leider fehlt hierzu die bedingungsseitige Klarstellung und damit die Einklagbarkeit der konkreten Testverfahren. Laut Unternehmenskommunikation der Allianz Deutschland habe man bewusst auf die Nennung konkreter Testverfahren verzichtet, „damit immer der Test zum Einsatz kommt, der zum Zeitpunkt der Leistungsanmeldung de lege artis“ sei.

■ Pflegedefinition & Dread Disease

Wirklich positiv ist dagegen die deutliche Verbesserung der Pflegedefinition bei Canada Life, die nunmehr sogar Leistungen ab Pflegestufe I vorsieht und offen ist für zukünftige Anpassungen des SGB.

Vergleicht man hierzu die letzte Änderung im Rahmen der Dread-Disease-Versicherung von Canada Life, also das Update vom Bedingungsstand 01.2010 auf den Stand 08.2011, so fallen abweichende Modifikationen auf:

Sofern dies gegen Zuschlag vereinbart wurde, sehen alter und neuer Tarif Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit ab Vollendung des 60. Lebensjahres in einer der beiden höchsten Pflegestufen

II oder III vor. Im Rahmen der Bedingungsanpassung von Anhang 2 Nr. 1 der Bedingungen wurde hier der „Stand Januar 2007“ auf den „Stand Januar 2011“ aktualisiert. § 7 und Anhang 2 der Bedingungen sind darüber hinaus unverändert. Demnach ist die Pflegedefinition im Rahmen der Dread-Disease-Versicherung von Canada Life deutlich schlechter als jene der aktuell angebotenen Grundfähigkeitsversicherung. Ein direkter Vergleich von Grundfähigkeits- und Dread-Disease-Versicherung ist allerdings nicht möglich, da beispielsweise im Rahmen des ersten Produkts eine Rentenleistung, im zweiten eine Einmalleistung erbracht wird. Auch unterscheiden sich

beide Produkte maßgeblich in ihrer Funktionsweise voneinander. So setzt etwa eine Grundfähigkeitsversicherung wie eine Funktionsinvaliditätsversicherung beim Verlust grundlegender Funktionen an, während eine Dread Disease anstelle der Krankheitsfolge die entsprechende Diagnose und deren Überleben über einen definierten Zeitraum hinaus als Leistungsauslöser sieht.

Die §§ 1, 3, 4, 6 und 8 bis 22 der nunmehr weiter zu vergleichenden Grundfähigkeitsversicherung sind inhaltlich unverändert. In § 5 wurde lediglich eine kleine Änderung, allerdings diese zum Nachteil der Versicherungsnehmer, vorgenommen:

Stand 08.2011	Stand 07.2012
<p>§ 5 Nr. 6: „Haben Sie Leistungen beantragt, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe bis zu unserer Leistungsentscheidung weiter entrichten. Auf Antrag werden wir diese Beiträge stunden und hierfür keine Zinsen erheben. Wird ein Versicherungsfall durch uns anerkannt und ist keine Stundung vereinbart worden, zahlen wir die ab Beginn unserer Leistungspflicht von Ihnen entrichteten Beiträge zuzüglich 4% Zinsen p.a. an Sie zurück.“</p>	<p>§ 5 Nr. 6: „Haben Sie Leistungen beantragt, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe bis zu unserer Leistungsentscheidung weiter entrichten. Auf Antrag werden wir diese Beiträge stunden und hierfür keine Zinsen erheben. Wird ein Versicherungsfall durch uns anerkannt und ist keine Stundung vereinbart worden, zahlen wir die ab Beginn unserer Leistungspflicht von Ihnen entrichteten Beiträge an Sie zurück.“</p>

Eine vollständige Änderung des Wortlauts erfolgte zu § 7, ohne dass eine inhaltlich relevante Leistungsänderung

erkennbar wird. In erster Linie scheint die neue Formulierung dem Zweck einer Klarstellung und somit einem Mehr an

Transparenz zu dienen. Hier der Wortlaut der alten und der neuen Fassung:

Stand 08.2011	Stand 07.2012
<p>§ 7:3 „Kündigungen, die nur einen Teil der Versicherungsleistungen betreffen, sind möglich, wenn die verbleibende versicherte monatliche Rente mindestens € 500 beträgt. Die Rückzahlung von Beiträgen ist auch bei Teilkündigungen nicht möglich.“</p>	<p>§ 7:3 „Eine Beitragsreduzierung auf Antrag ist nicht möglich. Jedoch führt eine Kündigung, die nur einen Teil der Versicherungsleistungen betrifft, zu einer Beitragsreduzierung. Voraussetzung ist, dass die verbleibende versicherte Rente mindestens € 500 beträgt.“</p>

Fazit: Insgesamt bleibt festzuhalten, dass Canada Life den bestehenden Grundfähigkeitsschutz in mehreren Punkten maßgeblich verbessert hat, im Detail jedoch zumindest teilweise Verschlechterungen zum Nachteil von Neukunden aufgenommen hat. Nach Unternehmensangaben wurde mit der Pro-

duktneukonzipierung eine zusätzliche durchgängige Beitragssenkung für das Neugeschäft verbunden. Trotz deutlicher Erweiterung des Grundfähigkeitenkatalogs stellt sich die berechnete Frage nach dem Mehrwert der angebotenen Grundfähigkeitsversicherung gegenüber den neuartigen Funktionsinvaliditätsver-

sicherungen als Lebensversicherung (z.B. Allianz oder Cardea Life) oder als Sachversicherung (z.B. Axa oder Janitos), die schließlich auch alle eine Grundfähigkeitsrente beinhalten, wobei bei den Lebensversicherern jeweils bereits der Verlust einer Grundfähigkeit den Leistungsfall begründen kann.

Die neue Opferhilfe von Rhion

Im Mai 2012 schlägt ein 35jähriger Mann ohne Vorwarnung eine 35jährige Frau an einer Berliner U-Bahn-Station. Mehrfach wird auf die Polin eingetreten, schließlich gegen ihren Kopf.¹ Im Oktober 2011 hat ein jugendlicher Schläger einen damals 29jährigen Handwerker an einer anderen U-Bahn-Station in Berlin schwer verletzt. Auch dieser Täter trat noch mit voller Wucht auf den Kopf des am Boden liegenden Opfers ein, nachdem er diesem zuvor mit einer Flasche ins Gesicht geschlagen hatte. Neben einem Schädel-Hirn-Trauma ist für das Opfer unter anderem eine psychologische Betreuung für den versuchten Totschlag erforderlich.² Die Zahl oft ähnlicher Übergriffe ist Legion. Der Versicherer Rhion berichtet von etwa 200.000 Fällen pro Jahr mit steigender Tendenz.



Autor: Sebastian Krügereit

Finanziell hilft in Fällen, wie den einleitend geschilderten, auf Antrag das Opferentschädigungsgesetz mit rätierlichen Zahlungen. Rhion hat durchgerechnet, dass die maximale Entschädigung auf 3-Jahres-Sicht im Jahre 2011 bei etwa 40.000 Euro lag.

Zum 01.04.2012 hat Rhion diesbezüglich ihre private Haftpflichtversicherung aktualisiert. Mit der Opferhilfe wurde hierzu ein komplett neuer Leistungsbaustein in Ergänzung zur Plus-Deckung geschaffen. Der Zuschlag für einen Single beträgt 3 Euro netto p.a., für eine Familie 10 Euro netto p.a.

Versicherungsschutz besteht, wenn eine versicherte Person während der Vertragslaufzeit Opfer einer Gewalttat nach § 1 Abs. 1 und 2 des Opferentschädigungsgesetzes geworden ist und dadurch eine körperliche (nicht psychische) Schädigung erlitten hat.

Leistungsvoraussetzung ist die Bewilligung einer Versorgung nach dem Opfererschutzgesetz in entsprechender Anwendung der §§ 30 bis 34 des Bundesversorgungsgesetzes.

Der Versicherungsschutz entfällt für eine körperliche Schädigung als Folge häuslicher Gewalt oder durch eine der

mitversicherten Personen untereinander.

Die Versicherungsleistung entspricht der Kapitalisierung der bewilligten Leistungen nach den §§ 30 bis 34 des Bundesversorgungsgesetzes, hochgerechnet auf den Zeitraum von 3 Jahren, höchstens jedoch 50.000 Euro.

Der Tarif sieht eine Nachleistung von zwei Jahren nach Vertragsbeendigung vor.

Fazit:

Die Opferhilfe als innovativer neuer Leistungsbaustein ist für geringes Geld zu haben und kann damit sinnvoll sein. Allerdings scheint eine gute Unfallversicherung hier das insgesamt bessere Preis-Leistungsverhältnis zu haben. Auch wenn ein solcher Unfallschutz sicher nicht für 3 bis 10 Euro netto im Jahr zu haben ist, so lässt sich doch bereits für geringere Beiträge eine vielfache Versicherungssumme absichern, die auch dann leistet, wenn keine Opferhilfe einspringen sollte.

¹ Siehe z.B. <http://www.welt.de/vermishtes/weltgeschehen/article106380924/Polizeisucht-mit-Video-brutalen-U-Bahn-Schlaeger.html>

² Siehe unter anderem z.B. <http://www.sueddeutsche.de/panorama/u-bahn-schlaeger-in-berlin-vor-gericht-getrieben-von-deutschenhass-1.1192625>

WEISSER RING
Wir helfen. In jedem Notfall.



„Dank der Hilfe des WEISSEN RINGS kann ich wieder lachen.“
Nadine S.

**Wir helfen
Kriminalitätsoffern!**

**Helfen Sie uns
helfen!**

**Spendenkonto 34 34 34
Deutsche Bank Mainz
BLZ 550 700 40**

**Auch ich/wir wollen etwas
tun. Ich/wir möchten
gerne Mitglied im
WEISSEN RING werden.
(Monatlicher
Mindestbeitrag € 1,50,
Ehepaare € 3,75,
Jugendliche € 1,25.)**

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Unterschrift:

**WEISSER RING e. V.
Weberstraße 16
55130 Mainz
www.weisser-ring.de**

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

ADAC – Allianz – Alte Leipziger – Ammerländer – Axa – degenia – Generali – Gothaer – Haftpflichtkasse Darmstadt – InterRisk – Janitos – Konzept & Marketing – Swiss Life Partner – VHV – Volkswohl Bund

Versicherungsschutz für Pedelecs und Elektrofahrräder

Pedelecs (kurz für Pedal Electric Cycle) sind Elektrofahrräder mit Trethilfe durch einen Elektromotor. Die Tretbewegung des Fahrers wird durch den Elektromotor bis zur Höchstgeschwindigkeit von 25 km/h unterstützt. Für Besitzer von Pedelecs gilt Versicherungsschutz im Rahmen der privaten Haftpflichtversicherung nur unter eng definierten Voraussetzungen und abhängig davon, ob man sie als Fahrräder oder als Kraftfahrzeuge betrachtet. Im Fall einer Einordnung als Kraftfahrzeuge besteht Versicherungsschutz in der Regel nur bis zu einer Höchstgeschwindigkeit von maximal 6 km/h. Diese Voraussetzung wäre dann allerdings in der Regel praxisfern.



Autor: Sebastian Krügereit

Elektrofahrräder mit unlimitierter Tretunterstützung, die schneller als 25 km/h sind, werden S-Pedelecs genannt. Sie unterliegen der Versicherungspflicht. Ihre Höchstgeschwindigkeit liegt bei 45 km/h. Für S-Pedelecs benötigt man einen Führerschein der Klasse M, und, wie für ein Mofa, ein Versicherungskennzeichen. Hierfür ist eine separate Haftpflichtversicherung erforderlich; die private Haftpflichtversicherung reicht nicht aus.

■ Wichtig: Verbindliche Klarstellung durch den Versicherer

Sofern die Bedingungen hierzu nichts regeln, empfiehlt sich in jedem Fall eine verbindliche Klarstellung durch den Versicherer in Schriftform. Ohne Klarstellung können Pedelecs je nach Leistung

und Höchstgeschwindigkeit als Fahrräder, Kleinkrafträder, Leichtmofas oder Kraftfahrzeuge eingestuft werden, wobei die Einstufung im Einzelfall keinesfalls immer eindeutig ist. Für eine Einstufung als Mofas oder Kraftfahrzeug können sogar Pedelecs mit Anfahrhilfe und einer Höchstgeschwindigkeit von 25 km/h in Frage kommen, während S-Pedelecs bis 45 km/h wahlweise als Kleinkraftrad, Kraftrad oder Kraftfahrzeug angesehen werden können. Die rechtliche Klarstellung ist strittig und wird nicht von allen Versicherern gleich gesehen.

Dies kann durchaus als verwunderlich gesehen werden, da laut Axa seit dem 9. November 2003 die neue EU Richtlinie 2002/24/EC zur Typenprüfung für zwei- und dreirädrige Fahrzeuge in allen EU-

Mitgliedsstaaten angewandt werde. Dieser Richtlinie zufolge sind Pedelecs bis 25 km/h und nicht mehr als 250 Watt Motor-Nennleistung Fahrräder und brauchen keine Typenprüfung. Pedelecs, die diese technischen Spezifikationen überschreiten, müssen typengenehmigt und als „Kleinkrafträder“ (engl. „Mopeds“) zugelassen werden.

Ähnliche Probleme bei der Einstufung gelten für Elektrofahrräder (auch: E-Bikes oder Elektroräder), die je nach Geschwindigkeit als Leichtmofa, Mofa oder Kleinkraftrad eingestuft werden und für die generell ein Versicherungskennzeichen erforderlich ist. Damit kommt hier im Allgemeinen eine Mitversicherung im Rahmen der privaten Haftpflichtversicherung gar nicht erst in Frage.

Die Begriffe in Kürze

Pedelec

Fahrrad mit limitierter Tretunterstützung des Fahrers durch einen Elektromotor. Fortbewegung setzt auch eigenes Treten voraus. Höchstgeschwindigkeit: 25 km/h

S-Pedelec

Fahrrad mit unlimitierter Tretunterstützung des Fahrers durch einen Elektromotor. Fortbewegung kann auch eigenes Pedalieren voraussetzen. Häufig begriffliche Überschneidung mit E-Bikes. Höchstgeschwindigkeit: 45 km/h.

E-Bike

Fahrrad mit unlimitierter Tretunterstützung des Fahrers durch einen Elektromotor. Fortbewegung setzt kein eigenes Pedalieren voraus. Häufig begriffliche Überschneidung mit S-Pedelecs. Höchstgeschwindigkeit: 25 oder 45 km/h

Nicht alle Versicherer folgen der dargestellten Einordnung. Mitunter gibt es eine mehr oder minder stark abweichende Bewertung der Unterschiede. Beispielsweise unterscheidet die Axa nach Unternehmensangaben zwischen folgenden Arten:

- **Klasse 1: Fahrräder mit limitierter Tretunterstützung (Pedelec oder E-Bike)**

Im engeren Sinne wird oftmals nur erstere Gruppe zu den Elektrorädern gerechnet. Diese Pedelecs unterliegen weder Helm-, noch Versicherungs- und Führerscheinplicht, müssen aber ab einer Geschwindigkeit von 25 km/h die Motorunterstützung abschalten.

- **Klasse 2: Fahrräder mit unlimitierter Tretunterstützung (Pedelec oder E-Bike)**

Fahrräder mit tretabhängigem, unlimitiertem Zusatzantrieb im engeren gesetzlichen Sinne des Begriffes „Fahrrad“ sind zwar versicherungspflichtig, unterliegen aber nicht der Helmpflicht. Ein Mofa-Führerschein ist Voraussetzung.

- **Klasse 3: Fahrräder mit tretunabhängigem Zusatzantrieb (E-Bike oder E-Roller)**

Fahrräder mit tretunabhängigem Zusatzantrieb im engeren gesetzlichen Sinne des Begriffes „Fahrrad“ dürfen nur 20 km/h schnell fahren, sind aber trotzdem versicherungspflichtig und unterliegen nicht der Helmpflicht. Ein Mofa-Führerschein ist Voraussetzung.

- **Klasse 4: Räder mit unabhängigem Zusatzantrieb (E-Scooter)**

Fahrräder mit unabhängigem Zusatzantrieb im weiteren Sinne fallen unter den gesetzlichen Begriff des Kleinkraftrades und dürfen einer Einschränkung gemäß bis 45 km/h schnell werden. Bei höheren Geschwindigkeiten ist die Bezeichnung Motorrad angebracht.

Generell gilt, dass Versicherungsschutz für Pedelecs gegen Diebstahl im Rahmen einer Hausratversicherung vereinbart werden kann, wobei Ähnliches wie für die Versicherung von Fahrrädern gilt.

Regelungen konkreter Anbieter

■ ADAC

(Versicherungsbedingungen ADAC Privathaftpflicht-Versicherung EXKLUSIV, Stand 29.07.2012): nach D 3 Nr. 2.1 gilt Versicherungsschutz für Schäden durch den Besitz und Gebrauch von nicht zulassungs- und versicherungspflichtigen Pedelecs (Elektrofahrrädern) ohne Anfahrhilfe oder mit Anfahrhilfe bis maximal 6 km/h und jeweils einer bauartbedingten Motorunterstützung bis zu einer Höchstgeschwindigkeit von maximal 25 km/h). Einschränkend gilt: „Das Fahrzeug darf nur von einem berechtigten Fahrer gebraucht werden. Berechtigter Fahrer ist, wer das Fahrzeug mit Wissen und Willen des Verfügungsberechtigten gebrauchen darf. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass das Fahrzeug nicht von einem unberechtigten Fahrer gebraucht wird. Der Fahrer des Fahrzeugs darf das Fahrzeug auf öffentlichen Wegen oder Plätzen nur mit der erforderlichen Fahrerlaubnis benutzen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass das Fahrzeug nicht von einem Fahrer benutzt wird, der

» Die rechtliche Klarstellung hinsichtlich der Einstufung von Pedelecs und Elektrofahrrädern ist strittig und wird nicht von allen Versicherern gleich gesehen. «

nicht die erforderliche Fahrerlaubnis hat.“ Versicherungsschutz besteht demnach beim ADAC für alle nicht versicherungspflichtigen Pedelecs, nicht jedoch für S-Pedelecs, da diese zum einen Führerschein, zum anderen einen eigenständigen Versicherungsschutz benötigen.

■ Allianz

(Versicherungsbedingungen für die Privathaftpflicht-Versicherung Familie SicherheitPlus, Stand 05.2012): nach Ziffer 1.2.7 Abs. 2a) der Bedingungen besteht Versicherungsschutz für „Fahrräder mit Trethilfe/Hilfsmotor (nicht Mofa oder Ähnliches), sofern die Höchstgeschwindigkeit 25 km/h nicht übersteigt und die Motorleistung nicht mehr als 0,25 kW (250 Watt) beträgt“. Abweichend zu den bedingungsseitigen Regelungen älterer Bedingungenwerke (z.B., Stand 01.2008 mit BBR Familie Optimal, Stand 07.2009) behandelte der Versicherer Pedelecs laut Corinna Hartmann von der Unternehmenskommunikation der Allianz auch für Kunden älterer Verträge auf Basis der oben benannten Klarstellungen: „Da wir die in Rede stehenden Pedelecs als Fahrräder betrachten, brauchen wir keine Innovationsgarantie, da Fahrradfahren schon seit jeher von der PH erfasst ist.“

■ Alte Leipziger

(AL-AHB 2008 – Stand 01.2011: XXL-Schutz): nach Ziffer 2.1.4 der XXL-Bedingungen für Familien gilt Versicherungsschutz für Schäden „aus dem Besitz oder Gebrauch von Fahrrädern (auch Elektrofahrrädern, bei denen keine Versicherungspflicht besteht)“. Damit entspricht der Versicherungsschutz bezogen auf Elektrofahrräder demjenigen des ADAC, wenngleich die Formulierung für den Fall neuerer Marktentwicklungen einen positiven Spielraum belässt, der beim ADAC nicht besteht, da dort maximale Höchstgeschwindigkeiten benannt sind. Positiv ist auch das Fehlen weiterer Obliegenheiten oder Einschränkungen zum Versicherungsschutz. Wenngleich Pedelecs nicht ausdrücklich benannt werden, lässt sich Versicherungsschutz

darüber herleiten, dass alle Pedelecs auch als Elektrofahrräder angesehen werden können. Eine Klarstellung kann dennoch nicht schaden.

■ Axa

(BOXplus AXA, Stand: Februar 2010): die Bedingungen sehen zur Mitversicherung von Pedelecs und E-Bikes keine Klarstellung vor. Betrachtet man Pedelecs oder gar E-Bikes als Kraftfahrzeuge, so gilt für diese nach C Nr. 2.2 der Bedingungen, dass Schäden nur durch „Kraftfahrzeuge mit einer zulässigen Höchstgeschwindigkeit von mehr als 6 km/h und deren Motoren“ versichert wären. In diesem Fall bestünde regelmäßig kein Versicherungsschutz. Das Unternehmen selbst nimmt geschäftsplanmäßig für Elektrofahrräder (Pedelecs / E-Bikes) folgende Einordnung vor: „Bei einem Fahrrad handelt es sich um ein (zumeist zweirädriges) Landfahrzeug, zu dessen Antrieb es zwingend der Muskelkraft bedarf. Eine Unterstützung durch einen Motor, wie bei einem Pedelec, ist möglich. Weiterhin darf das Fahrrad aber nicht versicherungspflichtig sein.“

Ist das Elektrofahrrad versicherungspflichtig, fällt es nicht mehr unter den PHV-Schutz (Ist ein Elektrofahrrad versicherungspflichtig, wird ein Mofa-Kennzeichen benötigt). Um eine eventuelle Versicherungspflicht zu erkennen, greift die Axa auf die oben beschriebene Systematik zurück. Daher sind laut Axa nur die Elektroräder der Klasse 1 (Fahrräder mit limitierter Tretunterstützung mit 25 km/h) versicherungsfrei und dadurch im Rahmen der gängigen PHV-Deckungen versichert. Eine Klarstellung zum jeweiligen Vertrag wird angeraten.

■ Generali

(AHB 2008: KomfortPlus-Schutz, Stand 01.2011): nach Ziffer 6.2.1 der AHB gilt Versicherungsschutz nur für Schäden durch Kraftfahrzeuge mit einer bauartbedingten Höchstgeschwindigkeit bis 6 km/h. In der Regel besteht über diese Regelung demnach kein Versicherungsschutz für Pedelecs oder gar E-Bikes.

■ Gothaer

(AHB, Stand 01.2008, BBR, Stand 07.2010): nach III Nr. 12 der BBR gilt als mitversichert die gesetzliche Haftpflicht durch den Gebrauch von Fahrrädern und für „alle anderen nicht selbstfahrenden nicht versicherungspflichtigen Landfahr-

zeuge z.B. Dreiräder, Tretroller, Skate-, Kick- und Stickboards, Pedelecs/Elektrofahrräder.“ Damit besteht hiermit unzweifelhaft eine optimale Klarstellung zum Versicherungsschutz für alle Pedelecs und E-Bikes, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen.

■ Haftpflichtkasse Darmstadt

(PHV VARIO Komfort, Stand 01.2012): nach VII Nr. 19 der BBR gilt als mitversichert die gesetzliche Haftpflicht „aus dem Besitz und dem Gebrauch von Fahrrädern (auch Elektrofahrrädern)“. Dies könnte man sogar dahin interpretieren, dass die Haftpflichtkasse Darmstadt versicherungspflichtige Elektrofahrräder in den Vertrag einschließt. Hier greift allerdings einschränkend VI Ziffer 3.1. Nr. 2 der AHB, die u.a. einen Ausschluss für der Versicherungspflicht unterliegende Kraftfahrzeuge vorsieht. Eine Klarstellung zum Thema Pedelecs und S-Pedelecs wäre schön, allerdings könnte man Elektrofahrräder auch als Oberbegriff ansehen, der eben die benannten Fahrzeuge mit einschließt. Substantiell entspricht der Versicherungsschutz damit demjenigen von Alte Leipziger und degenia.

■ InterRisk

(B 68: XXL, Stand 07.2011): nach § 5 Nr. 1 a) besteht Versicherungsschutz für Schäden durch Elektrofahrräder. Im Rahmen der verbindlichen Erläuterungen zum Versicherungsschutz gilt weiter als versichert „der Besitz und Gebrauch von nicht selbst fahrenden Landfahrzeugen, wie z.B. Fahrräder, Skateboards, Inlineskates oder Rollschuhe.“ Diese Klarstellung kann implizit auch als Pedelecs übertragen werden, da diese aufgrund ihres Hybridcharakters nicht ohne eigenes Pedalieren fahren können. Eine Einschränkung wie bei der Haftpflichtkasse Darmstadt, wonach nur Versicherungsschutz für Fahrzeuge gilt, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen, ist in den Bedingungen nicht zu finden.

■ Janitos

(Best Selection 2010, Stand 01.04.2010): gemäß Ziffer 1.8 der BBR gilt Versicherungsschutz für Schäden „aus dem Besitz und Gebrauch von Fahrrädern (auch von nicht versicherungspflichtigen Elektrofahrrädern)“. Pedelecs mit einer Höchstgeschwindigkeit von bis zu 25 km/h können damit als mitversichert angesehen werden, S-Pedelecs sowie

Elektrofahrräder mit einer Höchstgeschwindigkeit über 25 km/h sind folglich separat zu versichern.

■ Konzept & Marketing

(allsafe Tarif select Z2 – Stand 11/2011): nach § 4 b) der BBR besteht Versicherungsschutz für Schäden durch Elektrofahrräder. Nach § 20 Nr. 12 entfällt der Versicherungsschutz für nicht benannte, versicherungspflichtige Kraftfahrzeuge. Damit lässt sich der Einschluss inhaltlich mit dem der Haftpflichtkasse Darmstadt vergleichen.

■ Swiss Life Partner

(BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012): nach Ziffer 6.2 Nr. 3 der BBR gilt Versicherungsschutz für Schäden verursacht durch den Gebrauch von „Elektrofahrrädern, motorgetriebenen Kinderfahrzeugen, Golfwagen, motorgetriebenen Krankenfahrstühlen (sofern diese nicht versicherungspflichtig sind)“. Die Einschränkung zur Versicherungspflicht kann hier konkret auf den letzten Punkt der Aufzählung bezogen werden, wonach sämtliche Elektrofahrräder als mitversichert gelten würden. Nach Ziffer 3.1 Nr. 2 der AHB gilt jedoch einschränkend kein Versicherungsschutz für Kraftfahrzeuge, die der Versicherungspflicht unterliegen. Effektiv ist der Versicherungsschutz demnach mit dem von Haftpflichtkasse Darmstadt sowie Konzept & Marketing vergleichbar.

■ VHV

(Klassik-Garant, Stand 10.2011): nach Ziffer 6.2 Nr. 3 der BBR gilt Versicherungsschutz für Schäden aus dem Gebrauch von „Elektrofahrrädern, motorgetriebenen Kinderfahrzeugen, Golfwagen, motorgetriebenen Krankenfahrstühlen (sofern diese nicht versicherungspflichtig sind)“. Es gilt die gleiche Bewertung wie bei Swiss Life Partner, für die die VHV der Risikoträger ist.

■ Volkswahl Bund

(Privathaftpflichtversicherung Komfort-Plus – Fassung Oktober 2009): nach Ziffer 5.2 Nr. 2 der BBR gilt Versicherungsschutz nur für Schäden aus dem Gebrauch von „Kraftfahrzeugen und Kinderfahrzeugen mit nicht mehr als 6 km/h Höchstgeschwindigkeit“. In der Regel besteht über diese Regelung demnach kein Versicherungsschutz für Pedelecs oder gar E-Bikes.

Finanzinformationen auf den Punkt gebracht.



CALLAS MEDIA GmbH | Grafingerstraße 3 | 93055 Regensburg
Tel.: +49 (0) 9 41 / 4 65 27 02-0 | Fax: +49 (0) 9 41 / 4 65 27 02-99
E-Mail: abo-service@performance-online.de | www.performance-online.de

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

ConceptIF – Condor – KonzeptA – degenia – DEVK – Gothaer – Grundeigentümer – Haftpflichtkasse Darmstadt – Hippo Assekuranz – Horse Life – Inter – InterRisk – Janitos – Konzept & Marketing – maxPool – Münchener Verein – NV-Versicherungen – Nürnberger – R+V – Uelzener – uniVersa – VHV – Volkswohl Bund – Waldenburger

Die Angaben im Text wurden durch die Haftpflichtkasse Darmstadt und die Uelzener ausdrücklich weder bestätigt noch verifiziert.

Pferdehalterhaftpflichtversicherungen

Der optimale Versicherungsschutz im Rahmen der privaten Pferdehaltung

Mit diesem Beitrag bietet „Risiko & Vorsorge“ Ihnen eine der umfangreichsten Informationen zum Markt der Pferdehalterhaftpflicht. Dank dieser Fakten sind Sie für das Erstgespräch beim Kunden bestens gerüstet.

Autor: Stephan Witte

■ Gefährdungshaftung für Pferdehalter

Pferde, Ponys, Esel und Maultiere (Mulis) werden versicherungstechnisch entweder zu den so genannten „Nutztieren“ oder zu den „Luxustieren“ gezählt. Diese Unterscheidung ist im Schadenfall von großer Bedeutung. Der Einfachheit halber wird im Folgenden nur noch von Pferden gesprochen.

Zu den Nutztieren zählt man Pferde, die dem Beruf, der Erwerbstätigkeit oder dem Unterhalt des Tierhalters dienen. Dazu zählen etwa Polizeipferde, das Pferd eines Jockeys, eines Dressurreiters im Zirkus, eines Stuntman auf Mittelaltermärkten oder das Tier eines gewerbsmäßigen Pferdezüchters. In der naturnahen Forstwirtschaft werden auch zunehmend Pferde im Einsatz beim Holzrücken dazu gezählt.

Haftungsrechtlich kommt es bei Nutztieren auf eine Verschuldenshaftung mit Exkulpationsmöglichkeit (Entlastungsbeweis) nach § 833 Satz 2 BGB an. Somit besteht keine Verpflichtung zum Schadenersatz, wenn der Tierhalter bei



der Beaufsichtigung der Tiere die im Verkehr übliche Sorgfalt beachtet hat (Beachtung der Aufsichtspflicht) oder der Schaden auch bei entsprechender Beachtung der Sorgfaltspflicht entstanden wäre.

Privat gehaltene Pferde werden wie auch Katzen und Meerschweinchen zu den so genannten Luxustieren gezählt. Verursacht ein solches Tier einen Schaden, so gilt eine Gefährdungshaftung nach § 833 Satz 1 BGB. Geprüft wird lediglich, inwiefern ein typisch tierisches Verhalten des Pferdes kausal zum Schaden geführt hat (siehe hierzu beispielsweise Amtsgericht Limburg (4 C 547/98) Urteil v. 12. November 1998 unter http://www.wengersky.de/Texte/Pferderechts_daba.htm [1]).

Pferdetypisches Verhalten wäre etwa das Ausschlagen, Scheuen, Beißen oder Durchgehen.

Eine Haftung ist in jenen Fällen ausgeschlossen, wo ein Schaden dadurch entsteht, dass das Tier seinem Halter gehorcht hat, also etwa mit Willen des Reiters eine Kreuzung bei roter Ampel überquert hat.

Gleiches gilt, wenn z.B. einem Pferd am Schwanz gezogen wird oder ein Reiter sich aufgrund eines ins Gesicht peitschenden Astes duckt und deshalb vom Pferde stürzt. In so einem Fall hat sich nicht die so genannte „Tiergefahr“ verwirklicht, den Halter oder Führer kann jedoch eine Verschuldenshaftung nach § 823 bzw. den Tierhüter (Tieraufseher) nach § 834 BGB treffen. Hat sich keine Tierhaltereigenschaft verwirklicht, so haftet der Reiter persönlich.

Versicherungsschutz kann in so einem Fall mit Ausnahme von Vorsatz über den Rahmen einer privaten Haftpflichtversicherung hergeleitet werden.

Sonderfall: Versicherungsschutz bei der Übertragung von Krankheiten

Eine besondere Situation besteht in Fällen, wo ein Pferd von einem anderen angesteckt wird. In Betracht kommen Ansprüche gegen den Tierhalter aus der Verwirklichung der Tiergefahr (d.h. bei „Luxustierhaltung“ ein Tatbestand der Gefährdungshaftung) und aus der Verletzung von Verkehrssicherungspflichten.

Die Rechtsprechung und die Meinung der Versicherer ist zur Frage der „Verwirklichung der Tiergefahr“ nicht ganz einheitlich. Teilweise wird eine Gefährdungshaftung verneint und nur eine Verschuldenshaftung angenommen. Begründet wird dies damit, dass sich hier keine spezifische Tiergefahr verwirklicht habe. Andere gehen davon aus, dass die Verwirklichung der Tiergefahr (und damit die strenge Gefährdungshaftung) nur dann anzunehmen sei, wenn durch konkretes tierisches Verhalten eine spezifische Ansteckungsgefahr begründet wird. Die Kommentierung nennt hierzu beispielhaft „beleckten“ oder „beschnupern“. Im Umkehrschluss würde eine

Verbreitung von Erkrankungen durch „Ausdünstung“ wohl keine Tiergefahr mehr darstellen; entsprechend entfielen die Gefährdungshaftung und der Halter wäre nur noch aus der Verletzung von Verkehrssicherungspflichten in Anspruch zu nehmen.

Eine Verletzung der Verkehrssicherungspflichten könnte dann vorliegen, wenn der Halter in Kenntnis einer vorhandenen infektiösen Erkrankung (z.B. mit Druse) gebotene Schutzmaßnahmen unterlässt, z.B. ein Pferd beim Weidegang mit anderen Pferden zusammenführt oder gebotene Quarantänemaßnahmen unterlässt.

Die Beurteilung des Versicherungsschutzes orientiert sich in solchen Fällen an den o.g. haftungsrechtlichen Fragen. Ausgeschlossen sind gemäß Ziffer 7.18 AHB (Sachschaden durch Krankheit) Haftpflichtansprüche wegen Sachschäden, die durch Krankheit der dem Versicherungsnehmer gehörenden Tiere entstanden sind. Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen, wenn der Versi-

cherungsnehmer beweist, dass er weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat. Die R+V weist darauf hin, dass die Beweislast für das Fehlen von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit beim Versicherungsnehmer liegt (Beweislastumkehr), dieser also den Entlastungsbeweis antreten muss. Gelingt ihm dies, kommt nach Ansicht einiger Marktteilnehmer eine Regulierung gemäß § 254 BGB in Betracht, wonach jeder Tierhalter die Hälfte des Schadens zu zahlen hat.

In den Fällen, in denen sich allein die Tiergefahr verwirklicht hat (Fallvariante: Tier ist erkrankt, Versicherungsnehmer hat keine Kenntnis, tierisches Verhalten verwirklicht sich), könnte man daher den Versicherungsschutz als gegeben sehen. In den Fallvarianten, in denen es um das eigene Fehlverhalten des Versicherungsnehmer in der Eigenschaft als Tierhalter geht, muss der Grad des Fehlverhaltens im Einzelfall überprüft werden. Der Versicherungsschutz orientiert sich dann am Ergebnis der Prüfung.

■ Typische Haftpflichtfälle

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

Trotz bestehender Gefährdungshaftung 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 untrai-

nierten Hengst, der eine Mauer oder Barrikade überspringen soll und kurz vor dem Hindernis scheut.

In der Praxis kann sich die Tiergefahr leicht dadurch realisieren, 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 daher 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 Reittunbrauchbarkeit oder auch andere Schadensfolgen aufzukommen. Für solche Fälle tritt dann grundsätzlich die Pferdehalterhaftpflichtversicherung der Tierhalter ein.

Grundsätzlich ergibt sich bei der auch nur gelegentlichen Benutzung von Pferden die Notwendigkeit eines geeigneten Versicherungsschutzes.

■ Umfang des benötigten Versicherungsschutzes

- Besitz eines eigenen Pferdes, das nur zu privaten Zwecken genutzt wird (Luxustier mit Gefährdungshaftung nach § 833 BGB): private Tierhalterhaftpflichtversicherung
- Besitz eines eigenen Pferdes, das dem Beruf, der Erwerbstätigkeit oder dem Unterhalt des Tierhalters dient (Nutztier mit Verschuldenshaftung nach § 823 BGB, in Einzelfällen auch Haftung gemäß § 833 BGB möglich): Betriebshaftpflichtversicherung für Reit-, Zucht- und Pensionsbetriebe oder auch eine Reitlehrerhaftpflichtversicherung
- Berufliche Nutzung eines Pferdes als Reitlehrer: für fest angestellte Reitlehrer besteht meist Versicherungsschutz über den Arbeitgeber; freiberufliche Reitlehrer, die in Vereinen unterrichten, sind bei Vereinstätigkeit meist über die Landessportversicherung abgesichert, sofern sie im Landessportbund als Reitlehrer gemeldet sind
- Reiten von Pferden als Reitschüler mit Haftung nach § 823 BGB: Privathaftpflichtversicherung
- Nur gelegentliches Reiten von Pferden

zu privaten Zwecken ohne Tierhalterei-
genschaft mit Haftung nach § 823
BGB: Privathaftpflichtversicherung

- Nur gelegentliches Reiten von Pferden zu privaten Zwecken mit Tierhalterei-
genschaft mit Haftung nach § 833 BGB: Pferdehalterhaftpflichtversicherung
- Nicht gewerbliches Hüten fremder Pferde zu privaten Zwecken mit Haftung nach § 834 BGB: viele Pferdehalterhaftpflichtversicherungen sowie die meisten modernen Privathaftpflichtversicherungen subsidiär (bei Altverträgen ist das Hüterisiko regelmäßig ausgeschlossen; hier gilt unter Umständen Schutz im Rahmen der Vorsorgedeckung)
- Reiten von Pferden im Rahmen einer Reitbeteiligung: private Tierhalterhaftpflichtversicherung; teilweise wird eine namentliche Nennung einer oder mehrerer Reitbeteiligungen gefordert
- Nicht gewerbliches Führen eigener Fuhrwerke zu privaten Zwecken: private Tierhalterhaftpflichtversicherungen; oft nur gegen Zuschlag
- Gewerbliches Führen eigener oder fremder Fuhrwerke: Betriebshaftpflichtversicherung für Pferdehalter
- Nicht gewerbliches Fahren fremder Fuhrwerke und / oder Fuhrwerke zu privaten Zwecken: die meisten modernen Privathaftpflichtversicherungen (bei älteren Verträgen ist das Fuhrwerksrisiko vielfach ausgeschlossen; hier gilt Schutz nur im Rahmen der Vorsorgedeckung)

Alle wichtige Urteile zum Thema siehe http://www.wengersky.de/Texte/Pferderechts_daba.htm

■ Deckungssummen

Viele Versicherer bieten alternativ verschiedene Deckungssummen an. Noch immer bieten viele Anbieter Versicherungssummen unter 5 Millionen Euro an. Von einem entsprechenden Abschluss wird abgeraten, da es gerade beim Umgang mit Pferden zu teils erheblichen Personenschäden kommen kann. Wer durch ein scheuendes Pferd verletzt wird und daher einen wichtigen Termin verpasst, erleidet unter Umständen einen unechten Vermögensschaden. Zwar wäre die Nichteinhaltung von Fristen und Terminen von der Vermögensschadensdeckung ausgeschlossen, dies gilt aber nicht für einen solchen Schaden als Folge eines Personenschadens. Echte Ver-

mögensschäden, die weder die Folge eines Personen- noch eines Sachschadens sind, sind im Rahmen einer privaten Pferdehalterhaftpflicht zwar sehr selten, aber natürlich nicht auszuschließen.

Teilweise beschränken Anbieter auch die Leistung je geschädigter Person auf abweichend geringe Summen. So gibt es etwa bei der Condor, Grundeigentümer, Inter, dem Münchener Verein oder der uniVersa optional noch immer Tarife mit einer Höchstleistung von unter 3 Millionen Euro. Wieder andere Tarife versichern zwar Personen- und Sach-, nicht jedoch Vermögensschäden oder nur bis in Höhe von etwa 15.000 oder 50.000 Euro bzw. mit Selbstbehalt.

Meist sind die Versicherungssummen zweifach maximiert, vereinzelt wird jedoch auch auf eine Maximierung verzichtet. In der Praxis ist die Bedeutung dieser Maximierungen jedoch eher geringer zu bewerten, da Versicherer den Vertrag in vielen Fällen schon nach dem ersten Groß- oder wiederholten Kleinschaden außerordentlich kündigen. Hier spielt im Einzelfall die Intensität der Kundenbeziehung, die Art, Häufigkeit und Höhe der Vorschäden eine entscheidende Rolle.

Tipp: Verzichten Sie auf eine Deckung von weniger als 5 Mio. Euro für Personen- und Sachschäden sowie unter 100.000 Euro für Vermögensschäden. Die Versicherungssumme sollte mindestens zweifach maximiert pro Jahr zur Verfügung stehen.

■ Mietsachschäden

Die meisten Tierhalterhaftpflichtversicherungen schließen Schäden an geliehenen, gemieteten oder gepachteten Gegenständen oder Immobilien aus, wenngleich es seit wenigen Jahren positive Entwicklungen zu beobachten gibt. Dabei sind im Hinblick auf die Pferdehalterhaftpflichtversicherung verschiedene Unterkategorien zu unterscheiden:

- Mietsachschäden an Immobilien und Räumen in Gebäuden
- Mietsachschäden an Sattelkammern, Stallungen, Reithallen, Koppeln und Weiden
- Schäden an der ausdrücklich angemieteten Pferdebox
- Mietsachschäden an Pferdetransportanhängern

- Mietsachschäden an sonstigen gemieteten beweglichen Sachen (Mobilien)

Die meisten Versicherer (z.B. ConceptIF mit Konzept III, Hippo Assekuranz), die für einen oder alle der benannten Mietsachschäden Deckung vorsehen, bieten einen nur eingeschränkt bedarfsgerechten Versicherungsschutz. So sind Reithallen vielfach nur zwischen 2.500 und 25.000 Euro mitversichert. Tatsächlich kostet jedoch der Bau einer Reithalle meist zwischen etwa 200.000 und 300.000 Euro, kann aber auch mehr als 500.000 Euro kosten.

Pferdetransportanhänger sind – wenn überhaupt – meist nur zwischen etwa 2.500 und 5.000 Euro mitversichert. Selbstbehalte sind dabei weit verbreitet. Für 2.500 Euro gibt es höchstens sehr preiswerte Anhänger, höherwertige Anhänger kosten zwischen etwa 5.000 und 18.000 Euro. Damit besteht oft nur eine ausschnittsweise Bedarfsdeckung.

Zum Teil sind auch Schäden an Sätteln, Zaumzeug, Gerten oder anderem mobilen Reitzubehör mitversichert. Eine Versicherungssumme von 500 Euro wie bei der Gothaer ist da wenig bedarfsgerecht, kostet doch ein guter Sattel meist zwischen 1.000 und 2.000 Euro. Soll er gar für den Turniersport geeignet sein, so erscheinen eher 2.000 bis 4.000 Euro als realistisch. Zumindest eine Markentreue ab etwa 200 Euro wäre hier hinreichend versichert. Die Gothaer sieht die dargestellte Absicherung abweichend als ausreichend an:

„Reparaturen dürften weitestgehend vollumfänglich erfasst sein, und ein Totalschaden an einem Sattel wird in der Praxis u. E. eher selten bis gar nicht erfolgen. Das Abhandenkommen ist wohl in keiner THV versichert, sehr wohl aber über die Gothaer PrivathaftpflichtTop (mit den gleichen Summen 20.000 oder 50.000 EUR).“

Dabei ist zu bedenken, dass nach wie vor die meisten Privathaftpflichtversicherungen keinen Versicherungsschutz für Schäden an geliehenen Sachen vorsehen und das Abhandenkommen noch seltener eingeschlossen wäre. Auch sind gemäß Ziffer 1.8 Tarifstruktur IX Ansprüche der Tierhalter und –eigentümer wegen Sach- und Vermögensschäden nicht vom Versicherungsschutz einer Privathaftpflichtversicherung umfasst, so dass eine ergänzende Tierhalterhaftpflichtdeckung als sinnvoll erscheint.

Tipp: Achten Sie auf eine Ihrem Bedarf entsprechende Absicherung von Mietsachschäden. Besonders empfehlenswert sind hier die Angebote von InterRisk (XXL), Konzept & Marketing (allsafe select Tarif Z1) sowie VHV (Klassik-Garant).

Kommt ein eingestelltes Pferd durch eine gemietete Stallung oder eine Box zu Schaden, so haftet der Reitstallbesitzer (Einstaller) im Rahmen seiner Betriebspflicht. Denkbar sind etwa ein morscher Balken in der Stallung, der einen Hengst erschlägt oder eine instabile Box, die einer Stute die Flucht ermöglicht. Für solche Fälle haben sich gewerbliche Einstaller regelmäßig durch Unterschrift des Mieters von der Haftung befreien lassen.

■ Schäden durch ungewollten Deckakt

Sofern kein entsprechender Ausschlussbestand vorgesehen ist, besteht im Rahmen einer Tierhalterhaftpflicht Versicherungsschutz für einen ungewollten Deckakt. Allerdings sehen die Musterbedingungen des GDV keinen ausdrücklichen Versicherungsschutz auch für Vermögensschäden durch ungewollten Deckakt vor. Nur selten gelten Einschränkungen, wonach allein beim Decken durch Zuchttiere Versicherungsschutz besteht.

Grundlage für einen ungewollten Deckakt ist ein der tierischen Natur entsprechendes – vom Willen des Menschen unabhängiges – willkürliches Verhalten. Dabei sind die äußeren Reize, die die entsprechende selbständige Reaktion des Tieres hervorgerufen haben, unbedeutend.

Erfolgt der Deckakt ungewollt, das heißt ohne Wissen und Wollen der beteiligten Tierhalter, so ist stets die mitwirkende Tiergefahr des weiblichen Tieres zu berücksichtigen.

Das klassische Beispiel in der Schadenpraxis ist eine nach hinten auskeilende Stute, die gegen ihren Willen von einem Hengst gedeckt wurde. Alternativ könnte eine schwangere Stute bei der Geburt versterben, was für den Besitzer des ungewollt gedeckten Tieres einen erheblichen Sachschaden bedeuten würde. Ein echter Vermögensschaden war dann etwa gegeben, wenn eine Stute aufgrund eines ungewollten Deckaktes ein gesundes Fohlen zur Welt brächte

und der Besitzer des schädigenden Hengstes zur Begleichung der Unterhaltskosten herangezogen würde.

■ Auslandsdeckung und Strafkautionsdarlehen

Eine Auslandsdeckung bieten alle Versicherer an, diese aber meist mit Einschränkungen. So besteht etwa bei der Uelzener kein Versicherungsschutz in den USA und Kanada und auch nicht für Entschädigungen mit Strafcharakter, insbesondere punitive oder exemplary damages. Die genannten Entschädigungsleistungen sollen über den eigentlichen Schadenersatz hinaus abschreckenden Charakter haben und eine Wiederholungstat verhindern helfen. Im Zusammenhang mit der privaten Haltung von Pferden ist der Ausschluss für Entschädigungen mit Strafcharakter jedoch eher nebensächlich. Von größerer Bedeutung sind die Regelungen bei der degenia, bei der auch nur die zeitweise Aufgabe eines inländischen Wohnsitzes den Versicherungsschutz beendet.

Darüber hinaus gewähren einige Versicherer ihren Versicherten Strafkautionsdarlehen im Ausland. Meist ist dieser Schutz jedoch auf das europäische Ausland beschränkt.

■ Flurschäden

In § 4 I (5) AHB ist bei Altverträgen geregelt, dass Flurschäden durch Weidevieh vom Versicherungsschutz ausgenommen sind. Wird dieser Ausschluss in den BBR zur Pferdehalterhaftpflicht nicht explizit eingeschlossen, so kommt es hier zu einer Deckungslücke, die vor allem im Rahmen der gewerblichen Pferdehaltung über eine spezielle Weideversicherung abgesichert werden kann. Es ist zu beachten, dass viele Versicherer zwar Flurschäden durch Pferde explizit wieder einschließen, damit aber Flurschäden durch Esel, Maultiere oder Ponys weiterhin ausgenommen sein können.

In diesem Zusammenhang kommt es auf die Definition von „Weidevieh“ an. Viele Pferde, Ponys und Esel werden nicht auf eingezäunten Weiden (Koppeln), sondern im Stall gehalten. Ein Flurschadenrisiko realisiert sich bei solchen Tieren tatsächlich nur bei Ausritten, zum Beispiel bei einem versehentlichen Ritt über einen Golfplatz oder dem Ausbrechen eines Tieres vom befestigten Weg einer Parkanlage.

Seit den AHB 2004 ist laut Verbands-

empfehlung der generelle Ausschluss für Flurschäden durch Weidevieh nicht mehr existent. Damit erübrigt sich hier auch die Frage, ob Pferde als Weidevieh zu betrachten sind – oder eben nicht. Für Altverträge empfiehlt sich eine Klarstellung von Seiten des Versicherers. Sie sollten allerdings beachten, dass bei einigen Tarifen noch heute ein Ausschluss besteht.

■ Forderungsausfall

Eine Forderungsausfalldeckung im Bereich der Pferdehaftpflichtversicherung bieten mittlerweile diverse Anbieter. Diese greift, wenn einem Versicherten ein Schaden durch das Pferd eines Dritten zugefügt wird, dessen Besitzer über keine eigene Haftpflichtdeckung oder zumindest keine ausreichend bemessene Deckungssumme verfügt. Voraussetzung ist in der Regel ein vollstreckbarer Titel, wobei dieser meist innerhalb Europas zu erlangen ist. Eine echte Weltgeltung ist damit üblicherweise nicht verbunden.

Beachten Sie, dass leistungsstarke Privathaftpflichttarife wie z.B. von Haftpflichtkasse Darmstadt (PHV VARIO), InterRisk (XXL) oder VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv) eine Ausfalldeckung besitzen, die ohne Selbstbehalt nicht nur im Rahmen des Tierhalterrisikos und sogar bei Vorsatz leisten. Eine Ausfalldeckung im Rahmen der Pferdehalterhaftpflicht ist daher nett, aber nicht unbedingt notwendig.

■ Teilnahme an Pferderennen

In den alten Versicherungsbedingungen ist die Teilnahme an Pferderennen bereits in den AHB ausgeschlossen, so dass ein separater Ausschluss im Rahmen der BBR zur Tierhalterhaftpflicht entfällt. Seit den AHB 2004 besteht der Ausschluss nur noch, insoweit Pferderennen nicht mehr dem privaten Bereich zuzuordnen sind. Außerhalb des gewerblichen Bereichs besteht nach den aktuellen Bedingungen entsprechend auch Versicherungsschutz. Davon unbenommen sehen jedoch viele Anbieter das Rennrisiko generell als ausgeschlossen oder nur gegen Zuschlag als eingeschlossen an.

Die Teilnahme an Pferderennen (z.B. Galopper- oder Trabrennen) einschließlich des vorbereitenden Trainings ist also meist generell mitversichert. Inwiefern Distanzritte als Pferderennen zu werten

sind, bleibt meist unbeantwortet. Die meisten Wettbewerber betrachten Distanzritte als Sonderform eines Pferderennens. Die R+V hingegen ist nach eingehender Betrachtung „zu dem Schluss gekommen, dass es bei Distanzritten nicht in erster Linie um die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit geht, sondern dort auch ganz andere Parameter (Ausdauer des Pferdes, Geschicklichkeit etc.) zur Bewertung herangezogen werden.“ Daher betrachtet man hier Distanzritte abweichend als generell mitversichert. Eine verbindliche Klarstellung in Schriftform erscheint vor dem ausdrücklichen Ausschluss des Rennrisikos als angeraten. Eine ausdrückliche Mitversicherung wie z.B. bei Horse Life, InterRisk, NV-Versicherungen, maxPool oder VHV kann von Vorteil sein, dient aber bei diesen Unternehmen in erster Linie der Klarstellung. Unüblich ist eine Klarstellung hinsichtlich Vielseitigkeits-, Military- oder Geländeprüfungen. Diese dürften aber üblicherweise nicht als Rennen zu klassifizieren sein.

■ Mitversicherung der versicherten Tiere auf Turnieren und sonstigen Reitveranstaltungen

Von den meist ausgeschlossenen Pferderennen zu unterscheiden sind sonstige Reitturniere oder Schauvorführungen, mitunter auch reitsportliche Veranstaltungen oder Reiterspiele benannt. Meist besteht für diese impliziter Versicherungsschutz, da ein Ausschluss in den AHB nicht formuliert ist. Eine entsprechende schriftliche Bestätigung durch den in Frage kommenden Versicherer ist dennoch grundsätzlich sinnvoll.

Verursachen Reittiere im Rahmen einer Vereinsveranstaltung, z.B. ein durchgehendes Pferd bei einem historischen Umzug, einen Personen-, Sach- oder Vermögensschäden an Dritten, so wird Versicherungsschutz über eine spezielle Vereinshaftpflichtversicherung mit eingeschlossenem Pferdehalterrisiko benötigt. Aus der privaten Pferdehalterhaftpflicht ist hier im Zweifel kein Versicherungsschutz herzuleiten. Positiv ausgenommen davon sind Tarife, bei denen das Vereinsrisiko abweichend ausdrücklich mitversichert ist.

■ Mitversicherung von Kutsch- und Schlittenfahrten

Hohe Schmerzensgeldforderungen können die Folge sein, wenn eine Kutsche

oder ein Schlitten etwa auf Grund einer zu scharfen Kurve zur Seite kippt und Insassen dabei verletzt.

Die Verwendung von Reittieren als Zugtiere bei privaten Kutsch-, Planwagen- oder Schlittenfahrten einschließlich der gelegentlichen unentgeltlichen Beförderung von Gästen ist teilweise mitversichert. Ausgeschlossen ist jedoch allgemein das gewerbliche Risiko. Im Zweifelsfall ist als gewerblich jede Kutschfahrt einzustufen, für die auch nur ein geringes Entgelt oder eine Aufwandsentschädigung bezahlt wird.

Bei der unentgeltlichen Beförderung von Personen aus Gefälligkeit kommt zudem das Gefälligkeitsrisiko zum Tragen. In diesem Zusammenhang sehen die untersuchten Pferdehalterhaftpflichttarife jedoch keinen Einschluss der Gefälligkeitsklausel vor, so dass leicht fahrlässig verursachte Sach- und Vermögensschäden, die aus einer Kutsch- oder Schlittenfahrt resultieren, ausgeschlossen wären. Deckung bestünde hier nur für die Abwehr unberechtigter Ansprüche.

Versicherungsschutz im beschriebenen Umfang für Kutschfahrten besteht bei fast allen Anbietern entweder explizit oder implizit. Allerdings betrachten einige Anbieter das Kutschenrisiko als zuschlagspflichtig oder sehen Schutz nur bis zu einer Höchstzahl von Sitzplätzen pro Kutsche vor. Mitunter wird auch verlangt, dass alle eingesetzten Zugtiere beim gleichen Versicherer versichert sein müssen oder der Pferdehalter gleichzeitig derjenige ist, der die Kutsche führt.

Dort, wo der Versicherungsschutz zuschlagspflichtig ist, muss eine Erweiterung des Vertrages auch bei nur einmaligem oder kurzfristigem Risiko beantragt werden. Die Vorsorgedeckung greift nicht, da es sich nicht um ein neu hinzugekommenes Risiko im eigentlichen Sinne handelt, sondern um eine nur vorübergehende Veränderung des Versicherungsbedarfs.

Im Schadenfall ist dennoch zu prüfen, inwiefern sich eine Tiergefahr verwirklicht hat oder ob der Schaden ursächlich auf einen Kutsche oder einen Schlitten zurückzuführen war. Weiter muss überprüft werden, welchen Anteil beide Gefahren in der Praxis hatten. Werden etwa Fahrgäste beim Zusteigen in eine Kutsche von einem austretenden Zugpferd verletzt, so kann wohl kaum von einer

Verwirklichung der Kutschengefahr gesprochen werden. Verletzen sich Reisende hingegen, weil es zu einem Rad- oder Achsenbruch kommt, so wird der überwiegende Schaden dem Kutschenrisiko zuzurechnen sein.

Kommt es zu Schäden an Schlitten oder Kutsche selbst, so sieht keiner der untersuchten Anbieter Versicherungsschutz vor. Bei der eigenen Kutsche liegt ein nicht versicherter Eigenschaden vor, anderenfalls greifen die Ausschlüsse für Schäden an gemieteten oder geliehenen Gegenständen nach den AHB.

Tip: Um Unstimmigkeiten im Leistungsfall zu vermeiden, sollten Sie sich bei fehlender Klarstellung die Mitversicherung von Kutsch- oder Schlittenfahrten schriftlich bestätigen lassen.

■ Reitbeteiligungen

Bei einer Reitbeteiligung handelt es sich um ein auf gewisse Dauer angelegtes Rechtsverhältnis. Dieses regelt für einen begrenzten oder offenen Zeitraum die regelmäßige Nutzung eines Reitpferdes, wofür im Gegenzug eine Beteiligung an den Unterhaltskosten für das Tier zu erbringen ist.

Die monatlichen Kosten für eine Reitbeteiligung variieren etwa zwischen 30 und 75 Euro. Teilweise wird als Gegenleistung für das Streicheln und Reiten der Tiere das Füttern und Ausmisten erwartet. Viele Tierhalter, die ihre Pferde im Rahmen einer Beteiligung zur Verfügung stellen, versuchen, ihre Haftung nach § 833 BGB auf die einzelnen Reiter abzuwälzen. Dabei ist zu beachten, dass vorformulierte Vertragsvordrucke seit dem 1.1.2002 vielfach rechtsunwirksam sind. Sie unterliegen gemäß §§ 305 ff BGB einer inhaltlichen AGB-Kontrolle. Entsprechende Haftungsausschlüsse von Pferdehaltern sind grundsätzlich unzulässig, wenn es um Forderungen von Krankenkassen und Rentenversicherungen geht. Eine Haftungsfreistellung ist nur im Innenverhältnis zwischen Tierhalter und Tierhüter gegenüber Dritten zulässig. Das heißt, dass der Reiter gegenüber Dritten die alleinige Haftung für Schadenersatzansprüche übernehme.

Gegenüber Dritten haften Halter und Tierhüter gesamtschuldnerisch. Der Dritte kann seinen Anspruch auf Schadenersatz daher gegen beide durchsetzen.

Da das deutsche Recht ein Bereicherungsverbot vorsieht, kann dadurch nicht mehr als der tatsächlich erlittene Schaden geltend gemacht werden.

Realisiert sich eine Reitbeteiligung unentgeltlich aus Gefälligkeit, so besteht Versicherungsschutz im Rahmen jeder privaten Pferdehalterhaftpflicht, sofern kein ausdrücklicher Ausschluss vorhanden ist. Fließt ein auch nur geringes Entgelt, so könnte sich der Versicherer auf den Ausschluss für gewerbliche Risiken berufen wollen. Vor diesem Hintergrund wird – sofern kein ausdrücklicher Ein- oder Ausschluss gefunden wurde – von einer impliziten Mitversicherung ausgegangen.

Was als gewerblich zu verstehen ist, ist juristisch nicht eindeutig geregelt. Grundsätzlich wird angenommen, dass eine Tätigkeit gewerblich sei, wenn sie darauf angelegt ist, regelmäßige Einkünfte zu erzielen. Dies kann auch dann angenommen werden, wenn ein Versicherungsnehmer sein Pferd an eine Reitschule verleiht. Insbesondere gilt dies, wenn der Verleiher dafür, dass das Tier nun als Reitpferd zur Verfügung steht, eine Aufwandsentschädigung in Höhe seiner monatlichen Kosten erhält. Im Normalfall allerdings ist nicht zu erwarten, dass eine Gewinnerzielungsabsicht mit einer Reitbeteiligung verbunden ist, so dass eher selten eine gewerbliche Tätigkeit anzunehmen ist. Um für solche Fälle eine klare Abgrenzung zu haben, ist eine Klarstellung durch den Versicherer von Vorteil.

Damit es im Schadenfall keine Probleme mit dem Versicherungsschutz gibt, ist bei Teilen der Assekuranz die namentliche Nennung aller Reitbeteiligten im Versicherungsantrag vorgeschrieben. Einige Anbieter ermöglichen es ihren Versicherten sogar, mehr als nur eine Reitbeteiligung im Versicherungsschein zu vermerken.

In der Praxis kann aus der Verpflichtung zur namentlichen Nennung von Reitbeteiligten das Problem erwachsen, dass neu hinzugekommene Personen vergessen wurden oder eine Dokumentation im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen fehlt. Bei pauschaler Mitversicherung von Reitbeteiligungen besteht bei einem Wechsel der Reitbeteiligten uneingeschränkt Versicherungsschutz, ohne dass der Versicherungsnehmer befürchten müsste, wegen der vergessenen Meldung Probleme zu bekommen.

■ **Deckungslücke: Eigenschäden unversichert**

Meist gelten alle Personen, die sich gemeinsam zum Unterhalt der im Vertrag genannten Tiere verpflichtet haben, gemeinsam als Tierhüter mit Haftung nach § 834 S. 1 BGB. Dies hat zur Folge, dass Eigenschäden (z.B. ein Biss oder Tritt durch das Tier eines Reitbeteiligten) der im Vertrag versicherten Personen vom Versicherungsschutz ausgenommen sind und nur Schäden an Dritten außerhalb der Reitbeteiligung eingeschlossen sind. Entsprechend besteht auch keine Deckung aus der Tierhalterhaftpflicht für Schäden der Reitbeteiligten am Versicherungsnehmer selbst.

Seit wenigen Jahren gibt es einzelne Anbieter, bei denen abweichend Schäden der Reitbeteiligten und der Reittiernutzer gegen den Versicherungsnehmer eingeschlossen sind. Der Versicherungsnehmer selbst besitzt allerdings keinen Versicherungsschutz, wenn er als Reiter seinerseits Ansprüche gegen mitversicherte Personen erheben möchte. Auch besteht für zwei Mitversicherte untereinander kein Versicherungsschutz aus der Pferdehalterhaftpflicht. Hier besteht eine echte Deckungslücke.

Hier greifen je nach Einzelfall etwa Lebens-, Unfall-, Berufsunfähigkeits-,

Grundfähigkeits-, Pflege- oder Kranken (zusatz)versicherungen.

Bei Schäden mitversicherter Personen gegen den Versicherungsnehmer besteht auch im Rahmen einer Reitbeteiligung oder durch Fremdreiter Versicherungsschutz, sofern es sich um keine Familienangehörigen, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder um Personen in häuslicher Gemeinschaft handelt. Hier greifen die Ausschlüsse nach Ziffer 7.4 und 7.5 AHB. Wird ein Schaden durch eine sonstige mitversicherte Person leicht fahrlässig, grob fahrlässig oder gar vorsätzlich verursacht, so wird die Leistung anteilig reduziert oder entfällt gänzlich. Es gilt § 254 BGB.

■ **Exkurs: Private Haftpflicht und das Hüten von Pferden**

Oft besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn eine Reitbeteiligung selbst für einen Fehler verantwortlich oder zumindest mitverantwortlich ist. Dabei betrachtet die Rechtsprechung Reitbeteiligungen als Tierhüter-Risiko, womit gerade bei älteren Privathaftpflichttarifen eine Haftungsübernahme durch den Versicherer ausgeschlossen ist. Dies geht aus einem Ausschluss als „Halter oder Hüter (...) von Pferden [und] sonstigen Reit- und Zugtieren“ hervor.

Fast alle neueren Tarife besitzen jedoch einen erweiterten Versicherungsumfang. Dies bedeutet, dass auch dann Deckung bestünde, wenn jemand für seinen vorübergehend das Krankenlager hütenden Freund dessen Pferd hütet. Meist gilt dies ohne zeitliche Befristung.

Von den Schäden an Dritten müssen Schäden an den Tieren selbst unterschieden werden. Da es sich juristisch um Sachen im Rahmen eines besonderen Verwahrvertrages oder zumindest um geliehene, gemietete oder gepachtete Tiere handelt, besteht für solche Schäden regelmäßig kein Versicherungsschutz im Rahmen der privaten Haftpflichtversicherung.

Grundsätzlich gilt, dass die Tierarztrechnung für verletzte Tiere nicht unter den Versicherungsschutz der Privathaftpflichtversicherung fällt, sondern zum Leistungsumfang einer Pferdekranken- oder lebensversicherung gehört.

■ **Mitversicherung der versicherten Tiere als Schul- oder Leihpferd**

Für den gewerblichen Verleih von Tieren als Schul- oder Leihpferd besteht im

Checkliste für Reitbeteiligungen

- Ist die Haftpflicht der Reitbeteiligten automatisch beitragsfrei eingeschlossen?
- Ist eine Namensnennung der Reitbeteiligten erforderlich?
Falls ja, wurden diese im Versicherungsschein ausdrücklich vermerkt?
- Besteht eine Begrenzung nach Zahl der Reitbeteiligten?
- Sind auch mehrere gleichzeitig bestehende Reitbeteiligungen versichert?
- Sind Schäden der Reitbeteiligten untereinander mitversichert?

In welchem Umfang?

Achten Sie darauf, dass der für Ihre Kunden gewählte Tarif Reitbeteiligungen auch ohne ausdrückliche Benennung der Reitbeteiligten im Versicherungsschein mitversichert.

Rahmen der privaten Pferdehalterhaftpflichtversicherung kein Versicherungsschutz. Hier wäre eine entsprechende Betriebshaftpflicht notwendig. Bei nur privatem Reitunterricht ohne Gewinnerzielungsabsicht oder aus Gefälligkeit, ist gegebenenfalls Versicherungsschutz über eine private Haftpflichtversicherung herleitbar, da sich keine Tiergefahr verwirklicht hat. Wer zumindest die unregelmäßige Ausleihe auch gegen Entgelt versichert sehen will, sollte sich dies im Zweifelsfall besser schriftlich bestätigen und in der Höhe des Entgelts spezifizieren lassen.

In allen beschriebenen Fällen kann ein Pferdehalter für Schäden seines Reit- oder Rennpferdes auch dann in Regress genommen werden, wenn er sein Tier vermietet oder aus Gefälligkeit einem Dritten zur Leihe überlassen hat.

Wer als Reitschüler einen Personen-, Sach- oder Vermögensschaden verursacht, haftet grundsätzlich nach § 823 BGB (Verschuldenshaftung) und § 833 S. 1 (Gefährdungshaftung) und nicht nach § 834 BGB als Tierhüter. Somit greift hier in vielen Fällen der Schutz aus der privaten Haftpflichtversicherung. Schmerzensgeldforderungen werden als Vermögensschäden nach § 253 BGB betrachtet.

■ Fremd- und Gastreiter

Wer als Fremd- oder Gastreiter ein fremdes Reittier besteigt, gilt nicht automatisch als Tierhüter. Gastreiter, bei denen sich keine Tierhütereigenschaft verwirklicht hat, benötigen daher den Schutz der Privathaftpflichtversicherung.

Um als Tierhalter in so einem Fall Versicherungsschutz herzuleiten, benötigt man den Einschluss des so genannten Fremdreiterrisikos. Bei großen Teilen der Assekuranz ist dies mittlerweile üblich. Noch immer besteht jedoch vielfach kein ausdrücklicher Versicherungsschutz, so dass eine Klarstellung durch den Versicherer anzuraten ist.

Außerdem sollte sich der Pferdehalter in jedem Fall davon versichern, dass der Reiter sein Tier auch entsprechend beherrschen kann. Wer jemandem ein bekanntermaßen bockiges Pferd zum Reiten überlässt, der ganz offensichtlich über keinerlei Reiterfahrung verfügt, kann sich nachher nur auf Deckung aus seinem Versicherungsvertrag berufen, wenn ihm kein Vorsatz nachgewiesen werden kann.

Da der Vorsatz sich auf den verursachten Schaden bezieht, nicht aber auf die Verletzung einer Sorgfalts-, Aufsichtspflicht oder einer Rechtsvorschrift, wäre in dem angegebenen Beispiel ein Ausschlussgrund in der Praxis nur dann vorhanden, wenn die vorsätzliche Handlung nicht nur die Überlassung des nicht geeigneten Tieres, sondern auch den Schadenseintritt erfasst. Dabei obliegt der Nachweis dem Versicherer.

Zu beachten ist, dass die Tierhalterhaftpflichtversicherung des Pferdehalters nur leisten muss, wenn der Schaden durch ein arttypisches Verhalten entstand. Nimmt ein Fremdreiter demnach einem Autofahrer die Vorfahrt, so hat das nichts mit der spezifischen Tiergefahr zu tun. Gleiches gilt für Hindernisse beim Springtraining, die ein Mitreiter zu hoch aufgestellt hat und wodurch der Reiter von seinem Pferd stürzt und schwere Verletzungen erleidet. Sofern die Handlung nicht vorsätzlich erfolgte, besteht hier Deckung nur über die private Haftpflichtversicherung. Ausgeschlossen sind gemäß Ziffer 7.14 AHB jedoch regelmäßig Personenschäden mitversicherter Personen untereinander oder gegen den Versicherungsnehmer.

■ Beitragsfreie Mitversicherung von Fohlen und Vorsorgedeckung

Bei vielen Versicherern sind Fohlen für einen Zeitraum von meist drei bis zwölf Monaten beitragsfrei ab Geburt mitversichert, sofern sie sich weiterhin im Besitz des Versicherungsnehmers befinden. Wo kein ausdrücklicher Einschluss besteht, gilt Versicherungsschutz dennoch im Rahmen einer Erhöhung / Erweiterung des versicherten Risikos in voller Höhe. Allerdings gilt dies nur bis höchstens einen Monat nach der nächsten Prämienfälligkeit. Der Versicherer ist in so einem Fall dazu berechtigt, rückwirkend die für das neu hinzugekommene Risiko tariflich festgelegte Prämie zu erheben.

Erwirbt ein Versicherungsnehmer erstmalig ein Pferd und ist bereits im Besitz einer Privat-, Betriebs- oder Tierhalterhaftpflichtversicherung, so greift die Vorsorgedeckung. Im diesem Rahmen gelten bei vielen Versicherern stark reduzierte Versicherungssummen, vor allem besteht oft kein Versicherungsschutz für Vermögensschäden. Die Einordnung in die Vorsorgedeckung liegt

darin, dass das angeschaffte Tier als neues Risiko zählt. Gegenstand des Versicherungsschutzes der THV ist nicht das Tier, sondern sind die Haftpflichtansprüche mit denen der Versicherungsnehmer als Halter von Tieren konfrontiert wird. Das Tier oder die Anzahl der Tiere dient primär nur als tarifliches Kriterium zur Bestimmung der Beitragsfindung. Die Vorsorgedeckung kann aber kein Pferd betreffen, das bei Antragstellung bereits vorhanden, aber nicht versichert werden sollte, weil man Prämie sparen oder das Tier schlicht vergessen hatte.

■ Regressansprüche von Sozialversicherungsträgern

Wenn etwa unverheiratete Lebenspartner sich gegenseitig einen Personenschaden durch ein versichertes Pferd zufügen, kann es passieren, dass ein Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit die Lohnfortzahlung an den Geschädigten zurückfordert (§ 116 SGB X). Auch der Krankenversicherer könnte hier Regress verlangen. Regressansprüche von Sozialversicherungsträgern gegenüber mitversicherten Personen sind in der Tierhalterhaftpflichtversicherung jedoch noch immer die Ausnahme und sollten unbedingt mitversichert werden. Beachten Sie bitte, dass Regressansprüche von Ehepartnern untereinander nicht von diesem Einschluss erfasst sind, da hier nach SGB in aller Regel nicht regressiert werden darf. Ein Regress wäre des weiteren möglich von AuPairs, Austauschschülern oder sonstigen vorübergehend in den Haushalt eingegliederten Personen.

Hinweis: der Ausschluss leitet sich her aus 7.4 AHB. Hiernach sind sowohl Haftpflichtansprüche des Versicherungsnehmers gegen die mitversicherten Personen, zwischen mehreren Versicherungsnehmern desselben Vertrages sowie zwischen mehreren Mitversicherten desselben Versicherungsvertrages ausgeschlossen. Daran ändert auch nichts, dass der Regress von Dritten gegen eine der mitversicherten Personen erhoben wird.

■ Gewässerschaden- und Umweltschadenrisiko

Auch im Rahmen der privaten Pferdehaltung lässt es sich nicht gänzlich abschließen, dass die Tiere keine Kleinge-

binde (z.B. Öl- oder Benzinkanister, Lacke oder Farben) umwerfen und damit das Grundwasser schädigen, ohne dass es sich um einen Sachfolgeschaden handelt. Hierzu sollte also das Gewässerschadenrestrisiko unbedingt mitversichert werden.

Gegenüber Selbständigen und Freiberuflern sind als Folge einer Gewerbeausübung öffentlich-rechtliche Ansprüche wegen Schädigung der Biodiversität möglich. Hierfür ist ein Einschluss des Umweltschadenrisikos nötig, allerdings fällt es schwer realistische Schadenbeispiele im Rahmen des privaten Pferdehalterrisikos zu konstruieren.

■ GDV-Garantie und Arbeitskreis Beratungsprozesse

Wenn Sie böse Überraschungen vermeiden möchten, wonach ein Versicherer beispielsweise Flurschäden (durch Weidevieh) oder Pferderennen abweichend von der Empfehlung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) nicht mitversichert, sollten Sie sich schriftlich garantieren lassen, dass ausdrücklich mindestens die vom GDV empfohlenen Allgemeinen Haftpflichtbedingungen (AHB) und die zugrunde liegende Tarifstruktur III als BBR eingehalten werden und Abweichungen davon in keinem Fall zum Nachteil Ihrer Kunden resultieren.

Positiv hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang beispielsweise Haftpflichtkasse Darmstadt, InterRisk, Konzept & Marketing, Nürnberger, VHV oder Waldenburger.

Tipp: entscheiden Sie sich vorzugsweise für Anbieter mit schriftlicher GDV-Garantie.

Positiv ist auch eine Garantie, wonach ein Versicherer ausdrücklich wenigstens die Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse in allen Punkten einhält. Dies trifft beispielsweise auf InterRisk, Janitos, Konzept & Marketing, Swiss Life Partner oder VHV zu. Mitunter findet sich noch die veraltete Bezeichnung der Garantie bezogen auf den „Arbeitskreis Vermittlerrichtlinie Dokumentation“.

■ Innovationsklausel

Üblicherweise profitieren Versicherungsnehmer nicht automatisch von prämienfreien Verbesserungen der Versiche-

rungsbedingungen. Einige Anbieter machen hier jedoch eine Ausnahme und sehen eine so genannte „Innovationsklausel“ vor. Meist gehören dazu jedoch keine automatische Anpassung der Deckungssummen sowie eine möglicherweise geringere Prämie bei aktiver Vertragsänderung.

Dafür profitiert der Kunde allerdings nur von den Verbesserungen, nicht jedoch von den damit einhergehenden Verschlechterungen des Versicherungsschutzes.

Tipp: entscheiden Sie sich vorzugsweise für Anbieter mit Innovationsklausel. Eine solche wird derzeit beispielsweise angeboten von den Versicherern und Konzeptanbietern ConceptIF, ConceptA, degenia, Haftpflichtkasse Darmstadt, InterRisk, Janitos, Konzept & Marketing, maxPool, NV-Versicherungen, Nürnberger, Swiss Life Partner, VHV, Volkswohl Bund und Waldenburger. Dabei gilt die Innovationsklausel bei einigen Konzeptanbietern nur für ausgewählte Tarife.

■ Von Weidezäunen und dem Reiten ohne Helm

Im Rahmen der Haftpflichtversicherung ist zwar Vorsatz ausgeschlossen. Dies gilt jedoch nicht für grobe Fahrlässigkeit. Daher ist die oft kolportierte Aussage, wonach das Reiten ohne Helm, ohne Sattel oder Zäumung bzw. mit ungewöhnlichem Sattel (z.B. Damensattel) oder ungewöhnlicher Zäumung (z.B. gebisslose Zäumung) zu einem Leistungsausschluss führen könne, unrichtig. Gleiches gilt für eine vertraglich nicht geregelte Aussage zu Höhe und Beschaffenheit von Weidezäunen.

Eine ausdrückliche Deklaration solcher ohnehin mitversicherten Risiken birgt für den Versicherungsnehmer sogar die Gefahr, dass daraus eine Beschränkung des Versicherungsschutzes (durch Summenbegrenzungen, Selbstbehalte etc.) resultieren könnte.

Vergleichbar sieht die Situation im Rahmen der (Reiter-)Unfallversicherung aus. Auch hier ist eine Leistungsverweigerung zwar bei Vorsatz, nicht aber bei grober Fahrlässigkeit möglich. Dennoch ist das Reiten ohne Helm trotz fehlender gesetzlicher Verpflichtung nicht empfehlenswert.

■ Was nicht versichert ist

In jeder Versicherungssparte gelten typische Ausschlüsse. Insbesondere sind folgende wichtigen Ausschlüsse zu benennen:

- Schäden an vom Versicherungsnehmer in Obhut genommenen Reittieren (Pensionspferden). Hierfür empfiehlt sich der Abschluss einer speziellen Obhutversicherung.
- Schäden, die ein Fremd- oder Gastreiter am Pferd oder mit dem Tier an ihm überlassenen Ausrüstungsgegenständen verursacht
- Schäden, die eine Reitbeteiligung am Pferd oder mit dem Tier an ihm überlassenen Ausrüstungsgegenständen verursacht

■ Ungeregelte Leistungen

Sollte Ihr Versicherer bedingungsseitig nicht geregelt haben, dass auch Haftpflichtansprüche mitversicherter Fremdreiter oder Reitbeteiligter gegen den Versicherungsnehmer mitversichert sind, sollten Sie sich dies vor Vertragsabschluss ausdrücklich schriftlich bestätigen lassen. Gleiches gilt, wenn ein Versicherer in seinen Bedingungen keine Position zum Thema Regressansprüche der Sozialversicherungsträger gegenüber mitversicherten Personen bezieht.

Tipp: Achten Sie darauf, dass alle wesentlichen Leistungen entweder aus dem Wortlaut der Bedingungen explizit hervorgehen oder vom Versicherer schwarz auf weiß bestätigt werden. Vergessen Sie nicht eine aussagekräftige Beratungsdokumentation für Ihren Kunden zu erstellen.

7 Jahre WFS-Leistungsratings

► Erläuterungen zur Rating-Qualität



Allgemeine Einführung

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

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

Geschichte

In der Ausgabe 04/2005 der Zeitschrift „Rating-Sieger“ wurde erstmals ein Bedingungsrating in der Sparte Hundehalterhaftpflicht veröffentlicht. Dieses entstand in Zusammenarbeit mit Claus-Peter Meyer. Anfang 2006 wurde das Rating überarbeitet, nachdem die Arbeit an den Folgeratings von Witte Financial Services übernommen wurde. Weitere Ratingsparten folgten 2006 bis 2008 und 2010 bis 2012.

„Dynamische Leistungsratings“

Dynamisches Leistungsrating bedeutet, dass die Ratingkriterien regelmäßig auf den Prüfstand gestellt werden und sich den jeweils neuen Marktgegebenheiten anpassen. Ein Beispiel für die Aktualisierung der Ratinganforderungen liefert

die erstmals im April 2010 überarbeitete Hausratsparte. Als die erste Fassung im Heft 04/2008 veröffentlicht wurde, war das neue VVG gerade erschienen. Mit diesem wurde das Thema Quotelung eingeführt. Daher begannen die ersten Versicherer auf ihr Recht auf Kürzung der Leistung bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles zu verzichten. Allerdings gab es damals nur wenige, deren Quotelungsverzicht deutlich 5.000 oder 10.000 Euro überstieg.

Um ansonsten leistungsstarken Anbietern eine Chance auf faire Ratings zu ermöglichen, wurde ein Quotelungsverzicht bis in Höhe von mindestens 5.000 Euro zu einem der Mindeststandards erklärt. Zahlreiche Tarife am Markt erfüllten diese Anforderung nicht. Heute im Dezember 2012 gibt es bereits weit über 50 Tarife von Versicherern und Konzeptanbietern mit vollständigem Quotelungsverzicht.

Sparte	Rating erstmal seit	Werden die 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
Hundehalterhaftpflichtversicherung	Heft 04/2005	ab Silber	ja	ja
Pferdehalterhaftpflichtversicherung	Heft 02/2006	ab Silber	ja	ja
Jagdhaftpflichtversicherung	Heft 04/2006	nein	ab Gold	ja
Unfallversicherung	Heft 01/2007	ja	ja	ja
Funktionsinvaliditätsversicherung	Heft 02/2012	nein	ja	ja
Pflegetagegeld / Pflegegeld	Heft 02/2012	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

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

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

„Statische Leistungsratings“

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

Aus dem gleichen Grunde wurde für die Sparten Hausrat- und Wohngebäu-

deversicherung auf dynamische Leistungsratings verzichtet, wofür die Mindestanforderungen entsprechend umfassend definiert wurden.

Weshalb reichen nicht allein die Mindeststandards?

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

Innovationsklauseln

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

novationsklausel). Von daher wurde bei den jüngsten Aktualisierungen der WFS-Leistungsratings darauf geachtet, dass eine Innovationsklausel, soweit sinnvoll möglich, eine Mindestanforderung für hochwertig bewertete Tarife ist.

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

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

Wer beauftragt WFS, Ratings zu erstellen?

WFS-Ratings sind keine Auftragsratings. Die Auswahl erfolgt allein durch WFS. Erfasst werden neben klassischen Maklerversicherern auch die Tarife von Direktversicherern, öffentlichen Versicherern und Konzeptanbietern. Die Ratings werden ausschließlich für die unabhängige Fachzeitschrift „Risiko & Vorsorge“ erstellt und quartalsweise aktualisiert.

Gibt es über die Mindeststandards hinaus zusätzliche Leistungsfragen?	Wertungen	Voraussetzungen für empfehlenswert	Anbieter im Test	Tarife im Test	Stand
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	85	627	05.12.2012
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	76	418	05.12.2012
nein	Gold, Silber	nicht vergeben	75	393	05.12.2012
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	37	246	05.12.2012
ja	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	91 (25)*	715 (110)*	05.12.2012
ja	Gold, Silber	nicht vergeben	7 Sach /4 Leben	19 Sach/5 Leben	30.11.2012
nein	Gold, Silber, Bronze, empfehlenswert	Mindestanforderungen erfüllt	26	271	16.11.2012
ja	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	33	68	25.11.2012
nein	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	69	349	05.12.2012
nein	Gold, Silber, Bronze	nicht vergeben	57	303	05.12.2012

Rating Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV)



■ FIV als Sachversicherung

■ FIV als Lebensversicherung

Basis:	FIV als Sachversicherung: 19 Tarife / 7 Anbieter im Test FIV als Lebensversicherung: 5 Tarife / 4 Anbieter im Test
Wertung:	Gold, Silber
Stand:	30.11.2012

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

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 Sachprodukten zur Absicherung der funktionellen Invalidität sind unter anderem folgende Charakteristika gemeinsam:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I (Pflegerente)
- 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

Auch mehrere Lebensversicherer sind nunmehr auf diesem Feld präsent. Versicherungsschutz besteht anders als bei den Sachprodukten bei folgenden Leistungsauslösern:

- Rentenleistung wegen Verlustes einer oder mehrerer Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
- Rentenleistung wegen Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I (Pflegerente)
- Einmalleistung bei bestimmten schweren Krankheiten (Dread-Disease-Leistung)
- Bei der Nürnberger zusätzlich: optional Rentenleistung bei unfallbedingter Berufs- oder Pflegebedürftigkeit bzw. einmalige Kapitalleistung im Falle eines Unfalls
- Bei Cardea Life zusätzlich: Einmalleistung bei Tod der versicherten Person und eine Rente bei Unfallinvalidität

■ Definition FIV

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 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. Im Regelfall sind die Betroffenen bei Minderung der Organfunktion bis zur Leistungsschwelle noch arbeitsfähig.

Eine Funktionsinvaliditätsversicherung (FIV) besteht aus den Bausteinen Grundfähigkeitenrente, 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 zumindestens in einem Modul alle möglichen Erkrankungen berücksichtigt und keine Erkrankung ausschließt. Dies wird im Regelfall durch die Pflegekomponente erreicht. Daneben besteht die Möglichkeit, eine Rentenleistungsdauer wegen Verlustes von Grundfähigkeiten oder Pflegebedürftigkeit bei Kindern mindestens bis zur Volljährigkeit, bei Erwachsenen mindestens bis zur Vollendung des 62. Lebensjahres zu vereinbaren.

Vereinzelt 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.

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als Sachversicherung

Funktions-
invaliditäts-
versicherung
(FIV)

GOLD

AXA

- **Tarif: Existenzschutzversicherung für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011**
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011
Mindesteintrittsalter: 16 Jahre / **Höchstesintrittsalter:** 65 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja
Innovationsklausel: ja
lebenslange Krebsrente: ja
Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

- **Tarif: Kinderschutzpaket / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011**
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011
Mindesteintrittsalter: ab dem 3. Lebensstag / **Höchstesintrittsalter:** 15 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja
Innovationsklausel: ja
lebenslange Krebsrente: ja
Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja
nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif: mit Einschränkungen: Das Optionsrecht kann nicht in Anspruch genommen werden, sofern in den letzten 5 Jahren eine Rente nach Ziffer 1.1. der Bedingungen beantragt wurde oder ein Rentenfall objektiv eingetreten ist oder der ablaufende Vertrag nur unter erschwerten Bedingungen, wie zum Beispiel einer Ausschlussklausel oder Risikozuschlag angenommen wurde oder die Diagnose einer Herzerkrankung oder Diabetes gestellt wurde oder ein Grad der Behinderung (GdB) / Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von größer oder gleich 50% oder ein Merkzeichen nach Feststellung einer Pflegestufe gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) vorliegt. In diesen Fällen ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

- **Tarif: Existenzschutzversicherung für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 04.2011**
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: nur implizit über Ziffer 16.2.1 AB ESV 2011
Mindesteintrittsalter: ab dem 6. Lebensmonat / **Höchstesintrittsalter:** 15 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja
Innovationsklausel: ja
lebenslange Krebsrente: ja
Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja
nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif: mit Einschränkungen (siehe Kinderschutzpaket)

Janitos

- **Tarif: Multi-Rente für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 04.2009 mit Aktualisierungen zu 06.2010**
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja
Mindesteintrittsalter: 4 Jahre / **Höchstesintrittsalter:** 17 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja
Innovationsklausel: ja
lebenslange Krebsrente: ja
Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja
nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif: ja (Der Zusatzbaustein der Kapitalsofortleistung siehe B Ziffer 5 der Multi-Rente für Kinder ist im Erwachsenen-Produkt nicht mehr versicherbar und entfällt daher zum oben genannten Zeitpunkt der Umstellung automatisch.)

- **Tarif: Multi-Rente für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 04.2009 mit Aktualisierungen zu 06.2010**
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja
Mindesteintrittsalter: 18 Jahre / **Höchstesintrittsalter:** 59 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja
Innovationsklausel: ja
lebenslange Krebsrente: ja
Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

- **Tarif: Janitos Multi-Rente für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012**
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja
Mindesteintrittsalter: 18 Jahre / **Höchstesintrittsalter:** 59 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja (mit Einschränkungen)
Innovationsklausel: ja
lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)
Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja



Funktions-
invaliditäts-
versicherung
(FIV)

SILBER

Janitos

- **Tarif: Janitos Multi-Rente für Kinder / Aktueller Bedingungsstand: 12.2012**
Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja
Mindesteintrittsalter: 4 Jahre / **Höchstesintrittsalter:** 17 Jahre
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja (mit Einschränkungen)
Innovationsklausel: ja

- **lebenslange Krebsrente:** nein (maximal 60 Monate)
Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja
nahtloser Übergang in den Erwachsenenentarif: mit Einschränkungen (Der Zusatzbaustein der Kapitalsofortleistung siehe B Ziffer 5 der Multi-Rente für Kinder ist im Erwachsenen-Produkt nicht mehr versicherbar und entfällt daher zum oben genannten Zeitpunkt der Umstellung automatisch. Sofern bereits eine Rentenzahlung erfolgt ist, ist eine Umstellung auf den Erwachsenentarif ausgeschlossen)

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als Sachversicherung



BBV

- *Tarif: Multi-PROTECT / Aktueller Bedingungsstand: 01.10.2011*
- Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja
- Mindesteintrittsalter: 18 Jahre
- Höchsteintrittsalter: 60 Jahre
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja
- Innovationsklausel: ja
- lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)
- Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: optional (bei Personen unter 35 eingeschlossen gegen Zuschlag von 35%, bei Personen ab 35 Jahren genereller Einschluss ohne Mehrbeitrag)

Bayerische Beamten Versicherung

- *Tarif: Multi PROTECT / Aktueller Bedingungsstand: 01.12.2012*
- Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja
- Mindesteintrittsalter: 18 Jahre
- Höchsteintrittsalter: 60 Jahre
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja
- Innovationsklausel: ja
- lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)
- 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)



Adcuri

- *Tarif: Opti5Rente für Erwachsene / Aktueller Bedingungsstand: 05.2012*
- Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja
- Mindesteintrittsalter: 18 Jahre
- Höchsteintrittsalter: 58 Jahre
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja
- Innovationsklausel: ja
- lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)
- Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

Barmenia

- *Tarif: Barmenia-Opti5Rente / Aktueller Bedingungsstand: 05.2012*
- Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja
- Mindesteintrittsalter: 18 Jahre
- Höchsteintrittsalter: 58 Jahre
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht: ja
- Innovationsklausel: ja
- lebenslange Krebsrente: nein (maximal 60 Monate)
- Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja

Bedingungsrating Funktionsinvaliditätsversicherung als Lebensversicherung



Cardea Life

- Tarif: CARDEA safety first / Aktueller Bedingungsstand: 07.2012*
- Beitragsbefreiung ab Eintritt des Leistungsfalls: ja (Grundfähigkeiten, Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit)
- Mindesteintrittsalter: 18 Jahre (Versicherungsnehmer), 15 Jahre (versicherte Person)
- Höchsteintrittsalter: 80 Jahre (Versicherungsnehmer), 55 Jahre (versicherte Person)
- versicherbare monatliche Rentenhöhe bei Antragsstellung: zwischen 500 und 3.000 Euro monatlich (max. 70% des Bruttoeinkommens zum Zeitpunkt der Antragsstellung. Bei Studenten, Hausfrauen und Hausmännern, maximal 1.000 Euro monatlich)
- lebenslange Krebsrente: nein
- Versicherungsschutz als Fahrer und Beifahrer eines Motorrades: ja
- Für den Vertrag geltendes Recht: Recht der Bundesrepublik Deutschland
- Aufsichtsrecht: Die PrismaLife untersteht als liechtensteinischer Lebensversicherer der liechtensteinischen Finanzmarktaufsicht (kurz FMA). In Deutschland ist die PrismaLife im Wege der Dienstleistungsfreiheit tätig. In diesem Zusammenhang übt die deutsche Aufsicht die Rechtsaufsicht aus.
- Gesetzlicher Insolvenzschutz: nein

Silber & Bronze: nicht vergeben

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

Rating Wohngebäudeversicherungen



- Einfamilienhäuser
- Zweifamilienhäuser
- Mehrfamilienhäuser

Basis: Tarife im Test: 303
Anbieter im Test: 57 Versicherer bzw. Konzeptanbieter

Wertung: Gold, Silber, Bronze

Stand: 05.12.2012

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

WITTE
FINANCIAL SERVICES
Wohngebäudeversicherung
1
GOLD

WITTE
FINANCIAL SERVICES
Wohngebäudeversicherung
2
SILBER

WITTE
FINANCIAL SERVICES
Wohngebäudeversicherung
3
BRONZE

Bedingungsrating Einfamilienhäuser		
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft B 01, Stand 01.04.2012; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 10.2012) (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) 	<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 01.04.2012; Bedingungung zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 10.2012) (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa – die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (GB 2010: allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) 	<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 01.04.2012; Bedingungen zur Wohngebäudeversicherung „XXL“ B 38, Stand 10.2012) (VGB 2008-XXL-Wohnflächenmodell: XXL-Konzept, Stand 05.2011) 	<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.

Rating Unfallversicherungen



- Kinder
- Erwachsene
- Senioren
- Heilberufe

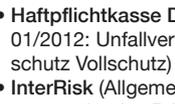
Basis:	Tarife im Test: 715 Tarife (allgemein) 110 Tarife (Heilberufe) Anbieter im Test: 91 für alle Berufe bzw. 25 für Angehörige von Heilberufen
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	05.12.2012

Achtung: bei Redaktionsschluss hatten viele Unfallversicherer ihre Bedingungen noch nicht auf Unisex umgestellt, so dass hier letztmals auch Bisextarife dargestellt werden. Dies betrifft etwa Haftpflichtkasse Darmstadt, Konzept & Marketing und Swiss Life Partner, während andere Unternehmen wie die InterRisk zurzeit bereits parallel Bi- und Unisextarife anbieten oder die VHV schon nur noch Unisex im Neugeschäft offeriert. Bei Janitos änderten sich zum 01.12.2012 nur die Prämien, Leistungsänderungen wurden nicht vorgenommen.

Kinder ab 14 Jahre

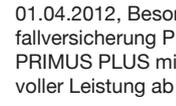
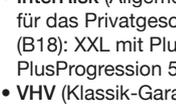
Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+)
 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)
 <ul style="list-style-type: none"> • Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Hand, Sinnesorgane, Bein (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011; Unisex seit 12.2012]) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012) [Kinder unter dem vollendeten 16. Lebensjahr] 	 <ul style="list-style-type: none"> • nicht vergeben

Kinder bis 14 Jahre

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+)
 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)
 <ul style="list-style-type: none"> • Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Hand (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011; Unisex seit 12.2012]) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Bein (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011; Unisex seit 12.2012]) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011; Unisex seit 12.2012]) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012)  <ul style="list-style-type: none"> • Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012) [Kinder unter dem vollendeten 13. Lebensjahr] 	 <ul style="list-style-type: none"> • nicht vergeben

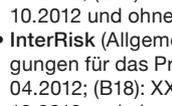
► Eine ausführliche Darstellung der Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de. Weitere empfehlenswerte Tarife auf www.witte-financial-services.de/File/ratings.php sowie Leistungsvergleiche zu ausgewählten Unfalltarifen im Menüpunkt „Finanzdienstleistungen“.

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

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS mit Premium-Progression und voller Leistung ab 75% Invalidität) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+)
 <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) • Swiss Life Partner (AUB 2008 SLP, Stand 01.04.2012, Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung PRIMUS PLUS, Stand 01.04.2012: PRIMUS PLUS) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)
 <ul style="list-style-type: none"> • Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Hand (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011; Unisex seit 12.2012]) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Bein (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011; Unisex seit 12.2012]) • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung Best Selection, Gliedertaxe Sinnesorgane (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011; Unisex seit 12.2012]) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012) • Haftpflichtkasse Darmstadt (AUB 2010, Stand 01/2012: Unfallversicherung VARIO - Leistungsschutz Vollschutz) 	 <ul style="list-style-type: none"> • nicht vergeben

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

Tarife für Senioren ab dem vollendeten 60. Lebensjahr ohne spezielle Berufsklauseln

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 500% Progression: Invaliditätsleistung	Unfallrente
 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012) • InterRisk (InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und PlusProgression 500%) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+) • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex3+)
 <ul style="list-style-type: none"> • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit MaxiTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)
 <ul style="list-style-type: none"> • Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 und ohne PlusProgression 500%) • VHV (Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv, Stand 10.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B18): XXL mit PlusTaxe, Stand 10.2012 mit dynamex2)
 <ul style="list-style-type: none"> • Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Barmenia (Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz, Stand 01.05.2012) 	 <ul style="list-style-type: none"> • nicht vergeben

Angehörige von Heilberufen

Risikounfallversicherung ohne Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 225% Progression: Invaliditätsleistung	Risikounfallversicherung mit 600% Progression: Invaliditätsleistung
 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL, Stand 10.2012 mit HeilberufeTaxe, Stand 03.2011). Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte 	 <ul style="list-style-type: none"> • InterRisk (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012; (B 18): XXL, Stand 10.2012 mit HeilberufeTaxe, Stand 03.2011). Versicherbare Berufe: Ärzte, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Orthopäden, Tierärzte, Zahnärzte 	 <ul style="list-style-type: none"> • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Mediziner (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011; Unisex seit 12.2012]). Versicherbare Berufe: Ärzte, Kieferorthopäden, Orthopäden, Zahnärzte
 <ul style="list-style-type: none"> • Janitos (Versicherungsbedingungen und Informationen Janitos Unfallversicherung BEST SELECTION, Gliedertaxe Mediziner (AUB 2008), Stand 01.01.2008 [aktualisiert zum 01.04.2011; Unisex seit 12.2012]). Versicherbare Berufe: Ärzte, Kieferorthopäden, Orthopäden, Zahnärzte 		

Rating Stationäre Krankenzusatztarife



Anbieter im Test: Allianz, Alte Oldenburger, Arag, Axa, Barmenia, Bayerische Beamtenkrankenkasse (BBKK), Central, Concordia, Continentale, CSS, Debeka, DEVK, DKV, Düsseldorfer, Ergo Direkt, Gothaer, Hallesche, Hanse Merkur, HUK-Coburg, Janitos, LKH, Mannheimer, Münchener Verein, Nürnberger, Signal Iduna, SDK, Union, Universa, vigo Krankenversicherung, Württembergische

Basis: Tarife im Test: 68 stationäre Ergänzungs- und Optionstarife
Anbieter im Test: 33

Wertung: Gold, Silber, Bronze

Stand: 25.11.2012

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

Einzelrating Bedingungen

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Barmenia (Tarif: VS100 + ESZ, Stand 01.2011) Union (Tarif: KlinikPrivat/1, Stand 05.2012)	Barmenia (Tarif: VS200 + ESZ, Stand 01.2011) Union (Tarif: KlinikPrivat/2, Stand 01.2009)
	CSS (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)* Hallesche (Tarif: CSA 100, CSW1, Stand 05.2012)	CSS (Tarif: CSS.clinic2, Stand 06.2007)*
	Concordia (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) CSS (Tarif: komfort premium, Stand 01.2013) Mannheimer (Tarife: ZSW, Stand 01.2010; ZSWR-OPT, Stand 01.2009)	Concordia (Tarife: SZ2 und SZ PLUS, Stand 01.2010) Die Bayerische (Tarif: V.I.P stationär Prestige, Stand 01.2013)* Hallesche (Tarif: CSA 100, CSW2, Stand 05.2012) Mannheimer (Tarif: ZWS, Stand 01.2010)

Einzelrating Prämienniveau Männer im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre

	1- und 2-Bettzimmertarife	2-Bettzimmertarife
	Barmenia (Tarif: S, Stand 01.2011) CSS (Tarife: CSS clinic, Stand 11.2008 und komfort premium, Stand 12.2012)* Die Bayerische (Tarif: V.I.P stationär Prestige, Stand 01.2013)* HUK-Coburg (Tarif: SZ, Stand 05.2011) Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 01.2013)* LKH (Tarif: 400, Stand 01.2010)	CSS (Tarif: klinik plus, Stand 01.2013)* Die Bayerische (Tarif: V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.2013)*
	Axa (Tarif: Komfort, Stand 01.2012) Concordia (Tarif: SZ 1, Stand 01.2012)	Arag (Tarif: 262, Stand 07.2011) CSS (Tarif: privatarzt spezial, Stand 01.2013) Ergo Direkt (Tarif: SZ, Stand 01.2008)
	Arag (Tarif: 261, Stand 07.2011) Hallesche (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 05.2012) Nürnberger (Tarif: SZ1, Stand 01.2009)	Concordia (SZ 2, Stand 01.2010) DEVK (Tarif: ST-G2, Stand 01.04.2009) uniVersa (Tarif: SZ II, Stand 01.2010)

* Tarif ohne Altersrückstellungen bei Erwachsenen

Einzelrating Prämienniveau Frauen im Eintrittsalter 25 bis 55 Jahre

	1- und 2-Bettzimmer tarife	2-Bettzimmer tarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen GOLD	CSS (Tarif: komfort premium, Stand 01.2013) Die Bayerische (Tarif: V.I.P stationär Prestige, Stand 01.2013) HUK-Coburg (Tarif: SZ, Stand 05.2011) Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 01.2013)* LKH (Tarif: 400, Stand 01.2010)	CSS (Tarif: klinik plus, Stand 01.2013) Die Bayerische (Tarif: V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.2013)*
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen SILBER	CSS (Tarif: CSS.clinic, Stand 11.2008)	Arag (Tarif: 262, Stand 07.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Prämienniveau - Frauen BRONZE	Axa (Tarif: Komfort, Stand 01.2012) Barmenia (Tarif: S, Stand 01.2011) Concordia (Tarif: SZ 1, Stand 01.2012)	Ergo Direkt (Tarif: SZ, Stand 01.2008) uniVersa (Tarif: SZ II, Stand 01.2012)

Preis-/Leistungsniveau Männer

	1- und 2-Bettzimmer tarife	2-Bettzimmer tarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer GOLD	Concordia (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) CSS (Tarife: clinic, Stand 11/2008 und stationär premium, Stand 01.2013)* Die Bayerische (Tarif: V.I.P stationär Prestige, Stand 01.2013)* Hallesche (Tarif: CSA100 / CSW1, Stand 05.2012)	CSS (Tarife: CSS.clinic2, Stand 06.2007 und privatarzt spezial, Stand 01.2013)* Die Bayerische (Tarif: V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.2013)*
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer SILBER	Arag (Tarif: 261, Stand 07.2011) Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 01.2013)*	Arag (Tarif: 262, Stand 07.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Männer BRONZE	nicht vergeben	nicht vergeben

Preis-/Leistungsniveau Frauen

	1- und 2-Bettzimmer tarife	2-Bettzimmer tarife
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen GOLD	Concordia (Tarife: SZ1 und SZ PLUS, Stand 01.2010) CSS (Tarife: clinic, Stand 11/2008 und stationär premium, Stand 01.2013)* Die Bayerische (Tarif: V.I.P stationär Prestige, Stand 01.2013)*	CSS (Tarife: CSS.clinic2, Stand 06.2007 und privatarzt spezial, Stand 01.2013)* Die Bayerische (Tarif: V.I.P. stationär Komfort, Stand 01.2013)*
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen SILBER	Arag (Tarif: 261, Stand 07.2011) Janitos (Tarif: JA Stationär Plus, Stand 01.2013)*	Arag (Tarif: 262, Stand 07.2011)
 Krankenzusatzversicherung Stationäre Zusatz - Preis-/Leistungsniveau - Frauen BRONZE	nicht vergeben	nicht vergeben

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

Rating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Basis:	Tarife und Tarifkombinationen im Test: 271 Anbieter im Test: 26
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	16.11.2012

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung



Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

GOLD

Deutsche Familienversicherung

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-UNISEX 01-12 Stand: Januar 2012: Premium (Unisex))
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 geforderten Versicherungssumme ist eine Beantragung in allen Ratingstufen nur telefonisch beim Versicherer, nicht jedoch online möglich!
Anforderungen Gold (WFS 1):
 monatliches Pflegegeld von min. 400 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
Anforderungen Silber (WFS 2):
 monatliches Pflegegeld von min. 400 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 500 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.000 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär
Anforderungen Bronze (WFS 3):
 monatliches Pflegegeld von min. 400 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 500 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. stationär, 1.000 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. stationär sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Domcura

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/BISEX – mit Beitragsrückgewähr der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-BISEX (BRG) 01-12 Stand: Januar 2012, 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)
Folgende Tarifvarianten:
 - o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex
 - o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex
 - o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr und Domcura Assistance Paket Pflege (Bisex) – Flex
- 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, in Pflegestufe II bis 2.250 Euro monatlich, in Pflegestufe III bis 3.000 Euro monatlich
Anforderungen Gold (WFS 1):
 monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 1.300 Euro in Pflegestufe I, 1.500 Euro in Pflegestufe II sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III
Anforderungen Silber (WFS 2):
 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
Anforderungen Bronze (WFS 3):
 monatliches Pflegegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I, 1.050 Euro in Pflegestufe II sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

Domcura

- (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 Assistancelösungen 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
- 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

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

Anforderungen Gold (WFS 1):

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

Anforderungen Silber (WFS 2):

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

Anforderungen Bronze (WFS 3):

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

Domcura

- (Versicherungsbedingungen für die Private Pflege- Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV 05 -11, Stand: Mai 2011: 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 (Bisex): Flex)

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld.

Maximal versicherbares Pflegegeld: in Pflegestufe I bis 1.500 Euro monatlich, in Pflegestufe II bis 2.250 Euro monatlich, in Pflegestufe III bis 3.000 Euro monatlich

Anforderungen Gold (WFS 1):

monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 1.300 Euro in Pflegestufe I, 1.500 Euro in Pflegestufe II sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III

Anforderungen Silber (WFS 2):

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

Anforderungen Bronze (WFS 3):

monatliches Pflegegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I, 1.050 Euro in Pflegestufe II sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III

Domcura

- (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)

Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal 900 Euro monatliches Pflegegeld.

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

Anforderungen Gold (WFS 1):

monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. 1.300 Euro stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. 1.500 Euro stationär sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Anforderungen Silber (WFS 2):

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

Anforderungen Bronze (WFS 3):

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

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: Januar 2012, Versicherungsbedingungen für die DFV Deutschland Assistance der Privaten Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung PZV-AA 10-11 Stand: Oktober 2011)

Folgende Tarifvarianten:

- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance ohne Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex
- o Pflege Flex inkl. Deutschland Assistance mit Beitragsrückgewähr (Bisex) – Flex

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, in Pflegestufe II bis 2.250 Euro monatlich, in Pflegestufe III bis 3.000 Euro monatlich

Anforderungen Gold (WFS 1):

monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 1.300 Euro in Pflegestufe I, 1.500 Euro in Pflegestufe II sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III

Anforderungen Silber (WFS 2):

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

Anforderungen Bronze (WFS 3):

monatliches Pflegegeld von min. 300 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I, 1.050 Euro in Pflegestufe II sowie 1.500 Euro in Pflegestufe III

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

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

Anforderungen Gold (WFS 1):

monatliches Pflegegeld von min. 450 Euro bei Demenz in Pflegestufe 0, 600 Euro in Pflegestufe I ambulant bzw. 1.300 Euro stationär, 1.050 Euro in Pflegestufe II ambulant bzw. 1.500 Euro stationär sowie 2.250 Euro in Pflegestufe III ambulant bzw. stationär

Anforderungen Silber (WFS 2):

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

Anforderungen Bronze (WFS 3):

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

SDK

(PS0A, PS0S, PS1A, PS1S, PS2A, PS2S, PS3A, PS3S, PSU; Stand 01.05.2011) 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.

* Die Bedingungen von maxPool und Domcura unterscheiden sich nur darin, dass bei der Domcura zusätzlich eine Einmalleistung in Höhe von 5.000 Euro bei unfallbedingter Einstufung in eine versicherte Pflegestufe eingeschlossen ist und dass das optional angebotene Domcura Assistance-Paket Pflege nicht verfügbar ist. Dieser Hinweis gilt auch für die jeweilige Bewertung mit Silber und Bronze.

Bedingungsrating Pflegetagegeld- und Pflegegeldversicherung

SDK

- (PS0A, PS0S, PS1A, PS1S, PS2A, PS2S, PS3A, PS3S; Stand 01.05.2011) 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.



Hallesche

- (OLGA Extra, Stand 02.2011) mit einem Tagessatz von min. 60 Euro
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: 20% des Pflegetagegeldes in der Pflegestufe III (max. 720 Euro monatlich)
Maximal versicherbarer Tagessatz: 120 Euro

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)
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)
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)



Münchener Verein

- (SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 421 B und Tarifstufe 425; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pflegestufe I), 35 Euro (Pflegestufe II) bzw. 50 Euro (Pflegestufe III)
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe des vorgezogenen Betreuungsgeldes in Höhe des Pflegegeldes in der Pflegestufe I (zurzeit max. 235 Euro monatlich)
Maximal versicherbarer Tagessatz: 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)
- (SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 422 B und Tarifstufe 425; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pflegestufe I), 35 Euro (Pflegestufe II) bzw. 50 Euro (Pflegestufe III)
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe des vorgezogenen Betreuungsgeldes in Höhe des Pflegegeldes in der Pflegestufe I (zurzeit max. 235 Euro monatlich)
Maximal versicherbarer Tagessatz: 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)
- (SELECT CARE Pflege: Tarifstufe 421 in Verbindung mit Tarifstufe 423 B und Tarifstufe 425; Ausgabe 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 20 Euro (Pflegestufe I), 35 Euro (Pflegestufe II) bzw. 50 Euro (Pflegestufe III)
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: maximal in Höhe des vorgezogenen Betreuungsgeldes in Höhe des Pflegegeldes in der Pflegestufe I (zurzeit max. 235 Euro monatlich)
Maximal versicherbarer Tagessatz: 80 Euro (Pflegestufe I), 120 Euro (Pflegestufe II) bzw. 150 Euro (Pflegestufe III)

Signal Iduna

- (PflegeTOP, Fassung 01.2012) mit einem Tagessatz von min. 56 Euro
Leistung bei Demenz in der Pflegestufe 0: pro 1 Euro versichertem Tagessatz 1% des Anspruches auf zusätzliche Betreuungsleistung aus SVP bzw. PPV (d.h. z.Zt. max. 200 Euro monatlich)
Maximal versicherbarer Tagessatz: 100 Euro

Rating Hausratversicherungen



■ *Tarife mit Versicherungsschutz mit einer Versicherungssumme von 60.000 und 150.000 Euro*

Basis: Tarife im Test: 349
Anbieter im Test: 69 Versicherer bzw. Konzeptanbieter

Wertung: Gold, Silber, Bronze

Stand: 05.15.2012

Bedingungsrating

Basis: Versicherungssumme 60.000 Euro		
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009) (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012, Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ (B28), Stand 10.2012, Klauseln zur Hausratversicherung „XXL“, Stand 09.2011)) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) <p>Swiss Life</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011 mit Sorglos-paket Prima Plus; aktualisiert zum 01.04.2012) (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011; aktualisiert zum 01.04.2012) 	<p>ASC</p> <ul style="list-style-type: none"> (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009) <p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2010, Stand 01.2012: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2012) <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 EXKLUSIV zur Hausratversicherung (Baustein EXKLUSIV) – Oktober 2012; BB für die Versicherung weiterer Elementarschäden (BWE 2011 – Privat): Klassik-Garant mit Baustein Exklusiv)
Basis: Versicherungssumme 150.000 Euro		
<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2008-XXL, Stand 05.2011; BBE 2008, Stand 02.2009) (Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01), Stand 04.2012, Bedingungen zur Hausratversicherung „XXL“ (B28), Stand 10.2012, Klauseln zur Hausratversicherung „XXL“, Stand 09.2011) <p>Konzept & Marketing (</p> <ul style="list-style-type: none"> EV 2010, Stand 01.2012: allsafe casa - die Eigenheimversicherung)* 	<p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> (allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) <p>Swiss Life</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011 mit Sorglos-paket Prima Plus; aktualisiert zum 01.04.2012) (VHB 2010, Stand 02.2011; Prima Sorglos, Stand 05.2011; Ergänzung zu den VHB 2010: Besondere Bedingungen für die Hausratversicherung Prima Plus (BBH Prima Plus) – Januar 2011; aktualisiert zum 01.04.2012) 	<p>ASC</p> <ul style="list-style-type: none"> (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 06.2009) <p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> (VHB 2010, Stand 01.2012: Hausratversicherung VARIO PLUS, Stand 01.2012) <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 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. Die Absicherung nur eines der beiden Einzelrisiken ist ausschließlich im Rahmen einer vorübergehenden Exzedentendeckung möglich.

Rating Privathaftpflichtversicherungen



Privathaftpflichtversicherungen für Familien, Paare und Singles: Leistungsvergleich

Basis: Tarife im Test: 627
Anbieter im Test: 85

Wertung: Gold, Silber

Stand: 05.12.2012

Bedingungsrating Privathaftpflichtversicherungen



Private Haftpflichtversicherung
Besonders empfehlenswert!

GOLD

ASC

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

InterRisk

- B01, Stand 04.2012, B 62, Stand 04.2012; Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B 62), Stand 04.2012; Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung „XXL“ (B 68), Stand 10.2012; Klauseln zur Privathaftpflichtversicherung „XXL“, Stand 03.2011) mit 5, 10, 25 oder 50 Mio. Euro pauschaler Deckung (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 PD (P, S, V)

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS mit Sorglospaket mit Ausfalldeckung PLUS) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckung (P, S, V)

VHV

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



Private Haftpflichtversicherung
Empfehlenswert!

SILBER

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

InterRisk

- (B01, Stand 04.2012, B 62, Stand 04.2012; Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B 62), Stand 04.2012; Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung „XL“, Stand 10.2012; Klauseln zur Privathaftpflichtversicherung „XL“, Stand 03.2011) mit 5, 10, 25 oder 50 Mio. Euro pauschaler Deckung (P, S, V)

Invers

- (VARIO Status, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro PD* (P, S, V)
- (VARIO Plus, Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro PD (P, S, V)

Janitos

- (AHB, Stand 01.01.2008; BBR, Best Selection 2010, Stand 01.04.2010) mit 10 Mio. Euro PD (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V) oder mit 15 Mio. Euro PD (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 PD (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V) oder mit 15 Mio. Euro PD (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)

Konzept & Marketing

- (Konzept & Marketing (AT 2011, Stand 11.2010; PHV 2011, Stand 11.2011: allsafe Tarif select Z2) mit 10 und 15 Mio. Euro PD (P, S, V)

maxPool

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

NV-Versicherungen

- (AHB 2008, Stand 01.2008, Privatmax. 4.0, Stand 10.2010) mit 10 Mio. Euro PD (P, S) und 10 Mio. Euro Deckungssumme (V)
- (AHB 2008, Stand 01.2008, NV PrivatPremium, Stand 10.2010) mit 15 Mio. Euro PD (P, S) und 15 Mio. Euro Deckungssumme (V)

Swiss Life Partner

- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 20 Mio. Euro PD (P, S, V)
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS mit Ausfalldeckung Plus) mit 20 Mio. Euro PD (P, S, V)
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR-PHV Prima Plus SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS mit Sorglospaket) mit 50 Mio. Euro PD (P, S, V)

Syncro24

- (PHV VARIO Plus, Stand 01.01.2010) mit 10 u. 50 Mio. Euro PD (P, S, V)
- (PHV VARIO Status, Stand 01.01.2010) mit 10 u. 50 Mio. Euro PD (P, S, V)

BCA

- (VARIO Status, VARIO Plus; jeweils Stand 01.01.2010) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckung (P, S, V)
- (Klassik-Garant mit Exklusiv-Baustein, Stand 01.06.2009) mit 50 Mio. Euro pauschaler Deckung (P, S, V)

Grundeigentümer

- (AHB 2008, Stand 04.2008, BB PHV 2012 Kompakt, Stand 04.2012: Pro Domo Kompakt) mit 10 Mio. Euro pauschal für Personen- und Sachschäden, 10 Mio. Euro für Vermögensschäden
- (AHB 2008, Stand 04.2008, BB PHV 2012 Kompakt, Stand 04.2012: Pro Domo Kompakt) mit 15 Mio. Euro pauschal für Personen- und Sachschäden, 15 Mio. Euro für Vermögensschäden

Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2012, BBR PHV VARIO Komfort Plus: VARIO-PAKET ohne Abwahl oder nur mit Abwahl der Leistungspakete „erweiterte Vorsorge“ und „Recht“) mit 10 und 50 Mio. Euro pauschaler Deckung (P, S, V)

Helvetia

- AHB, Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), BBR für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit / ohne Baustein JuraTel) mit 5, 10 oder 15 Millionen Euro pauschaler Deckung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- AHB, Stand: 01.10.2010 (Druckstück H 9990-3), BBR für die Privat-Haftpflichtversicherung – Komfortschutz mit / ohne Bausteine Plus und Mobil bzw. mit / ohne Bausteine Plus, Mobil und JuraTel, Stand: 01.07.2012 (Druckstück H 9030-5): Komfortschutz mit Baustein Plus, Stand 2012) mit 50 Millionen Euro pauschaler Deckung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, maximal 15 Mio. Euro je geschädigter Person

* Pauschale Deckungssumme

Rating Hundehalterhaftpflichtversicherungen



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

Basis:	Tarife im Test: 418 Anbieter im Test: 76
Wertung:	Gold, Silber
Stand:	05.12.2012

Bedingungsrating (Tarife für die selbständige Hundehalterhaftpflichtversicherung)

ConceptA

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

InterRisk

- (B 62, Stand 07.2012: B 69 - XXL, Stand 07.2012) mit 5 und 10 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)

Konzept & Marketing

- (allsafe select Tarif Z1, Stand 05.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V); Voraussetzung für die Empfehlung ist die Mitversicherung der erweiterten Mietsachschadendeckung gegen Zuschlag
Achtung: Neugeschäft in diesem Tarif nicht mehr möglich!
- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

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)
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012; PRIMA PLUS) mit 10 Mio. Euro Deckung (P, S, V)

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)

Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2012; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2012) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Janitos

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

Konzept & Marketing

- (allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
Achtung: Neugeschäft in diesem Tarif nicht mehr möglich!

VHV

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

Waldenburger

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

Bedingungsrating (Tarife für die Kombination aus Hundehalter- und Privathaftpflichtversicherung über denselben Risikoträger)

InterRisk

- (B 62, Stand 07.2012: B 69 - XXL, Stand 07.2012) mit 5 und 10 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)
- (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012; PRIMA PLUS) mit 10 Mio. Euro Deckung (P, S, V)

Haftpflichtkasse Darmstadt

- (AHB, Stand 01.01.2012; Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2012) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V)

Konzept & Marketing

- (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
- (allsafe Tarif select Z1, Stand 05.2011) mit 10 Mio. oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V)
Achtung: Neugeschäft in diesem Tarif nicht mehr möglich!

VHV

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

Hinweis: 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.

Rating Jagdhaftpflichtversicherungen für Jäger/Förster



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

Basis: Tarife im Test: 246
Anbieter im Test: 37

Wertung: Gold, Silber, Bronze

Stand: 05.12.2012

Bedingungsrating Jagdhaftpflichtversicherung



Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster

Gothaer Allgemeine Versicherung AG

- AHB, Stand 01/2008, BBR, Stand 01.2011
 - AHB, Stand 01/2008, BBR, Stand 01.2011 mit Klausel 144
- Tarife mit 6 oder 15 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- u. Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: Der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdherr bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner
Innovationsklausel: ja / *GDV-Garantie:* nein



Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster

degenia Versicherungsdienst AG

- AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung (Stand 11/11) premium (DEG-JHV-002)
- AHB 2008, Stand 11.2011; Besondere Bedingungen für die Jagd-Haftpflichtversicherung (Stand 11/11) premium (DEG-JHV-002); AUB 2004 DEG; DEG-JHV/RS-001 Jäger-Rechtsschutz: Jägerpaket.

Tarife mit 10 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

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.

Inter

- (AHB, Stand 15.08.2012; I. Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung, Stand 01.10.2012 – Version 24.09.2012; II. Ergänzung zu den Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung – Jagdhaftpflichtversicherung während der Zeit der Ausbildung, III. Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung von Jagdhunden: Premium) mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 1 Millionen Euro für Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: Jäger, Jagdpächter, Jagdherr (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher, Falkner

Innovationsklausel: ja / *GDV-Garantie:* nein

VGH

- AHB Stand Juli 2012, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe Mai 2012 mit Zuschlag für Klausel „Mitversicherung von Jagdunfällen, die den Tod, die Nottötung oder die tierärztliche Behandlung von Jagdhunden nach sich ziehen.“ Tarif mit 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: Der Versicherungsnehmer als Jäger, Jagdpächter und Jagdveranstalter bzw. als Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher und Falkner

Innovationsklausel: ja / *GDV-Garantie:* nein



Jagd-Haftpflichtversicherung für Jäger und Förster

Inter

- (AHB, Stand 15.08.2012; I. Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagdhaftpflichtversicherung, 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 Millionen Euro Deckungssumme pauschal (P, S) sowie 1 Millionen Euro Deckung (V)

Versicherter Personenkreis: Jäger, Jagdpächter, Jagdherr (Jagdveranstalter), Förster, Forstbeamter, Forstaufseher, Berufsjäger, Jagdaufseher, Falkner; *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein

Besonders zu beachten: Versicherungsschutz für nicht geprüfte Jagdhunde besteht nur, sofern dieser besonders vereinbart wurde.

VGH

- AHB Stand Juli 2012, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe Mai 2012, Tarife mit 5 und 10 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- AHB Stand Juli 2012, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Jagd-Haftpflichtversicherung BBR 3, Ausgabe Mai 2012 mit Zuschlag für Klausel „Mitversicherung von Jagdunfällen, die den Tod, die Nottötung oder die tierärztliche Behandlung von Jagdhunden nach sich ziehen.“

Tarif mit 5 Millionen Euro Deckungssumme pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Versicherter Personenkreis: s.o.; *Innovationsklausel:* ja / *GDV-Garantie:* nein

Rating Pferdehalterhaftpflichtversicherungen



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

Basis:	Tarife im Test: 393 Anbieter im Test: 75
Wertung:	Gold, Silber
Stand:	05.12.2012

Bedingungsrating Selbständige Pferdehalterhaftpflichtversicherung

<p>Pferdehalter-Haftpflichtversicherung Selbstständige THV</p>	<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (B 62, Stand 07.2012: B 69 - XXL, Stand 07.2012) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden <p>Swiss Life Partner</p> <ul style="list-style-type: none"> • (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA) mit 8 Mio. Euro Deckung (P, S, V) • (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 10 Mio. Euro Deckung (P, S, V) <p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V. Maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person).
<p>Pferdehalter-Haftpflichtversicherung Selbstständige THV</p>	<p>ConceptA</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V) <p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> • (AHB, Stand 01.01.2012, Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2012) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V) <p>Janitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Tierhalterhaftpflichtversicherung Best Selection, Stand 01.01.2008; aktualisiert zum 01.04.2011) mit 7,5 und 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V). <u>Voraussetzung für die Empfehlung</u> 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

<p>Pferdehalter-Haftpflichtversicherung +Private Haftpflicht</p>	<p>InterRisk</p> <ul style="list-style-type: none"> • (B 62, Stand 07.2012: B 69 - XXL, Stand 07.2012) mit 5 und 10 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach-, Vermögens- sowie Mietsachschäden an Räumen in Gebäuden <p>Swiss Life Partner</p> <ul style="list-style-type: none"> • (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA) mit 8 Mio. Euro Deckung (P, S, V) • (AHB 2010 SLP, Stand 01.04.2012; BBR Tierhalter SLP 2012, Stand 01.04.2012: PRIMA PLUS) mit 10 Mio. Euro Deckung (P, S, V) <p>VHV</p> <ul style="list-style-type: none"> • (AHB 2011, BBR Tierhalter KLASSIK-GARANT, Stand 01.10.2011) mit 5 oder 10 Mio. Euro (P, S, V. Maximal 8 Mio. Euro je geschädigter Person).
<p>Pferdehalter-Haftpflichtversicherung +Private Haftpflicht</p>	<p>Haftpflichtkasse Darmstadt</p> <ul style="list-style-type: none"> • (AHB, Stand 01.01.2012, Tierhalter-Haftpflichtversicherung PLUS, Stand 01.01.2012) mit 5 oder 10 Mio. Euro pauschal (P, S, V) <p>Konzept & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • (allsafe Tarif select Z2, Stand 11.2011) mit 10 oder 15 Mio. Euro pauschal (P, S, V). <u>Voraussetzung für die Empfehlung</u> ist die Mitversicherung von Pferderennen und damit implizit auch Distanzritten gegen Zuschlag.

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