Finanzmakler
Ass. jur. Hardy Hamann

Ass. iur. Hardy Hamann
Schönbergstr. 2
70599 Stuttgart

Tel.: 0711-4104231
Mobil: 0178-1330128
E-Mail: kontakt@hardyhamann.de

Hardy Hamann
VERMÖGENSMANAGEMENT

26. April 2014

Beratungsdokumentation

NEUTRALE BERATUNGSBASIS®
MORGEN & MORGEN
DAS UNABHÄNGIGE ANALYSEHAUS

Inhaltsverzeichnis

Vermittlerauskunft 3

Beratungsgrundlage 5

Berufsunfähigkeit 6

– Vergleichstabelle 18

– BU-Analyse 21

• Leistungstabelle 21

• Leistungsvergleich Bewertung 25

Vermittlerauskunft

Information des Versicherungsnehmers (§11 VersVermV)

Kontaktdaten

Finanzmakler
Ass. jur. Hardy Hamann
Herr
Ass. iur. Hardy Hamann
Schönbergstr. 2
70599 Stuttgart

Telefon 0711-4104231
Mobil 0178-1330128
E-Mail kontakt@hardyhamann.de

Vermittlerstatus

- [x] Versicherungsmakler
- [ ] Versicherungsvertreter
  - [ ] Mehrfachvertreter
  - [ ] Ausschließlichkeitsvertreter
  - [ ] Produktakzessorischer Versicherungsvertreter
- [ ] Versicherungsberater

Versicherungsmakler/in ist, wer nach § 93 HGB (§ 59 Abs. 3 VVG) gewerbsmäßig für den Auftraggeber die Vermittlung oder den Abschluss von Versicherungsverträgen übernimmt, es bestehen keine vertraglichen Verpflichtungen zur Versicherungsvermittlung für einen oder mehrere Versicherer. Die Tätigkeit unterliegt der Erlaubnispflicht nach § 34d Abs. 1 GewO und wird/wurde durch die zuständige Industrie- und Handelskammer (IHK) erteilt.

Registereintrag

Vermittlerregister

Bezeichnung der zuständigen Registerbehörde	IHK Region Stuttgart
Registrierungsnummer	D-PP5X-4I093-77

Zugang zum Vermittlerregister (Überprüfung der Eintragung)

Internetadresse	www.vermittlerregister.info

Deutscher Industrie- & Handelskammertag (DIHK) e.V.
Breite Straße 29
10178 Berlin
Telefon: +49 - (0) 30 - 20308 0
Fax: +49 - (0) 30 - 20308 1000
E-Mail: infocenter@berlin.dihk.de

Hinweis:
Versicherungsvermittler und -berater bedürfen in der Regel einer gewerberechtlichen Erlaubnis der zuständigen Industrie- und Handelskammer. Diese wird erteilt, wenn die persönliche Zuverlässigkeit, geordnete Vermögensverhältnisse, eine Berufshaftpflichtversicherung und die entsprechende Sachkunde nachgewiesen wurden. Zudem müssen sich Versicherungsvermittler und -berater, die gewerbsmäßig tätig sind, unter Bußgeldbewehrung in diesem Online-Register verzeichnen lassen. Die gewerbebezogenen Daten des Versicherungsvermittlers/ -beraters sind hier frei einsehbar. Das Register soll die Überprüfung ermöglichen, ob ein Versicherungsvermittler/ -berater zugelassen ist. Es sorgt so für Transparenz und stärkt den Verbraucherschutz.

Schlichtungsstellen

Private Versicherungen außer Private Krankenversicherungen, Kreditversicherungen, Rückversicherungen

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Telefon: + 49 (0) 800-3696000

(kostenfrei für Anrufe aus dem deutschen Telefonnetz)

Fax: + 49 (0) 800-3699000

(kostenfrei für Anrufe aus dem deutschen Telefonnetz)

Internet: www.versicherungsombudsmann.de E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Hinweis
Der Versicherungsombudsmann e.V. ist gemäß § 214 Abs. 1 Nr.1 VVG als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern im Sinn des § 13 BGB anerkannt. Das Verfahren ist in der Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns (VomVO) geregelt. Das betreffende Versicherungsunternehmen muss Mitglied des Vereins „Versicherungsombudsmann e.V." sein. Der Versicherungsombudsmann e.V. ist gemäß § 214 Abs. 1 Nr.2 VVG als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherungsvermittlern oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen anerkannt. Das Verfahren ist in der Verfahrensordnung für Beschwerden im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen (VermVO) geregelt.

Private Kranken- und Pflegeversicherung

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Telefon: + 49 (0) 1802-55 04 44

(0,06 EUR pro Anruf aus dem deutschen Festnetz bzw. 0,42 EUR pro Minute aus den Mobilfunknetzen)

Fax: + 49 (0) 30-20 45 89 31

Internet: www.pkv-ombudsmann.de E-Mail: ombudsmann@pkv.de

Hinweis
Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist als Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern im Sinn des § 13 BGB sowie zwischen Versicherungsvermittlern oder Versicherungsberatern und Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen anerkannt (§ 214 Abs.1 Nr.1 und Nr.2 VVG). Das Verfahren ist in dem Statut des Ombudsmanns Private Kranken- und Pflegeversicherung geregelt. Das betreffende Krankenversicherungsunternehmen muss Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sein.

Beratungsgrundlage

Vermittlerdaten

Finanzmakler
Ass. jur. Hardy Hamann
Herr Ass. iur. Hardy Hamann
Schönbergstr. 2
70599 Stuttgart

Beratungsgrundlagen

Versicherungsmakler sind vertraglich an kein Versicherungsunternehmen gebunden. Die Beratung erfolgt auf Grundlage einer hinreichenden Anzahl von auf dem Markt angebotenen Versicherungsverträgen, soweit nachfolgend keine Einschränkung bestimmt ist.

erstellt am: 26.04.2014 um 06:57
M&M Office 3.04.002 © MORGEN & MORGEN GmbH

Berufsunfähigkeit

Vorgaben

Allgemein

Tarifart	SBU klassisch
Einsteiger-BU	ohne
Kollektivversicherung	nein
Versicherungsbeginn	01.05.2014

Personendaten

Anrede	Herr
Vorname	Markus
Nachname	Recht
Geburtsdatum	19.04.1984
Raucher	nein

Berufliche Angaben

Berufsstand	Angestellte/r	Personalverantwortung für	0 Mitarbeiter
Beruf	Rechtsanwalt/-anwältin	Anteil der Bürotätigkeit	100 %
Berufsausbildung	Berufsausbildung (sonstige)	Anteil der körperl. Tätigkeit	0 %
Bildungsabschluss	Promotion		

Vertragsdauer

Versicherungsendalter	60 Jahre	Versicherungsende	30.04.2044
Versicherungsdauer	30 Jahre		
Leistungsendalter	60 Jahre	Leistungsende	30.04.2044
Leistungsdauer	30 Jahre		

weitere Vorgaben

Berechnungsgrundlage	monatl. BU-Rente: 3.500,00 €
Zahlweise	(•) monatlich ( ) vierteljährlich ( ) halbjährlich ( ) jährlich
Überschusssystem	[x] Optimiert

Unternehmensfilter

M&M Rating LV-Unternehmen	---
M&M Belastungstest	Ausgezeichnet

BU-Filter

Gesamtrating	mindestens	★★★★★
BU-Bedingungen	mindestens	✪✪✪✪✪
BU-Kompetenz	mindestens	✪✪✪✪✪
BU-Solidität	mindestens	✪✪✪✪✪
BU-Antragsfragen	mindestens	✪✪✪✪✪

Berufsunfähigkeit

Vorgaben

Vorgabenerläuterung

-- Tarifarten --			
Klassisch	Die Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU) dient zur Absicherung von Einkommen aus beruflicher Tätigkeit.		
Fondsanlage	Die Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU) mit Fondsanlage dient zur Absicherung von Einkommen aus beruflicher Tätigkeit. Dabei werden vom Versicherer zur Risikodeckung nicht benötigte Beitragsanteile in Fonds angelegt und somit ein Fondsguthaben angespart. Die Höhe des Fondsguthabens hängt von der Wertentwicklung der Fonds ab. Das Risiko möglicher Kursverluste trägt der Versicherungsnehmer.		
Optimierung BU-Schutz	Die Optimierung BU-Schutz dient zur reinen Absicherung von Einkommen aus beruflicher Tätigkeit. Dazu werden neben den Selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen (SBU) klassische Risikolebensversicherungen mit einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) in Betracht gezogen, bei denen der Schwerpunkt auf die BUZ gelegt ist.		
Leistungsdauer / Leistungsendalter	Die Leistungsdauer beschreibt den Zeitraum, in dem der Versicherer die BU-Leistung erbringt, wenn während der Versicherungsdauer die Berufsunfähigkeit eintritt. Bei einer verlängerten Leistungsdauer wird die BU-Rente länger gezahlt, als der Versicherungsschutz besteht. Tritt z.B. die Berufsunfähigkeit im Alter 55 auf, würde die BU-Rente bis zum 65. Lebensjahr geleistet werden, obwohl die Versicherungsdauer bereits mit dem 60. Lebensjahr endet.	Eine verlängerte Leistungsdauer mit vorzeitigem Ende des Versicherungsschutzes ist beitragsgünstiger.	Tritt die BU nach Ende der Versicherungsdauer ein (z.B. mit 62), so wird keine BU-Rente gezahlt. Deshalb sollte ein finanzielles Polster geschaffen werden, um den Zeitraum bis zum Ende der Leistungsdauer (häufig übereinstimmend mit dem Altersrentenbeginn) überbrücken zu können.
Beitragszahlweise	Die Tarife sind in der Regel auf Basis eines Jahresbeitrages kalkuliert, wodurch viele Versicherer bei unterjähriger Zahlweise Beitragsaufschläge verlangen, z.B. 5% bei monatlicher Zahlweise.	Die jährliche Zahlweise ist für den Versicherungsnehmer in der Regel am preisgünstigsten, die monatliche Zahlweise hingegen durch die Verteilung der Zahlungen am angenehmsten; bei viertel- und halbjährliche Zahlweise sind die Vorteile dementsprechend gemischt.	Bei der jährlichen Zahlweise muss der komplette Jahresbeitrag zu einem Zeitpunkt aufgebracht werden, die monatliche Zahlweise ist hingegen in der Regel am teuersten.
Überschusssystem	Die Versicherer kalkulieren die Anzahl möglicher Leistungsfälle vorsichtig, d.h. sie gehen von einer größeren Anzahl aus als derzeit tatsächlich eintreten. Dadurch entstehen Überschüsse, die dem Versicherten gutgeschrieben werden. Diese können entweder zur Reduzierung des zu zahlenden Beitrags verwendet werden (Sofortrabatt) oder die Leistung erhöhen (Bonus). Legt man sich nicht von vorneherein auf eines der beiden Überschusssysteme fest, werden jeweils die preisgünstigsten Angebote aller Gesellschaften aufgelistet (optimiert).		
optimiert		Bei den Tarifen mit dem Überschusssystem Sofortrabatt ist die Leistung eine feste Größe, die sich nicht durch Überschüsse ändern kann und dadurch für die Versorgungssituation fest einplanbar ist. Bei Bonus kann sich der Beitrag nicht erhöhen.	Bei den Tarifen mit dem Überschusssystem Sofortrabatt könnte sich der zu zahlende Beitrag erhöhen, falls viele Versicherungsfälle eintreten und dadurch die Überschüsse sinken. Bei Bonus kann die Leistung bei sinkenden Überschüssen geringer werden und ist dadurch nur mit ihrem garantierten Anteil fest einplanbar.
Bonusrente		Der Beitrag kann sich nicht erhöhen.	Die BU-Rente kann bei sinkenden Überschüssen geringer werden und ist dadurch nur mit ihrem garantierten Anteil fest einplanbar.
-- Unternehmensfilter --			
Filter: M&M Rating LV-Unternehmen	Die Vergleichsergebnisse enthalten ausschließlich Tarife von Unternehmen mit dem gewählten oder einem besseren Ratingergebnis. Das M&M Rating LV-Unternehmen bewertet die Finanzstärke, den Erfolg bei den Kapitalanlagen und die Solidität der Lebensversicherungsunternehmen.	Unternehmen mit einer bestimmten Bewertung im M&M Rating LV-Unternehmen erfüllen im Rahmen des Ratings geforderte Qualitätsmerkmale bezüglich der Bilanzen.	Die auf Grund des Ratingergebnisses nicht berücksichtigten Tarife könnten andere Vorzüge wie gute Versicherungsbedingungen, eine besondere Flexibilität, günstige tarifliche Kosten oder Ähnliches aufweisen.
Filter: M&M Belastungstest	Die Vergleichsergebnisse enthalten ausschließlich Tarife von Unternehmen mit dem gewählten oder einem besseren Ergebnis im M&M Belastungstest. Der M&M Belastungstest bewertet die Solvenzmittel der Lebensversicherungsunternehmen im Fall eines Zins- und Aktiencrashs.	Unternehmen mit einer bestimmten Bewertung im M&M Belastungstest erfüllen die Solvabilitätsanforderungen des Tests.	Die auf Grund des Testergebnisses nicht berücksichtigten Tarife könnten andere Vorzüge wie gute Versicherungsbedingungen, eine besondere Flexibilität, günstige tarifliche Kosten oder Ähnliches aufweisen.

Berufsunfähigkeit

Vorgaben

Teilratingerläuterung

Teilrating	Erläuterungstext
BU Bedingungsrating	Teilrating BU-Bedingungen Der Erstellung des neuen Teilratings BU-Bedingungen ging eine intensive und langwierige Untersuchung der am Markt vorhandenen BU-Bedingungswerke voraus. Durch die erstmalige Definition der BU-Versicherung im neuen - seit 01.01.2008 gültigen - VVG mussten alle Bedingungswerke entsprechend überarbeitet und modifiziert werden. Schwerpunkt der Änderungen in den BU-Bedingungswerken und damit am M&M Teilrating BU-Bedingungen sind eindeutig die Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht. BU-Bedingungsanalyse Insgesamt besteht die neue BU-Bedingungsanalyse aus 50 Fragen. Diese werden aufgegliedert in vier Kategorien: 1. Ratingfragen 2. Ambivalente Fragen 3. Verzicht auf Leistungsausschlüsse 4. Tarifinformationen Die Fragen der Kategorien 2, 3 und 4 fließen nicht in das Teilrating BU-Bedingungen ein: Zu 1. Ratingfragen Kernpunkt des Teilratings BU-Bedingungen bilden sieben zentrale Leistungsfragen, die sowohl die höchste Gewichtung erfahren als auch ein Mindestkriterium für die Höchstwertung der 5 Sternpunkte sind. Zu 2. Ambivalente Fragen "Ambivalente Fragen" sind Fragen, die nicht eindeutig als gut oder schlecht zu werten sind, z.B die Frage der Definition des Berufs nach dauerhaftem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder die eventuell einen bestandskritischen Charakter haben könn(t)en, wie der Verzicht auf die konkrete Verweisung oder die DU-Klausel. Zu 3. Verzicht auf Leistungsausschlüsse Leistungsausschlüsse sind die bekannten Fragen ergänzt um die ABC-Klausel oder die Frage nach den fahrlässigen Verstößen im Straßenverkehr, d.h. in welchen Fällen der BU-Versicherer bedingungsgemäß nicht leistet. Zu 4. Tarifinformationen Tarifinformationen sind Fragen, die in erster Linie die tarifliche Ausgestaltung der BUZ/SBU betreffen, so z.B. ob eine lebenslange BU vereinbar ist oder Wiedereingliederungshilfen angeboten werden. Das Bewertungsverfahren Das Teilrating BU-Bedingungen besteht aus 28 Leistungsfragen. Diese Fragen sind entsprechend ihrer Bedeutung gewichtet und zwar in den Kategorien "sehr wichtig" (entspricht 5 Punkten), "wichtig" (entspricht 3 Punkten) sowie "weniger wichtig" (entspricht 1 Punkt). Im Einzelnen sind die Fragen wie folgt aufgeteilt: 12 Fragen der Kategorie 1 = max. 12 Bewertungspunkte 9 Fragen der Kategorie 3 = max. 27 Bewertungspunkte 7 Fragen der Kategorie 5 = max. 35 Bewertungspunkte Durch Summation der 28 Fragen entsprechend des Erfüllungsgrades und der Gewichtung der Frage erhält jedes Bedingungswerk eine Anzahl von Gesamtbewertungspunkten. Somit ergibt sich eine maximal zu erzielende Punktzahl von 74 Bewertungspunkten. Diese Leistungsfragen sind entweder "voll erfüllt" (entspricht 100% der Bewertungspunkte), "eingeschränkt erfüllt" (entspricht 50% der Bewertungspunkte) oder "nicht erfüllt" (entspricht 0 Bewertungspunkten). Grundsätzlich gilt eine Antwort als "eingeschränkt erfüllt", wenn weder "voll erfüllt" noch "nicht erfüllt" erreicht ist. Es wird im Erfüllungsgrad nicht noch weiter unterschieden. Grundsatz der Bewertung: Für die Höchstbewertung von 5 Sternpunkten ("ausgezeichnet") wird eine Mindestpunktzahl von 64 Bewertungspunkten gefordert. Von den 64 Bewertungspunkten wird nun in 8-Bewertungspunkte-Schritten zu den nächsten Kategorien heruntergestuft, wobei diese 8 Bewertungspunkte genau einer höchst- (5 Punkte) und einer mittel-bewerteten (3 Punkte) Leistungsfrage entsprechen, d.h. 56, 48 und 40 Bewertungspunkte sind die folgenden Mindestpunktzahlen. Zusätzlich zu den reinen Bewertungspunktezahlen werden weitere Mindest-Kriterien gefordert, um die jeweilige Klasse zu erreichen. Anbei eine Übersicht über die Bewertung des Teilratings BU-Bedingungen: 5 Sternpunkte: Bewertungspunkte: 64 bis 74 mindest eingeschränkt erfüllt: R1, R2, R7, R8, R9 voll erfüllt: R3, R4, R5, R6, R10, R11 4 Sternpunkte: Bewertungspunkte: 56 bis 63 mindest eingeschränkt erfüllt: R1, R3, R5, R10 voll erfüllt: R4 3 Sternpunkte: Bewertungspunkte: 48 bis 55 mindestens eingeschränkt erfüllt: R5 2 Sternpunkte: Bewertungspunkte: 40 bis 47 1 Sternpunkt: Bewertungspunkte: <40 Wichtiger Hinweis: Das Teilrating BU-Bedingungen ist tarifbezogen und nicht gesellschaftsbezogen.

Berufsunfähigkeit

Vorgaben

Teilrating	Erläuterungstext
Soliditätsrating	Teilrating BU-Solidität Außerhalb der reinen Analyse der BU-Bedingungen stellt sich für den Makler/Vermittler und den jeweiligen Kunden nicht nur die Frage nach dem Produkt BU-Versicherung sondern auch nach dem dahinter stehenden Unternehmen. Insbesondere nach dem Fall "Mannheimer" ist für den Makler/Vermittler noch wichtiger, wie es um die Solidität des Unternehmens bestellt ist. Finden sich im M&M LV-Unternehmensrating nun eine Vielzahl von Kennzahlen, die das Unternehmen unter Gesichtspunkten Ertrag, Sicherheit, Kostenbewußtsein, Kundenzufriedenheit und Erfolg in einem längeren Zeitraum betrachten, so spielt im Rahmen des BU-Ratings schon aus Gründen der sehr starken Marktbewegungen hier die aktuelle Situation und insbesondere der Soliditätsbereich eine entscheidende Rolle. Daher werden 5 Kennzahlen betrachtet, die unter dem Blickwinkel von Sicherheits- oder Ertragsgrößen zusammengefasst werden können. Dies sind die Bilanzkennzahlen des jeweils aktuellen Jahrgangs: - Nettoverzinsung im 3-Jahres-Schnitt (siehe M&M-Unternehmensrating-Erläuterung) - RfB-Quote (Freie RfB in Prozent der Deckungsrückstellung) - Bewertungsreserve (Differenz von Zeit- und Buchwert der gesamten Kapitalanlagen in % der Kapitalanlagen) - Eigenkapital-Quote (Eigenkapital in Prozent der Deckungsrückstellung) - Schlussüberschuss-Anteil-Fonds (SÜAF in Prozent der Deckungsrückstellung) Im Gegensatz zum M&M LV-Unternehmensrating werden diese nicht relativ zueinander bewertet, sondern für jede Quote ein (oder mehrere) Benchmark gesetzt, die erfüllt werden müssen. Ein wesentlicher Vorteil dieser Betrachtungsweise ist, dass aufgrund der Fokussierung der Bilanzkennzahlen auf die Solidität nur auf den aktuellen Jahrgang auch relativ junge BU-Versicherer geratet werden können.
Antragsrating	Teilrating BU-Antragsfragen Das Ziel des Teilratings BU-Anträge lässt sich sehr einfach formulieren: Alle Gesundheits- und gefahrerheblichen Fragen müssen inhaltlich klar, einfach verständlich und transparent formuliert sein. Dies ist zunächst die einfache Sicht des Versicherungsnehmers (VN), der einen Vertrag abschließen will. Es gibt aber noch eine weitreichendere Sicht, nämlich die des Versicherers, der umfassende Informationen über den Gesundheitszustand des VN erhalten will, um das Risiko adäquat einschätzen zu können. Dies ist natürlich auch als Schutz des Kollektivs zu verstehen und kommt damit auch dem VN zugute, der bereits einen Vertrag besitzt. In diesem Sinne darf der Versicherer im Rahmen seiner Risikoeinschätzung hinsichtlich Umfang und Ausmaß der Fragen nicht eingeschränkt werden, d.h. es darf aufgrund der Menge an Fragen keine Abwertung erfolgen. Zusätzlich müssen die Fragen so klar und präzise wie möglich gestellt werden. Eventuelle Falschaussagen eines VN können dann nur vorsätzlich geschehen (und nicht etwa unbewusst, da er die Frage nicht richtig verstanden hat). Dadurch wird das Kollektiv vor Versicherungsnehmern geschützt, die bewusste Falschaussagen treffen oder gefahrerhebende Umstände nicht angeben. Auf der anderen Seite darf der VN nicht in eine ''Falle'' gelockt werden, d.h. im Unklaren gelassen werden, was er zu beantworten und anzugeben hat - und eventuell aufgrund dieser Unklarheit nachträglich um den Versicherungsschutz gebracht werden. Als Konsequenz dieser beiden Forderungen wurde ein Verfahren entwickelt, das einerseits die Menge an Fragen nicht negativ bewertet, andererseits aber unklare Begrifflichkeiten, die dem VN zum Verhängnis werden könnten, abwertet. Das Teilrating BU-Antragsfragen besteht nun aus 5 Komponenten: - Hinweise + Informationen für VN (Gewichtung 1/6) - Klarheit der Fragestellung (Gewichtung 1/3) - Zeitliche Befristung der Fragestellungen (Gewichtung 1/3) - Konsequenz der Fragestellung (Gewichtung 1/6) - Abzuwertende Besonderheiten (Abwertung: 1/4 Sternpunkte pro Sachverhalt) Der VN muss durch den Antrag in der Lage sein, die Konsequenz und Bewandnis der Fragen zu verstehen. Somit werden folgende 4 Sachverhalte in jedem Antrag gefordert: 1. Hinweise + Informationen für VN a) Expliziter Hinweis auf die Folgen der Vorvertraglichen Anzeigepflicht (VVA), d.h. expliziter Hinweis auf Rücktritt und weitere Folgen. Es genügt kein Verweis auf ein separates Dokument oder die Schlusserklärung. Der Hinweis muss vor der eigentlichen Beantwortung der gefahrerheblichen Fragen oder Unterschrift erfolgen. b) Expliziter Hinweis auf die Nichtangabe von Gentests. Der Hinweis muss vor der eigentlichen Beantwortung der gefahrerheblichen Fragen erfolgen. c) Vor der zentralen Frage nach den Vorerkrankungen muss ein Hinweis darauf gegeben werden, wie die Beispiele zu verstehen sind; also handelt es sich bei den Beispielen um eine abschließende Liste, haben diese Beispiele minimalen oder maximalen Charakter o.ä. d) Es muss eine transparente Schweigepflichtsentbindung vorliegen. Dem VN muss deutlich eine Option eingeräumt werden, dass er die Möglichkeit hat, dass VOR Tätigwerden des VR seine Einwilligung eingeholt werden muss. Die Konsequenzen dieses Optionsrechts müssen aufgezeigt werden (zeitliche Verzögerung des Vertragsabschlusses, Ablehnung des Antragstellers, ggf. zusätzliche Kosten). Die Schweigepflichtsentbindung muss klar für Antrag und Leistungsfall getrennt sein. Diese 4 Sachverhalte sind zu prüfen, jeder fehlende Punkt führt zu einem Abzugspunkt, die Bewertung dieser Komponente liegt damit zwischen 1 und 5 Punkten. 2. Klarheit der Fragestellung Die Gesundheitsfragen müssen klar und eindeutig sein. Es muss dem VN klar sein, was gefragt wird, die abgefragten Krankheiten müssen klar sein. Jede unklare Krankheit wird pro Frage in einem Bereich mit 1 Punkt abgewertet. Die abzuwertenden Begriffe werden in einer offenen Liste erfasst. Beispiele hierfür sind: Abgeschlagenheit, Abnutzung, Atemstörungen, Ausschlag, Bluthochdruck oder erhöhter Blutdruck, Hautveränderung, Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Muttermale/Leberflecken, Ohrgeräusche, Rückenschmerzen, Schlafstörung, Schmerzen, Schwindel, Traurigkeit, Verspannungen, Verschleiß etc. All diesen Begriffen ist gemein, dass sie sehr weit reichend sind und sie damit fast jeder VN - in den letzten 5 Jahren - aus verschiedensten Gründen einmal hatte. Als Beispiel sei "Magenschmerzen" genannt. Diese "Beschwerde" ist nicht ernsthaft über 5 Jahre zurück anzugeben. Es ist damit schon alleine durch die Fragestellung ein unklarer Sachverhalt geschaffen. Gemeint sind bei einer solchen Frage wohl nur ernsthafte Magenschmerzen, wegen denen ein VN zum Arzt geht. Wenn die Frage allerdings allgemein auf die Beschwerden, also die bloßen Magenschmerzen abzielt und keinerlei Einschränkung auf ärztliche Behandlungen gegeben ist, ist die Frage nicht klar zu beantworten. Es besteht die Gefahr, dass diese Beschwerde - als Bagatelle - nicht angegeben wird, was im Sinne der Risikoprüfung auch richtig ist, der "böswillige" VR im Nachgang aber dennoch darauf abzielt und ggf. einen Rücktritt versucht. Kritisch zu betrachten sind hierbei Sachverhalte, die nicht nur durch einen Arztbesuch/-behandlung festgestellt werden können, sondern der VN auch selbst nachweisen kann und somit anzugeben hat. So ist z.B. eine Frage nach einem erhöhten Blutdruck völlig anders zu bewerten, als die Frage nach erhöhten Leberwerten oder Cholesterinwerten. Im ersten Fall kann der VN die erhöhten Werte selbst feststellen, und damit könnte der VR dem Kunden hier durchaus "einen Strick drehen", obwohl der Begriff "erhöhter Blutdruck" nicht allgemein einzuordnen ist. Erhöhte Leberwerte sind nur durch einen Arzt/Labor festzustellen und damit hinsichtlich der Angabe eindeutig und klar. In diesem Zusammenhang können die o.g. kritischen Begriffe auch präzisiert werden. So sind die über einen Zeitraum von 5 Jahren zurück nicht

Berufsunfähigkeit

Vorgaben

Teilrating	Erläuterungstext
	angebbaren Kopfschmerzen in einigen Anträgen präzisiert: Kopfschmerzen mehrmals wöchentlich o.ä. Wichtig bei der Aufzählung der Beispiele ist neben der klaren Präzisierung v.a. allgemeiner "Beschwerden", dass der VR an einer zentralen Stelle klar macht, was es mit den genannten Beispielen auf sich hat. Siehe hierzu auch unter "Hinweise + Informationen für VN". Vollkommen anders sind diese "unklaren" Sachverhalte zu bewerten, wenn sich die entsprechende Gesundheitsfrage auf die damit verbundene ärztliche Untersuchung oder Behandlung beschränkt. In diesem Fall ist klar, dass diese anzugeben sind, auch wenn ein VN "nur" wegen Magenschmerzen zum Arzt ging. Jede Frage mit unklarem Sachverhalt wird mit einem Punkt Abzug bewertet. Dies gilt nicht, wenn die Frage sich auf ärztliche Behandlung beschränkt. 3. Zeitliche Befristung der Fragestellungen Alle Gesundheitsfragen, aber auch Fragen zu Beruf, Berufswechsel, Arbeitsunfähigkeit, beantragten oder abgelehnten Versicherungsleistungen im Bereich EU/BU müssen betrachtet werden. Jede Frage, die zeitlich unbefristet ist, wird mit einem Punkt Abzug bewertet, da es dem VN nicht zuzumuten ist, alle Sachverhalte (z.B. Arztbesuche, Termine, Namen der Ärzte, Diagnosen, Behandlungen) von vor mehr als 10 Jahren noch wahrheitsgetreu und detailliert angeben zu können. Besonderheiten hierbei sind die allgemeinen Gesundheitsfragen (Krankheit, Beschwerden,...): Hier werden Fragen, die sich auf einen Zeitraum länger als 5 Jahre zurück beziehen, ebenfalls mit einem Abzug von einem Punkt versehen. Ausnahmen der zeitlichen Befristung sind Fragen nach positivem HIV-Test, Selbstmordversuch, bösartigen Tumoren und nach bezogenen Renten, nicht aber Fragen nach Hepatitis B/C, Sucht oder nach beantragten Renten. Da stationäre Behandlungen klarer im Gedächtnis bleiben, kann der abgefragte Zeitraum bei stationären Fragen auf maximal 10 Jahre ausgedehnt sein. Jeder Frage mit unbefristetem Charakter in obigem Sinne wird mit einem Punkt Abzug bewertet. 4. Konsequenz der Fragestellung Es gibt Antragsfragen, die sich gegenseitig quasi aushebeln. Häufig ist dies der Fall bei den Einzelheiten zu den Gesundheitsfragen, bei denen separat von den Gesundheitsfragen die genauen Diagnosen, Krankheiten oder Untersuchungen anzugeben sind (Beispiel: Wenn bei den Gesundheitsfragen zunächst ausschließlich nach Behandlungen durch einen Arzt gefragt wird, sollte bei den Einzelheiten dann nicht zusätzlich nach Behandlungen durch einen Heilpraktiker gefragt werden). Im Rahmen des Ratings wird überprüft, ob solche nicht konsequenten Fragestellungen vorhanden sind. Darüber hinaus sollte bei den Erläuterungen/Einzelheiten klar sein, auf welche Fragen sich diese genau beziehen, was also erläutert werden muss. Jede Frage mit inkonsequentem Charakter in obigem Sinne wird mit einem Punkt Abzug bewertet. 5. Abzuwertende Besonderheiten Hier handelt es sich um unklare, "unsaubere" Fragen oder Sachverhalte, beispielsweise salvatorische Fragen (z.B. "Bestanden noch andere Krankheiten, die hier nicht aufgeführt sind?"). Jeder dementsprechende "Sonderfall" führt zu insgesamt 0,25 Sternpunkten Abzug. Dies wird somit signifikant anders bewertet als die o.g. ersten 4 Kriterien und kommt nur in Ausnahmefällen zur Anwendung, d.h. bei Sachverhalten, die durch die obigen 4 Kriterien nicht oder nicht ausreichend abgedeckt sind. Bewertung Die ersten vier Komponenten werden anhand ihrer Gewichtung bewertet, jede Komponente von 1 -bis 5 Punkten. Davon werden die abzuwertenden Besonderheiten - wenn vorhanden - als Malus abgezogen. Es ergibt sich eine Bewertung von 1 bis 5 Sternpunkte, also von "sehr schwach" bis "ausgezeichnet".
Kompetenzteilrating	Teilrating BU-Kompetenz Für den Makler/Vermittler stellt sich beim Abschluss einer BU nicht nur die Frage nach dem Produkt BU-Versicherung, sondern auch nach dem dahinter stehenden Unternehmen. Insbesondere ist von Interesse, ob der Versicherer (VR) Erfahrung auf dem Gebiet der BU aufweisen kann, ob er im konkreten Leistungsfall Kompetenz zeigt, den Kunden sowie den Makler/Vermittler unterstützt und den Fall professionell und nach einem bestimmten internen Ablaufschema prüft und abwickelt. Darüber hinaus muss er schlichtweg seine Bestände im Griff haben, dazu benötigt er ein professionelles Controlling und interne Analyseverfahren. Die zur Beurteilung dieser Sachverhalte notwendigen Informationen können den veröffentlichten Bilanzen nicht entnommen werden. So sind in den Geschäftsberichten nicht einmal auswertbare Zahlen zu der Selbständigen BU enthalten. Daten zu Leistungsfällen oder Berufsgruppen finden sich dort ebenfalls nicht. Daher hat M&M diese Daten mittels umfangreicher Datenerhebungen bei den Gesellschaften eingeholt, in aufwendigen Testverfahren verifiziert und in einem einzigartigen Verfahren im Teilrating BU-Kompetenz in fünf Kategorien, den Komponenten 1. BU-Erfahrung (10%) 2. BU-Bestand (30%) 3. BU-Prozesse (10%) 4. BU-Leistungsfallprüfung (30%) 5. BU-Antragsprüfung (20%) im Rahmen von 1 bis 5 Punkten bewertet. Jede dieser Komponenten geht mit der o.g. Gewichtung in die Bewertung des Teilratings BU-Kompetenz ein. In diesem Teilrating wird bewertet, inwieweit der VR genügend Erfahrung und Bestandsgröße besitzt, ob er aktiv und als Vorreiter den Bereich der BU besetzt hat, ob er letztlich im Leistungsfall auch ausbezahlt, möglichst nur berechtigte Prozesse führt, ob er seine Bestände unter Controlling-Gesichtspunkten im Griff hat und (bis 2000 zurück) hatte und auch selbst detaillierte Statistiken über seine Bestände führt sowie darüber hinaus den Kunden und Makler/Vermittler kompetent unterstützt. Gesellschaften, die trotz frühzeitiger Information über das Verfahren und die Auswirkungen M&M nicht mit Daten zu diesen Sachverhalten informiert haben, werden in den einzelnen Punkten mit "k.T." (k.T. = keine Teilnahme) gekennzeichnet. Sie werden in der BU-Kompetenz nicht bewertet, da auf den wenigen nicht aussagekräftigen öffentlichen Daten im Bereich der BU eine Bewertung nicht sinnvoll ist. M&M hat mit diesem einzigartigen Teilrating BU-Kompetenz, in dem die fundierten und umfangreichen Informationen der M&M-Datenbank analysiert und bewertet werden, eine Antwort auf die Fragen gegeben, die sich verantwortungsvolle Makler/Vermittler beim Verkauf einer BU stellen. Als unabhängiges Analysehaus sind wir als einziger Marktteilnehmer in der Lage, umfassende marktweite Kenntnisse der internen Daten rund um das Thema BU entsprechend zu analysieren und aufzubereiten. Die Bewertungsverfahren und die verwendeten Daten sind derart vielfältig und umfangreich, dass eine alleinige Reduktion auf ein besonders gutes Gesamtergebnis 5 oder 4 Sterne, dem komplexen Sachverhalt der BU nicht gerecht wird. Es steht jedem Anwender von LV-WIN frei, genauer hinter das Ergebnis der Sterne zu schauen, die Unterschiede der einzelnen Anbieter sind gewaltig. 1. Komponente BU-Erfahrung Für die Komponente Erfahrung wird bewertet: - Einführungsjahr BUZ/SBU - Anzahl Verträge historisch (in 1980, 1990 und 2000) - Anzahl Leistungsfälle historisch (in 1980, 1990 und 2000) Ein VR, der das BU-Geschäft lange mit entsprechenden Bestandszahlen betreibt, erhält eine gute Bewertung.

Berufsunfähigkeit

Vorgaben

Teilrating	Erläuterungstext
	Die Komponente BU-Erfahrung geht zu 10% in das Teilrating Kompetenz ein. 2. Komponente BU-Bestand Bewertet wird hier für das aktuelle Bilanzjahr: - Die Anzahl Verträge der BUZ und SBU-Verträge - Die Höhe der eingenommenen Beiträge aus dem BU-Geschäft - Die Anzahl der Leistungsfälle Die Größe des BU-Bestands ist hinsichtlich des statistischen Risikos ein positives Merkmal. - Die bedarfsgerechte Absicherungshöhe Dies ist die durchschnittliche versicherte Monatsrente, wobei die reine Beitragsbefreiung herausgerechnet wird und die Rente anhand der Berufsgruppenstruktur des BU-Bestands angepasst wird. - Der BU-Absicherungsgrad Dies ist der Anteil an Verträgen mit BU im Verhältnis zu allen Hauptversicherungsverträgen. Berücksichtigt werden hierbei nur Verträge, die auch tatsächlich eine BUZ ermöglichen. Beispielsweise werden Riester-Verträge herausgerechnet. - Bestandscontrolling: Hier wird untersucht, inwieweit der VR seine BU-Bestände "im Griff" hat. Ein kompetenter BU-VR muss in der Lage sein, auf Knopfdruck sehen zu können, wie sich die Leistungs-, also Schadensfälle, entwickeln und ob diese mit der kalkulierten Prämie einhergehen. Wenn in der Berechnung der Prämie eine Vielzahl von Berufen individuell eingestuft und kalkuliert, sollte der VR auch wissen, ob die berufsbezogene Schadensstatistik mit der Kalkulation harmoniert. Folgende Punkte wurden u.a. untersucht: - Unterscheidung der Bestandszahlen und Leistungsfälle hinsichtlich SBU und BUZ und hier nach Rente und Beitragsbefreiung - Angabe der ausbezahlten BU-Renten - Aufgliederung nach Berufsgruppen im Bestand/Neugeschäft auch in den Leistungsfällen - Angabe aller Leistungsfälle (beantragt, anerkannt, abgelehnt) in Stück und Rentenhöhen - Statistik der Gründe der Ablehnung - Statistik der Ursache der BU - Versicherte Dauern und Alter im Neugeschäft und Bestand Die Komponente BU-Bestand geht zu 30% in das Teilrating Kompetenz ein. 3. Komponente BU-Prozesse In dieser Komponente wird die M&M BU-Prozessquote bewertet. Die M&M BU-Prozessquote setzt die Anzahl der verlorenen Prozesse ins Verhältnis zu den vom Versicherer abgelehnten Leistungsfällen. Hiermit soll bewertet werden, inwieweit der Versicherer "zu Unrecht" Prozesse führt. Eine hohe "reine" Prozessquote an sich ist nicht unbedingt schlecht, da der Versicherer natürlich das Recht haben muss, ungerechtfertigte Ansprüche notfalls per Gericht abzuwehren. Verlorene Prozesse sind allerdings in jedem Fall zu vermeiden. Da Vergleiche per se weder gut noch schlecht sind, werden diese anteilig bewertet, also mit dem Verhältnis der verlorenen zu gewonnenen plus verlorenen Prozessen gewichtet und hinzuaddiert. Um die Quote im Zeitverlauf etwas zu glätten - gerade bei BU-Prozessen wird in i.a. nicht innerhalb kurzer Zeit entscheiden, so dass sich diese über mehrere Kalenderjahre ziehen können - werden die Zahlen der letzten drei Jahre aufaddiert und damit gemittelt. Nachrichtlich wird ebenfalls die Prozesshäufigkeit ausgewiesen, also die reine Anzahl an Prozessen in der BU dividiert durch die Anzahl der BU-Verträge. Anmerkung: In Einzelfällen kann es vorkommen, dass die Bewertung der Komponente BU-Prozesse nicht mit der Bewertung der M&M BU-Prozessquote übereinstimmt. Dies ist beabsichtigt, in diesen Fällen wurde aus Plausibilitätsgründen eine Abwertung der Komponente vorgenommen. Die Komponente BU-Prozesse geht zu 10% in das Teilrating Kompetenz ein. 4. Komponente BU-Leistungsfallprüfung In dieser Komponente wird bewertet: - M&M BU-Leistungsquote Bei der M&M BU-Leistungsquote werden die anerkannten Leistungsfälle ins Verhältnis zu den beantragten Leistungsfällen gesetzt. Eine hohe Leistungsquote ist prinzipiell eher gut, da der Versicherungsnehmer im Ernstfall eine entsprechende Leistung erwartet. Überdurchschnittlich hohe Quoten werden allerdings auch moderat abgewertet, da aus Sicht des Kollektivs nicht jeder Antrag anerkannt werden sollte. Wie bei der M&M BU-Prozessquote werden auch hier die Werte der letzten drei Jahre zusammenaddiert und gemittelt. - Professionalität der Leistungsfallprüfung Hier wird geprüft, inwieweit der VR ein standardmäßiges Vorgehen der Leistungsprüfung intern durchführt und dies M&M durch einen Workflow, Anweisungen oder ähnliche Belege nachweisen konnte. Hintergrund der Bewertung ist die Tatsache, dass zwar jeder BU-Fall individuell "gestrickt" ist, dennoch allerdings ein einheitliches Vorgehen, das für alle Versicherten identisch ist, existiert. Etwas plakativer: Niemand möchte bei einem BU-VR versichert sein, bei dem abhängig von Tagesform, Geschlecht, Wohnort etc. unterschiedliche subjektive Kriterien geprüft werden. Neben der Frage, ob der VR in der Lage ist, BU-Leistungsfälle organisiert und objektiv gleich zu behandeln und beispielsweise standardisiert Anschreiben und Fragebögen verwendet, wird auch untersucht, ob der VR intern ein Bestandscontrolling durchführt und in der Lage ist, Fehlentwicklungen oder ähnliches frühzeitig zu erkennen und gegenzusteuern. Gerade unter dem Gesichtspunkt einer zunehmenden Unterscheidung nach immer mehr Berufen, muss der VR auch in der Lage sein, die Bestände und die eintretenden Invalidisierungsfälle zu analysieren. - Service im Leistungsfall Hier wird bewertet, ob der VR bei Eintritt und Anmeldung des BU-Leistungsfalls dem Makler/Vermittler und/oder Endkunden besonderen Service und Unterstützung bietet. Mögliche Bereiche sind beispielsweise die Unterstützung bei Anmeldung, Wiedereingliederung, Reaktivierung oder Umschulungen, Schulungsunterlagen, interne (Bearbeitungs)-Standards, gute Erreichbarkeit etc. Die Komponente BU- Leistungsfallprüfung geht zu 30% in das Teilrating Kompetenz ein. 5. Komponente BU-Antragsprüfung In dieser Komponente wird bewertet: - M&M BU-Annahmequote Bei der M&M BU-Annahmequote werden die angenommenen Anträge (mit Zuschlägen oder Ausschlüssen angenommene Verträge zählen nur zu 2/3 bzw. 1/3) ins Verhältnis zu den gestellten Anträgen gesetzt. Eine hohe Annahmequote ist aus Sicht des einzelnen Kunden prinzipiell eher gut. Überdurchschnittlich hohe Quoten werden allerdings auch moderat abgewertet, da aus Sicht des Kollektivs nicht jeder Antrag anerkannt werden sollte. Bei der BU-Annahmequote werden die Werte der letzten beiden Jahre aufaddiert und somit gemittelt. - Professionalität der Antragsprüfung Hier wird geprüft, inwieweit der VR standardisierte Anschreiben und Fragebögen verwendet und ob der VR ein standardmäßiges Vorgehen der

Berufsunfähigkeit

Vorgaben

Teilrating	Erläuterungstext
	Antragsprüfung intern durchführt und dies M&M durch einen Workflow, Anweisungen oder ähnliche Belege nachweisen konnte. Hintergrund der Bewertung ist - analog zu der Bewertung der Professionalität der Leistungsfallprüfung - die Tatsache, dass jeder eingehende Antrag nach einem einheitlichen Verfahren bearbeitet und geprüft werden sollte. - Service im Neugeschäft Hier wird bewertet, ob der VR im BU-Neugeschäft - beim Verkauf - dem Makler/Vermittler und/oder Endkunden besonderen Service und Unterstützung bietet. Mögliche Bereiche sind beispielsweise die Unterstützung bei der Einstufung der Berufe oder den Gesundheitsfragen, Schulungsunterlagen, interne (Bearbeitungs)-Standards, gute Erreichbarkeit etc. Die Komponente BU-Antragsprüfung geht zu 20% in das Teilrating Kompetenz ein. Anmerkung: Wird bei einer Gesellschaft anstelle einer Zahl "k.A." (k.A. = keine Angabe) ausgewiesen, so hat die Gesellschaft M&M die Freigabe zur Veröffentlichung der vertraulichen Daten nicht erteilt. Die entsprechenden Zahlen liegen M&M jedoch vor und wurden bei der Erstellung des Ratings berücksichtigt.

Leistungsfilter

	erfüllt	mind. eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	Wert
Ratingfrage				
R01: Rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung				
R02: Prognosezeitraum 6 Monate				
R03: 6 Monate Leistungsfall = Leistung von Beginn an				
R04: Verzicht auf abstrakte Verweisung				
R05: Verzicht auf unübliche Einschränkungen				
R06: Verzicht auf § 19 VVG bei unversch. Anzeigepflichtverl.				
R07: Verzug ins Ausland				
R08: Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall				
R09: Beitragsstundung bis zur endgültigen Entscheidung				
R10: Verzicht auf abstrakte Verweisung bei der Nachprüfung				
R11: Verzicht auf Umorganisation bei weisungsgebundenen MA				
R12: Zuletzt ausgeübter Beruf				
R13: Zumutbare ärztliche Anweisungen				
R14: Überbrückungsmöglichkeiten				
R15: Nachversicherung bei Heirat und Geburt/Adoption				
R16: Nachversicherung bei weiteren Ereignissen				
R17: Nachversicherung bei Überschusssystem Bonusrente				
R18: Definition der "bisherigen Lebensstellung"				
R19: Hinweis auf Umorganisation bei Selbständigen				
R20: Altersabhängiger Verzicht auf abstrakte Verweisung				
R21: Vorübergehendes Ausscheiden aus dem Beruf				
R22: Einmalzahlung im Leistungsfall				
R23: Umwandlung in beitragsfreie Versicherung				
R24: Regelung für Nachzahlung gestundeter Beiträge				
R25: Hinweis auf Dauer des Rücktrittsrechts				
R26: Information über den Stand der Leistungsprüfung				
R27: Verzicht auf Untersuchungen im Inland				

Berufsunfähigkeit

Vorgaben

	erfüllt	mind. eingeschränkt erfüllt	nicht erfüllt	Wert
R28: Meldepflicht bei gesundheitlichen Verbesserungen				

Ambivalente Frage

A01: Verzicht auf Beitragsanpassung nach § 163 VVG				
A02: Verzicht auf konkrete Verweisung				
A03: Verzicht auf zeitlich befristetes Anerkenntnis				
A04: Gesetzliche EU = BU				
A05: Dauerhaftes Ausscheiden aus dem Beruf				
A06: DU-Klausel				
A07: Nachversicherung bei Abschluß der Berufsausbildung				
A08: Infektionsklausel				

Verzicht auf Leistungsausschluß

L01: Innere Unruhen				
L02: Kriegsereignisse im Ausland				
L03: Vergehen im Straßenverkehr				
L04: Fahrtveranstaltungen mit Kfz				
L05: Luftfahrten				
L06: Strahlen				
L07: ABC-Stoffe				

Tarifinformation

T01: Wiedereingliederungshilfe bei Reaktivierung				
T02: Staffelregelung des BU-Grades				
T03: Karenzzeiten				
T04: Lebenslange BU-Rente				
T05: Beitragsdynamik der versicherten Leistungen				
T06: Garantierte Rentendynamik im Leistungsfall				0 %
T07: Beitragsfreie Dynamisierung der Hauptversicherung				0 %

Berufsunfähigkeit

Vorgaben

Fragenerläuterung

-- Ratingfrage --	
R01: Rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung	Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht in der Regel mit dem Ablauf des Monats, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist. (Wurden Karenzzeiten vereinbart, erst nach Ablauf der Karenzzeit.) Die Meldung des Versicherungsfalls sollte umgehend erfolgen, da bei verspäteter Meldung unter Umständen ein Leistungsanspruch erst mit dem Beginn des Monats der Mitteilung entstehen kann. Verspätete Meldungen (z.B. weil eine eingetretene Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zunächst für eine akute, vorübergehende Erkrankung gehalten wurde) können also zu Leistungseinbußen führen. Alle Versicherer, die das Bedingungsrating in diesem Punkt "mindestens eingeschränkt erfüllen", leisten mindestens drei Jahre rückwirkend, wenn der Versicherte den Versicherungsfall verspätet anmeldet und beweisen kann, dass während dieses Zeitraums tatsächlich ununterbrochen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen bestanden hat. (Gewichtung: sehr wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte)
R02: Prognosezeitraum 6 Monate	Ursprünglich mußte der Versicherte "voraussichtlich dauernd" außerstande sein, seinen Beruf (oder einen Vergleichsberuf) weiter auszuüben. Dies ist eine der in der Definition des Begriffs "Berufsunfähigkeit" genannten Voraussetzungen. Da es im Einzelfall sehr schwierig sein kann, eine ärztliche Prognose abzugeben, die dem Begriff "voraussichtlich dauernd" genügt, verkürzen viele Versicherer den Prognosezeitraum auf "voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen". Grundsätzlich gilt es allerdings in allen Fällen, in denen keine sichere Zukunftsprognose möglich ist, auch als Berufsunfähigkeit, wenn eine Berufsunfähigkeit mindestens sechs Monate lang ununterbrochen bestanden hat und dieser Zustand andauert. Bei einem Prognosezeitraum von (nur) 6 Monaten ist zu beachten, daß hier schon langwierige Krankheiten (komplizierte Beinbrüche, Komplikationen bei Schwangerschaften o.ä.) zur Leistung führen können, die im eigentlichen Sinne keine BU sind. Daher wird für die Höchstwertung nur noch eine eingeschränkte Erfüllung dieser Frage gefordert. Analog gilt diese Regelung auch für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit. (Gewichtung BU: sehr wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte) (Gewichtung Pflege: wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte)
R03: 6 Monate Leistungsfall = Leistung von Beginn an	Nach sechsmonatiger ununterbrochener Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit, die als solche nicht von Beginn an erkennbar war, gilt die "Fortdauer dieses Zustandes" als Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit. Die Rente wird also in diesem Fall ab dem siebten Monat gezahlt. Viele Versicherer leisten in diesen Fällen rückwirkend, zahlen somit "von Beginn an". Dies ist bei allen Versicherern der Fall, die in diesem Punkt das Rating "voll erfüllen". (Gewichtung BU: sehr wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte) (Gewichtung Pflege: wichtig; kein Mindestkriterium)
R04: Verzicht auf abstrakte Verweisung	Der Versicherer hat grundsätzlich ein Verweisungsrecht im Berufsunfähigkeitsfall. Die Definition des BU-Begriffs verlangt, dass der Versicherte außerstande sein muss, "seinen Beruf ... oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht." Die Bedingung "bisherige Lebensstellung" verhindert, dass der Versicherer auf eine Tätigkeit verweisen kann, die einen erheblichen sozialen Abstieg oder deutlich geringeres Einkommen mit sich bringt. Die Formulierung "Kenntnisse und Fähigkeiten" ist bei einigen Versicherern durch die Worte "Ausbildung und Erfahrung" ersetzt. Problematisch ist eine derartige Verweisung deshalb, weil der Versicherte in der Regel in dem Verweisungsberuf gar keinen Arbeitsplatz hat, die Verweisung also rein abstrakt auf ein zwar existierendes, aber nicht konkret vorhandenes Berufsbild erfolgt. Sehr viele Versicherer bieten Bedingungen an, in denen sie auf das Recht auf abstrakte Verweisung verzichten. Es wird dann nur geprüft, ob der Versicherte die gesundheitlichen Voraussetzungen für den BU-Zustand erfüllt und ggf. ob er nicht schon eine Tätigkeit konkret ausübt, auf die er verwiesen werden kann. Der Verweisungsverzicht ist insbesondere von Bedeutung bei Berufen, die über eine geringe Spezialisierung und ein nicht sehr hohes Sozialprestige verfügen. Der reine (abstrakte) Verweisungsverzicht ist weiterhin die zentrale Frage des Teilratings BU-Bedingungen. Weitere in diesem Zusammenhang ebenfalls relevante Sachverhalte, wie die Definition der Lebensstellung oder des Berufs, werden in eigenen Ratingfragen analysiert und bewertet. (Gewichtung: sehr wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte)
R05: Verzicht auf unübliche Einschränkungen	Manche Bedingungswerke sehen Leistungsausschlüsse oder Mitwirkungspflichten vor, die normalerweise nicht angewendet werden. So schließen manche Versicherer ganze Krankheitszweige vom Versicherungsschutz aus. Deshalb zeichnen sich derartige Klauseln durch einen völlig überraschenden Charakter aus. Diese Frage hat somit einen allgemeinen Charakter und greift auf alle Sachverhalte zu, die in den Bedingungen aufgeführt oder eben nicht aufgeführt sind. (Gewichtung: sehr wichtig; Mindestkriterium für 3 Punkte)
R06: Verzicht auf § 19 VVG bei unversch. Anzeigepflichtverl.	Stellt sich im Laufe des Vertragsverhältnisses heraus, daß bereits bei Vertragsbeginn ein erhöhtes Risiko vorlag, das dem Versicherer nicht bekannt war, weil der Versicherungsnehmer die gestellten Antragsfragen nicht korrekt beantwortet hat, kann der Versicherer je nach Schwere des Verschuldens vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder nur anpassen. Wurde die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten (§ 19 Abs. 2 VVG). Wenn die Anzeigepflicht einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt wurde, kann der Versicherer den Vertrag gemäß § 19 Abs. 3 VVG kündigen. Hätte der Versicherer den Vertrag zu anderen Bedingungen angenommen, hat er gemäß § 19 Abs. 4 VVG nur das Recht zur Vertragsanpassung. Alle Versicherer, die dieses Kriterium "voll erfüllen", verzichten über die gesetzlichen Regelungen hinaus auf ihr Recht auf Kündigung und Vertragsanpassung, wenn der Versicherungsnehmer die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt hat. (Gewichtung BU: sehr wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte) (Gewichtung Pflege: wichtig; kein Mindestkriterium)
R07: Verzug ins Ausland	Während eines normalen Urlaubsaufenthalts (meist bis 6 Monate) besteht weltweiter Versicherungsschutz. Bei einigen Versicherern besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherte auf Dauer oder über einen längeren Zeitraum ins Ausland verzieht. Ein europaweiter Versicherungsschutz wird mit "eingeschränkt erfüllt", ein weltweiter Versicherungsschutz mit " voll erfüllt" bewertet. Sowohl die Beitragszahlungsphase als auch die Leistungsphase müssen weltweit sein. (Gewichtung: sehr wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte)
R08: Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall	Gemäß der gesetzlichen Berufsunfähigkeitsdefinition im § 172 Abs. 2 VVG ist berufsunfähig, wer "... infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall" seinen Beruf nicht mehr ausüben kann. Der Gesetzgeber stellt mit dieser Definition klar, dass die Ursache der Berufsunfähigkeit nicht in normgerechten Altersbeschwerden liegen kann. Vor der VVG-Reform lautete die marktübliche Regelung "Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall", wobei der Gesetzgeber auch hier den Kräfteverfall als "ein Nachlassen der körperlichen oder geistigen Kräfte oder die Minderung der Belastbarkeit über den altersentsprechenden Zustand hinaus" definierte. Zwischen diesen beiden Definitionen besteht kein ratingrelevanter Unterschied, daher wird das Kriterium in beiden Fällen als "voll erfüllt" bewertet. Kritisch zu sehen ist hier ein Wegfall einer der drei genannten Ursachen, oder weitere Einschränkungen z.B. auf allgemein medizinisch anerkannte Krankheiten. (Gewichtung wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte) ### Bei dieser Frage geht es um den zentralen Sachverhalt, aufgrund welcher Ursache die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, damit der Versicherer leisten muß. In den meisten Fällen finden sich die drei Ursachen Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall ohne weitere Erläuterung oder Einschränkung. Kritisch zu sehen ist hier insbesondere ein Wegfall einer der drei genannten Ursachen. (Gewichtung wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte).
R09: Beitragsstundung bis zur endgültigen Entscheidung	Grundsätzlich müssen die Beiträge bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht weitergezahlt werden. Wird die Leistungspflicht anerkannt, werden die zuviel gezahlten Beiträge erstattet. Die meisten Versicherer sind bereit, bei Leistungsanmeldung die Beiträge auf Antrag während der Dauer der Leistungsprüfung zu stunden. (Gewichtung BU: wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte) (Gewichtung Pflege: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)

Berufsunfähigkeit

Vorgaben

R10: Verzicht auf abstrakte Verweisung bei der Nachprüfung	Grundsätzlich kann der Versicherer bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit die gleichen Sachverhalte prüfen, die er bei der Erstprüfung untersucht hat. Dies ist in erster Linie die Frage, ob Berufsunfähigkeit überhaupt (noch) besteht, also die Frage nach dem Gesundheitszustand. Darüber hinaus kann er die Frage der Verweisbarkeit erneut prüfen; allerdings nur dann, wenn er sie bei der Erstprüfung ebenfalls prüfen konnte. Viele Versicherer, die auf die abstrakte Verweisung verzichten, haben dies auch bei den Regelungen zur Nachprüfung dokumentiert. Bei anderen Versicherern ergibt sich der Verzicht auf eine erneute Verweisungsprüfung nicht aus dem Bedingungstext zur Nachprüfung, sondern nur konkludent aus dem ursprünglichen Verweisungsverzicht. (Gewichtung: wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte)
R11: Verzicht auf Umorganisation bei weisungsgebundenen MA	Weisungsgebundene Mitarbeiter können üblicherweise ihr Tätigkeitsfeld nicht selbst umgestalten. Daher sollte im Rahmen der BU-Versicherungen bei der Leistungsprüfung bei weisungsgebundenen Mitarbeitern keine Umorganisation des Arbeitsplatzes verlangt werden. Umorganisation bedeutet, dass vom Versicherer geprüft wird, inwieweit durch eine Veränderung am Arbeitsplatz die ausgeübte Tätigkeit soweit verändert werden kann, dass der Versicherte im neuen Tätigkeitsfeld nicht mehr berufsunfähig ist. (Gewichtung: wichtig; Mindestkriterium für 5 Punkte)
R12: Zuletzt ausgeübter Beruf	Bei dieser Frage geht es darum, ob der Versicherer das Recht besitzt, mehr als einen Beruf im Leistungsfall zu prüfen. Je mehr Berufe geprüft werden können, desto wahrscheinlicher ist es, dass der Versicherte den BU-Grad zum Leistungserhalt nicht erfüllt. In einigen Bedingungen ist eine "Mißbrauchsklausel" eingefügt, die den Fall abwehren soll, dass ein Versicherter mutwillig einen "schlechteren" Beruf annimmt, um in diesem eher berufsunfähig zu werden. (Bsp: Ein Pförtner, der Rückenprobleme hat, wird körperlich tätiger Getränkeausfahrer). Allerdings ergab die M&M-Leistungsprüfer-Befragung, die im Zusammenhang mit der Erstellung dieses Ratings durchgeführt wurde, keinerlei Anhaltspunkte, dass ein solcher Fall jemals eingetreten wäre. Dennoch führt diese "Mißbrauchsklausel" nicht zu einer Abwertung, sondern zu einer eingeschränkten Erfüllung, wenn o.g. Fall in dieser Form spezifiziert ist. Die Prüfung des vorherigen Berufs bei jeder Art von Berufswechsel (innerhalb von 24 Monaten ohne weitere Erläuterungen) führt zu der Bewertung "nicht erfüllt". (Gewichtung: wichtig; kein Mindestkriterium)
R13: Zumutbare ärztliche Anweisungen	Nach dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB) ist der Versicherungsnehmer zur Minderung des Schadens verpflichtet und soweit für ihn zumutbar, Maßnahmen zu ergreifen, die zu einer Minderung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung führen. Bei dieser Frage geht es um die Zumutbarkeit von ärztlichen Anordnungen, d.h. was der Versicherte selbst tun muss, um die Gesundheit zu verbessern bzw. die Berufsunfähigkeit oder den Grad der Pflegebedürftigkeit zu mindern. Während die meisten Versicherer in den vergangenen Jahren auf die Arztanordnungsklausel verzichteten, sind in den neueren Bedingungen nun die Mitwirkungspflichten oft genau spezifiziert. Werden diese nicht befolgt, kann der Versicherer die Leistung solange verweigern, bis der Versicherte die ärztlichen Anweisungen befolgt. Ein Entfall dieser Klausel ist positiv zu sehen, ebenso eine ausführliche Darstellung der Mitwirkungspflichten, d.h. diese müssen gefahrlos, ohne besondere Schmerzen und mit sicherer Aussicht auf Erfolg definiert sein. Kritisch in diesem Zusammenhang sind Mitwirkungspflichten zu sehen, die über normale orthopädische oder andere Heil- und Hilfsmittel hinausgehen, wie Diäten oder Suchtentzug. (Gewichtung: wichtig; kein Mindestkriterium)
R14: Überbrückungsmöglichkeiten	Bei diesem Kriterium geht es um kundenfreundliche Regelungen, den Versicherungsschutz aufrecht zu erhalten, wenn finanzielle Probleme auftreten. Positiv sind Beitragsstundungen o.ä. zu betrachten. (Gewichtung BU: wichtig; kein Mindestkriterium) (Gewichtung Pflege: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R15: Nachversicherung bei Heirat und Geburt/Adoption	Nachversicherungsgarantien, d.h. die Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung, bei bestimmten besonderen Ereignissen sind positiv zu betrachten. In dieser Frage werden die Möglichkeiten der Erhöhung der Versicherungsleistungen bei familiären Veränderungen betrachtet. (Gewichtung BU: wichtig; kein Mindestkriterium) (Gewichtung Pflege: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R16: Nachversicherung bei weiteren Ereignissen	Außerhalb familiärer Veränderungen können weitere wichtige Ereignisse es erfordern, einen erhöhten Versicherungsschutz nachzuversichern, so z.B. Volljährigkeit, Immobilienerwerb, erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze oder die Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit. (Gewichtung BU: wichtig; kein Mindestkriterium) (Gewichtung Pflege: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R17: Nachversicherung bei Überschusssystem Bonusrente	Bietet der Versicherer das Überschusssystem Bonus an, so stellt sich die Frage, was passiert, wenn der Bonus aufgrund einer Überschusssenkung vermindert wird, der Bedarf des Versicherten allerdings auf die garantierte Rente plus Bonusrente ausgerichtet war. Daher sollte hier eine Nachversicherung ohne eine erneute Gesundheitsprüfung in Höhe der durch Überschusssenkung reduzierten Bonusrente möglich sein. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R18: Definition der "bisherigen Lebensstellung"	Bei der Frage nach der "bisherigen Lebensstellung" geht es darum, inwieweit eine konkrete Tätigkeit ausgeübt werden kann, ohne dass der Versicherer den Versicherten verweisen kann. Nach der derzeitigen Rechtsprechung ist diese Lebensstellung sowohl wirtschaftlich (Einkommenshöhe) als auch sozial (Wertschätzung) zu sehen. Wenn diese beiden Punkte in den Bedingungen aufgeführt sind, wird diese Frage als "voll erfüllt" gewertet. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R19: Hinweis auf Umorganisation bei Selbständigen	Im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherungen gilt für Selbständige bei der Leistungsprüfung im Gegensatz zu weisungsgebundenen Mitarbeitern die Tatsache, dass eine zumutbare Umorganisation des Arbeitsplatzes durchgeführt werden muss. Dies bedeutet, dass vom Versicherer geprüft wird, inwieweit durch eine Veränderung am Arbeitsplatz die ausgeübte Tätigkeit soweit verändert werden kann, dass der Selbständige im neuen Tätigkeitsfeld nicht mehr berufsunfähig ist. Die Zumutbarkeit bedeutet nun, inwieweit diese Umorganisation so durchgeführt werden kann, dass dem Versicherten keine Einbußen in finanzieller Hinsicht entstehen, er keine hohen Kapitalmittel hierfür aufwenden muss oder das verbleibende Tätigkeitsfeld mit zu hohen Beschränkungen auferlegt ist. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R20: Altersabhängiger Verzicht auf abstrakte Verweisung	Wenn der Versicherer nicht ausdrücklich darauf verzichtet hat, hat er ein Verweisungsrecht im BU-Fall. Einige Versicherer verzichten bei älteren Versicherten darauf, dieses Verweisungsrecht abstrakt auszuüben, also auf einen Beruf zu verweisen, der zur Zeit vom Versicherten nicht ausgeübt wird, aber ausgeübt werden könnte. Der Versicherer prüft statt dessen ab dem jeweils angegebenen Alter nur, ob bereits konkret eine andere Tätigkeit, auf die er verweisen kann, tatsächlich ausgeübt wird. Ist dies der Fall, kann der Versicherte auf diese Tätigkeit, die er bereits ausübt, verwiesen werden. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R21: Vorübergehendes Ausscheiden aus dem Beruf	Beim vorübergehenden Ausscheiden aus dem Berufsleben (z.B. Elternzeit) wird eventuell eine Tätigkeit ausgeübt, die mit dem vorherigen Berufsbild nichts mehr zu tun hat und nur zeitweise vorgesehen ist. Somit sollte bei der BU-Prüfung der zuletzt ausgeübte Beruf - vor der Unterbrechung - geprüft werden. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R22: Einmalzahlung im Leistungsfall	Im Fall der Leistungsanerkennung ist es oftmals notwendig, organisatorische Maßnahmen zu treffen, um das "neue Leben" entsprechend zu gestalten. Hier kann für den Versicherten ein nicht unerheblicher kostenmäßiger Aufwand entstehen. Manche Bedingungen sehen hier eine einmalige Zahlung bei Anerkennung der Leistungspflicht vor. Da diese natürlich entsprechend mit eingepreist sein muss, muss diese Anfangshilfe/Übergangshilfe/Einmalzahlung u.U. gegen entsprechenden Mehrbeitrag mitversichert werden. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R23: Umwandlung in beitragsfreie Versicherung	Aufgrund wirtschaftlicher Zwänge kann der Versicherte Probleme bekommen, seinen Versicherungsschutz aufrecht zu erhalten. Für diesen Fall sollte der Versicherer kundenfreundliche Regelungen bereitstellen. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R24: Regelung für Nachzahlung gestundeter Beiträge	Beantragt der Versicherungsnehmer eine Versicherungsleistung und wird diese abgelehnt, so sollten seitens des Versicherers entsprechende kundenfreundliche Regelungen angeboten werden, so dass der Versicherungsnehmer nicht alle Beiträge, die er während der Leistungsprüfung nicht weitergezahlt hatte, auf einen Schlag zurückzahlen muss. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)

Berufsunfähigkeit

Vorgaben

R25: Hinweis auf Dauer des Rücktrittsrechts	Das Versicherungsvertragsgesetz verpflichtet den Kunden, die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten, damit der Versicherer sich ein Bild von dem zu übernehmenden Risiko machen kann. Stellt sich später heraus, dass die Antworten unzutreffend oder (z.B. aus Vergesslichkeit) nicht vollständig waren, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Gemäß § 21 Absatz 3 VVG erlöschen die Rücktrittsrechte des Versicherers nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre. Alle Versicherer erhalten hier eine Wertung "voll erfüllt", wenn sie den Versicherungsnehmer in ihren Bedingungen auf die Dauer dieses Rücktrittsrechts hinweisen. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R26: Information über den Stand der Leistungsprüfung	Aufgrund der Komplexität der Prüfung eines Leistungsfalles, bei dem eventuell auch Ärzte und/oder Gutachter eingeschaltet sind, die diese Fälle oft nicht mit höchster Priorität bearbeiten, kann keine sinnvolle Zeitabschätzung für die Gesamtdauer des Vorganges der Leistungsprüfung angegeben werden. Dennoch sollte der Versicherer gerade bei solch langwierigen Prozessen den Versicherten regelmäßig - und von sich aus - über den Bearbeitungsstatus informieren. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
R27: Verzicht auf Untersuchungen im Inland	Wenn der Versicherte sich im Ausland aufhält, stellt sich die Frage, ob ärztliche Untersuchungen im Ausland akzeptiert werden oder ob der Versicherte verpflichtet wird, diese Untersuchungen im Inland durchführen zu lassen. Wenn letzteres gefordert wird, stellt sich außerdem die Frage, wer die hierfür anfallenden Reisekosten aufbringt. Trägt der Versicherer bedingungsgemäß diese Kosten, wird das Ratingkriterium voll erfüllt. (Gewichtung BU: weniger wichtig; kein Mindestkriterium) (Gewichtung Pflege: wichtig; kein Mindestkriterium)
R28: Meldepflicht bei gesundheitlichen Verbesserungen	Der Versicherte, der berufsunfähig bzw. pflegebedürftig ist, sollte gesundheitliche Verbesserungen, die eventuell den Leistungsgrad reduzieren, dem Versicherer melden. Allerdings sind Fälle denkbar, bei denen dem Versicherten nicht klar ist, daß die gesundheitliche Verbesserung dazu führt, daß der Leistungsgrad nicht mehr erreicht wird, und der Versicherer die Leistung einstellen kann. In diesem Fall stellt sich die Frage, ob der Versicherte dann die nicht gezahlten Beiträge zurückzahlen muss. Auf der anderen Seite gilt, dass der Versicherer im Zuge der Nachprüfung jederzeit den Gesundheitszustand des Versicherten überprüfen kann. (Gewichtung: weniger wichtig; kein Mindestkriterium)
-- Ambivalente Frage --	
A01: Verzicht auf Beitragsanpassung nach § 163 VVG	Diese Frage bezieht sich auf § 163 VVG (Versicherungsvertragsgesetz). Zusätzlich regeln manche Versicherer dies in den Bedingungen durch Verwendung einer Beitragsanpassungsklausel. Der § 163 VVG regelt, dass Lebensversicherungsunternehmen für Berufsunfähigkeits- und Pflegerententarife bei schlechtem Schadenverlauf die Beiträge unter Einhaltung bestimmter Prozeduren erhöhen können. Dies gilt auch für die Zusatzversicherung. Einige Versicherer weisen durch eine Klausel in ihren Tarifbedingungen auf dieses Recht ausdrücklich hin. Nach dem Gesetz und/oder der Klausel hat der Versicherer das Recht, auch für bestehende Verträge nach Überprüfung durch einen unabhängigen Treuhänder den Beitrag anzupassen, wenn sich eine - nicht nur vorübergehende - Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber der ursprünglichen Kalkulation ergibt. Bei diesen Unternehmen sind also weder eventuelle Nettobeiträge (durch Verrechnung von Gewinnanteilen) noch Brutto-Tarifbeiträge für die gesamte Vertragsdauer garantiert. Manche Versicherer erklären nun in ihren Bedingungen oder an anderer Stelle, dass sie auf ihr Recht nach § 163 VVG verzichten. Zumindest die im Versicherungsschein ausgewiesenen Tarifbeiträge sind somit bei diesen Versicherern für die Vertragsdauer garantiert. Der Nutzen dieser Klausel wird kontrovers diskutiert. Die Klausel darf nur bei heute nicht erkennbaren Veränderungen im Leistungsbedarf angewendet werden, nicht aber, wenn ein Versicherungsunternehmen nachweislich mit Dumping-Prämien arbeitet. Der Verzicht des Versicherers auf diese Klausel schützt also den einzelnen Versicherten davor, dass bei Auftreten heute nicht erkennbarer Risiken seine Beiträge unbezahlbar werden. Dafür geht er - so die gegenteilige Argumentation - in diesen Fällen das Risiko ein, dass er seinen Versicherungsschutz gänzlich verliert, wenn der Versicherer nämlich deshalb zahlungsunfähig wird, weil er keine Möglichkeit mehr hat, die erhöhten unvorhersehbaren Kosten auf die Versicherten umzulegen. Aus diesen Gründen wird diese Frage als ambivalent eingeordnet.
A02: Verzicht auf konkrete Verweisung	Bei einem konkreten Verweisungsverzicht verzichtet der Versicherer auf jegliche Verweisung. Im Gegensatz zum abstrakten Verweisungsverzicht kann der Versicherte damit auch nicht verwiesen werden, wenn er eine Tätigkeit konkret ausübt. Es sind Fälle denkbar, bei denen der Versicherte in seinem alten Beruf berufsunfähig wird und einen eventuell höher bezahlten anderen Beruf ausübt, sich also besser stellt, und der Versicherer dennoch seine Leistung erbringen muss. Aufgrund der inhärenten Gefahr des Missbrauchs und der potentiellen Bestandsgefährdung beinhaltet die eigentlich extrem kundenfreundliche Regelung (für den Kunden, der berufsunfähig wird) einen ambivalenten Charakter, d.h. kann Vor- oder Nachteil bedeuten.
A03: Verzicht auf zeitlich befristetes Anerkenntnis	Viele Versicherer verzichten in ihren Bedingungen ausdrücklich auf eine zeitliche Befristung der Leistungsanerkenntnis bei der Erstprüfung. Jedoch darf gemäß § 173 VVG das Anerkenntnis nur einmal zeitlich befristet werden und ist bis zum Ablauf der Frist bindend. Allerdings kann es in gewissen Fällen auch sinnvoll und für die versicherte Person positiv sein, eine zeitliche Befristung auszusprechen. Daher wird diese Frage als ambivalent eingeordnet.
A04: Gesetzliche EU = BU	Wenn der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einem Versicherten allein aus medizinischen Gründen eine Erwerbsminderungsrente anerkannt hat, sollte im Regelfall aufgrund der schärferen Definition eine Berufsunfähigkeit vorliegen. Allerdings gibt der Versicherer in diesem Fall die Leistungsprüfung aus der Hand und kann eventuell politischen Interessen ausgeliefert sein. Daher wird diese Frage als ambivalent eingeordnet.
A05: Dauerhaftes Ausscheiden aus dem Beruf	Wenn der Versicherte für eine längere Zeit aus dem Berufsleben ausgeschieden ist, stellt sich die Frage, welcher Beruf auf die Berufsunfähigkeit geprüft werden soll. Die Frage wird als ambivalent eingeordnet, da es je nach Ausgestaltung der tatsächlich letzten Tätigkeit für den Versicherten gut oder schlecht sein kann, wenn in den Bedingungen eine Spezifikation des zu prüfenden Berufs angegeben ist.
A06: DU-Klausel	Einige Bedingungswerke weisen Besonderheiten für Beamte aus. Diese erhalten eigene Klauseln für die Definition der Berufsunfähigkeit. Diese besagen, dass bei Beamten die Versetzung bzw. Entlassung in den Ruhestand wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit gleichbedeutend mit der Berufsunfähigkeit ist, d.h. der Versicherer leistet, wenn der Dienstherr den Beamten dienstunfähig (DU) erklärt. Bei der Ausgestaltung der DU-Klausel ist von Interesse, ob auf die DU aus gesundheitlichen Gründen hingewiesen wird und damit der Versicherer eventuell ein Recht der eigenen Prüfung besitzt. Die Frage wird als ambivalente Frage eingeordnet, da mit der DU-Klausel der Versicherer das Recht der Prüfung aus der Hand gibt.
A07: Nachversicherung bei Abschluß der Berufsausbildung	Nachversicherungsgarantien nach Abschluß der Berufsausbildung sind naturgemäß nicht für alle Berufe von Interesse, daher wird diese Frage als ambivalent eingeordnet.
A08: Infektionsklausel	Einige Bedingungswerke enthalten eine Infektionsklausel, in der geregelt wird, dass ein behördliches Tätigkeitsverbot bei bestimmten Berufsgruppen als Berufsunfähigkeit gilt. In der Regel sollte ein behördliches Tätigkeitsverbot aufgrund von Infektionen auch ohne Infektionsklausel zu einer Berufsunfähigkeit führen. Da davon auch nur bestimmte Berufsgruppen betroffen sind, wird diese Frage als ambivalent eingestuft.
-- Verzicht auf Leistungsausschluß --	
L01: Innere Unruhen	Zu den grundsätzlichen Leistungsausschlüssen zählen innere Unruhen. Viele Versicherer gewähren aber dann eine Rentenleistung, wenn der Leistungsfall durch innere Unruhen, an denen der Versicherte nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, verursacht wurde.
L02: Kriegsereignisse im Ausland	Zu den grundsätzlichen Leistungsausschlüssen zählen Kriegsereignisse. Viele Versicherer gewähren aber dann eine Rentenleistung, wenn der Leistungsfall durch Kriegsereignisse im Ausland, an denen der Versicherte nicht aktiv beteiligt war, verursacht wurde.
L03: Vergehen im Straßenverkehr	Alle Versicherer leisten auch dann, wenn der Leistungsfall durch fahrlässige Verstöße, z.B. im Straßenverkehr, verursacht wurde. Bei vorsätzlicher Ausführung oder dem strafbaren Versuch eines Verbrechens verweigern die Versicherer in der Regel die Leistung. Tarife mit einem "voll erfüllt" leisten explizit auch bei grob fahrlässigen Verstößen oder bei jeglichen Verstößen im Straßenverkehr.

Berufsunfähigkeit

Vorgaben

L04: Fahrtveranstaltungen mit Kfz	"Beteiligungen an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und die dazu gehörenden Übungsfahrten" gelten als nicht versichert. Viele Versicherer verzichten auf diesen Leistungsausschluss.
L05: Luftfahrten	Bei einem Leistungsfall, der durch eine "Luftfahrt" verursacht wurde, wird bisweilen nur geleistet, wenn die Luftfahrt gemäß den Bestimmungen der Luftfahrtklausel stattgefunden hat. Diese Klausel gewährt faktisch nur dann Versicherungsschutz, wenn die Luftfahrt in Passagierflugzeugen stattgefunden hat, bei denen der Versicherte nicht als Besatzungsmitglied unterwegs war. Viele Versicherer verzichten auf die Luftfahrtklausel oder haben sie entsprechend erweitert. Sie versichern somit auch Luftfahrten in Segelflugzeugen und anderen Fluggeräten (wie Paragliding etc.). Grundsätzlich gilt: Werden diese "Luftfahrten" aber bereits bei Antragstellung betrieben, müssen sie meist im Antrag angegeben werden. Ggf. ist dann ein Zuschlag erforderlich.
L06: Strahlen	Bei "normalen" Strahlenunfällen leisten nahezu alle Versicherer. Sind diese Strahlen allerdings aufgrund einer Ursache, die viele Menschen betrifft und den Einsatz des Katastrophenschutzes o.ä. erfordert, verursacht, wird oft ein Leistungsausschluß verhängt.
L07: ABC-Stoffe	Zu den grundsätzlichen Leistungsausschlüssen zählt im Zusammenhang mit den Geschehnissen zum 11.September 2001 nun der Leistungsfall, der durch den Einsatz von ABC-Waffen ausgelöst wurde, mit terroristischem Hintergrund.
-- Tarifinformation --	
T01: Wiedereingliederungshilfe bei Reaktivierung	Wenn eine Berufsunfähigkeit dadurch endet, dass der Versicherte wieder in seinen Beruf zurückkehrt oder - sofern möglich - auf einen anderen Beruf verwiesen wird, zahlen einige Versicherer Wiedereingliederungshilfen, meist in Höhe von einigen Monatsrenten. Analog gilt diese Regelung bei Pflegerentenzahlungen und -tarifen, wenn sich durch gesundheitliche Verbesserungen der Umfang der Pflegebedürftigkeit so gemindert hat, dass die Leistungspflicht entfällt.
T02: Staffelregelung des BU-Grades	Normalerweise wird eine Versicherungsleistung erst erbracht, wenn eine mindestens 50%-ige Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Ist dies der Fall, werden 100% der versicherten BU-Leistung fällig (also Beitragsbefreiung und Rente, falls mitversichert). Einige Versicherer bieten statt dessen die Wahl einer Staffelleistung an. Bereits ab einem BU-Grad von 25% (oder 33%) erfolgt eine Leistung entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit. Bei 50%-iger BU wird also die Hälfte der Versicherungsleistung erbracht. Die volle Leistung wird bei diesem System erst ab einem BU-Grad von 75% (alternativ 66%) fällig.
T03: Karenzzeiten	Einige Versicherer bieten die Vereinbarung von Karenzzeiten im BU/Pflege-Bereich an. Karenzzeiten sind Wartezeiten (leistungsfreie Zeiten) während denen noch keine Leistung gewährt wird. Erst nach Ablauf der Karenzzeit wird die versicherte Rente ausgezahlt. Karenzzeiten führen zu Prämienersparnissen. Die Vereinbarung von Karenzzeiten kann sinnvoll sein, wenn in den ersten Monaten eines Leistungsfalls noch Leistungen aus anderen Quellen zur Verfügung stehen.
T04: Lebenslange BU-Rente	Die Berufsunfähigkeitsversicherung endet i.d.R. spätestens mit dem 67. Lebensjahr. Manche Versicherer bieten einen Tarif an, welcher die Versicherung einer lebenslangen BU-Rente vorsieht.
T05: Beitragsdynamik der versicherten Leistungen	Aufgrund der Inflation oder beruflicher und damit einkommensmäßiger Verbesserungen kann es sinnvoll sein, eine Dynamik bei den Leistungen mit zu versichern. Der Beitrag der Versicherung erhöht sich um den vereinbarten Prozentsatz und bewirkt damit eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne eine erneute Gesundheitsprüfung. Oftmals wird die Dynamik nur bei kapitalbildenden Versicherungen angeboten (Bewertung "eingeschränkt erfüllt"). Die Wertung "voll erfüllt" wird vergeben, wenn die Dynamik bei allen Versicherungen abschließbar ist, für die diese Absicherungsvariante angeboten wird.
T06: Garantierte Rentendynamik im Leistungsfall	Im Leistungsfall steigt die versicherte Rente nur durch die mögliche Gewinnbeteiligung des Versicherers. Um die Kaufkraft der Leistung zu sichern, müßte der Inflationsschutz mindestens ausgeglichen werden. Da die Gewinnbeteiligung eine unsichere Größe ist und in den letzten Jahren bei den meisten Versicherern unter der Inflationsrate lag, gewinnt die garantierte Rentendynamik eine immer größere Bedeutung. Einige Versicherer bieten gegen entsprechenden Mehrbeitrag an, im Leistungsfall die Rente im Rahmen eines bei Versicherungsbeginn vereinbarten Prozentsatzes zu erhöhen.
T07: Beitragsfreie Dynamisierung der Hauptversicherung	Ist für den Haupttarif eine dynamische Anpassung von Leistungen und Beiträgen vereinbart, so endet diese Dynamik, wenn die Berufsunfähigkeit eintritt. Todesfallschutz und Erlebensfall-Leistungen steigen also nur noch durch die mögliche Gewinnbeteiligung des Versicherers. Einige Versicherer bieten gegen entsprechenden Mehrbeitrag an, im BU-Leistungsfall den Haupttarif im Rahmen eines bei Versicherungsbeginn vereinbarten Prozentsatzes beitragsfrei zu erhöhen. Von Bedeutung ist dies insbesondere für Versicherte, für die eine Dynamisierung der Beiträge zum Erreichen des Versorgungsziels unabdingbar notwendig ist. Tritt Berufsunfähigkeit in frühen Jahren ein, kann die Versorgung nämlich nicht mehr ausgebaut werden.

Berufsunfähigkeit

Vergleichstabelle

(Seite 1 von 2)

Rang	Anbieter	Tarif	Berufs-einstufung	monatl. Max.-beitrag	▲ monatl. Zahl-beitrag	BU-Rente + Bonus	mgl. Dynamik BU-Rente	M&M-BU-Index	M&M Rating Berufsunfähigkeit	Teilrating BU-Bedingungen	Teilrating BU-Kompetenz
1	Allianz	BerufsunfähigkeitsPolice Plus TBUU	Berufsgruppe A+	106,13 €	89,15 €	3.500 €	2,00 %	2,1	★★★★★	✪✪✪✪✪	✪✪✪✪✪

M&M Office 3.04.002 © MORGEN & MORGEN GmbH

Berufsunfähigkeit

Vergleichstabelle

(Seite 2 von 2)

Rang	Anbieter	Tarif	Teilrating BU-Solidität	Teilrating BU-Antragsfragen	M&M Rating LV-Unternehmen	M&M Belastungstest
1	Allianz	BerufsunfähigkeitsPolice Plus TBUU	✪✪✪✪✪	✪✪✪✪✪	★★★★★	Ausgezeichnet

Wichtiger Hinweis: Die in diesem Vorschlag genannten möglichen Leistungen und Zahlbeiträge können der Höhe nach vom Anbieter nicht garantiert werden. Sie wurden modellhaft anhand der zurzeit gültigen Gewinndeklaration der Anbieter hochgerechnet, die sich allerdings im Laufe der Jahre verändern kann.

Bei den Berechnungen in diesen Ausdrucken können kleine Differenzen zu Original-Beispielrechnungen der Anbieter auftreten. Diese Abweichungen sind jedoch so geringfügig (max. bis 0.3 %), dass dadurch die Vergleichbarkeit der Gesellschaften untereinander nicht verzerrt wird. Trotz größter Sorgfalt kann keine Garantie für die Angaben übernommen werden.

Die Ergebnistabelle erhebt nicht den Anspruch, einen vollständigen Marktüberblick abzubilden, da Tarifwerke z.B. wegen fehlender Informationen seitens der Anbieter oder aus technischen Gründen nicht im Vergleich enthalten sein können. Darüber hinaus können im Ausdruck Tarife durch Konfigurationen oder durch die individuelle Gestaltung eines Ausdrucks ausgeschlossen werden.

Spaltenerläuterung

Anbieter	enthält die Codezahl oder den Namen des Anbieters.
Tarif	enthält die Tarifbezeichnung, unter der das betreffende Produkt am Markt angeboten wird.
Berufseinstufung	enthält die Berufseinstufung für die Hauptversicherung, die beim jeweiligen Anbieter berücksichtigt wurde. (*) = Berufseinstufung manuell geändert
monatl. Max.-beitrag	enthält den Maximalbeitrag für die gewählte Versicherungsleistung.
monatl. Zahlbeitrag	enthält den zurzeit fälligen Zahlbeitrag für die gewünschte Versicherungsleistung. Gegenüber dem Maximalbeitrag ist dieser Beitrag ggf. reduziert um Sofort-Gewinnbeteiligungen. Diese Gewinnbeteiligungen - und damit die Höhe des Zahlbeitrags - kann nicht für die gesamte Vertragsdauer garantiert werden.
BU-Rente + Bonus	enthält die gesamte BU-Rente. Sie ist bei den Versicherern, die in der BU das Überschusssystem Bonusrente verwenden, um den derzeit gültigen Überschusssatz erhöht.
mgl. Dynamik BU-Rente	enthält den derzeit deklarierten möglichen Steigerungssatz der BU-Rente im Leistungsfall. Dieser Steigerungssatz ist nicht garantiert.
M&MBU-Index	enthält die Vergleichskenngröße M&M BU-Index. Je kleiner der BU-Index ist, desto besser ist das Verhältnis zwischen gezahltem Beitrag und erwarteter BU-Rente im Vergleich zum betrachteten Markt. Je größer der Index, desto schlechter das Verhältnis. Der BU-Index hängt von konkreten Tarifparametern ab, wie z.B. dem Beruf.
M&M Rating Berufsunfähigkeit	enthält das BU-Ratingergebnis. Es setzt sich aus den vier Teilratings BU-Bedingungen, BU-Kompetenz, BU-Solidität und BU-Antragsfragen zusammen. Hierbei bedeuten: 5 Sterne = Ausgezeichnet 4 Sterne = Sehr gut 3 Sterne = Durchschnittlich 2 Sterne = Schwach 1 Stern = Sehr schwach
Teilrating BU-Bedingungen	enthält das Ergebnis des Teilratings BU-Bedingungen. Hierbei bedeuten: 5 Sterne = Ausgezeichnet 4 Sterne = Sehr gut 3 Sterne = Durchschnittlich 2 Sterne = Schwach 1 Stern = Sehr schwach

M&M Office 3.04.002 © MORGEN & MORGEN GmbH

Berufsunfähigkeit

Vergleichstabelle

Teilrating BU-Kompetenz	enthält das Ergebnis des Teilratings BU-Kompetenz. Hierbei bedeuten: 5 Sterne = Ausgezeichnet 4 Sterne = Sehr gut 3 Sterne = Durchschnittlich 2 Sterne = Schwach 1 Stern = Sehr schwach --- = keine Teilnahme
Teilrating BU-Solidität	enthält das Ergebnis des Teilratings BU-Solidität. Hierbei bedeuten: 5 Sterne = Ausgezeichnet 4 Sterne = Sehr gut 3 Sterne = Durchschnittlich 2 Sterne = Schwach 1 Stern = Sehr schwach
Teilrating BU-Antragsfragen	enthält das Ergebnis des Teilratings BU-Antragsfragen. Hierbei bedeuten: 5 Sterne = Ausgezeichnet 4 Sterne = Sehr gut 3 Sterne = Durchschnittlich 2 Sterne = Schwach 1 Stern = Sehr schwach
M&M Rating LV-Unternehmen	enthält das Ergebnis des M&M Rating LV-Unternehmen. Es trifft eine Aussage über die Versicherungsgesellschaft aus Kundensicht. Hierbei bedeuten: 5 Sterne = stark überdurchschnittlich 4 Sterne = überdurchschnittlich 3 Sterne = durchschnittlich 2 Sterne = unterdurchschnittlich 1 Stern = stark unterdurchschnittlich Anbieter, die noch nicht seit mindestens 12 Geschäftsjahren bestehen, wurden nicht bewertet.
M&M Belastungstest	enthält das Ergebnis des M&M Belastungstests. Der M&M Belastungstest untersucht die vorhandenen Solvenzmittel der einzelnen Versicherungsunternehmen. Es werden jeweils ein Zinscrash und ein Aktiencrash simuliert. Das daraus entstandene benötigte Risikokapital wird dem verfügbaren Risikokapital gegenübergestellt und somit die Sicherheitsquote ermittelt und bewertet. Es ergeben sich die Bewertungen: ausgezeichnet, sehr gut, bestanden, kritisch. Anbieter, die nicht die notwendigen unternehmensspezifischen Daten zur Verfügung gestellt haben, sind mit „nicht teilgenommen“ gekennzeichnet.

M&M Office 3.04.002 © MORGEN & MORGEN GmbH

Berufsunfähigkeit

BU-Analyse - Leistungstabelle

Legende

✓ voll erfüllt — nicht erfüllt ○ eingeschränkt erfüllt

(Seite 1 von 3)

Anbieter	Tarifvariante	Teilrating BU-Bed.	R01	R02	R03	R04	R05	R06	R07	R08	R09	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19
Allianz	SBV Vorsorge Plus	★★★★★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

M&M Office 3.04.002 © MORGEN & MORGEN GmbH

Berufsunfähigkeit

BU-Analyse - Leistungstabelle

(Seite 2 von 3)

Anbieter	Tarifvariante	R20	R21	R22	R23	R24	R25	R26	R27	R28	A01	A02	A03	A04	A05	A06	A07	A08	L01	L02	L03	L04	L05	L06
Allianz	SBV Vorsorge Plus	✓	✓	–	✓	✓	✓	✓	✓	–	–	–	✓	–	✓	–	✓	✓	✓	✓	–	✓	✓	✓

Berufsunfähigkeit

BU-Analyse - Leistungstabelle

(Seite 3 von 3)

Anbieter	Tarifvariante	L07	T01	T02	T03	T04	T05	T06	T07	T08
Allianz	SBV Vorsorge Plus	○	–	✓	✓	–	✓	✓	✓	

Wichtiger Hinweis: Die Leistungsvergleiche und -beschreibungen wurden anhand aktueller Versicherungsbedingungen mit größter Sorgfalt erarbeitet. Eine Gewähr für jederzeitige Aktualität und Richtigkeit der Aussagen kann nicht übernommen werden. Maßgeblich sind allein die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen Bedingungen des jeweiligen Versicherers.

Spaltenerläuterung

R01	Wird bei einem verspätet gemeldeten Versicherungsfall rückwirkend geleistet?
R02	Beträgt der Prognosezeitraum sechs Monate?
R03	Wird bei einer bereits sechs Monate andauernden ununterbrochenen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit rückwirkend von Beginn an geleistet?
R04	Verzichtet der Versicherer altersunabhängig und eindeutig auf sein Recht auf abstrakte Verweisung?
R05	Verzichtet der Versicherer auf unübliche Einschränkungen bzw. Klauseln, die nicht zu den ratingrelevanten Sachverhalten gehören?
R06	Verzichtet der Versicherer auf sein Recht auf Kündigung oder Vertragsanpassung nach § 19 VVG, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten hat?
R07	Besteht der Versicherungsschutz weiter, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer ins Ausland verzieht?
R08	Leistet der Versicherer, wenn die Berufsunfähigkeit infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls eingetreten ist?
R09	Werden auf Antrag die Beiträge ab dem Zeitpunkt der Leistungsmeldung bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht gestundet?
R10	Verzichtet der Versicherer bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit auf sein Recht auf abstrakte Verweisung?
R11	Verzichtet der Versicherer auf die Umorganisation des Arbeitsplatzes bei weisungsgebundenen Mitarbeitern?
R12	Wird bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ausschließlich der zuletzt ausgeübte Beruf geprüft?
R13	Beschränkt der Versicherer die Mitwirkungspflicht des Versicherungsnehmers auf zumutbare ärztliche Anweisungen?
R14	Bietet der Versicherer Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten an?
R15	Bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien bei Heirat und Geburt/Adoption an?
R16	Bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien bei weiteren Ereignissen an?
R17	Bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien bei einer Senkung der Überschussbeteiligung beim Überschusssystem Bonusrente an?
R18	Ist in den Bedingungen der Begriff der "bisherigen Lebensstellung" definiert?
R19	Wird in den Bedingungen auf die Prüfung der Umorganisation bei Selbständigen hingewiesen?
R20	Verzichtet der Versicherer ab einem bestimmten Lebensalter der versicherten Person auf sein Recht auf abstrakte Verweisung?
R21	Wird bei einem vorübergehenden Ausscheiden aus dem Berufsleben im Leistungsfall der vor der Unterbrechung ausgeübte Beruf geprüft?
R22	Bietet der Versicherer im Leistungsfall eine Einmalzahlung an?
R23	Bietet der Versicherer die Möglichkeit der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung an?
R24	Besteht im Fall der Leistungsablehnung eine eindeutige und kundenfreundliche Regelung für die Nachzahlung gestundeter Beiträge?
R25	Wird in den Bedingungen auf die Dauer des Rücktrittsrechts nach § 21 VVG wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht hingewiesen?
R26	Verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsnehmer über den Stand der Leistungsprüfung innerhalb bestimmter Zeitintervalle zu informieren?
R27	Verzichtet der Versicherer bei einem Verzug der versicherten Person ins Ausland auf Untersuchungen im Inland?

M&M Office 3.04.002 © MORGEN & MORGEN GmbH

Berufsunfähigkeit

BU-Analyse - Leistungstabelle

R28	Verzichtet der Versicherer auf eine Meldepflicht der versicherten Person bei gesundheitlichen Verbesserungen im Leistungsfall?
A01	Verzichtet der Versicherer auf sein Recht auf Beitragsanpassung nach § 163 VVG?
A02	Verzichtet der Versicherer altersunabhängig und eindeutig auf sein Recht auf konkrete Verweisung?
A03	Verzichtet der Versicherer bei der Erstprüfung auf ein zeitlich befristetes Anerkenntnis?
A04	Wird eine von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung allein aus medizinischen Gründen anerkannte unbefristete Erwerbsminderung als Berufsunfähigkeit anerkannt?
A05	Ist in den Bedingungen definiert, welcher Beruf nach dauerhaftem Ausscheiden aus dem Berufsleben im Leistungsfall geprüft wird?
A06	Bietet der Versicherer eine Dienstunfähigkeitsklausel (DU-Klausel) an?
A07	Bietet der Versicherer Nachversicherungsgarantien bei Abschluß der Berufsausbildung an?
A08	Bietet der Versicherer eine Infektionsklausel an?
L01	Leistet der Versicherer auch dann, wenn der Leistungsfall durch innere Unruhen, an denen die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, verursacht wurde?
L02	Leistet der Versicherer auch dann, wenn der Leistungsfall durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht wurde?
L03	Leistet der Versicherer auch dann, wenn der Leistungsfall durch Vergehen im Straßenverkehr verursacht wurde, die über einfach fahrlässige Verstöße hinausgehen, und ist dies ausdrücklich in den Bedingungen benannt?
L04	Leistet der Versicherer auch dann, wenn der Leistungsfall durch Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, verursacht wurde?
L05	Leistet der Versicherer auch dann, wenn der Leistungsfall durch Luftfahrten verursacht wurde?
L06	Leistet der Versicherer auch dann, wenn der Leistungsfall durch Strahlen verursacht wurde?
L07	Leistet der Versicherer auch dann, wenn der Leistungsfall durch den Einsatz oder die Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht wurde?
T01	Bietet der Versicherer bei erfolgreicher Reaktivierung Wiedereingliederungshilfen an?
T02	Bietet der Versicherer eine von der üblichen 50%-Regelung abweichende Regelung des BU-Grades (Staffelregelung) an?
T03	Bietet der Versicherer Karenzzeiten an?
T04	Bietet der Versicherer eine lebenslange Berufsunfähigkeitsrente an?
T05	Bietet der Versicherer eine Beitragsdynamik der versicherten Leistungen (Rente und Beitragsbefreiung) ohne weitere Gesundheitsprüfung an?
T06	Bietet der Versicherer eine garantierte Rentendynamik im Leistungsfall ohne weitere Gesundheitsprüfung an?
T07	Bietet der Versicherer eine beitragsfreie Dynamisierung des Haupttarifs im Leistungsfall an?
T08	Gibt es weitere Besonderheiten in den Versicherungsbedingungen?

M&M Office 3.04.002 © MORGEN & MORGEN GmbH

Berufsunfähigkeit

BU-Analyse - Leistungsvergleich Bewertung

Legende

✓ voll erfüllt — nicht erfüllt ○ eingeschränkt erfüllt

Leistungsfrage	Allianz SBV Vorsorge Plus
R01: Rückwirkende Leistung bei verspäteter Meldung	✓
R02: Prognosezeitraum 6 Monate	✓
R03: 6 Monate Leistungsfall = Leistung von Beginn an	✓
R04: Verzicht auf abstrakte Verweisung	✓
R05: Verzicht auf unübliche Einschränkungen	✓
R06: Verzicht auf § 19 VVG bei unversch. Anzeigepflichtverl.	✓
R07: Verzug ins Ausland	✓
R08: Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall	✓
R09: Beitragsstundung bis zur endgültigen Entscheidung	✓
R10: Verzicht auf abstrakte Verweisung bei der Nachprüfung	✓
R11: Verzicht auf Umorganisation bei weisungsgebundenen MA	✓
R12: Zuletzt ausgeübter Beruf	✓
R13: Zumutbare ärztliche Anweisungen	✓
R14: Überbrückungsmöglichkeiten	✓
R15: Nachversicherung bei Heirat und Geburt/Adoption	✓
R16: Nachversicherung bei weiteren Ereignissen	✓
R17: Nachversicherung bei Überschusssystem Bonusrente	✓
R18: Definition der "bisherigen Lebensstellung"	✓
R19: Hinweis auf Umorganisation bei Selbständigen	✓
R20: Altersabhängiger Verzicht auf abstrakte Verweisung	✓
R21: Vorübergehendes Ausscheiden aus dem Beruf	✓
R22: Einmalzahlung im Leistungsfall	—
R23: Umwandlung in beitragsfreie Versicherung	✓
R24: Regelung für Nachzahlung gestundeter Beiträge	✓
R25: Hinweis auf Dauer des Rücktrittsrechts	✓
R26: Information über den Stand der Leistungsprüfung	✓
R27: Verzicht auf Untersuchungen im Inland	✓
R28: Meldepflicht bei gesundheitlichen Verbesserungen	—
A01: Verzicht auf Beitragsanpassung nach § 163 VVG	—
A02: Verzicht auf konkrete Verweisung	—
A03: Verzicht auf zeitlich befristetes Anerkenntnis	✓
A04: Gesetzliche EU = BU	—
A05: Dauerhaftes Ausscheiden aus dem Beruf	✓
A06: DU-Klausel	—
A07: Nachversicherung bei Abschluß der Berufsausbildung	✓

Berufsunfähigkeit

BU-Analyse - Leistungsvergleich Bewertung

Leistungsfrage	Allianz SBV Vorsorge Plus
A08: Infektionsklausel	✓
L01: Innere Unruhen	✓
L02: Kriegsereignisse im Ausland	✓
L03: Vergehen im Straßenverkehr	–
L04: Fahrtveranstaltungen mit Kfz	✓
L05: Luftfahrten	✓
L06: Strahlen	✓
L07: ABC-Stoffe	○
T01: Wiedereingliederungshilfe bei Reaktivierung	–
T02: Staffelregelung des BU-Grades	✓
T03: Karenzzeiten	✓
T04: Lebenslange BU-Rente	–
T05: Beitragsdynamik der versicherten Leistungen	✓
T06: Garantierte Rentendynamik im Leistungsfall	✓
T07: Beitragsfreie Dynamisierung der Hauptversicherung	✓
T08: Besonderheiten	

Wichtiger Hinweis: Die Leistungsvergleiche und -beschreibungen wurden anhand aktueller Versicherungsbedingungen mit größter Sorgfalt erarbeitet. Eine Gewähr für jederzeitige Aktualität und Richtigkeit der Aussagen kann nicht übernommen werden. Maßgeblich sind allein die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen Bedingungen des jeweiligen Versicherers.

Quelle

Anbieter: Allianz SBV Vorsorge Plus
AVB: E---A0355Z0 12/2013
AVB: E---A0356Z0 12/2013