

**Die Bedingungen
der Berufsunfähigkeitszusatzversicherungen
in Österreich**

-

**eine empirische Studie und ein Vergleich zwischen
Österreich und Deutschland**

durchgeführt von:



Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH

in Zusammenarbeit mit:

Revios 

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
1. Vorwort von Revios	4
2. Vorwort von infinma.....	5
3. Soziale Absicherung der Berufsunfähigkeit in Österreich	6
4. Marktstandards in der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung in Österreich.....	10
4.1. Prognosezeitraum	11
4.2. Berufsdefinition	12
4.3. Regelungen zur abstrakten Verweisung in der Erstprüfung	13
4.4. Regelungen zur konkreten Verweisung in der Erstprüfung	14
4.5. Umorganisation des Arbeitsplatzes	16
4.6. Berufswechsel	17
4.7. Zeitpunkt des Leistungsbeginns	18
4.8. Meldefristen	19
4.9. Verzicht auf § 41 VersVG	20
4.10. Verzicht auf § 172 VersVG	21
4.11. Geltungsbereich	22
4.12. Leistungsausschlüsse	23
4.13. Beitragsstundung.....	25
4.14. Zeitlich befristetes Anerkenntnis.....	26
4.15. Mitwirkungspflichten	27
4.16. Nachprüfung	28
5. Marktstandards in der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung in Deutschland	31
5.1. Prognosezeitraum	31
5.2. Berufsdefinition	32
5.3. Regelungen zur abstrakten Verweisung in der Erstprüfung	33
5.4. Regelungen zur konkreten Verweisung in der Erstprüfung	34
5.5. Umorganisation des Arbeitsplatzes	35
5.6. Berufswechsel	36
5.7. Zeitpunkt des Leistungsbeginns	37
5.8. Meldefristen	38
5.9. Verzicht auf § 41 VVG	39
5.10. Verzicht auf § 172 VVG	40
5.11. Geltungsbereich	41
5.12. Leistungsausschlüsse	42
5.13. Beitragsstundung.....	43
5.14. Zeitlich befristetes Anerkenntnis.....	44

5.15. Mitwirkungspflichten	45
5.16. Nachprüfung	46
6. Vergleich der Marktstandards in der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung für Deutschland und Österreich	48
6.1. Prognosezeitraum	48
6.2. Berufsdefinition	49
6.3. Regelungen zur abstrakten Verweisung in der Erstprüfung	50
6.4. Regelungen zur konkreten Verweisung in der Erstprüfung	51
6.5. Umorganisation des Arbeitsplatzes	52
6.6. Berufswechsel	53
6.7. Zeitpunkt des Leistungsbeginns	54
6.8. Meldefristen	55
6.9. Verzicht auf § 41 VVG	56
6.10. Verzicht auf § 172 VVG	57
6.11. Geltungsbereich	58
6.12. Leistungsausschlüsse	59
6.13. Beitragsstundung.....	60
6.14. Zeitlich befristetes Anerkenntnis.....	61
6.15. Mitwirkungspflichten	62
6.16. Nachprüfung	62
6.17. Fazit.....	64
Anhang 1: Die Marktstandard-BUZ-Bedingungen in Österreich	65
Anhang 2: Die Marktstandard-BUZ-Bedingungen in Deutschland	72
Impressum.....	80

1. Vorwort von Revios

Aus nahe liegenden Gründen - schließlich ist jeder davon betroffen - ist die Sicherung der Altersvorsorge das zentrale Thema im Bereich der Lebensversicherung. Durch die Alterung der Gesellschaft und die Reduzierung der staatlichen Versorgungssysteme erhält diese Diskussion noch zusätzlichen Auftrieb.

Dadurch wird das nicht weniger brisante Thema der Berufsunfähigkeit zu Unrecht in den Hintergrund gedrängt. Dabei ist jeder fünfte österreichische Erwerbstätige davon betroffen. Bedenkt man, dass über 90% keine oder nur eine sehr unzureichende Versorgung im Falle der Berufsunfähigkeit besitzen - im Durchschnitt erhält ein Betroffener etwa 30% seines letzten Einkommens aus dem Sozialversicherungssystem ausgerechnet in einer Lebensphase, in der eine Familie versorgt oder eine Hypothek bedient werden muss - so sehen wir in Österreich ein großes Potential auf diesem Gebiet. Das zeigt sich auch ganz deutlich in der zunehmenden Anzahl von Anbietern und in dem Anstieg verkaufter Polizen.

Für Revios als Lebensrückversicherer gehört die Berufsunfähigkeitsversicherung zu den Schwerpunkten unserer Dienstleistungen. Langfristiger Erfolg auf diesem Gebiet kann nur durch professionelles Underwriting und realistische Tarifikalkulation erreicht werden.

Mit der vorliegenden Studie wollen wir über den Tellerrand des üblichen Rückversicherungsservice hinaus sehen. Wir haben deshalb infinma dabei unterstützt, Ihnen einen Überblick - nicht zuletzt unter Beachtung der Kundensicht - über die aktuellen Berufsunfähigkeitsbedingungen zu geben.

Die vorliegende Zusammenfassung der Ergebnisse soll Ihnen zum einen als Nachschlagewerk und zum anderen als Anregung dienen, Ihre Bedingungen kritisch zu überprüfen bzw. sich mit diesem Thema neu zu beschäftigen.

Revios unterstützt Sie dabei mit Rückversicherungslösungen und Dienstleistungen von der Produktentwicklung über Risikoeinschätzung bis zum Schadenmanagement.

Andreas Muschik

CEO

Revios Rückversicherung Schweiz AG

2. Vorwort von infinma

Die infinma Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH ist ein Analyse- und Beratungsunternehmen, das seinen Service und seine Dienstleistungen an die Marktteilnehmer im Bereich der Finanzdienstleistungen richtet.

infinma berät Vermittler, Makler, Makler-Pools und Finanzdienstleister bei der Auswahl von Produkten und Produktpartnern. Für Versicherungsgesellschaften bietet infinma Unterstützung bei der Marktanalyse, der Konkurrenzbeobachtung sowie der Vertriebsunterstützung.

Dabei hat infinma ausdrücklich keinen eigenen Vertriebsauftrag; die Gesellschaft finanziert sich ausschließlich über Beratungs- und Analysehonorare.

Getrieben durch die Entwicklung des – vor allem – deutschen Marktes hat sich das Thema Absicherung des Risikos Berufsunfähigkeit in den letzten Jahren zu einem Schwerpunkt der Aktivitäten von infinma entwickelt. Mittelpunkt der Analysen im Bereich Berufsunfähigkeit sind die sog. „infinma-Marktstandards“, die sich jeweils durch die Ausprägungsmerkmale der Bedingungen ergeben, die am Markt am weitesten verbreitet sind. Mit Hilfe der Abweichung vom Marktstandard lässt sich für jeden einzelnen Anbieter mit einfachen Mitteln seine Positionierung am Markt in Relation zu den übrigen Wettbewerbern darstellen.

Gleichzeitig erlaubt diese Vorgehensweise dem Vermittler bzw. Makler aber auch dem Versicherungsunternehmen eine schnelle und verständliche Orientierung, die gleichzeitig auch im Kundengespräch von Nutzen sein kann. Ganz bewusst hat sich infinma hier für ein einfaches quantitatives Verfahren entschieden, weil dies einerseits transparent und andererseits leicht nachvollziehbar ist. Aus diesem Grunde distanziert sich infinma von den zahlreichen Rating-Ansätzen, die es auf diesem Gebiet gibt und die den Rating-Interessenten eine wissenschaftliche Exaktheit vortäuschen, die letztlich kein Rating-Verfahren in der Praxis haben kann.

Gerne hat infinma das Angebot von Revios angenommen, uns bei der Durchführung einer Studie zu den BU-Bedingungen in Österreich zu unterstützen.

Wir hoffen, dass wir den am österreichischen Markt tätigen Anbietern von Berufsunfähigkeitszusatzversicherungen mit dieser Studie eine Orientierungshilfe dazu geben können, wie ihr Produkt im Vergleich zum Durchschnitt des Marktes einzuschätzen ist. Gerne unterstützt Sie infinma mit seinen Service- und Dienstleistungen.

Dr. Jörg Schulz
Geschäftsführer
infinma

3. Soziale Absicherung der Berufsunfähigkeit in Österreich

Im Falle einer dauernden Erwerbsminderung oder bei gänzlicher Arbeitsunfähigkeit sieht das österreichische System der sozialen Sicherheit Ansprüche auf Geldleistungen, auf Sachleistungen und auf Hilfestellungen für die Eingliederung in das Erwerbsleben vor.

Die bedeutendste Institution hierfür ist die Pensionsversicherung. Daneben werden Leistungen auch aus der Unfallversicherung, der Krankenversicherung, von den Bundessozialämtern, dem Arbeitsmarktservice und den Ländern erbracht. Beamte erhalten ihre Leistungen meist von den zuständigen Dienstgebern (Bund, Ländern, etc.)

Für Pflegeleistungen ist das System der Pflegevorsorge zuständig.

Bei dauernder Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung können folgende monetären Leistungen anfallen:

- **Invaliditätspension**
- **Versehrtenrente (nach Arbeitsunfällen oder Berufserkrankungen)**
- **Sozialhilfe**

Die Invaliditätspension ist eine Leistung aus der Pensionsversicherung. Für den Anspruch muss eine bestimmte Versicherungsdauer nachgewiesen werden; diese liegt – je nach Alter – zwischen 6 Monaten und 15 Jahren.

Invalidität wird neben den gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch nach der überwiegenden ausgeübten Tätigkeit (in den vorangegangenen 15 Jahren) bestimmt:

- Hilfsarbeiter/innen gelten als Invaliden, wenn sie keine Erwerbstätigkeit mehr ausüben können.
- Qualifizierte Arbeiter/innen gelten als invalide, wenn sie ihren erlernten/angelernten Beruf nicht mehr ausüben können. Ähnliches gilt für selbständig Erwerbstätige.
- Angestellte gelten als berufsunfähig, wenn eine weitere Erwerbstätigkeit mit einem größeren sozialen Abstieg verbunden wäre.
- Für Beamten gelten spezielle Bestimmungen, die ebenfalls einen Schutz vor sozialem Abstieg vorsehen.

Für Personen ab Vollendung des 57. Lebensjahres sind die Voraussetzungen generell weniger streng. Wer diese Altersgrenze überschritten hat und innerhalb der letzten 15 Jahre 10 Jahre hindurch eine bestimmte Tätigkeit ausgeübt hat, gilt als invalid, wenn diese Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausgeübt werden kann. Zumutbare Veränderungen der Tätigkeit werden hierbei berücksichtigt.

Im österreichischen Pensionsrecht ist keine nach Ausmaß der Invalidität gestufte Regelung vorgesehen. Eine Reformkommission prüft derzeit die Möglichkeiten einer

nach dem Ausmaß der Invalidität abgestuften Pensionshöhe.

Die Versicherungsfälle:

- **Invalidität**

Bei der Invalidität unterscheidet man zwischen erlernten (angelernten) und nicht erlernten Berufen:

- Ein erlernter Beruf ist ein Beruf, auf den ein Lehrverhältnis vorbereitet hat.
- Ein angelernter Beruf liegt vor, wenn der Versicherte eine Tätigkeit ausübt, für die es erforderlich ist, durch praktische Arbeit qualifizierte Kenntnisse oder Fähigkeiten zu erwerben, welche jenen in einem erlernten Beruf gleichzuhalten sind.

Invalidität bei Ausübung erlernter (angelernter) Berufe:

Wenn ein Versicherter seinen bisherigen Beruf durch Minderung seiner Arbeitsfähigkeit infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr ausüben kann, darf er nur auf andere Berufe innerhalb seiner Berufsgruppe verwiesen werden (Berufsschutz).

Er gilt als invalid, wenn seine Arbeitsfähigkeit infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich oder geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in jedem Beruf, auf den er verwiesen werden kann, herabgesunken ist.

Invalidität bei Ausübung nicht erlernter (nicht angelernter) Berufe:

Wenn ein Versicherter seinen bisherigen Beruf infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr ausüben kann, darf er auf jede andere Tätigkeit, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch bewertet wird und die ihm unter billiger Berücksichtigung der von ihm bisher ausgeübten Tätigkeit zugemutet werden kann, verwiesen werden (kein Berufsschutz).

Er gilt als invalid, wenn er infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr im Stande ist, durch eine solche zumutbare Tätigkeit wenigstens die Hälfte des Entgeltes zu erwerben, das ein körperlich und geistig gesunder Versicherter regelmäßig durch diese Tätigkeit zu erzielen pflegt.

- **Berufsunfähigkeit:**

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Arbeitsfähigkeit des Versicherten infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes so weit gesunken ist, dass sie weniger als die Hälfte derjenigen eines gesunden Versicherten beträgt, der über eine vergleichbare Berufsausbildung und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt.

Basierend auf einem ärztlichen Gutachten erfolgt der Vergleich mit den Leistungsanforderungen, die an einen gesunden Versicherten im gleichen Beruf gestellt werden. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass ein Pensionswerber auf andere Tätig-

keiten innerhalb derselben Berufsgruppe verwiesen werden kann ("Verweisungsberufe"). Anspruch auf der Leistung besteht, wenn

- die Invalidität/Berufsunfähigkeit voraussichtlich 6 Monate andauert,
- eine Mindestanzahl an Versicherungsjahren erworben wurde (Wartezeit) und
- die Voraussetzungen für eine (vorzeitige) Alterspension noch nicht erfüllt sind.

Das Pensionsfeststellungsverfahren wird nur über einen entsprechenden Antrag durchgeführt. Der Antrag auf Invaliden-/Berufsunfähigkeitspension ist gleichzeitig ein Antrag auf Rehabilitation.

Grundlage für die Entscheidung, ob Invalidität/Berufsunfähigkeit vorliegt, bildet eine ärztliche Begutachtung, bei der die Leistungsfähigkeit des Antragstellers in seinem Beruf festgestellt wird.

Ist aufgrund des Gesundheitszustandes dauernde Invalidität/Berufsunfähigkeit anzunehmen, erfolgt eine unbefristete Gewährung der Leistung. Andernfalls wird die Pension maximal 2 Jahre befristet zuerkannt. Nach Ablauf der Befristung wird die Pension auf Antrag für längstens zwei weitere Jahre anerkannt, wenn weiterhin Invalidität/Berufsunfähigkeit besteht. Im Anspruch tritt keine Unterbrechung ein, wenn die Weitergewährung binnen drei Monaten nach dem Pensionswegfall beantragt wird.

Die Voraussetzung für eine Pension ist gegeben, wenn mindestens

- 180 Beitragsmonate der Pflichtversicherung (inkl max. 24 Monate Kinderbetreuung) oder
- 300 Versicherungsmonate

am Pensionsstichtag vorliegen. Die zeitliche Lagerung der Monate ist dabei in beiden Fällen unerheblich.

Eine andere Möglichkeit, die Wartezeit zu erfüllen, ist vom Alter abhängig:

- Liegt der Stichtag vor dem 50. Lebensjahr, erfüllt man mit 60 Versicherungsmonaten in den letzten 120 Kalendermonaten („Rahmenzeit“) diese Voraussetzung.
- Bei einem Stichtag nach dem 50. Lebensjahr verlängert sich die Wartezeit für jeden weiteren Lebensmonat um jeweils einen Versicherungsmonat bis zum Höchstausmaß von 180 Versicherungsmonaten. Die Rahmenzeit von 120 Kalendermonaten erhöht sich entsprechend um zwei Kalendermonate für jeden weiteren Lebensmonat bis zum Höchstausmaß von 360 Kalendermonaten.

Grundlage für die Höhe der Pension sind:

- Die Gesamtbemessungsgrundlage:

Die Gesamtbemessungsgrundlage ist die Bemessungsgrundlage aus dem in Betracht kommenden Bemessungszeitraum (max. 40 Jahre). Der maßgebliche beitragspflichtige aus dem Jahresdurchschnitt ermittelte Arbeitsverdienst bis zur jeweiligen Höchstbeitragsgrundlage (inkl. Sonderzahlungen) wird entsprechend seiner zeitlichen Lagerung mit Aufwertungsfaktoren aufgewertet.

Die Bemessungsgrundlage für die Leistungen aus der Pensionsversicherung ist die Summe der 480 höchsten monatlichen Gesamtbeitragsgrundlagen aus dem Zeitraum vom erstmaligen Eintritt in die Versicherung bis zum Ende des letzten vor dem Stichtag liegenden Kalenderjahres, geteilt durch 560. Liegen weniger als 480 Beitragsmonate vor, dann so ist die Bemessungsgrundlage die Summe der monatlichen Gesamtbeitragsgrundlagen (Summe aller beitragspflichtigen Arbeitsverdienste eines Jahres geteilt durch 12) aus den vorhandenen Beitragsmonaten, geteilt durch die um ein Sechstel erhöhte Zahl dieser Beitragsmonate.

- Anzahl der Versicherungsmonate:

Bei der Berechnung der Pensionsprozente werden alle Versicherungsmonate (Beitrags- und Ersatzmonate) bis unmittelbar vor dem Stichtag berücksichtigt.

Höhe einer Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension:

Entsprechend der Anzahl der Versicherungsmonate gebührt ein Prozentsatz der (Gesamt-) Bemessungsgrundlage als Leistung:

- für je 12 Versicherungsmonate gebühren je 1,78 Steigerungspunkte (Übergangsfristen bis 2009). Restmonate werden anteilmäßig berücksichtigt.

Bei der Inanspruchnahme einer Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension ist jeder Monat ab dem Stichtag bis zum Monatsersten bis nach Vollendung des 60. Lebensjahres bei der Berechnung der Steigerungspunkte einem Versicherungsmonat gleichzusetzen. Dabei darf die Leistung, mit Ausnahme eines besonderen Steigerungsbetrages, 60 Prozent der höchsten zur Anrechnung kommenden Bemessungsgrundlage nicht übersteigen. Die Begrenzung gilt nicht, wenn die Leistung ohne Zurechnungsmonate bereits höher als 60 Prozent ist.

Die durchschnittliche Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspensionshöhe betrug im Dezember 2003 bei den Männern EUR 932 und bei den Frauen EUR 504. Betrachtet man die Invaliditätsursachen bei den Neuzuerkennungen (Unselbständige), so lagen Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates mit 1/3 der Fälle an der Spitze, gefolgt von Psychiatrischen Krankheiten (1/4).

4. Marktstandards in der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung in Österreich

Bei der **Analyse von BU-Bedingungen** hat sich **infinma Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH** dazu entschlossen, einen Katalog von insgesamt **16 Kriterien** zugrunde zu legen. Diese Kriterien beziehen sich ausschließlich auf die Bedingungswerke, nicht aber auf technische Gestaltungsmöglichkeiten, wie bspw. die Höhe einer beitragsfrei versicherbaren Rente.

Aus diesen 16 Kriterien wird ausdrücklich **kein Rating oder Ranking erstellt, da wir auf dem Standpunkt stehen, dass sich die einzelnen Bedingungsbestandteile nicht gegeneinander „aufrechnen“ lassen.** Aus genau diesem Grund nimmt infinma auch keine Bewertung in Form von Punkten vor, sondern stellt für die einzelnen Kriterien lediglich dar, ob der Versicherer eine Regelung getroffen hat, die abweichend vom Marktstandard ist. Der Marktstandard wird durch die Regelung definiert, die in den betrachteten Bedingungswerken am Häufigsten verwendet wird.

infinma hält es für sehr sinnvoll, die einzelnen Bedingungswerke daran zu messen, was aktuell am Markt üblich ist. Es ist wenig hilfreich zu wissen, dass ein bestimmtes Merkmal eventuell aus Kundensicht unbefriedigend ausgestaltet ist, wenn am Markt keine besseren Alternativen erhältlich sind.

Insgesamt werden die folgenden 16 Kriterien betrachtet:

- **Prognosezeitraum**
- **Berufsdefinition**
- **Regelungen zur abstrakten Verweisung in der Erstprüfung**
- **Regelungen zur konkreten Verweisung in der Erstprüfung**
- **Umorganisation des Arbeitsplatzes**
- **Berufswechsel**
- **Zeitpunkt des Leistungsbeginns**
- **Meldefristen**
- **Verzicht auf §41 VersVG / VVG**
- **Verzicht auf §172 VersVG / VVG**
- **Geltungsbereich**
- **Leistungsausschlüsse**
- **Beitragsstundung**
- **Zeitlich befristetes Anerkenntnis**
- **Mitwirkungspflichten**
- **Nachprüfung**

Grundlage der statistischen Auswertungen sind mit Stand August 2004 insgesamt 25 Bedingungswerke in der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung. Damit müssten alle Bedingungswerke erfasst sein, die aktuell am österreichischen Markt angeboten werden.

4.1. Prognosezeitraum

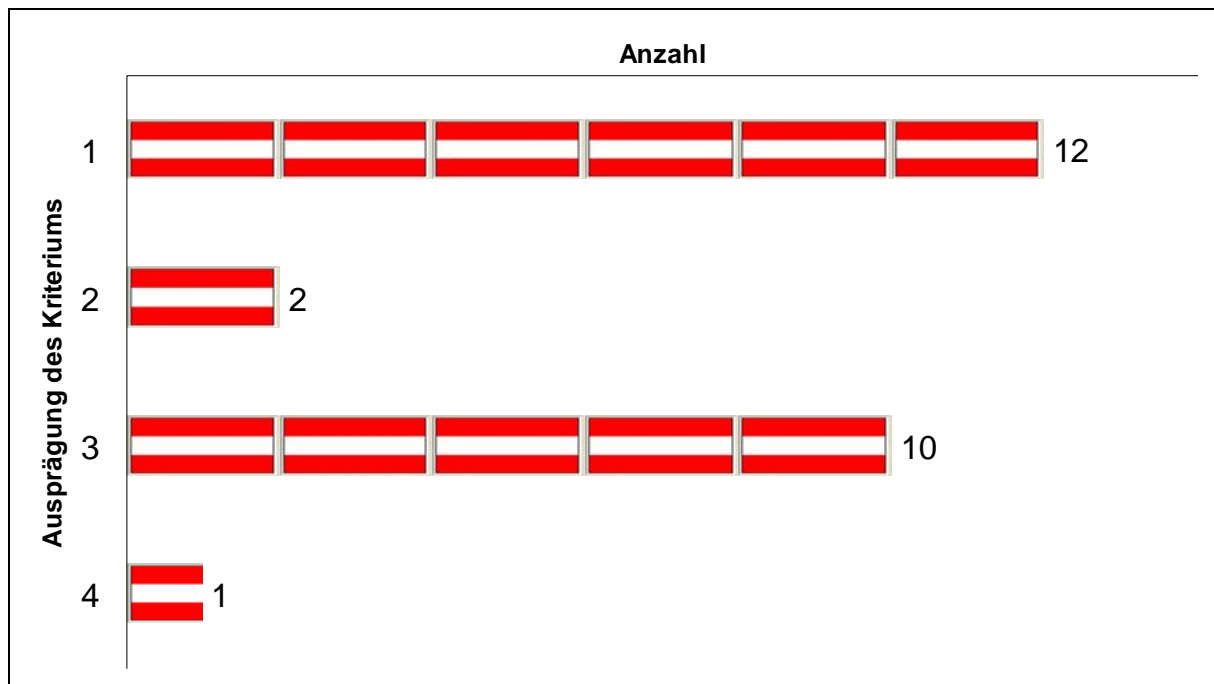
Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung ist eine ärztliche Prognose, in welcher der versicherten Person attestiert wird, dass sie über einen bestimmten Zeitraum hinweg voraussichtlich nicht in der Lage sein wird, ihren Beruf auszuüben. Ein Arzt wird eine solche Prognose um so eher stellen können, je kürzer der Zeitraum ist, für den diese Prognose Gültigkeit haben soll. Üblich ist inzwischen eine Prognose, die auf einen Zeitraum von voraussichtlich mindestens 6 Monaten abstellt. Einige Versicherer erwarten hier einen Zeitraum von drei Jahren; einige Anbieter verlangen eine "voraussichtlich dauernde" Berufsunfähigkeit.

Sollte keine ärztliche Prognose über den erforderlichen Zeitraum möglich sein, so greift ein zweites "Auffangkriterium". Die versicherte Person gilt auch dann als berufsunfähig, wenn Sie bereits 6 Monate ununterbrochen außer Stande war, ihren Beruf auszuüben. In diesem Fall kann es bei den einzelnen Anbietern Unterschiede im Zeitpunkt des Leistungsbeginns geben.

Die am Markt üblichen Formulierungen lassen sich zu insgesamt vier Ausprägungen verdichten:

- 1. Prognosezeitraum: voraussichtlich mindestens 6 Monate; nach 6-monatiger BU gilt dieser Zustand als BU von Beginn an (rückwirkende Leistung)**
2. Prognosezeitraum: voraussichtlich mindestens 6 Monate; nach 6-monatiger BU gilt die Fortdauer dieses Zustandes als BU (keine rückwirkende Leistung)
3. Prognosezeitraum: voraussichtlich dauernd; nach 6-monatiger BU gilt die Fortdauer dieses Zustandes als BU (keine rückwirkende Leistung)
4. Prognosezeitraum: voraussichtlich länger als 6 Monate; nach 6-monatiger BU gilt die Fortdauer dieses Zustands als BU von Beginn an (rückwirkende Leistung)

Die Grafik auf der folgenden Seite zeigt, dass der Prognosezeitraum bei den meisten Anbietern auf 6 Monate reduziert wurde und auch die rückwirkende Leistung ab Beginn zum Marktstandard geworden ist.



4.2. Berufsdefinition

Zu einem wesentlichen Qualitätskriterium in der Berufsunfähigkeitsversicherung hat sich die Definition des Berufs entwickelt. So sind zwischenzeitlich am Markt verschiedene Varianten gebräuchlich.

Die erste Variante berücksichtigt in den Bedingungen lediglich seinen / ihren Beruf. In diesem Fall hat der Versicherer zumindest theoretisch die Möglichkeit, bei der Prüfung der BU den Ausbildungsberuf zugrunde zu legen. Dies kann immer dann in Frage kommen, wenn es sich bei dem konkret ausgeübten Beruf nicht um einen klassischen Ausbildungsberuf handelt und / oder die versicherte Person häufiger die Tätigkeit gewechselt hat.

In der zweiten Variante wird der zuletzt ausgeübte Beruf geprüft. In diesem Fall werden alle Veränderungen des Berufsbildes berücksichtigt und es ist unerheblich, ob die versicherte Person einen Ausbildungsberuf ausübt oder nicht.

Schließlich sehen einige Bedingungswerke vor, dass der zuletzt ausgeübte Beruf berücksichtigt wird, so wie er in gesunden Tagen ausgestaltet war. Verändert eine versicherte Person aufgrund fortschreitender Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse ihr eigenes Berufsbild und reduziert bspw. den Anteil der körperlichen Arbeit, so wird bei der Prüfung der BU dennoch auf die Ausprägung der beruflichen Tätigkeit zu dem Zeitpunkt abgestellt, zu dem es noch keine gesundheitlich bedingten Veränderungen im Berufsbild gegeben hat.

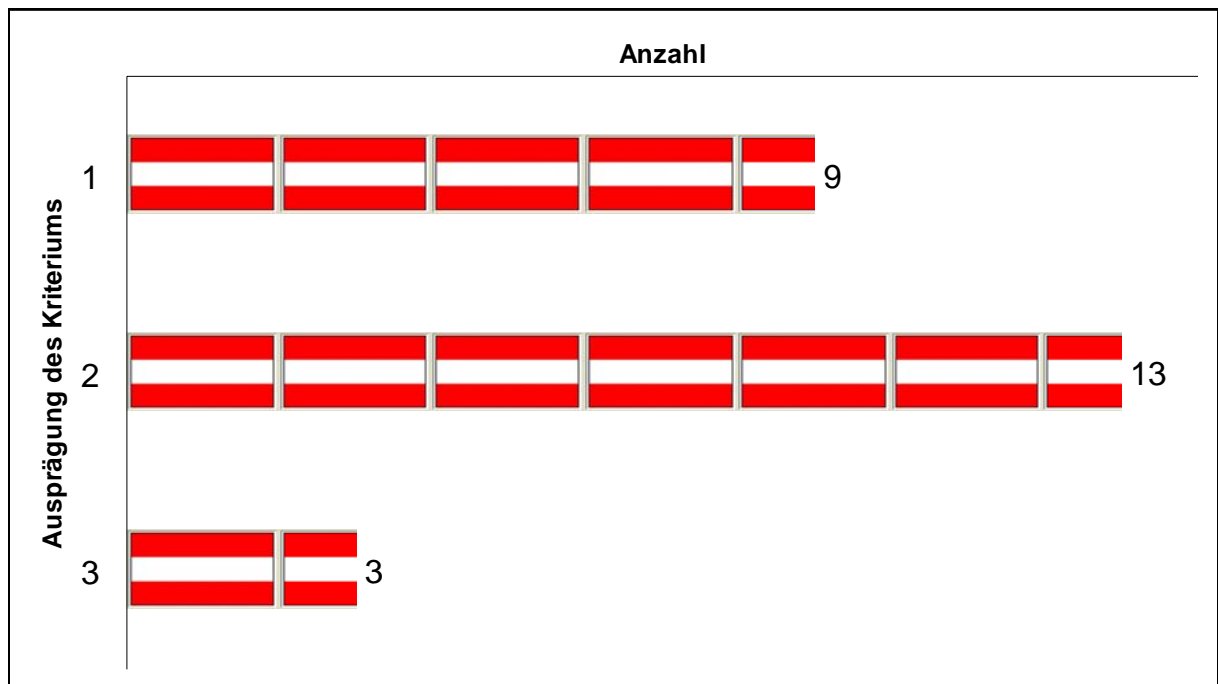
Insgesamt lassen sich die am Markt gängigen Formulierungen auf lediglich drei Varianten reduzieren:

1. Der zuletzt ausgeübte Beruf / Tätigkeit, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.

2. Ihren Beruf / Tätigkeit

Die Bedingungen der Berufsunfähigkeitszusatzversicherungen in Österreich

3. Ihr zuletzt ausgeübter Beruf / ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit



4.3. Regelungen zur abstrakten Verweisung in der Erstprüfung

Ist in den Bedingungen für die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung eine abstrakte Verweisung enthalten, so hat der Versicherer die Möglichkeit, die Leistungen mit dem Hinweis darauf zu verweigern, dass die versicherte Person einen anderen Beruf ausüben könnte (sog. Verweisungsberuf). Bei der Festlegung des Verweisungsberufes werden i. d. R. Ausbildung und Erfahrung (ggf. Kenntnisse und Fähigkeiten) sowie die bisherige Lebensstellung berücksichtigt. Das sind die sog. prägenden Merkmale der beruflichen Tätigkeit. Es sind Fälle bekannt, bei denen Einkommenseinbußen von bis zu 30 % nicht als Verschlechterung der Lebensstellung angesehen werden. Bei der abstrakten Verweisung kommt es lediglich darauf an, dass ein Verweisungsberuf existiert; ob die versicherte Person auch tatsächlich eine Anstellung findet, ist für die Entscheidung des Versicherers unerheblich. Das Arbeitsmarktrisiko liegt also vollständig beim Versicherten. Zu geradezu kuriosen Streitigkeiten kann es im Zusammenhang mit der Verweisung kommen, wie das Beispiel eines deutschen Oberlandesgerichtes zeigt, das es als unzulässig angesehen hat, einen medizinischen Bademeister auf den Beruf eines Kneippbademeisters zu verweisen. Auch der Versuch eines Versicherers, einen Koch auf den Beruf eines Maschinenführers in einer Tapetenfabrik zu verweisen, zeigt die Brisanz, die im Thema Verweisung stecken kann.

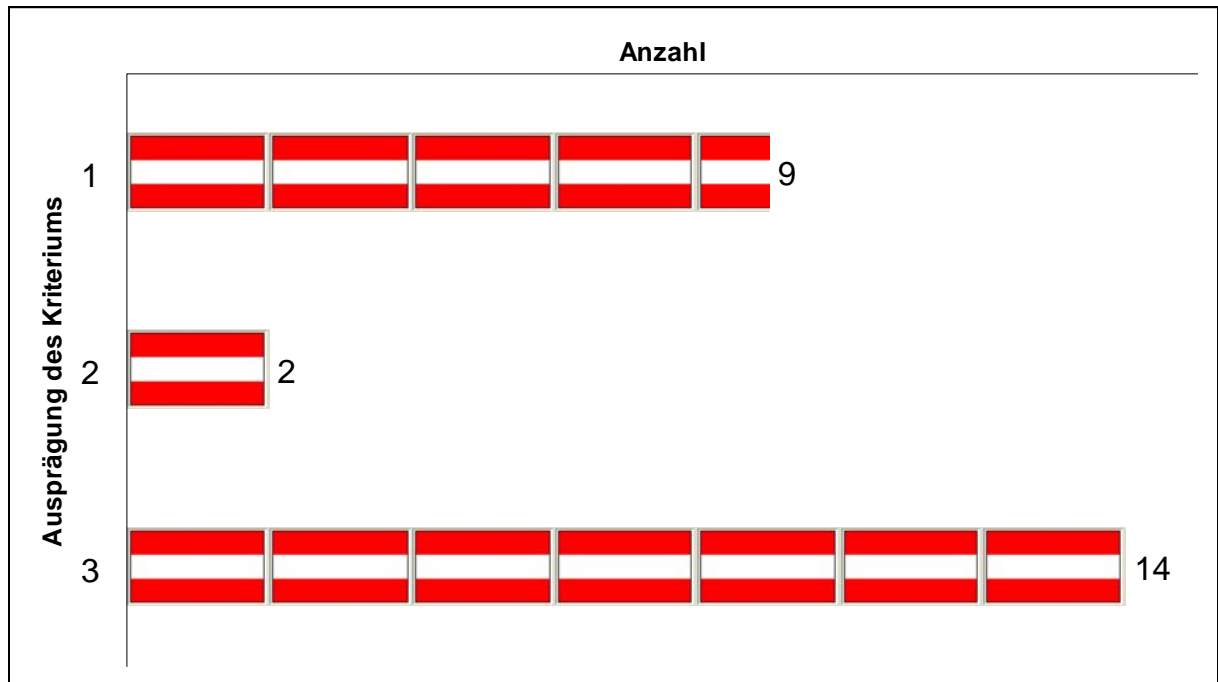
Die Regelungen zur abstrakten Verweisung lassen sich zu lediglich drei Ausprägungen verdichten:

1. Verzicht auf abstrakte Verweisung
2. Abstrakte Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und

Lebensstellung, ggf. unter Berücksichtigung von Alter und Berufsgruppen

3. Abstrakte Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung

Der vollständige und uneingeschränkte Verzicht auf die abstrakte Verweisung in der Erstprüfung ist in Österreich nicht Marktstandard. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass zumindest einige der Anbieter in Österreich nicht bereit sind, den aus Deutschland importierten Bedingungs Wettbewerb mit zu machen.



4.4. Regelungen zur konkreten Verweisung in der Erstprüfung

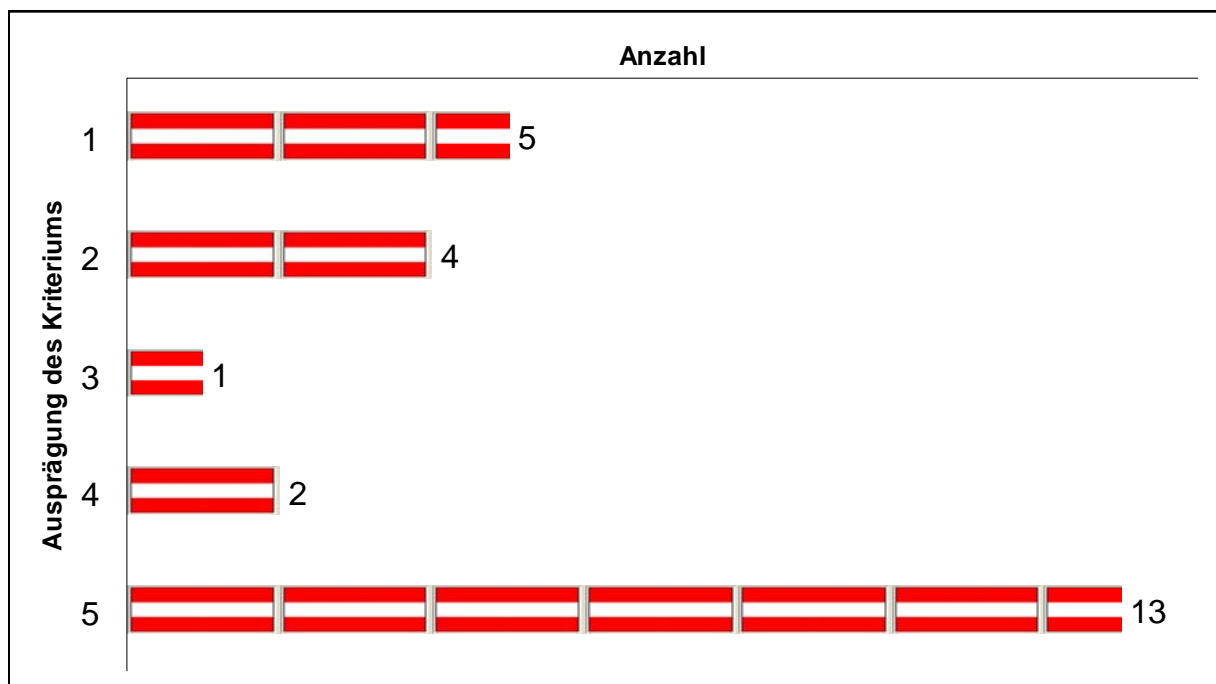
Im Gegensatz zur abstrakten Verweisung, bei der die Existenz eines Verweisungsberufes ausreicht, damit der Versicherer die Leistung verweigern kann, muss die versicherte Person bei der konkreten Verweisung eine berufliche Tätigkeit tatsächlich ausüben.

Auch bei der konkreten Verweisung werden i. d. R. Ausbildung und Erfahrung sowie die Lebensstellung berücksichtigt. Eine konkrete Verweisung dürfte vor allem bei (ursprünglich überwiegend) körperlich Tätigen in Frage kommen und zwar immer dann, wenn sie aus eigenem Entschluss, bspw. aufgrund einer fortschreitenden Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse, den Beruf wechseln. So könnte bspw. ein ehemaliger Kundendienst-Techniker einer Computerfirma aufgrund körperlicher Gebrechen in das Call-Center der Firma wechseln und dort statt praktischem Support vor Ort telefonische Beratung leisten. Beantragt dieser Techniker nun BU-Leistungen, weil er seinen Beruf als Kundendienst-Techniker im Außendienst nicht mehr ausüben kann, bietet eine konkrete Verweisungsklausel die Möglichkeit, die versicherte Person mit Hinblick auf den ausgeübten Beruf als Mitarbeiter der Service-Hotline (konkret) zu verweisen.

Die Regelungen zur konkreten Verweisung im Erstprüfungsverfahren sind sehr unterschiedlich ausgestaltet, so dass sich insgesamt fünf Ausprägungen finden:

1. Konkrete Verweisung unter Wahrung von Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung und Berücksichtigung der gesundheitlichen Verhältnisse
2. Konkrete Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und bisheriger Lebensstellung
3. Entfällt, da vollständiger Verweisungsverzicht in der Erstprüfung
4. Konkrete Verweisung unter Wahrung der bisherigen Lebensstellung
5. **Entfällt, da abstrakte Verweisung im Erstprüfungsverfahren möglich ist**

Auch in der öffentlichen Diskussion gehen die Meinungen sehr auseinander; so wird der vollständige Verzicht auf die konkrete Verweisung im Erstprüfungsverfahren im Hinblick auf das Versichertenkollektiv durchaus auch kritisch gesehen. Dies wird meist damit begründet, dass die Versichertengemeinschaft davor bewahrt werden muss, dass einzelne Versicherte zu Unrecht Leistungen beziehen.



Der Marktstandard im Hinblick auf die konkrete Verweisung ergibt sich aus den Regelungen zur abstrakten Verweisung. Da die Mehrheit der Anbieter die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung vorsieht, hat in genau diesen Fällen das Thema konkrete Verweisung keine Relevanz.

4.5. Umorganisation des Arbeitsplatzes

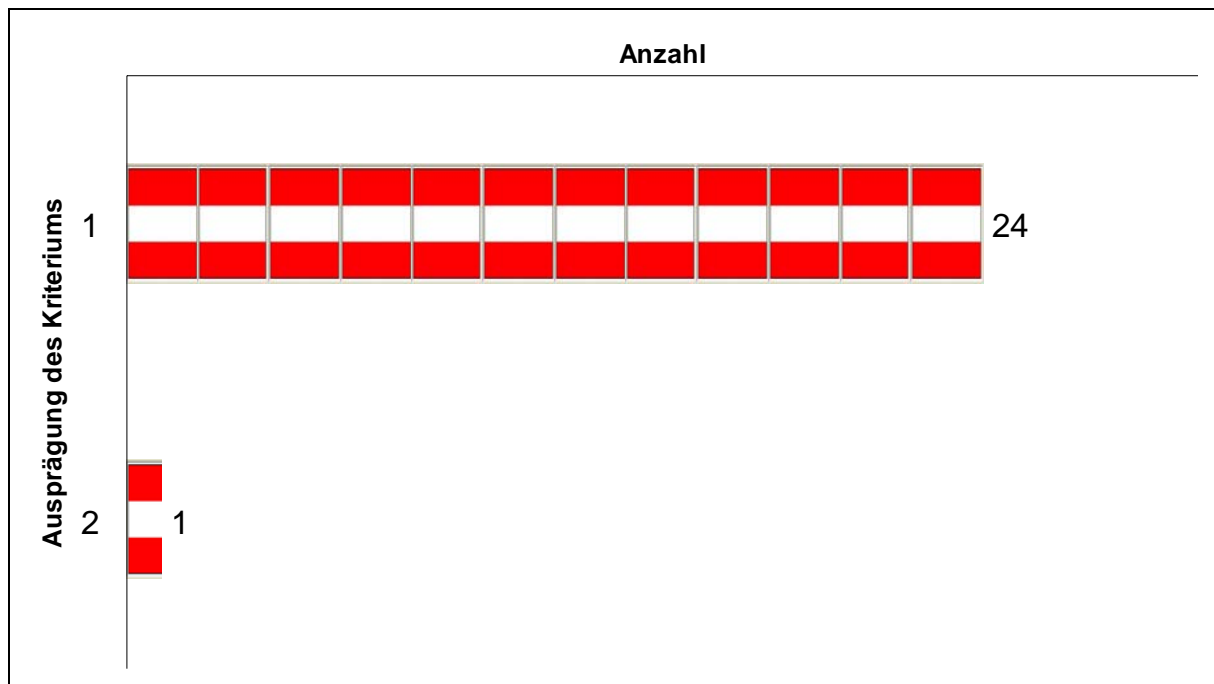
Bei Selbständigen und Personen mit ähnlichem Status kann vor Anerkennung von BU-Leistungen geprüft werden, ob nicht durch organisatorische Veränderungen der Arbeitsstätte, des Betriebes, der Praxis, der Kanzlei etc. die bisherige Berufsausübung weitergeführt werden kann. Man geht davon aus, dass sich bei einer Umorganisation lediglich das bisherige Beschäftigungsfeld innerhalb des ausgeübten Berufs ändert und es sich hierbei nicht um eine Verweisung handelt. Die Umorganisation muss zumutbar sein, d.h., sie muss in wirtschaftlich zweckmäßigem Rahmen und von der versicherten Person aufgrund der Einflussmöglichkeiten auf die betriebliche Situation aufgrund der unternehmerischen Gestaltungsmöglichkeiten durchgeführt werden können.

Problematisch ist es, wenn der Versicherer auch bei Angestellten die Möglichkeit einer Umorganisation prüft, da ein Arbeitnehmer i. d. R. keinen maßgeblichen Einfluss darauf hat, ob sein Arbeitgeber zu einer Umgestaltung des Arbeitsplatzes bereit ist. Problematisch ist weiterhin, dass mit dem Arbeitgeber eine dritte Instanz in das privatrechtliche Verhältnis zwischen Versicherer und versicherter Person eingeschaltet werden soll.

Die Umorganisation des Arbeitsplatzes wird im Wesentlichen durch zwei verschiedene Ausprägungen geregelt:

- 1. Keine Umorganisation des Arbeitsplatzes bei Angestellten erforderlich**
2. Zumutbare Umorganisation des Arbeitsplatzes

Dieses Ergebnis ist nicht weiter überraschend. Einschränkungen der Regelungen bzgl. der Umorganisation des Arbeitsplatzes bzw. eines Berufswechsels (siehe Punkt 4.6) sind sehr häufig im Zusammenhang mit Änderungen der Regelungen zur Verweisung verbunden. Gerade im Hinblick auf die beiden genannten Kriterien Berufswechsel und Umorganisation kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass der seit einigen Jahren zu beobachtende Bedingungs Wettbewerb vor allem hier seine Spuren hinterlassen hat.



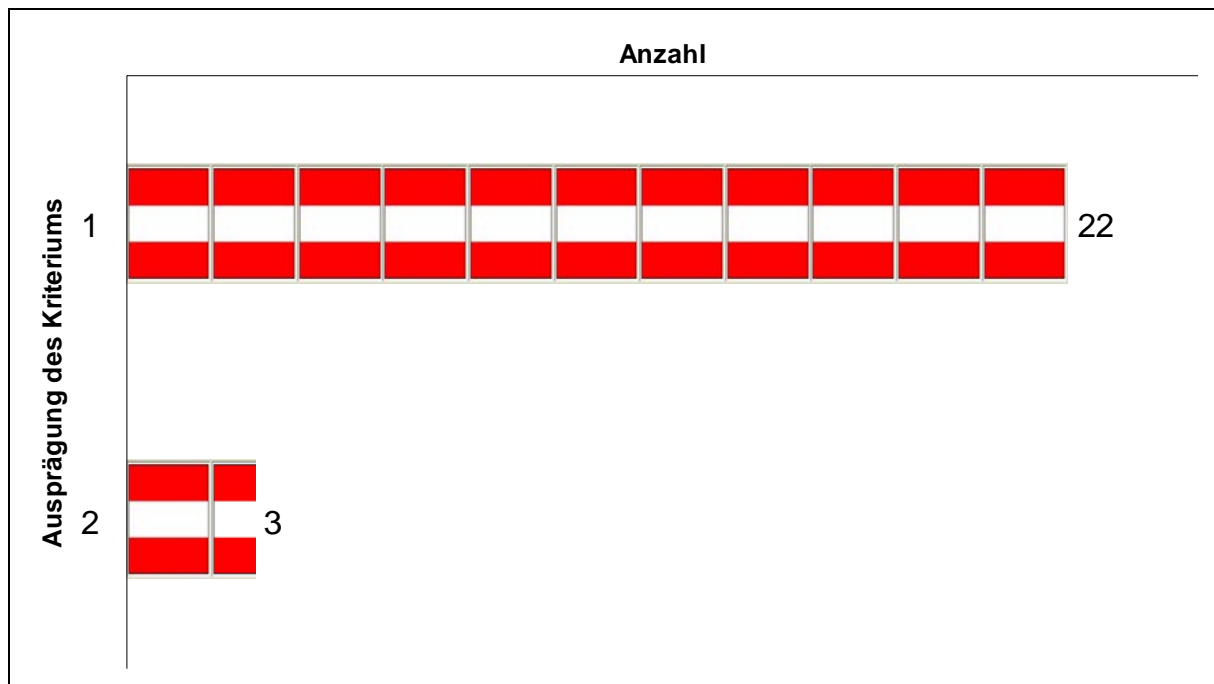
4.6. *Berufswechsel*

Einige Versicherer dehnen die Prüfung der Berufsunfähigkeit auf einen zweiten Beruf aus, wenn die versicherte Person innerhalb eines bestimmten Zeitraums (i. d. R. 12, 24 oder 36 Monate) den Beruf gewechselt hat. Als Begründung für diese Zusatzprüfung wird angeführt, dass die Versichertengemeinschaft vor Schaden bewahrt werden soll, weil eine versicherte Person nur deswegen den Beruf wechseln könnte, weil sie glaubt, in dem neuen Beruf eher BU-Leistungen beanspruchen zu können. Unabhängig davon, wie die Prüfung eines Berufswechsels in der Praxis ausgestaltet ist, kann ein solcher Passus in den Bedingungen zu einer vermeidbaren Rechtsunsicherheit führen.

In der Praxis gibt es sehr vielfältige Detailausprägungen zu diesem Kriterium, die sich im Wesentlichen damit beschäftigen, unter welchen gesundheitlichen, finanziellen oder sonstigen Voraussetzungen die Prüfung der BU in einem weiteren Beruf in Frage kommt. Wir halten diese Detailunterscheidung nicht für notwendig und beschränken uns auf zwei Merkmalsausprägungen:

1. **Keine Hinweise auf einen zweiten geprüften Beruf**
2. Innerhalb der letzten 12, 24 oder 36 Monate wird ein Berufswechsel berücksichtigt

Die zum Punkt Umorganisation des Arbeitsplatzes gemachten Ausführungen gelten analog.



4.7. Zeitpunkt des Leistungsbeginns

Am Markt hat sich die Regelung etabliert, dass die Versicherer BU-Leistungen ab dem 1. des Monats erbringen, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt. Hat der Versicherer am 10. eines Monats den Eintritt der BU festgestellt, so wird die erste Leistung zu Beginn des Folgemonats erbracht.

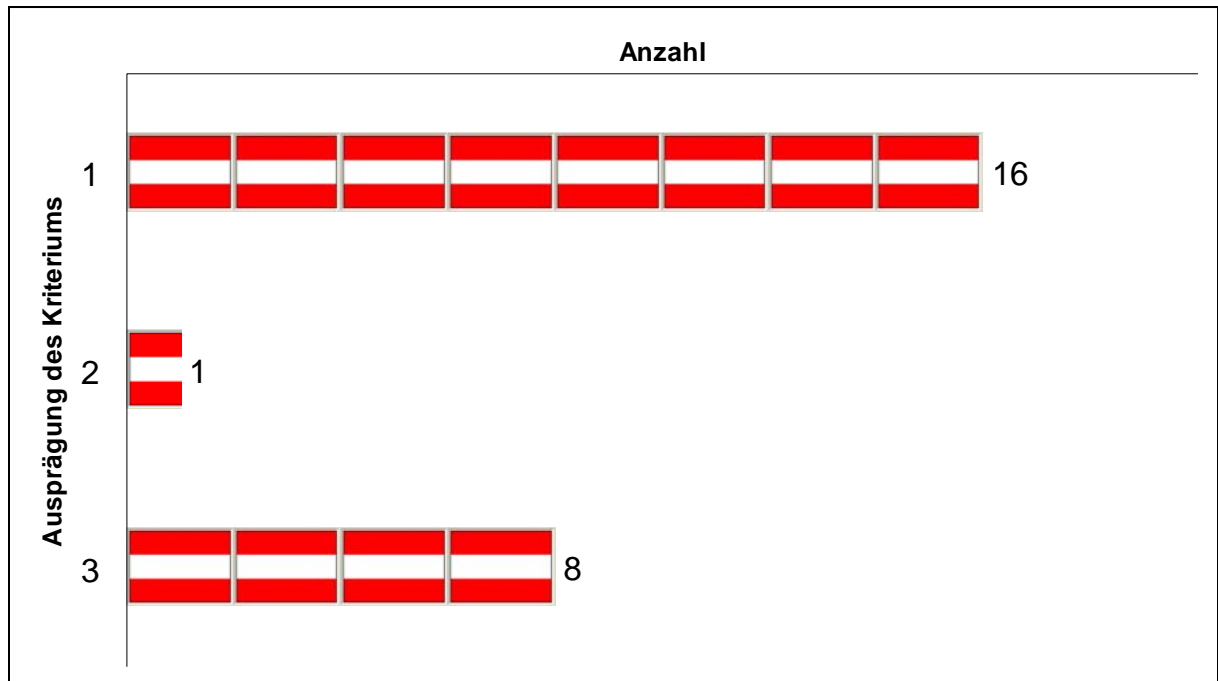
Ein Versicherer hat eine taggenaue Abrechnung in seinem Bedingungswerk verankert, so dass die Leistungen bereits ab dem Tag des Eintritts der BU erbracht werden.

Für den Fall, dass bei Beantragung keine ärztliche Prognose über eine voraussichtlich mindestens 6 Monate andauernde BU gestellt werden kann, wird von den Versicherern BU auch dann anerkannt, wenn die versicherte Person bereits 6 Monate lang außerstande gewesen ist, ihren Beruf auszuüben. In diesem Fall gibt es erhebliche Unterschiede im Hinblick auf den Leistungsbeginn. Einige Versicherer erbringen ihre Leistungen bei Fortdauer dieses Zustandes, also für die zukünftigen Zeiten einer BU (= keine rückwirkende Leistung). Andere Versicherer werten auch diesen Fall als BU von Beginn an und leisten für die bereits zurück gelegten 6 Monate (= rückwirkende Leistung).

Insgesamt haben wir drei zu unterscheidende Formulierungen identifiziert:

1. Leistungsbeginn: Zu Beginn des Folgemonats
2. Leistungsbeginn: Zu Beginn des Eintritts der BU (taggenau)
3. Leistungsbeginn: Zu Beginn des Folgemonats / bei fehlender Prognose Leistungsbeginn ab 7. Monat

BU-Leistungen ab dem Beginn des Monats, der auf den Eintritt der BU folgt sowie rückwirkende Leistungen bei fehlender ärztlicher Prognose und bereits 6 Monate bestandener BU sind der Marktstandard. Allerdings liegt der Anteil der Versicherer, die bei fehlender Prognose keine rückwirkenden Leistungen erbringen, bei über 30%.



4.8. Meldefristen

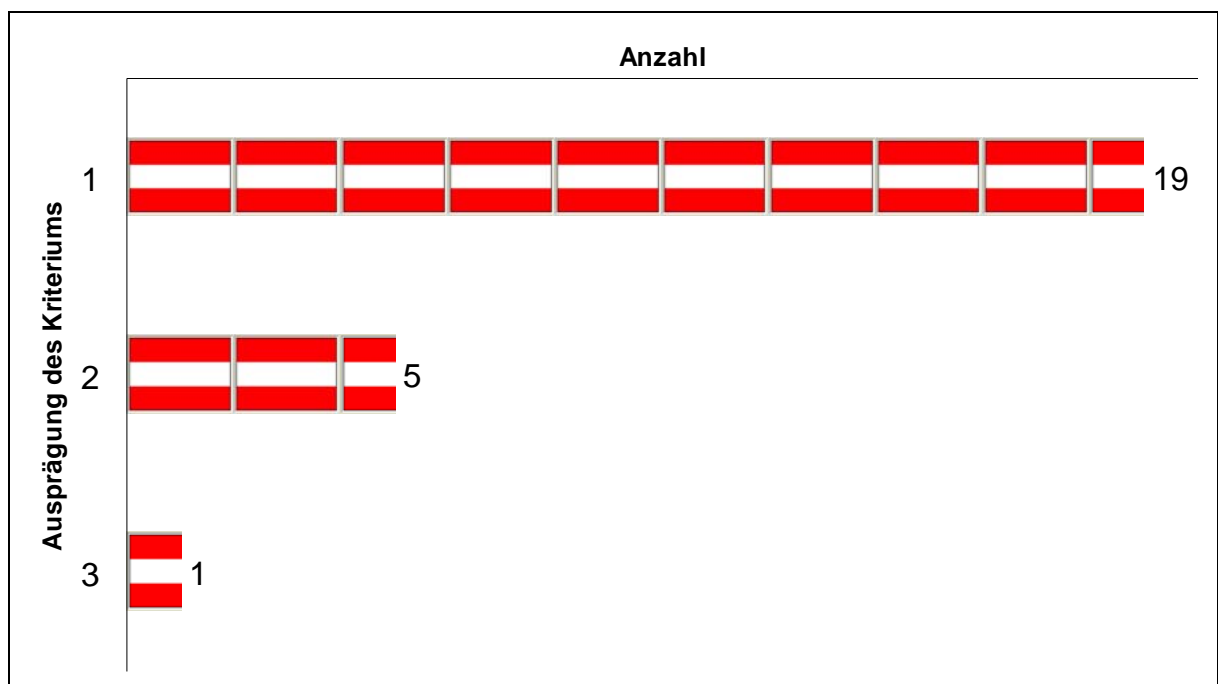
Normalerweise wird ein Versicherter ein Interesse daran haben, den Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich seinem Versicherer zu melden. Gerade im Bereich der BU kann es jedoch durchaus Fälle geben, in denen die versicherte Person den Eintritt des Versicherungsfalles gar nicht unverzüglich melden kann (bspw. aus gesundheitlichen Gründen) oder will (bspw., weil sie abwarten möchte, bis weitere ärztliche Gutachten vorliegen oder der Bescheid der Pensionsversicherungsanstalt). Für den Kunden ist es daher vorteilhaft, wenn der Versicherer in seinen Bedingungen gänzlich auf Meldefristen verzichtet. Beinhaltet ein Bedingungsnetzwerk eine Meldefrist (i. d. R. 3, 6, 12 oder 36 Monate), so beginnt die Leistungspflicht des Versicherers bei einer verspäteten Meldung erst mit dem Zeitpunkt der Meldung. Ausnahmen machen Versicherer dann, wenn die verspätete Meldung ohne Verschulden der versicherten Person erfolgt.

Am Markt konnten wir drei verschiedene Ausprägungen dieses Merkmals beobachten, wobei wir in der Bewertung bewusst nicht zwischen der Länge der Meldefrist differenziert haben. Wir halten es an dieser Stelle nicht für sachdienlich, eine Meldefrist von 3 Monaten bspw. doppelt so gut zu bewerten wie eine Frist von 6 Monaten.

1. Keine Hinweise auf eine Meldefrist

2. Meldefrist (3, 6, 12 oder 36 Monate), Leistung rückwirkend ab Beginn bei unverschuldeter verspäteter Meldung
3. Meldefrist (3, 6, 12 oder 36 Monate), Leistung begrenzt rückwirkend

Der Verzicht auf Meldefristen hat sich inzwischen als Marktstandard etabliert. Immerhin ein Fünftel der Anbieter hat weiterhin Meldefristen in den Bedingungen vorsehen, räumt aber gleichzeitig eine Exkulpationsmöglichkeit für den Versicherten bei unverschuldetem Verspäten ein.



4.9. Verzicht auf § 41 VersVG / VVG

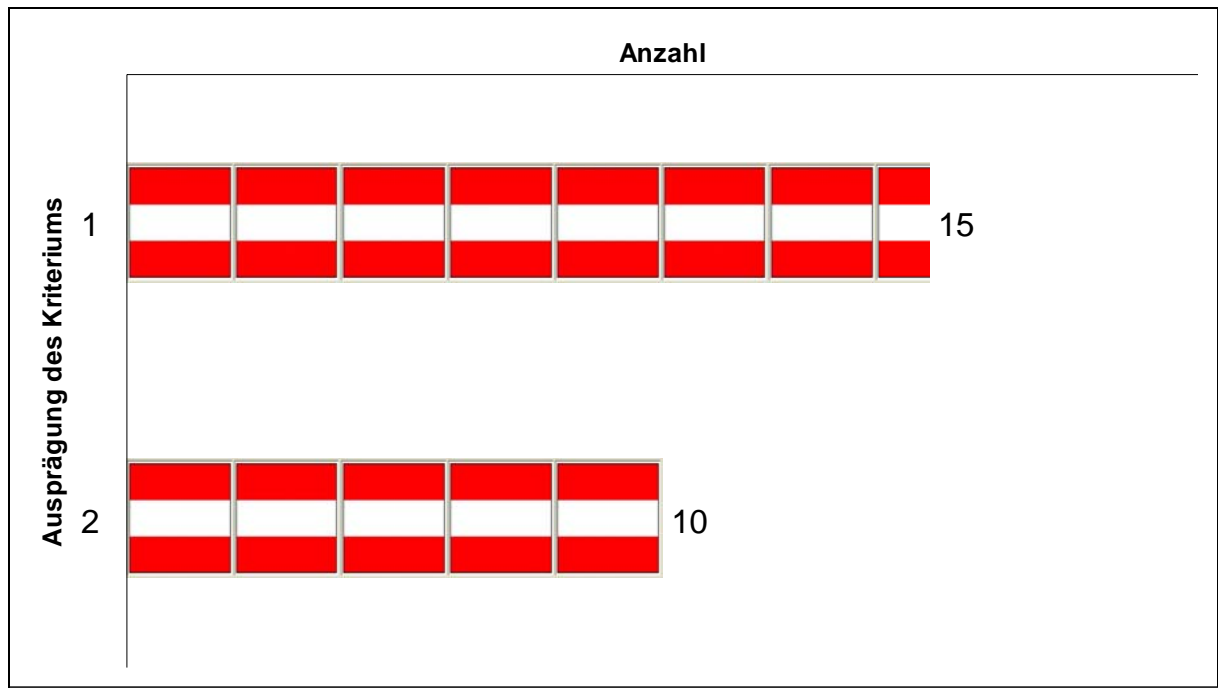
Nach § 41 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) hat der Versicherer das Recht die Prämie anzuheben oder die Versicherung zu kündigen, wenn die dem Versicherungsnehmer obliegende Anzeigepflicht bei Schließung des Vertrages verletzt wurde. Dies gilt bspw. für den Fall, dass ein Umstand, der für die Übernahme der Gefahr durch den Versicherer erheblich ist, nicht angezeigt wurde, weil er dem Antragsteller nicht bekannt war.

In der Praxis sind lediglich zwei verschiedene Ausprägungen dieses Kriteriums zu beobachten:

1. Kein Hinweis auf den Verzicht auf die Anwendung von § 41 Versv / VVG

2. Ausdrücklicher Verzicht auf die Anwendung von § 41 VersVG / VVG

Das Verhalten der Anbieter beim Verzicht auf die Möglichkeit der Anwendung von §41 VersVG / VVG ist recht unterschiedlich. 40% der Gesellschaften verzichten explizit auf die Anwendung des Paragraphen. 60% der Gesellschaften haben keine diesbezügliche Regelung in die Bedingungen aufgenommen, so dass man davon ausgehen kann, dass in der Praxis auch nicht auf die Anwendung verzichtet wird.



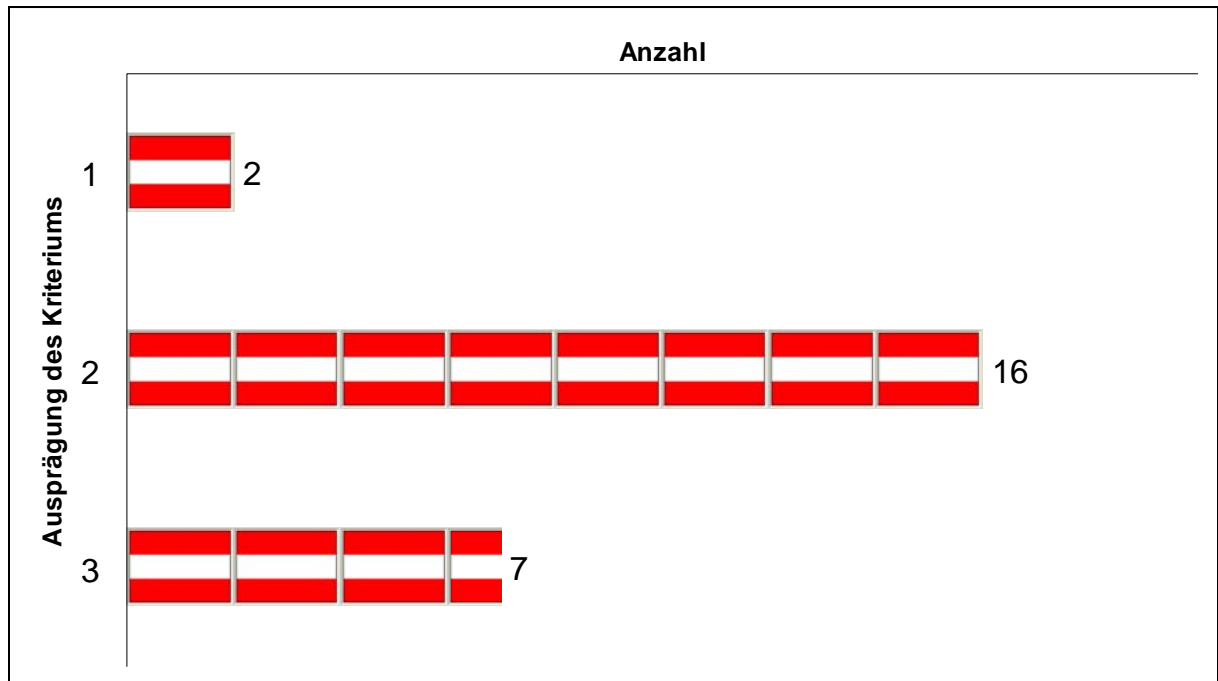
4.10. Verzicht auf § 172 VersVG / VVG

Nach § 172 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) ist der Versicherer berechtigt, bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen die Prämie neu festzusetzen. Der Verzicht auf die Anwendung von § 172 VersVG / VVG ist für den Versicherten bei weitem nicht so bedeutungsvoll wie vielfach in der Öffentlichkeit angenommen. Die Fälle, in denen das VersVG / VVG eine Neufestsetzung der Prämie zulässt, sind äußerst gering. Insbesondere fällt eine zu niedrig kalkulierte Prämie i.d.R. ohnehin nicht unter die Regelungen des § 172. Ein Beispiel wäre das regional begrenzte Auftreten einer Epidemie, was für einen Versicherer, der ausschließlich in dieser Region tätig ist, zu einem unvorhergesehenen Anstieg der BU-Fälle führt.

In der Praxis sind drei verschiedene Ausprägungen in den Bedingungen zu beobachten:

1. Ausdrücklicher Verzicht auf die Anwendung von § 172 VersVG / VVG
2. **Kein Hinweis auf den Verzicht auf die Anwendung von § 172 VersVG / VVG**
3. Kein Verzicht auf die Anwendung von § 172 VersVG / VVG

Sowohl für den Verzicht als auch für das Beibehalten von § 172 VersVG / VVG lassen sich vernünftige Argumente finden. Wir empfehlen daher, dieses Kriterium lediglich als ergänzende Zusatzinformation heran zu ziehen und sehen keine unmittelbare positive oder negative Korrelation zur Qualität eines Bedingungswerkes.



4.11. Geltungsbereich

Für den Versicherten kann es je nach Beruf sehr wichtig sein, dass der Versicherungsschutz weltweit gilt. Nicht immer kann schließlich davon ausgegangen werden, dass der BU-Fall nur in Österreich eintritt. Man denke bspw. an einen Unfall, Herzinfarkt, Schlaganfall o.ä. im Urlaub oder den Angestellten einer internationalen tätigen Firma mit wechselndem Einsatz an verschiedenen Betriebsstätten.

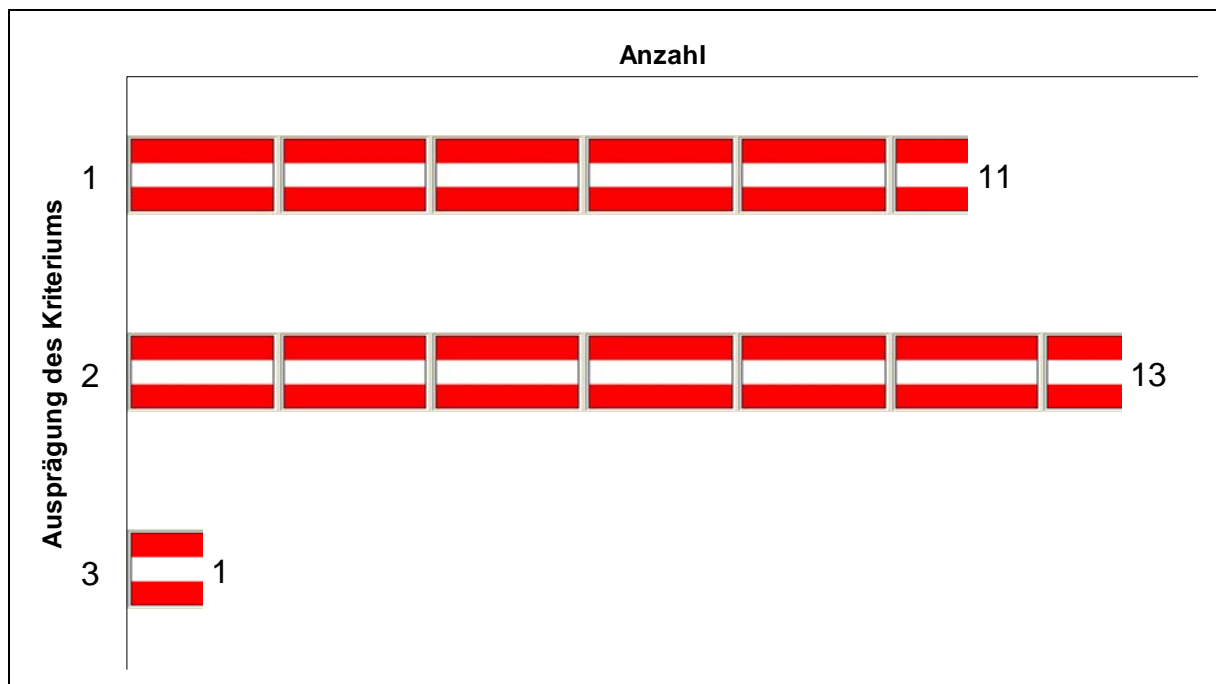
Neben dem Geltungsbereich ist von Bedeutung, was im Falle der Leistungsprüfung geschieht. Wenn der Versicherungsschutz zwar grundsätzlich weltweit besteht, ärztliche Untersuchungen aber nur in seinem Wohnsitzland durchgeführt werden dürfen, ist auch dies nachteilig für den Versicherten. In vielen Fällen wird zudem darauf hingewiesen, dass der Versicherte die Kosten für die Reise in sein Wohnsitzland selber zu tragen hat, und das, obwohl er sich vielleicht im Ausland aufhält.

Die in der Praxis verwendeten Formulierungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Weltweiter Versicherungsschutz mit zusätzlichen Bedingungen zur Erbringung der ärztlichen Nachweise
2. **Weltweiter Versicherungsschutz ohne weitere Einschränkungen**

- Gebietsmäßig eingeschränkter Geltungsbereich, ggf. mit zusätzlichen Bedingungen zur Erbringung der ärztlichen Nachweise

Aus Kundensicht sehr erfreulich ist, dass der weltweite Versicherungsschutz ohne irgendwelche weiteren Einschränkungen zum Marktstandard geworden ist. Allerdings ist die Anzahl derjenigen Anbieter, die zwar grundsätzlich weltweiten Versicherungsschutz bieten, diesen aber dadurch einschränken, dass an die Erbringung der Nachweise einer evtl. vorliegenden BU erhebliche Bedingungen / Voraussetzungen geknüpft werden, hoch.



4.12. Leistungsausschlüsse

Grundsätzlich leisten die Versicherer unabhängig davon, wie die BU eingetreten ist. Es gibt jedoch einige obligatorische Ausschlüsse, bei denen die Gesellschaft nicht leistet. Dazu gehört z. B. der Fall, dass die versicherte Person bei Kriegsereignissen auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, bei absichtlicher Herbeiführung der BU oder bei einer widerrechtlichen Handlung im Sinne des Strafrechts.

Von besonderem Interesse sind daher ungewöhnliche Leistungsausschlüsse. Dazu zählt z. B. die Leistung bei Kriegsereignissen, wenn sich die versicherte Person länger als eine vorgegebene Dauer in dem Unruheland aufhält. Weiterhin leisten einige Versicherer nicht, wenn die BU durch die Teilnahme an Fahrtveranstaltungen entstanden ist. Dabei handelt es sich keineswegs nur um Hochgeschwindigkeitsrennen, es könnte bspw. auch eine Orientierungsfahrt oder eine Oldtimer-Rallye sein. Schließlich ist noch auf die Luftfahrtklausel hinzuweisen, nach der einige Versicherer nur dann Leistungen erbringen, wenn die BU bei einem Linienflug mit einem Propeller- oder Düsenflugzeug aufgetreten ist. Nicht geleistet wird aber z. B., wenn die BU durch die Teilnahme an einem Ballonflug oder als Führer eines Segelflugzeuges entstanden ist.

Weiterhin ist zu erwähnen, dass einige Anbieter dazu übergehen, bestimmte als gefährliche eingestufte Sportarten als Ursache einer BU komplett auszuschließen, etwa Paragliding.

Zwischenzeitlich sind einige Versicherer dazu übergegangen, in die Bedingungen ihrer Berufsunfähigkeitsversicherungen eine sog. „Terrorklausel“ einzuarbeiten. Diese sieht z. B. so aus:

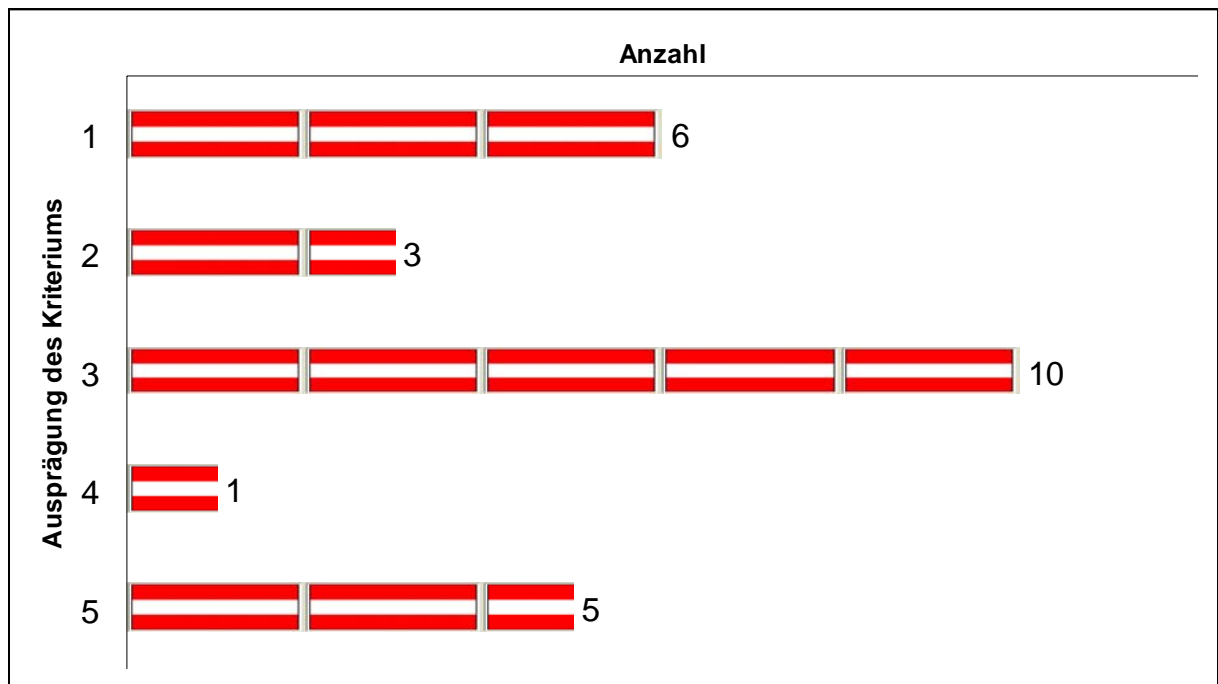
„... unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.“

Ob es erforderlich ist, Terrorakte als Ursache einer BU auszuschließen, ist aus unserer Sicht aufgrund des aktuellen Erkenntnisstandes kaum zu beurteilen. Zunächst ist zu bedenken, dass die jüngsten Terrorakte, so tragisch sie auch gewesen sein mögen, insgesamt zu einer verhältnismäßig geringen Anzahl von Opfern im Verhältnis zur gesamten Versichertengemeinschaft geführt haben. Dabei ist noch nicht geklärt, welcher Anteil der Opfer im Sinne von Versicherungsbedingungen berufsunfähig geworden ist. Ebenso wenig gibt es Erkenntnisse darüber, welcher Anteil der Opfer gegen Berufsunfähigkeit versichert ist. Insgesamt stellt sich daher die Frage, ob Terroranschläge tatsächlich zu einer signifikanten Erhöhung der Leistungsfälle führen können oder ob die Diskussion um die „Terrorklausel“ nicht eine eher theoretische ist. Dies bestätigt sich auch bei einem Blick auf die o.g. Definition; für den Anschlag vom 11. September in New York müsste man nämlich feststellen, dass dieser wahrscheinlich durch die Klausel gar nicht erfasst gewesen wäre.

Zu den Leistungsausschlüssen lassen sich sehr vielfältige Regelungen in der Praxis finden. Wir haben versucht, diese zu insgesamt fünf Ausprägungen zu verdichten und halten dies auch für ausreichend. Wenn es Abweichungen vom Marktstandard oder ungewöhnliche Leistungsausschlüsse gibt, dann ist es im Rahmen einer verantwortungsvollen Beratung ohnehin erforderlich, sich inhaltlich näher damit zu beschäftigen, um die Relevanz für die jeweilige versicherte Person zu ergründen.

1. Keine ungewöhnlichen Ausschlüsse
2. Bei Kriegereignissen gilt der Versicherungsschutz nur bis zum Ende der genannten Frist.
- 3. Anwendung von Ausschlussklauseln (z. B. Luftfahrtklausel, Arztanordnungsklausel, Fahrtveranstaltungsklausel)**
4. Anwendung von außergewöhnlichen Ausschlussklauseln (z. B. Luftsportartklausel)
5. Ausschluss der Folgen terroristischer Anschläge mit radioaktiven, biologischen oder chemischen Waffen bzw. der Freisetzung entsprechender Stoffe („Terrorklausel“)

Der Marktstandard in Österreich sieht vor, dass die Versicherungsbedingungen „gängige“ Leistungsausschlüsse wie bspw. die Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, die Luftfahrtklausel oder auch die Arztordnungsklausel beinhalten.



4.13. Beitragsstundung

Grundsätzlich müssen bei einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung die Prämien bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht weiter gezahlt werden. Da jedoch die Entscheidung über die Leistung unter Umständen sehr lange dauern kann, bieten manche Versicherer die Möglichkeit die Prämien für den Zeitraum der Leistungsprüfung (zinslos) zu stunden. Ob es sinnvoll ist, den Stundungszeitraum bis zu einem möglicherweise abschließenden Gerichtsverfahren zu stunden, ist fraglich, da dieser Zeitraum sehr lang sein kann und i. d. R. bei einer Ablehnung der Leistungspflicht die Prämien nachgezahlt werden müssen.

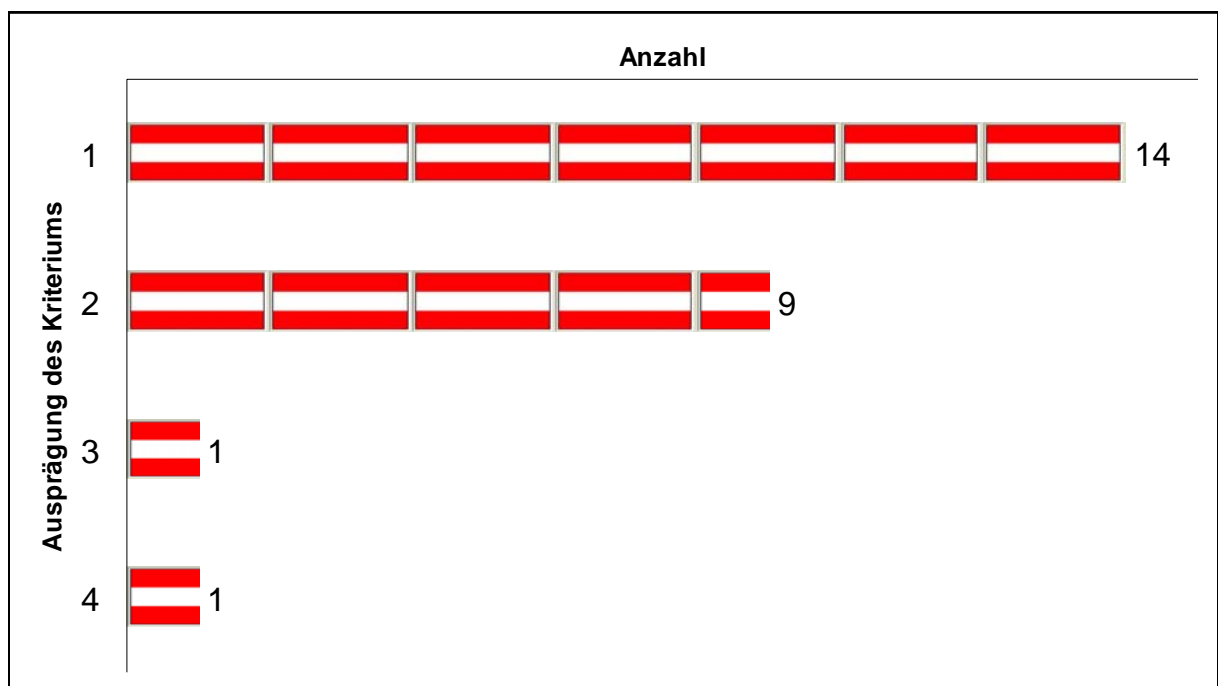
Das Thema Beitragsstundung wird hier jedoch nur im Zusammenhang mit der Prüfung der Leistungspflicht betrachtet. Es geht also nicht darum, für den Fall finanzieller Schwierigkeiten beim Versicherten Überbrückungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Dies müsste unserer Auffassung nach im Rahmen von Optionen, wie bspw. einer sog. „Zahlpause“, behandelt werden.

Auch bei diesem Kriterium finden sich zahlreiche unterschiedliche Formulierungen in den Bedingungen, die wir wie folgt gruppiert haben:

1. Keine Stundung möglich; Beitragszahlungspflicht bis zur Leistungsentscheidung

2. Zinslose Stundung, auch nach eventuell vereinbarter Karenzzeit, auf Antrag möglich. Falls keine Leistungspflicht anerkannt wird, sind die Beiträge nach-zuzahlen
3. Automatische zinslose Stundung; auf Antrag auch Weiterzahlung der Beiträge
4. Zinslose Stundung auf Antrag möglich, jedoch nicht während vereinbarter Ka-renzzeiten

Bei der Mehrheit der Anbieter gibt es bedingungsgemäß keine Möglichkeit der Stun-dung der Beiträge für den Zeitraum der Leistungsprüfung. Ob in der Praxis eine Stundung tatsächlich in Frage kommt, wird somit zu einer Kulanzfrage. Aus Kunden-sicht wären hier sicher Änderungen wünschenswert.



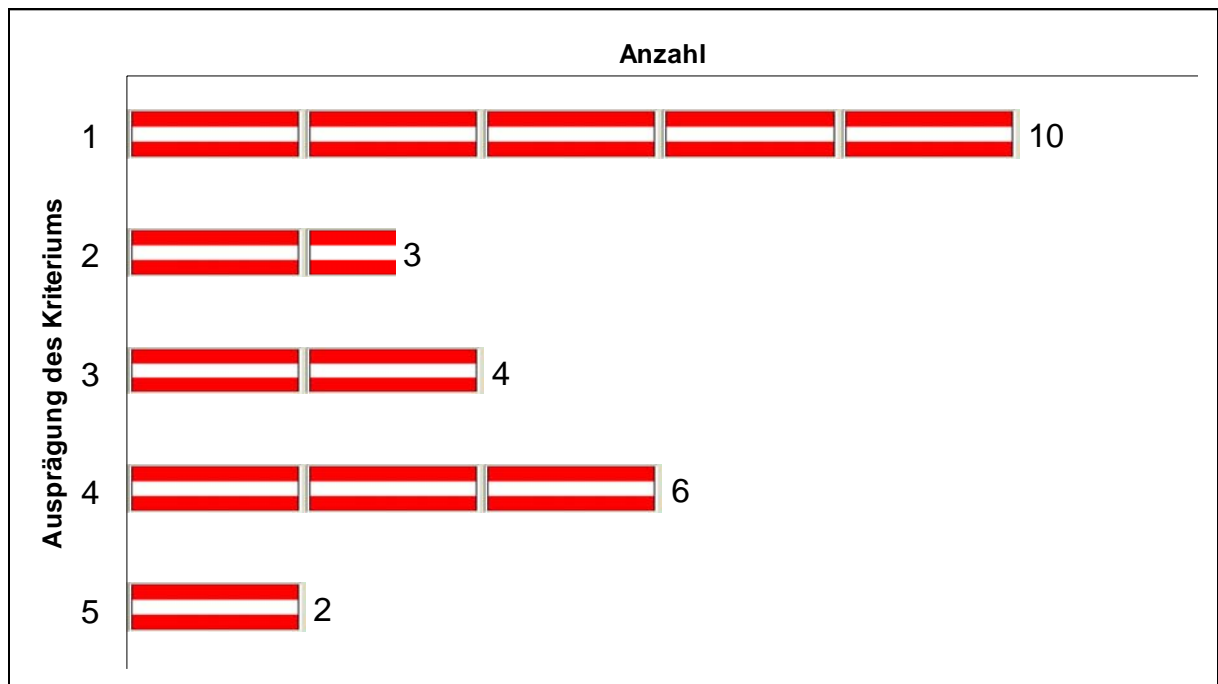
4.14. Zeitlich befristetes Anerkenntnis

Die Prüfung der Berufsunfähigkeit nimmt wegen der immer komplexer werdenden Berufsbilder oft erhebliche Zeit in Anspruch. Einige Versicherer bieten daher an, für den Zeitraum der Leistungsprüfung (oder beschränkt auf bspw. 12 Monate) BU-Leistungen befristet anzuerkennen. Dies kann für den Kunden aber durchaus problematisch werden, da ein zeitlich befristetes Anerkenntnis keine rechtlich verbindliche Leistungspflicht begründet. Zudem kann für die Zeit des befristeten Anerkenntnisses die Frage nach einer evtl. Verweisbarkeit zurück gestellt werden. Dies führt insge-samt für den Versicherten zu einer großen Rechtsunsicherheit. Daher sollte der Ver-sicherer nach Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen möglichst zügig eine endgül-tige und rechtsverbindliche Entscheidung über die Leistungspflicht treffen.

Auch hier finden sich bei den Versicherern verschiedenste Formulierungen. Folgen-de Ausprägungen haben wir betrachtet:

1. **Zeitlich befristete Anerkennnisse möglich**
2. Keine zeitlich befristeten Anerkennnisse möglich
3. Zeitlich befristete Anerkennnisse nur in Ausnahmefällen möglich
4. Kein konkreter Hinweis auf zeitlich befristete Anerkennnisse, allerdings lässt die Formulierung vermuten, dass Anerkennnisse auch befristet ausgesprochen werden können.
5. Zeitlich befristete Anerkennnisse möglich; Leistungen werden nicht zurück verlangt.

Die Möglichkeit ein oder mehrere zeitlich befristete Anerkennnisse auszusprechen ist als Marktstandard anzusehen. Interessant ist sicher die Frage, warum fast ein Viertel der Versicherer keine klare Aussage über die Möglichkeit, befristete Anerkennnisse auszusprechen, trifft.



4.15. Mitwirkungspflichten

Die Versicherer haben in ihren Bedingungen die unterschiedlichsten Mitwirkungspflichten aufgeführt.

Diese Pflichten beziehen sich zum einen auf Art und Umfang der Unterlagen, die bei Geltendmachung von Leistungsansprüchen einzureichen sind. Dies ist marktweit nahezu einheitlich geregelt.

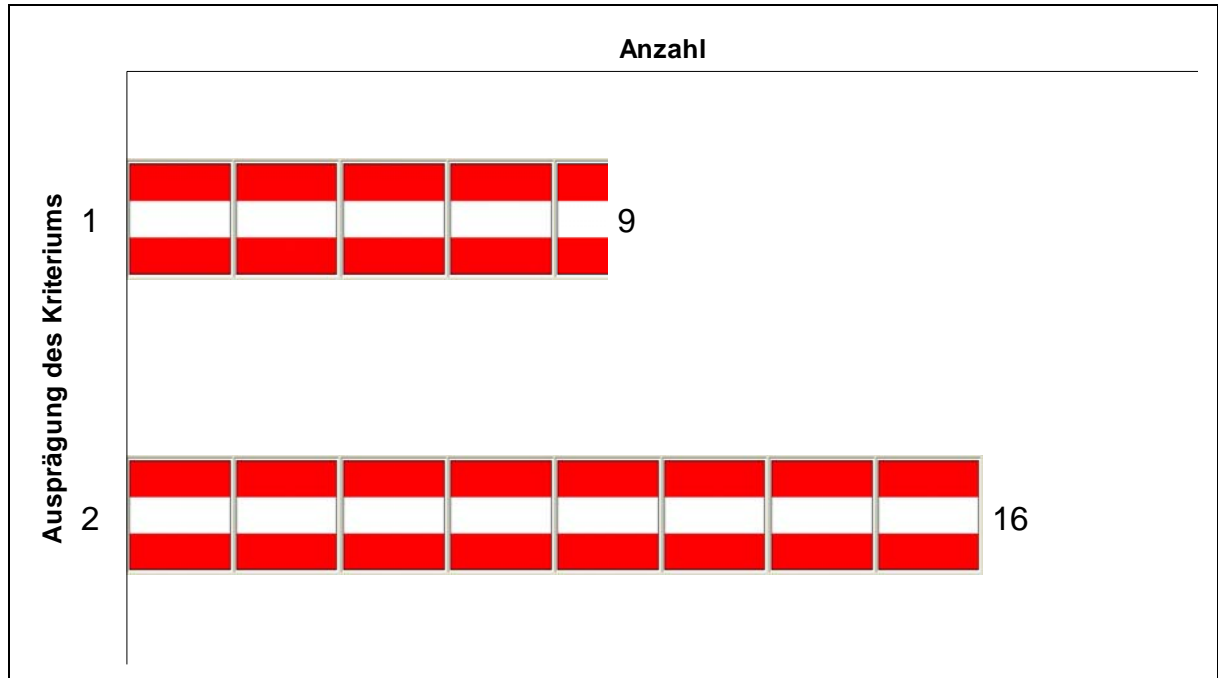
Darüber hinaus verlangen einige Versicherer, dass ein Berufswechsel und / oder die Aufnahme von als gefährlich geltenden Sportarten gemeldet werden müssen. Gerade im Hinblick auf Sportarten ist dies nicht unproblematisch, da der Versicherte i.d.R. zunächst selber entscheiden muss, ob seine Sportart nun gefährlich ist oder nicht.

Daneben gibt es Mitwirkungspflichten, die erst dann zum Tragen kommen, wenn der Leistungsfall bereits eingetreten ist. So verlangen einige Versicherer, dass die versicherte Person bei einer eingetretenen BU unverzüglich eine Minderung des BU-Grades und / oder die Änderung / Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit mitteilen muss. Eine Minderung des BU-Grades kann sie häufig jedoch gar nicht erkennen, da ihr der medizinische Sachverstand fehlt. Bzgl. der Änderung / Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit besteht Uneinigkeit darüber, welche Ausprägung und welchen Umfang eine solche Tätigkeit annehmen muss. Fallen bspw. bei einem berufsunfähigen Rechtsanwalt das Schreiben eines Buches, die Tätigkeit für einen Sportverein oder das vereinzelte Halten von Vorträgen bereits unter diese Vorschrift?

Die folgenden beiden Ausprägungen des Kriteriums Mitwirkungspflichten beziehen sich daher nur auf den Zeitpunkt nach bereits eingetretener Leistung:

1. Keine Hinweise auf besondere Mitwirkungspflichten
2. **Pflicht zur unverzüglichen Mitteilung über Besserung des Gesundheitszustandes und Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit**

Hier sind zumindest aus Kundensicht für die Zukunft sicher Verbesserungen wünschenswert, zumindest aber Präzisierungen in den Formulierungen der Bedingungen. Beim aktuell gültigen Marktstandard besteht für einen Teil der Versicherten die Gefahr, unfreiwillig gegen die Mitwirkungspflichten zu verstoßen.



4.16. Nachprüfung

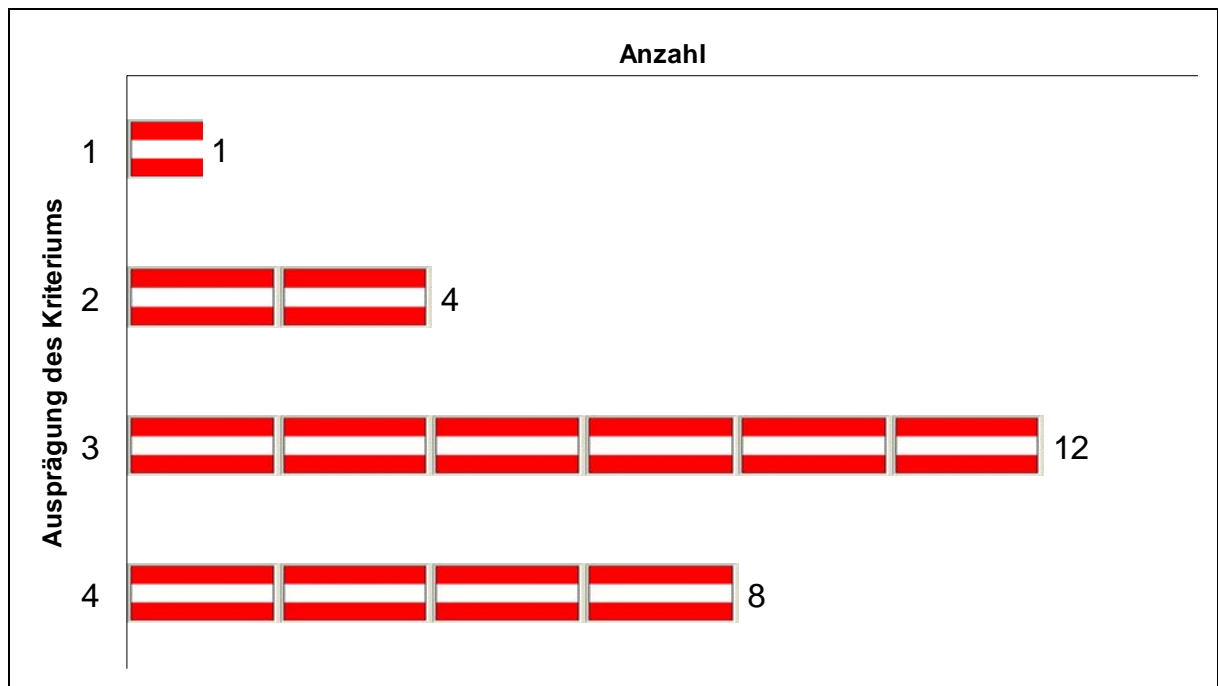
Versicherer sind grundsätzlich berechtigt, nach einer bestimmten Zeit (nach) zu prüfen, ob eine einmal eingetretene BU medizinisch weiter fortbesteht. Ist dies nicht der

Fall, kann die Leistung eingestellt werden. Es ist nicht ungewöhnlich, dass bei einer Nachprüfung zusätzlich andere Maßstäbe heran gezogen werden als bei der Erstprüfung. Im Sinne der gesamten Versichertengemeinschaft ist es wichtig, nicht Leistungen für Versicherte zu erbringen, bei denen die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind. Problematisch wird die Nachprüfung jedoch dann, wenn hier Klauseln greifen, mit denen der Versicherte nicht rechnet, bzw. aufgrund seines „durchschnittlichen Informationsstandes“ nicht rechnen kann. So gibt es Versicherer, die zwar in der Erstprüfung, nicht aber in der Nachprüfung auf die abstrakte Verweisung verzichten. Aus Sicht des Kunden ist bei der Nachprüfung eine Einstellung der Leistungen eigentlich nur dann akzeptabel, wenn er bereits wieder einen Beruf ausübt, der seiner Ausbildung, Erfahrung und Lebensstellung entspricht und den er aufgrund seiner gesundheitlichen Verhältnisse auch tatsächlich uneingeschränkt ausüben kann. Die Berücksichtigung neuer beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten sollte nur im Zusammenhang mit den übrigen o.g. Kriterien zulässig sein.

Im Wesentlichen lassen sich vier verschiedene Ausprägungen am Markt finden:

1. Nachprüfung mit der Möglichkeit einer konkreten Verweisung unter Berücksichtigung neu erworbener Fähigkeiten
2. Nachprüfung mit der Möglichkeit einer konkreten Verweisung unter kumulativem Vorliegen verschiedener Bedingungen (bspw. expliziter Nennung der bisherigen Lebensstellung)
- 3. Nachprüfung mit der Möglichkeit einer abstrakten Verweisung, ggf. auch unter bestimmten Voraussetzungen (bspw. der Umorganisation des Arbeitsplatzes)**
4. Nachprüfung, entweder entsprechend den Regelungen der Erstprüfung oder ohne weitere Angaben

Da schon im Erstprüfungsverfahren die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung den Marktstandard definierte, ist es nicht weiter verwunderlich, dass eine hohe Anzahl der Versicherer auch im Rahmen der Nachprüfung die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung vorsehen. Wir gehen davon aus, dass die Regelungen zur Nachprüfung in Zukunft an Bedeutung gewinnen werden, da die zunehmende Information der Verbraucher dazu führen wird, dass eine intensivere Auseinandersetzung auch mit Bedingungskomponenten statt finden, die bisher noch nicht im Fokus der Öffentlichkeit standen. Während die abstrakte Verweisung im Erstprüfungsverfahren inzwischen in zahlreichen Tests, Vergleichen und Veröffentlichungen diskutiert und thematisiert wurde, hat eine intensive Beschäftigung mit den Regelungen zur Nachprüfung noch nicht statt gefunden.



5. Marktstandards in der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung in Deutschland

Grundlage der statistischen Auswertungen in Deutschland sind mit Stand August 2004 insgesamt 112 Bedingungswerke der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung. Die Beschäftigung mit den deutschen Marktstandards macht aus mehreren Gründen auch bei einer Untersuchung in Österreich Sinn. Einerseits sind viele deutsche Versicherer in Österreich tätig und gerade im Bereich der BU-Absicherung sehr emsig. Andererseits gibt es jedoch auch erste Ansätze österreichischer Versicherer, in Deutschland Produkte abzusetzen.

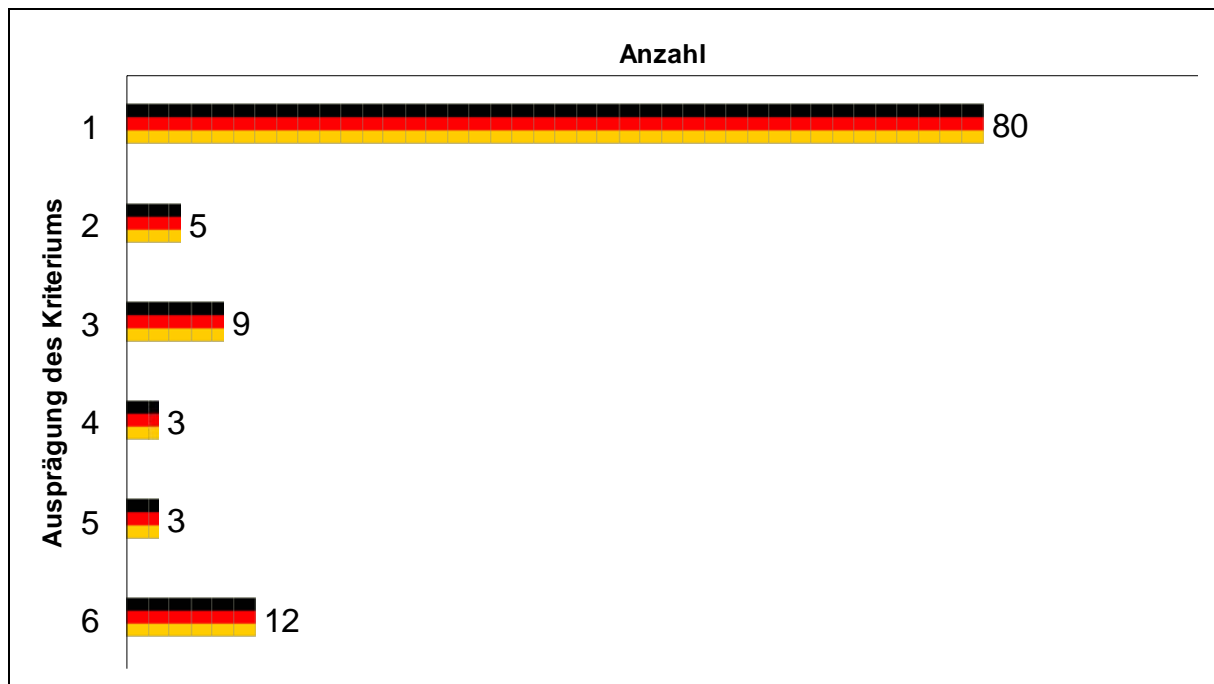
Um Redundanzen im Text zu vermeiden, verzichten wir in diesem Abschnitt auf die allgemeinen Erläuterungen zu den einzelnen Kriterien und beschränken uns auf die Ergebnisdarstellung.

5.1. *Prognosezeitraum*

Die am Markt üblichen Formulierungen lassen sich zu insgesamt sechs Ausprägungen verdichten:

1. **Prognosezeitraum: voraussichtlich mindestens 6 Monate; nach 6-monatiger BU gilt dieser Zustand als BU von Beginn an (rückwirkende Leistung)**
2. Prognosezeitraum: voraussichtlich mindestens 6 Monate; nach 6-monatiger BU gilt die Fortdauer dieses Zustandes als BU (keine rückwirkende Leistung)
3. Prognosezeitraum: voraussichtlich dauernd; nach 6-monatiger BU gilt die Fortdauer dieses Zustandes als BU (keine rückwirkende Leistung)
4. Prognosezeitraum: voraussichtlich länger als 6 Monate; nach 6-monatiger BU gilt die Fortdauer dieses Zustands als BU von Beginn an (rückwirkende Leistung)
5. Prognosezeitraum: voraussichtlich dauernd; nach 6-monatiger BU gilt dieser Zustand als BU von Beginn an (rückwirkende Leistung)
6. Prognosezeitraum: voraussichtlich länger als 6 Monate; nach 6-monatiger BU gilt die Fortdauer dieses Zustands als BU vom 7. Monat an (keine rückwirkende Leistung)

Die Grafik zeigt deutlich, dass der Prognosezeitraum bei den meisten Anbietern auf 6 Monate reduziert wurde und auch die rückwirkende Leistung ab Beginn zum Marktstandard geworden ist.

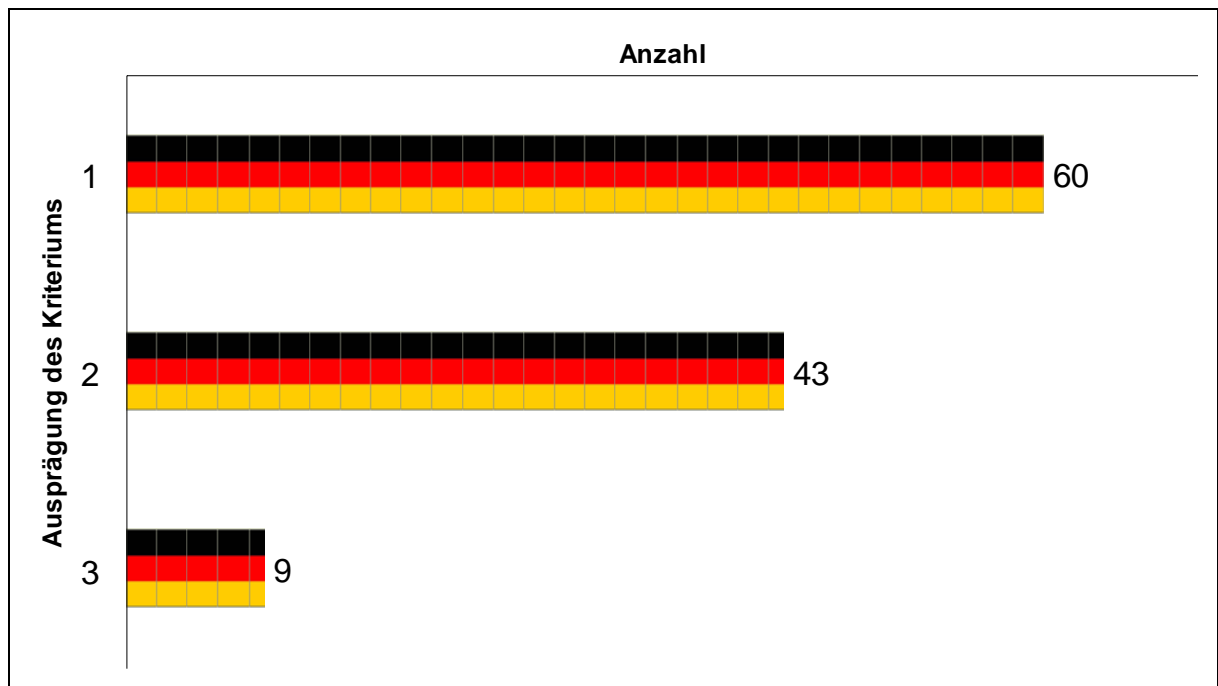


5.2. *Berufsdefinition*

Insgesamt lassen sich die am Markt gängigen Formulierungen auf lediglich drei Varianten reduzieren:

1. **Der zuletzt ausgeübte Beruf / Tätigkeit, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.**
2. Ihren Beruf / Tätigkeit
3. Ihr zuletzt ausgeübter Beruf / ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit

Bei diesem Kriterium ist das Erscheinungsbild bei weitem nicht so deutlich wie beim Prognosezeitraum. Die Mehrheit der Versicherten hat inzwischen die Regelung – „Der zuletzt ausgeübte Beruf / Tätigkeit, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war“ – getroffen, allerdings ist der Anteil derjenigen Bedingungswerke mit der aus Kundensicht eher unbefriedigenden Regelung – „ihren Beruf / Tätigkeit“ – mit fast 40% immer noch sehr hoch.



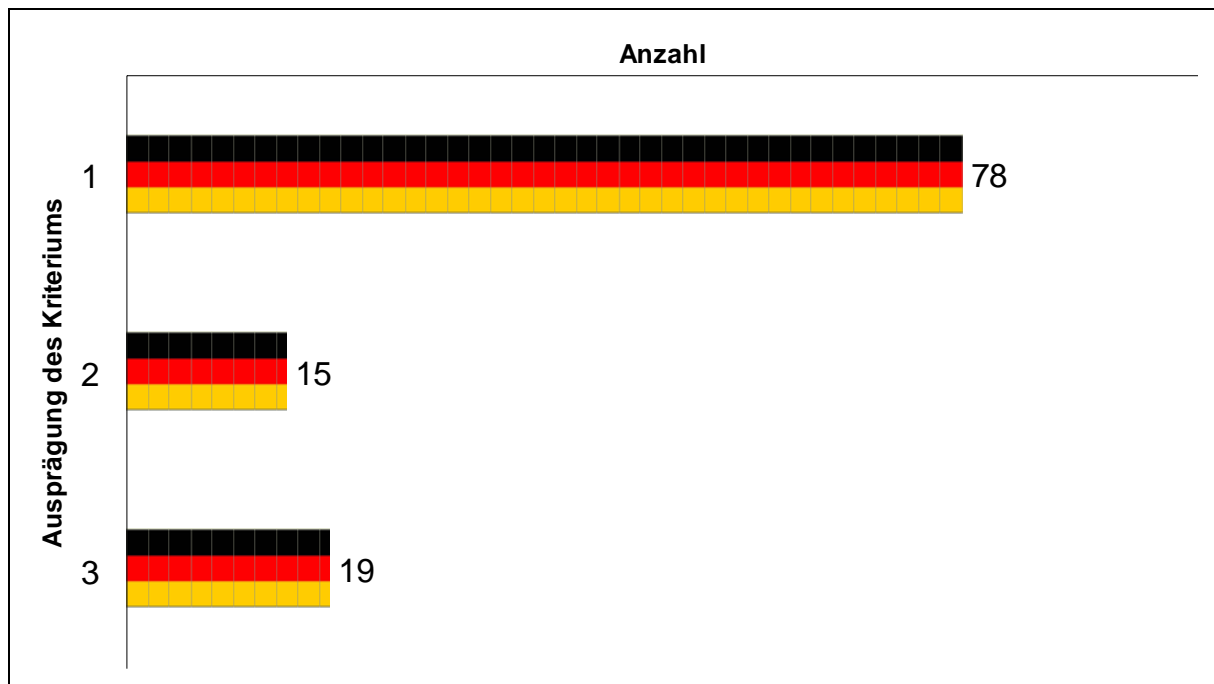
5.3. Regelungen zur abstrakten Verweisung in der Erstprüfung

Auch die Regelungen zur abstrakten Verweisung lassen sich zu lediglich drei Ausprägungen verdichten:

1. Verzicht auf abstrakte Verweisung

2. Abstrakte Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und Lebensstellung, ggf. unter Berücksichtigung von Alter und Berufsgruppen
3. Abstrakte Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung

Der vollständige und uneingeschränkte Verzicht auf die abstrakte Verweisung in der Erstprüfung hat sich inzwischen als Marktstandard durchgesetzt. Allerdings findet man eine abstrakte Verweisung, die ggf. von bestimmten Voraussetzungen wie Alter und / oder Beruf der versicherten Person abhängig gemacht wird, bei fast jedem dritten Anbieter.



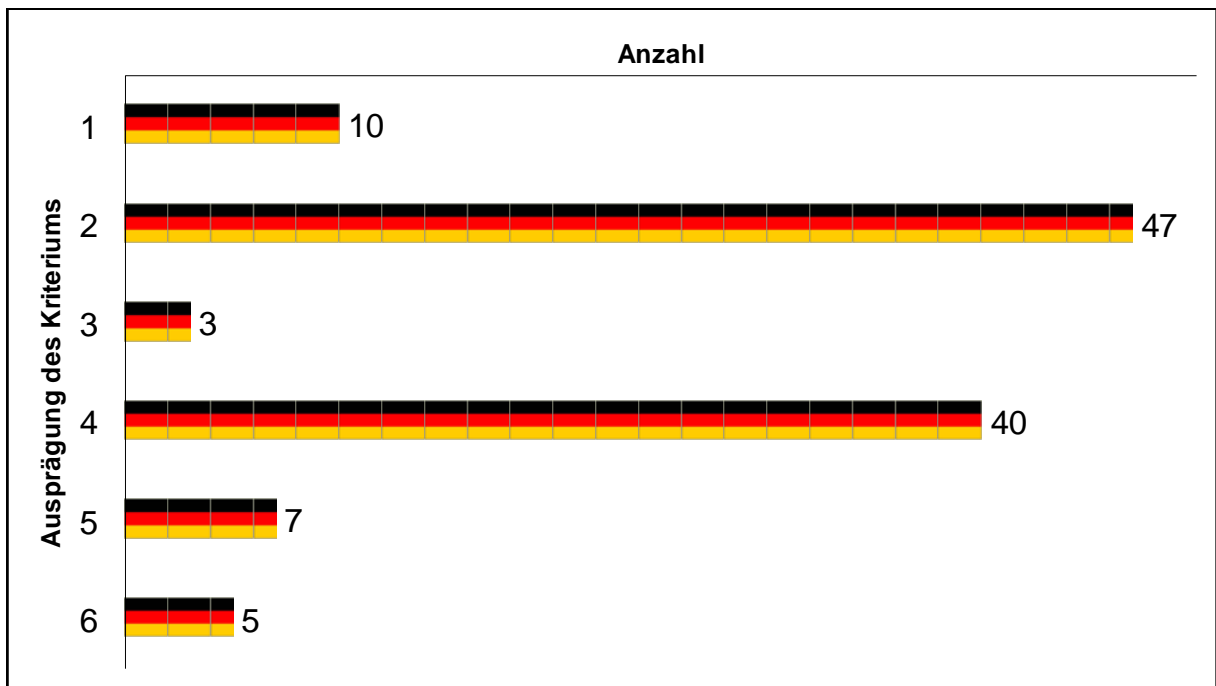
5.4. **Regelungen zur konkreten Verweisung in der Erstprüfung**

Die Regelungen zur konkreten Verweisung im Erstprüfungsverfahren sind sehr unterschiedlich ausgestaltet, so dass sich insgesamt sechs Ausprägungen finden:

1. Konkrete Verweisung unter Wahrung von Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung und Berücksichtigung der gesundheitlichen Verhältnisse
- 2. Konkrete Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und bisheriger Lebensstellung**
3. Entfällt, da vollständiger Verweisungsverzicht in der Erstprüfung
4. Konkrete Verweisung unter Wahrung der bisherigen Lebensstellung
5. Entfällt, da abstrakte Verweisung im Erstprüfungsverfahren möglich ist
6. Keine konkrete Verweisung bei den speziellen Berufen

Interessant ist, dass mehr als ein Drittel der Anbieter bei der konkreten Verweisung lediglich die Lebensstellung, nicht aber Ausbildung und Erfahrung berücksichtigen. Somit könnte formal bspw. ein berufsunfähiger Akademiker, der inzwischen einen Kiosk führt, auf diese Tätigkeit verwiesen werden, sofern er ein seiner bisherigen Lebensstellung entsprechendes Einkommen erzielt. Insofern ist eine „Ungleichbehandlung“ von abstrakter und konkreter Verweisung dergestalt zu beobachten, dass die Voraussetzungen, die zu einer konkreten Verweisung führen können, sehr viel niedriger sind, als die Voraussetzungen, die eine abstrakte Verweisung ermöglichen.

Die Formulierung „Konkrete Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und bisheriger Lebensstellung“ hat sich knapp als Marktstandard behauptet.

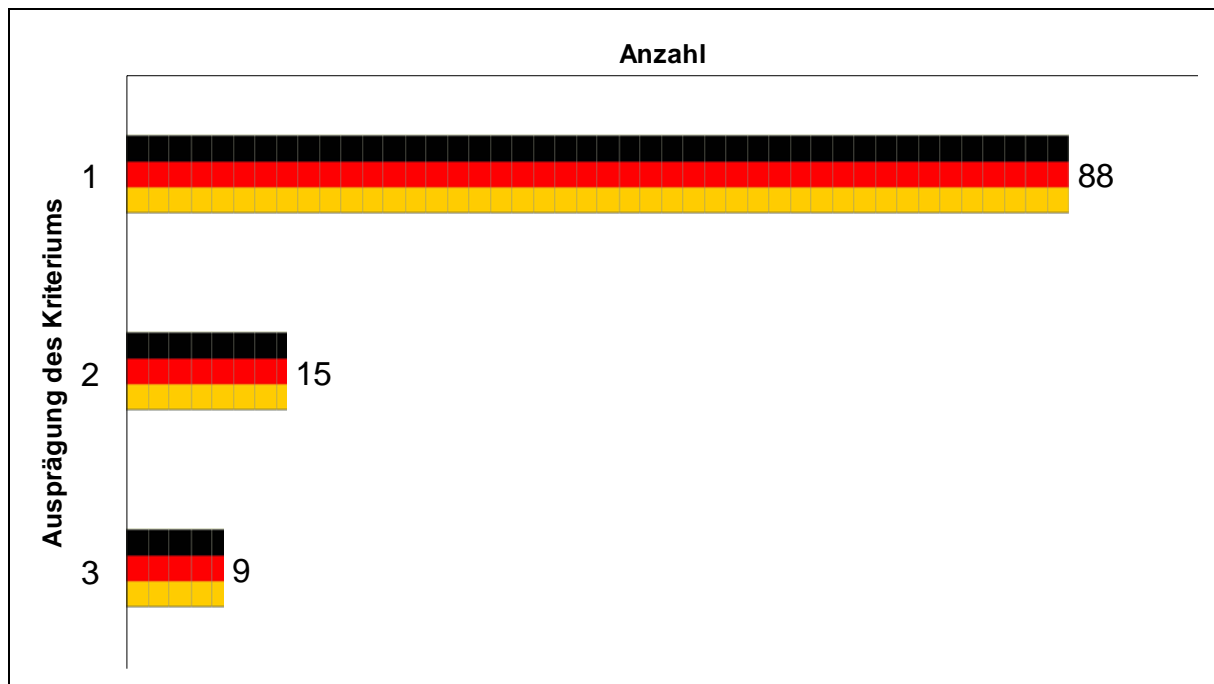


5.5. Umorganisation des Arbeitsplatzes

Die Umorganisation des Arbeitsplatzes wird im Wesentlichen durch drei verschiedene Ausprägungen geregelt:

- 1. Keine Umorganisation des Arbeitsplatzes bei Angestellten erforderlich**
2. Zumutbare Umorganisation des Arbeitsplatzes
3. Umorganisation auch für Angestellte mit Weisungs- und Direktionsbefugnis

Zwar stellt die aus Kundensicht günstigste Regelung – keine Umorganisation erforderlich – den Marktstandard dar, allerdings gibt es immerhin aktuell 24 Bedingungswerke, in denen unter bestimmten Voraussetzungen oder gar uneingeschränkt auch bei Angestellten, eine zumutbare Umorganisation des Arbeitsplatzes vor Anerkennung von Leistungen geprüft wird.



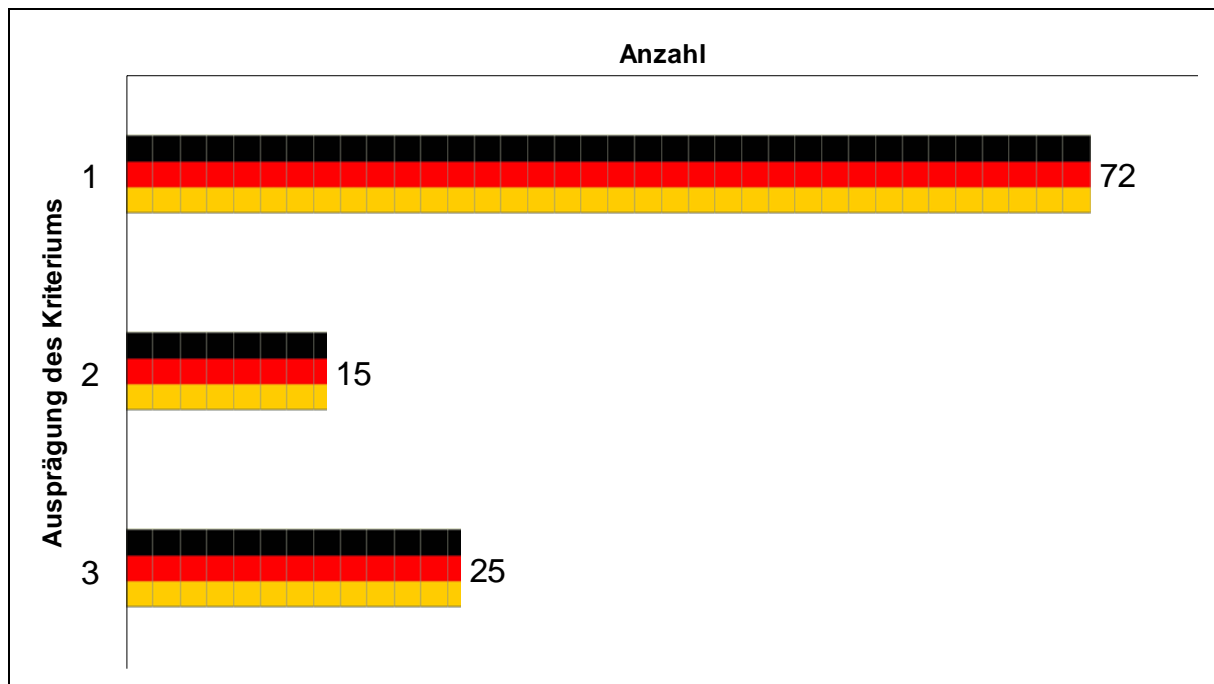
5.6. *Berufswechsel*

In der Praxis gibt es sehr vielfältige Detailausprägungen zu diesem Kriterium, die sich im Wesentlichen damit beschäftigen, unter welchen gesundheitlichen, finanziellen oder sonstigen Voraussetzungen die Prüfung der BU in einem weiteren Beruf in Frage kommt. Wir halten diese Detailunterscheidung nicht für notwendig und beschränken uns auf drei Merkmalsausprägungen:

1. **Keine Hinweise auf einen zweiten geprüften Beruf**

2. Innerhalb der letzten 12, 24 oder 36 Monate wird ein Berufswechsel berücksichtigt
3. Innerhalb der letzten 12, 24 oder 36 Monate wird unter bestimmten Voraussetzungen oder in Abhängigkeit vom Alter ein Berufswechsel geprüft.

Zwar ist z. Zt. die Bedingungsvariante Marktstandard, bei der kein Berufswechsel geprüft wird, es sind jedoch bereits erste Tendenzen erkennbar, dass insbesondere diejenigen Versicherer eine Klausel zum Berufswechsel aufnehmen, die die Regelungen zur Verweisung in der Erstprüfung verbessert haben und / oder erstmalig auf die abstrakte Verweisung verzichten. Man kann sich an einigen Stellen des Eindrucks nicht erwehren, dass die Unternehmen einen durch den Verzicht auf die Verweisung bedingten möglichen Anstieg der Leistungsfälle durch ergänzende Regelungen zu einem weiteren geprüften Beruf begrenzen wollen.



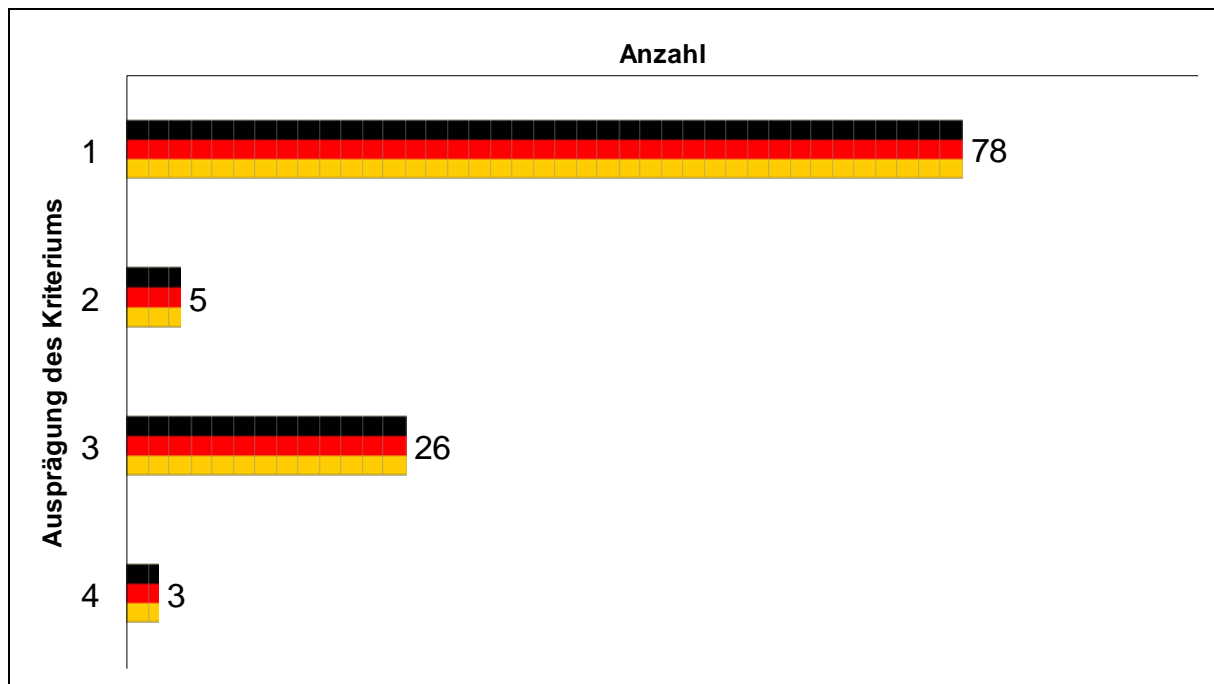
5.7. *Zeitpunkt des Leistungsbeginns*

Insgesamt haben wir vier zu unterscheidende Formulierungen identifiziert:

1. **Leistungsbeginn: Zu Beginn des Folgemonats**
2. Leistungsbeginn: Zu Beginn des Eintritts der BU (taggenau)
3. Leistungsbeginn: Zu Beginn des Folgemonats / bei fehlender Prognose Leistungsbeginn ab 7. Monat
4. Keine expliziten Hinweise auf den Leistungsbeginn; vermutlich keine rückwirkende Leistung bei fehlender Prognose

BU-Leistungen ab dem Beginn des Monats, der auf den Eintritt der BU folgt sowie rückwirkende Leistungen bei fehlender ärztlicher Prognose und bereits 6 Monate bestandener BU sind der Marktstandard. Allerdings liegt der Anteil der Versicherer, die bei fehlender Prognose keine rückwirkenden Leistungen erbringen mit 26 noch recht hoch.

Interessant ist auch, dass immerhin drei Bedingungswerke keine expliziten Regelungen zum Leistungsbeginn aufweisen. Insofern kann man hier bei einer fehlenden ärztlichen Prognose und bereits 6 Monate bestandener BU wohl nur raten, ab wann Leistungen fällig werden.



5.8. *Meldefristen*

Am Markt konnten wir vier verschiedene Ausprägungen dieses Merkmals beobachten, wobei wir in der Bewertung bewusst nicht zwischen der Länge der Meldefrist differenziert haben. Wir halten es an dieser Stelle nicht für sachdienlich, eine Meldefrist von 3 Monaten bspw. doppelt so gut zu bewerten wie eine Frist von 6 Monaten.

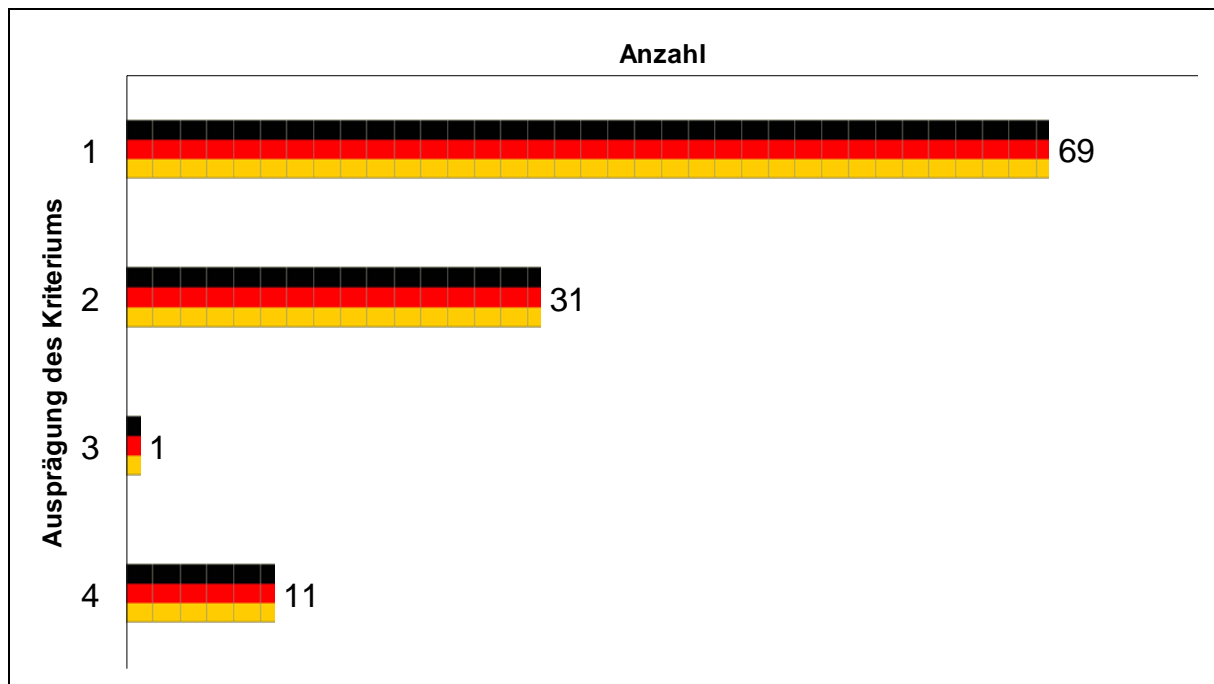
1. Keine Hinweise auf eine Meldefrist

2. Meldefrist (3, 6, 12 oder 36 Monate), Leistung rückwirkend ab Beginn bei unverschuldeter verspäteter Meldung

3. Meldefrist (3, 6, 12 oder 36 Monate), Leistung begrenzt rückwirkend

4. Meldefrist (3, 6, 12 oder 36 Monate), Leistung erst ab dem Zeitpunkt der Meldung

Der Verzicht auf Meldefristen hat sich inzwischen als Marktstandard etabliert. Erstaunlich ist jedoch, dass eine große Zahl von Anbietern weiterhin Meldefristen in den Bedingungen vorsehen; gleichzeitig aber eine Exkulpationsmöglichkeit für den Versicherten bei unverschuldetem Verspäten einräumen. Dies erscheint uns schon aus rechtlicher Sicht problematisch, da entsprechend der gängigen Rechtsprechung in Deutschland ohnehin keinem Versicherten Nachteile aus einem Verhalten entstehen können, das er nachweislich selber nicht zu vertreten hat.

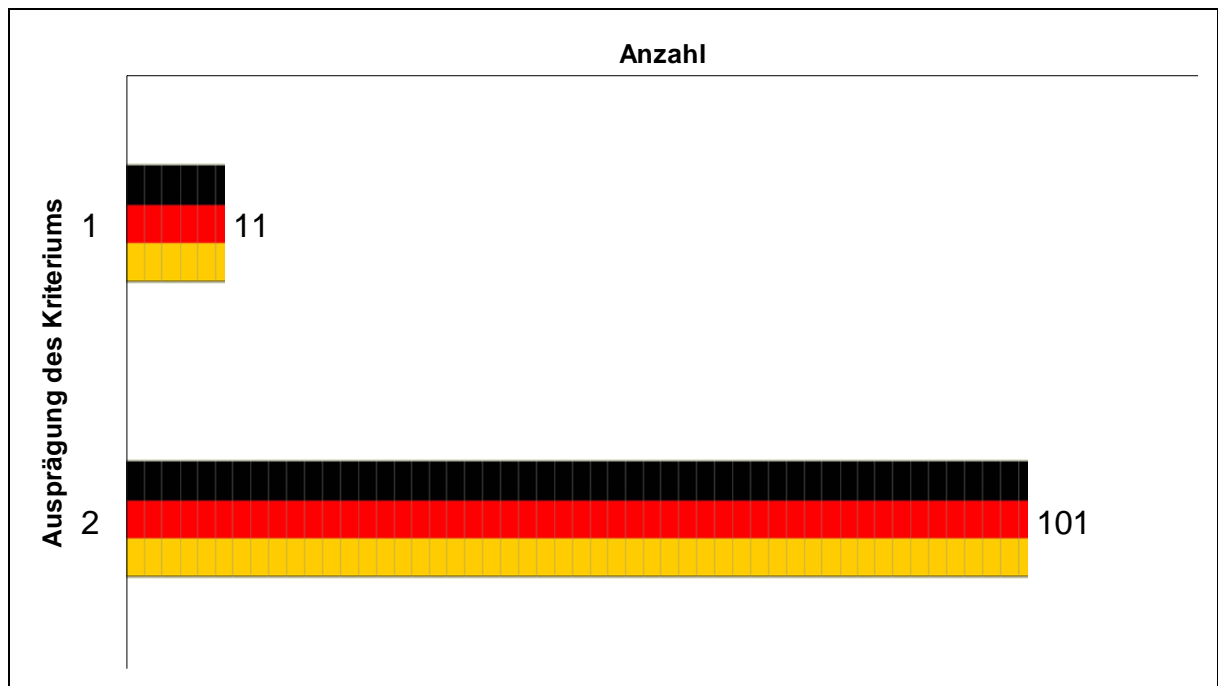


5.9. Verzicht auf § 41 VVG

In der Praxis sind lediglich zwei verschiedene Ausprägungen dieses Kriteriums zu beobachten:

1. Kein Hinweis auf den Verzicht auf die Anwendung von § 41 VVG
- 2. Ausdrücklicher Verzicht auf die Anwendung von § 41 VVG**

Das Verhalten der Anbieter beim Verzicht auf die Möglichkeit der Anwendung von § 41 VVG ist sehr eindeutig und für zukünftige Untersuchungen stellt sich die Frage, ob dieses Kriterium für die Bewertung der Qualität eines Bedingungswerkes nicht entbehrlich ist.



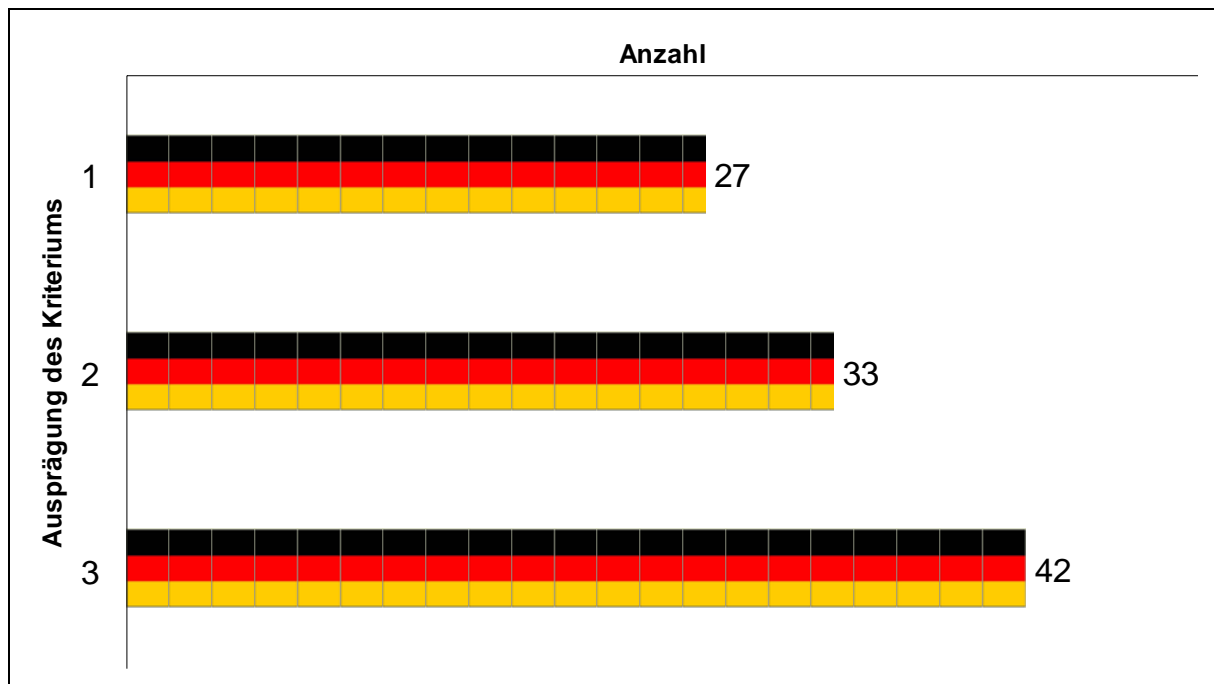
5.10. **Verzicht auf § 172 VVG**

In der Praxis sind drei verschiedene Ausprägungen in den Bedingungen zu beobachten:

1. Ausdrücklicher Verzicht auf die Anwendung von § 172 VVG
2. **Kein Hinweis auf den Verzicht auf die Anwendung von § 172 VVG**
3. Kein Verzicht auf die Anwendung von § 172 VVG

Nachdem in der Vergangenheit der Druck durch Medien und Ratingagenturen viele Anbieter dazu veranlasst hatte, auf die Anwendung des §172 VVG zu verzichten, hat sich das Verhalten der Versicherer inzwischen wieder gewandelt. Der Verzicht auf die Anwendung des Paragraphen ist die Ausnahme. Der Marktstandard liegt darin, dass auf die Anwendung des Paragraphen gerade nicht ausdrücklich verzichtet wird.

Es gibt allerdings in der BU – neben der konkreten Verweisung – kaum ein anderes Kriterium, das so kontrovers diskutiert wird. Sowohl für den Verzicht als auch für das Beibehalten von § 172 VVG lassen sich vernünftige Argumente finden. Wir empfehlen daher, dieses Kriterium lediglich als ergänzende Zusatzinformation heran zu ziehen und sehen keine unmittelbare positive oder negative Korrelation zur Qualität eines Bedingungswerkes.

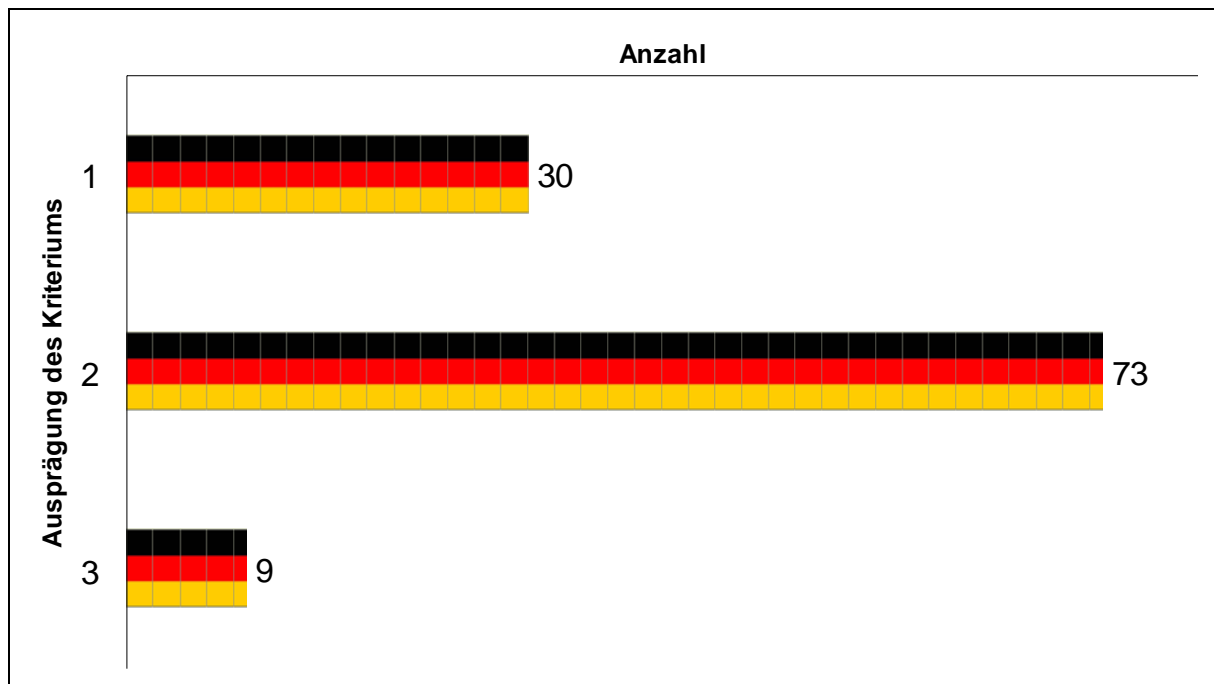


5.11. Geltungsbereich

Die in der Praxis verwendeten Formulierungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Weltweiter Versicherungsschutz mit zusätzlichen Bedingungen zur Erbringung der ärztlichen Nachweise
- 2. Weltweiter Versicherungsschutz ohne weitere Einschränkungen**
3. Gebietsmäßig eingeschränkter Geltungsbereich, ggf. mit zusätzlichen Bedingungen zur Erbringung der ärztlichen Nachweise

Aus Kundensicht sehr erfreulich ist, dass der weltweite Versicherungsschutz ohne irgendwelche weiteren Einschränkungen inzwischen zum Marktstandard geworden ist. Allerdings gibt es immer noch einige Anbieter, die den Versicherungsschutz sogar gebietsmäßig einschränken, so dass diese Gesellschaften für bestimmte Berufsgruppen als Partner eigentlich ausscheiden. Etwas nachdenklich stimmt auch die vergleichsweise hohe Anzahl derjenigen Anbieter, die zwar grundsätzlich weltweiten Versicherungsschutz bieten, diese Leistungen allerdings dadurch einschränken, dass an die Erbringung der Nachweise einer evtl. vorliegenden BU erhebliche Bedingungen / Voraussetzungen geknüpft werden. Dies halten wir insofern für besonders problematisch, weil man nicht davon ausgehen kann, dass der „durchschnittlich informierte Verbraucher“ derartige Details kennt.



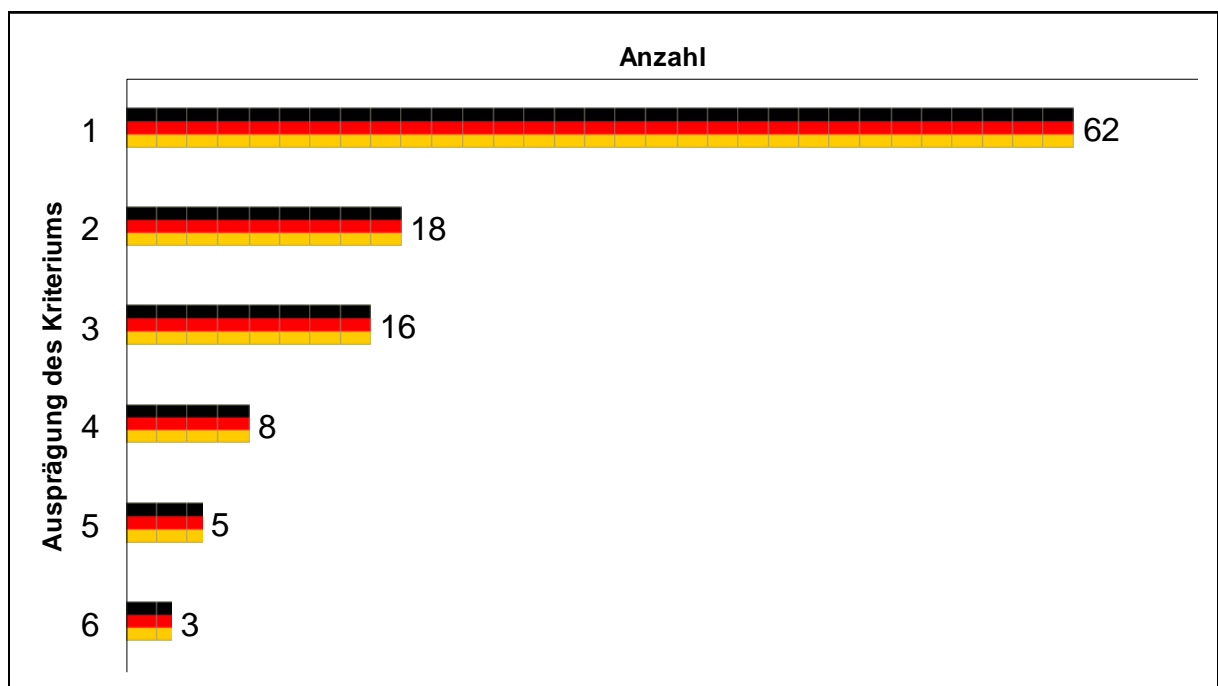
5.12. Leistungsausschlüsse

Zu den Leistungsausschlüssen lassen sich sehr vielfältige Regelungen in der Praxis finden. Wir haben versucht, diese zu insgesamt sechs Ausprägungen zu verdichten und halten dies auch für ausreichend. Wenn es Abweichungen vom Marktstandard oder ungewöhnliche Leistungsausschlüsse gibt, dann ist es im Rahmen einer verantwortungsvollen Beratung ohnehin erforderlich, sich inhaltlich näher damit zu beschäftigen, um die Relevanz für die jeweilige versicherte Person zu ergründen.

1. Keine ungewöhnlichen Ausschlüsse

2. Bei Kriegsereignissen gilt der Versicherungsschutz nur bis zum Ende der genannten Frist.
3. Anwendung von Ausschlussklauseln (z. B. Luftfahrtklausel, Arztanordnungsklausel, Fahrtveranstaltungsklausel)
4. Anwendung von außergewöhnlichen Ausschlussklauseln (z. B. Luftsportartklausel)
5. Ausschluss der Folgen terroristischer Anschläge mit radioaktiven, biologischen oder chemischen Waffen bzw. der Freisetzung entsprechender Stoffe („Terrorklausel“)
6. Bei Kriegsereignissen gilt der Versicherungsschutz nur bis zum Ende der jeweiligen Frist; zusätzlich kommen Ausschlussklauseln zur Anwendung.

Der Verzicht auf ungewöhnliche Leistungsausschlüsse ist aktuell Marktstandard, allerdings ist festzustellen, dass insbesondere Klauseln im Zusammenhang mit Kriegseignissen und / oder Terroranschlägen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Ob dies aus Kundensicht sinnvoll sei einmal dahin gestellt. Fraglich ist aus unserer Sicht zudem, ob eine Terrorklausel kalkulatorisch wirklich erforderlich ist bzw. ob es überhaupt statistische verwertbare Untersuchungen gibt, die den Einsatz einer solchen Klausel aus Versicherersicht rechtfertigen würde. Es drängt sich der Verdacht aus, dass es sich gerade bei der Terrorklausel um eine Bedingungskomponente handelt, die eher von „philosophischer Bedeutung“ ist. Es verwundert nicht, dass vor allem Ratingagenturen, die stets auf der Suche nach Neuem sind, diese Thematik begierig aufgegriffen haben.



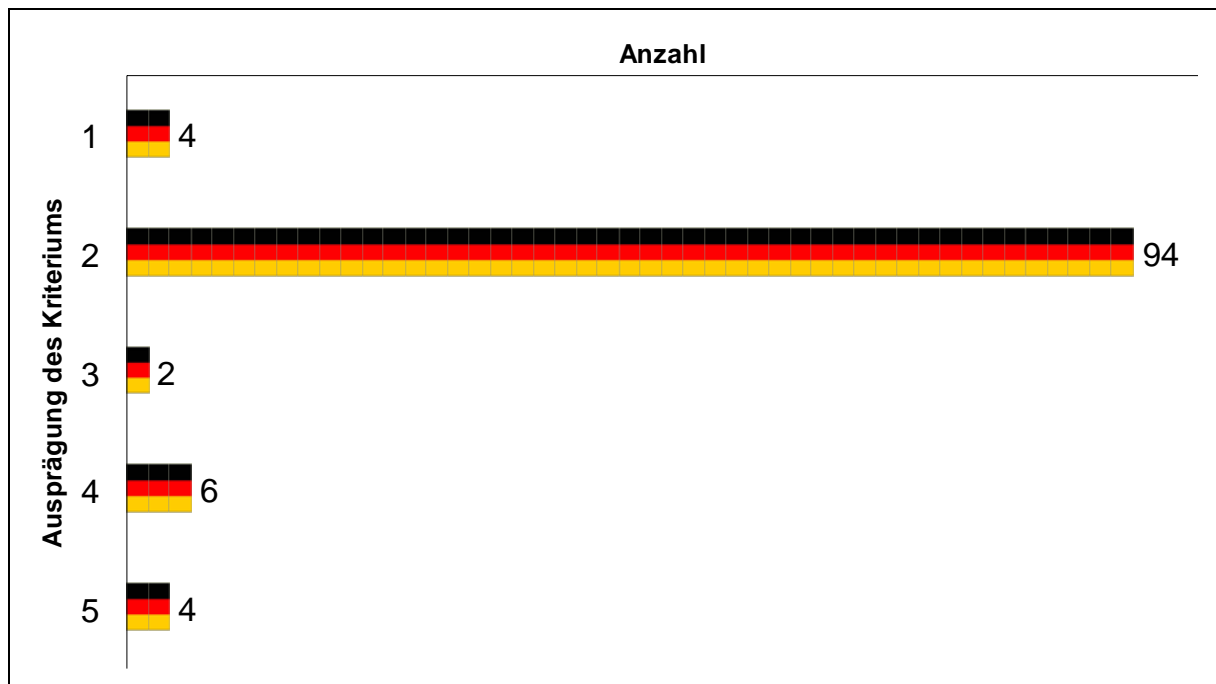
5.13. Beitragsstundung

Auch bei diesem Kriterium finden sich zahlreiche unterschiedliche Formulierungen in den Bedingungen, die wir wie folgt gruppiert haben:

1. Keine Stundung möglich; Beitragszahlungspflicht bis zur Leistungsentscheidung
2. **Zinslose Stundung, auch nach eventuell vereinbarter Karenzzeit, auf Antrag möglich. Falls keine Leistungspflicht anerkannt wird, sind die Beiträge nachzuzahlen**
3. Automatische zinslose Stundung; auf Antrag auch Weiterzahlung der Beiträge
4. Zinslose Stundung auf Antrag möglich, jedoch nicht während vereinbarter Karenzzeiten

5. Zinslose Stundung möglich; rückwirkende Zahlung des jeweilig gültigen Stundungszinses, wenn die Leistungspflicht nicht anerkannt wird
6. Zinslose Stundung auf Antrag möglich, jedoch zeitlich befristet

Wenn sich die Möglichkeit einer zinslosen Stundung (ggf. auf Antrag) so eindeutig zum Marktstandard entwickelt hat, dann muss man sich fast zwangsläufig die Frage stellen, warum immer noch einige Versicherer Energie darauf verwenden, hier andere Formulierungen zu finden. Ob bspw. eine automatische Stundung wirklich einen Vorteil für den Kunden darstellt, darf sicher auch bezweifelt werden.

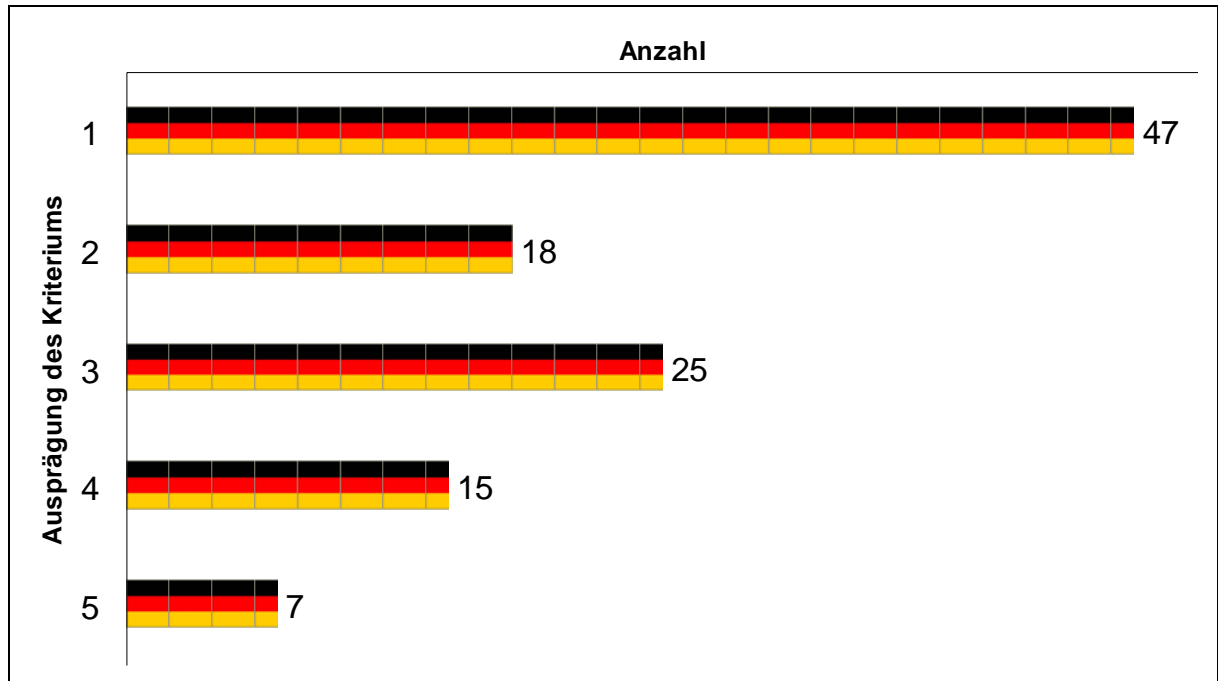


5.14. **Zeitlich befristetes Anerkenntnis**

Auch hier finden sich bei den Versicherern verschiedenste Formulierungen. Folgende Ausprägungen haben wir betrachtet:

1. **Zeitlich befristete Anerkenntnisse möglich**
2. Keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse möglich
3. Zeitlich befristete Anerkenntnisse nur in Ausnahmefällen möglich
4. Kein konkreter Hinweis auf zeitlich befristete Anerkenntnisse, allerdings lässt die Formulierung vermuten, dass Anerkenntnisse auch befristet ausgesprochen werden können.
5. Zeitlich befristete Anerkenntnisse möglich; Leistungen werden nicht zurück verlangt.

Die Möglichkeit ein oder mehrere zeitlich befristete Anerkennnisse auszusprechen ist als Marktstandard anzusehen. Interessant ist sicher die Frage, warum fast ein Viertel der Versicherer keine klare Aussage über die Möglichkeit, befristete Anerkennnisse auszusprechen, trifft.

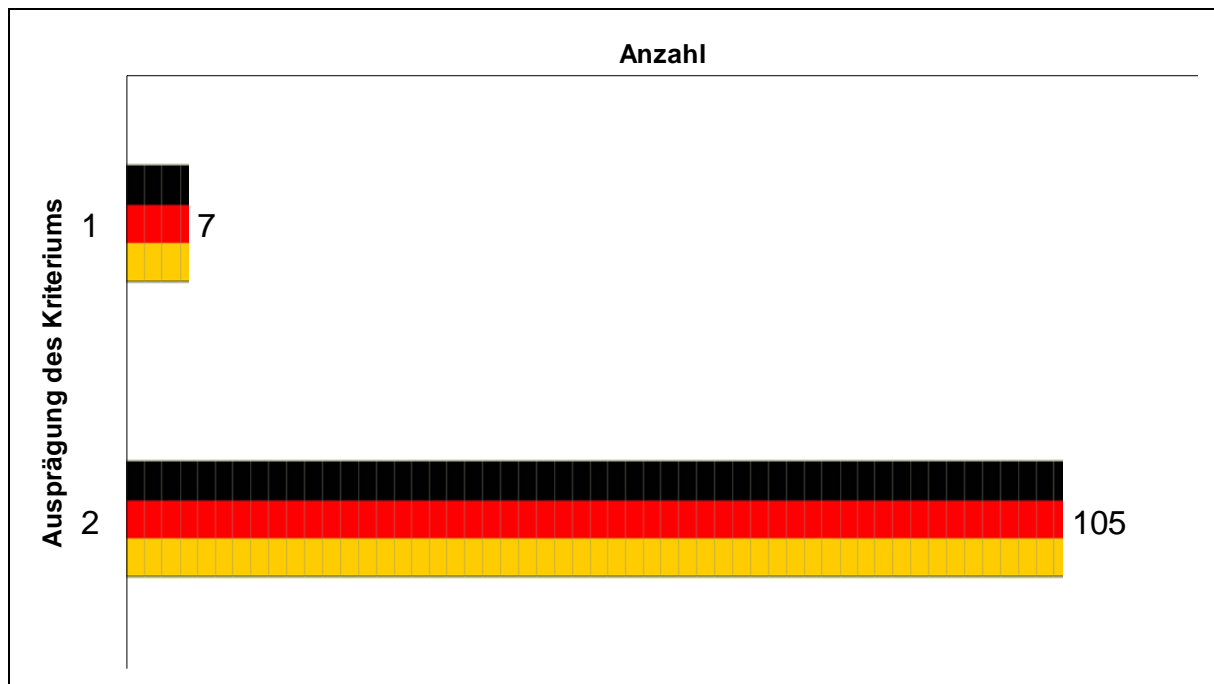


5.15. *Mitwirkungspflichten*

Bei diesem Kriterium ist sich der Markt offenbar sehr einig; es finden sich nur zwei verschiedene Ausprägungen:

1. Keine Hinweise auf besondere Mitwirkungspflichten
2. **Pflicht zur unverzüglichen Mitteilung über Besserung des Gesundheitszustandes und Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit**

Das Ergebnis halten wir aus den o.g. Gründen (siehe Kapitel 4.15) für nicht unproblematisch. Es ist marktüblich, von seinen Versicherten Dinge zu verlangen, zu denen sie nach menschlichem Ermessen allenfalls eingeschränkt fähig sind bzw. deren Ausgestaltung sich möglicherweise erst im Zeitablauf konkretisiert. Zumindest Verbesserungen in der Formulierungen der Bedingungswerke sind wünschenswert, um die Kunden davor zu bewahren, im Zweifelsfall auch unfreiwillig gegen die Mitwirkungspflichten zu verstoßen.

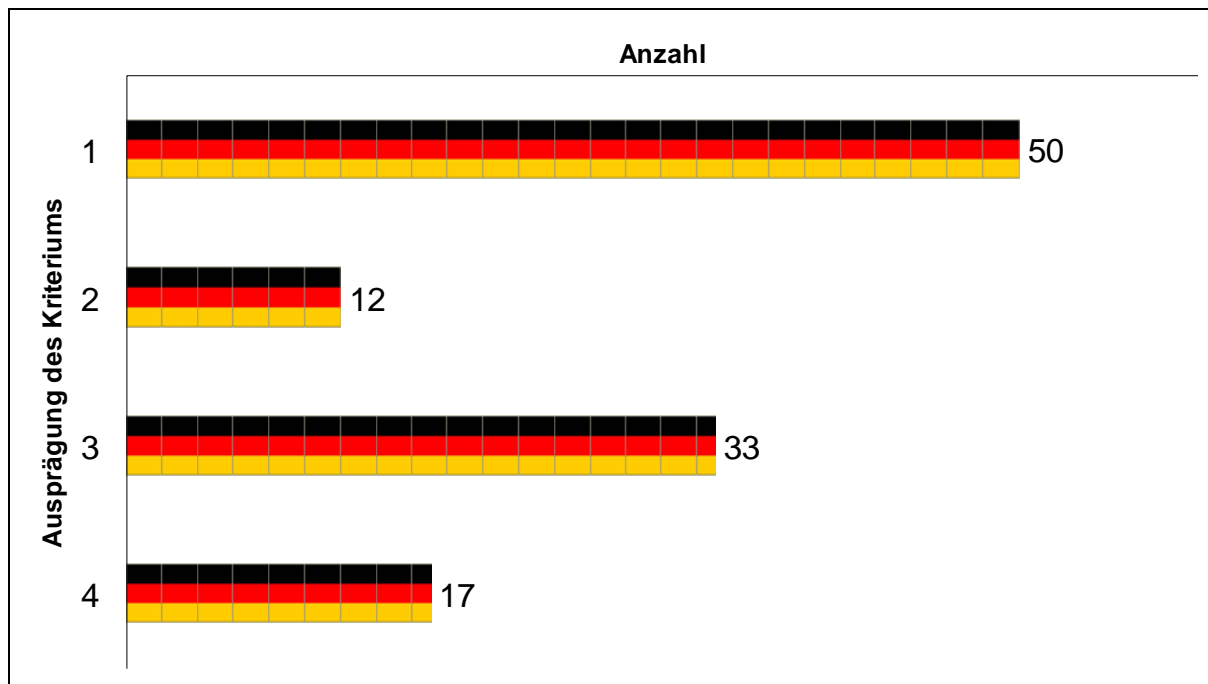


5.16. Nachprüfung

Im Wesentlichen lassen sich vier verschiedene Ausprägungen am Markt finden:

1. Nachprüfung mit der Möglichkeit einer konkreten Verweisung unter Berücksichtigung neu erworbener Fähigkeiten
2. Nachprüfung mit der Möglichkeit einer konkreten Verweisung unter kumulativem Vorliegen verschiedener Bedingungen (bspw. expliziter Nennung der bisherigen Lebensstellung)
3. Nachprüfung mit der Möglichkeit einer abstrakten Verweisung, ggf. auch unter bestimmten Voraussetzungen (bspw. der Umorganisation des Arbeitsplatzes)
4. Nachprüfung, entweder entsprechend den Regelungen der Erstprüfung oder ohne weitere Angaben

Erstaunlich ist die hohe Anzahl der Versicherer, die im Rahmen der Nachprüfung die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung offen lassen. Wir gehen davon aus, dass die Regelungen zur Nachprüfung in Zukunft an Bedeutung gewinnen werden. Während die abstrakte Verweisung im Erstprüfungsverfahren inzwischen in zahlreichen Tests, Vergleichen und Veröffentlichungen diskutiert und thematisiert wurde, hat eine intensive Beschäftigung mit den Regelungen zur Nachprüfung noch nicht stattgefunden. Aus Kundensicht wünschenswert wären auch verbindliche zeitliche Regelungen, wann bzw. in welchen Abständen Nachprüfungen möglich sind.



6. Vergleich der Marktstandards in der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung für Deutschland und Österreich

In den folgenden Ausführungen werden die in den bisherigen Kapiteln herausgearbeiteten Marktstandards gegenübergestellt, um eventuelle Ähnlichkeiten und Unterschiede herausarbeiten zu können.

Die Gegenüberstellung mit Stand August 2004 stützt sich auf die Untersuchung von insgesamt 112 Bedingungswerken auf dem deutschen und 25 Bedingungswerken auf dem österreichischen Markt.

Sofern in Österreich und Deutschland die gleiche Merkmalsausprägung den Marktstandard darstellt, erfolgt lediglich die graphische Darstellung der beiden (relativen) Häufigkeiten.

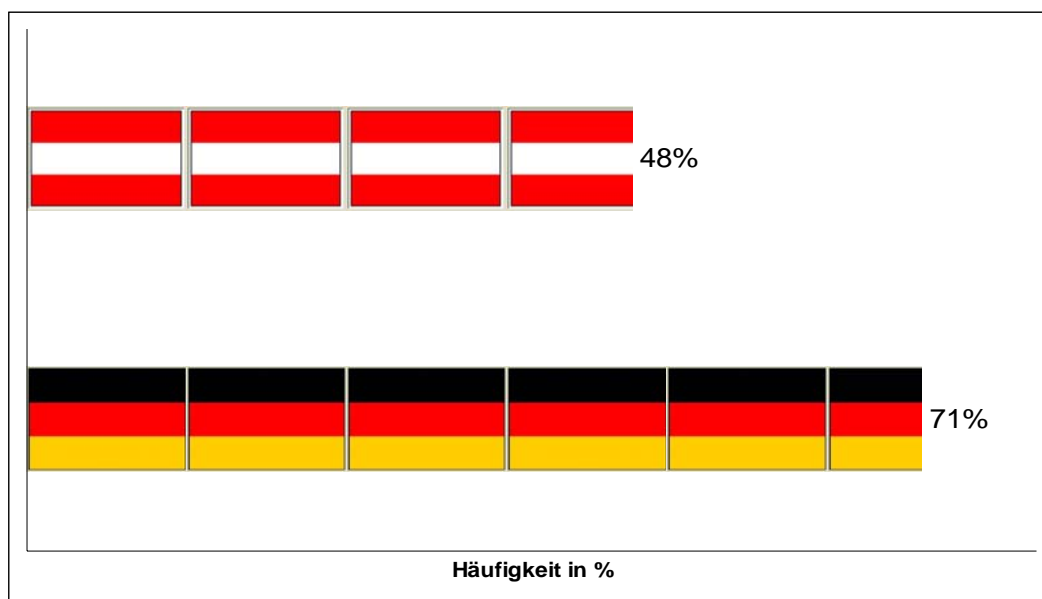
Unterscheiden sich die Marktstandards in den beiden Ländern, so erfolgt eine zweigeteilte Darstellung.

Zunächst wird das Kriterium abgebildet, welches den Marktstandard in Österreich definiert. Zu informatorischen Zwecken wird zusätzlich die relative Häufigkeit der Ausprägung dieses Merkmals in Deutschland wider gegeben.

Anschließend wird das Kriterium abgebildet, welches den Marktstandard in Deutschland definiert. Zu informatorischen Zwecken wird dann wiederum die relative Häufigkeit der Ausprägung dieses Merkmals in Österreich wider gegeben.

6.1. Prognosezeitraum

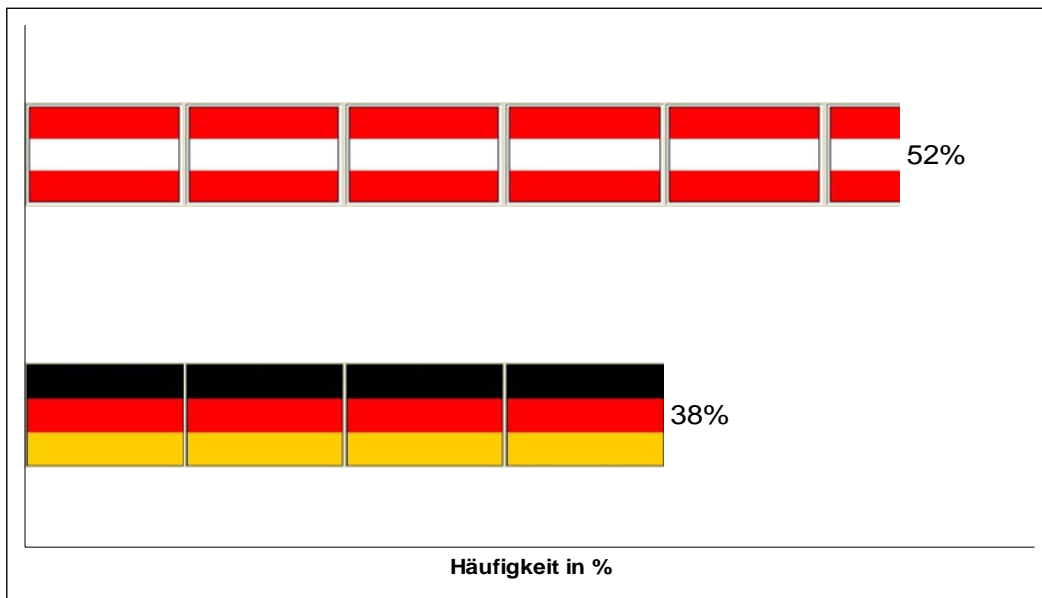
Marktstandard in Deutschland und Österreich: **voraussichtlich mindestens 6 Monate; nach 6-monatiger BU gilt dieser Zustand als BU von Beginn an (rückwirkende Leistung)**



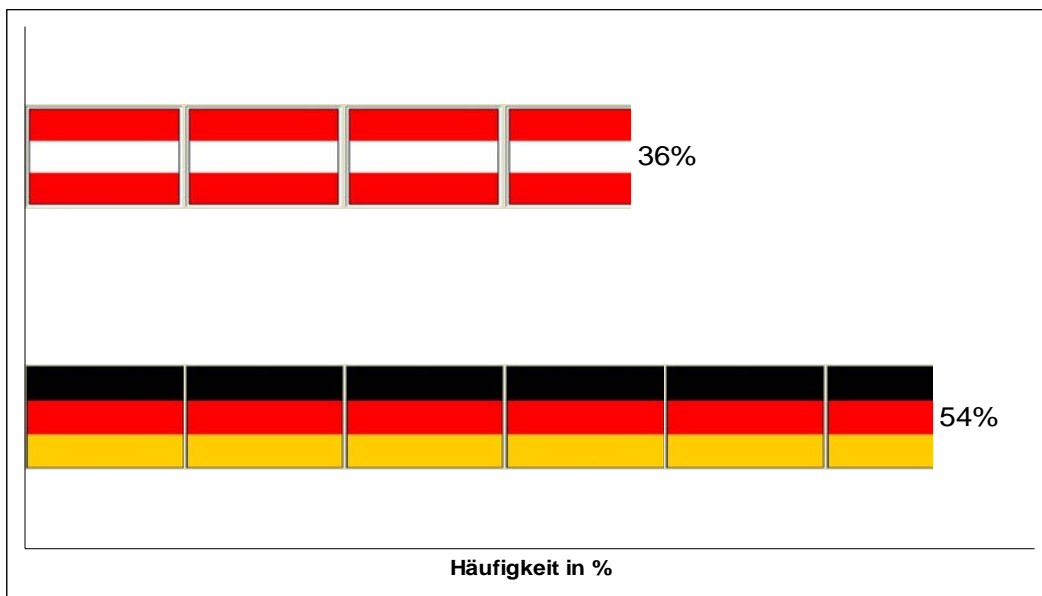
Während in Deutschland fast drei Viertel aller Anbieter den Marktstandard in ihrem Bedingungsnetzwerk verankert haben, ist es in Österreich nicht einmal die Hälfte.

6.2. Berufsdefinition

Marktstandard in Österreich: **Ihren Beruf / Tätigkeit**

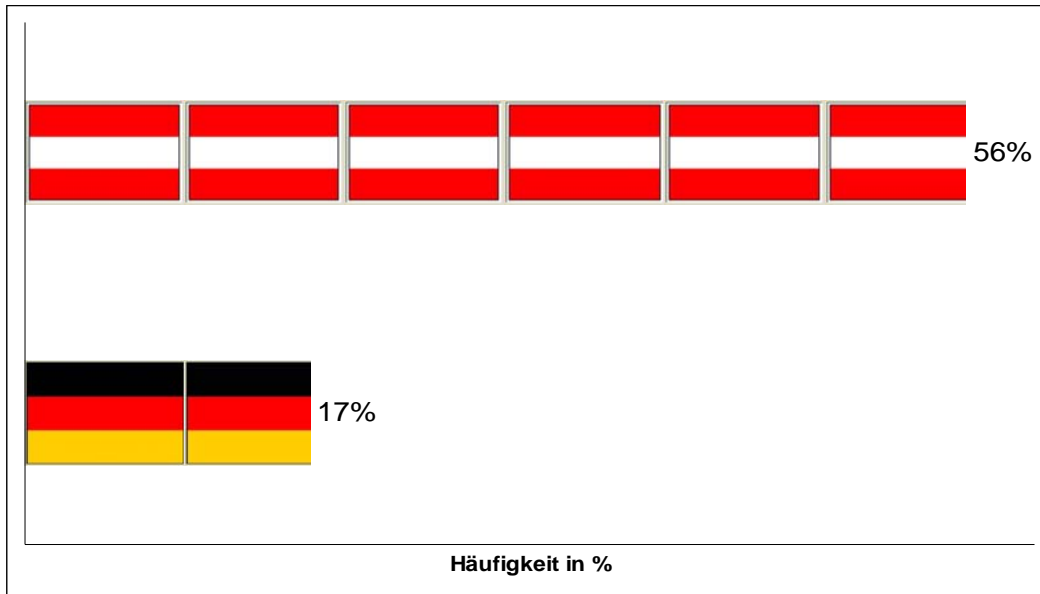


Marktstandard in Deutschland: **Der zuletzt ausgeübte Beruf / Tätigkeit, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war**

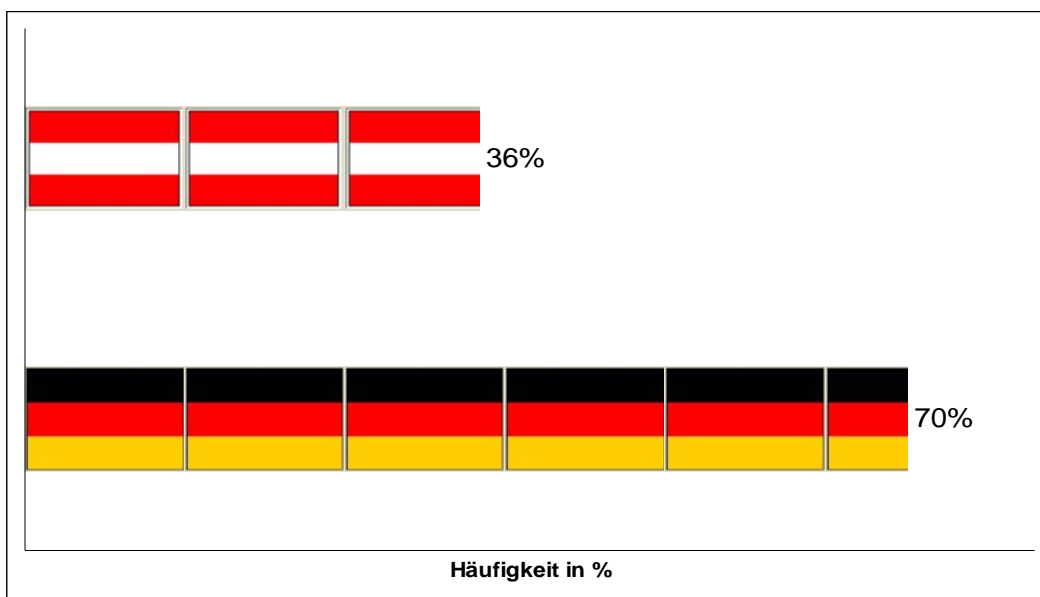


6.3. Regelungen zur abstrakten Verweisung in der Erstprüfung

Marktstandard in Österreich: **Abstrakte Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung**



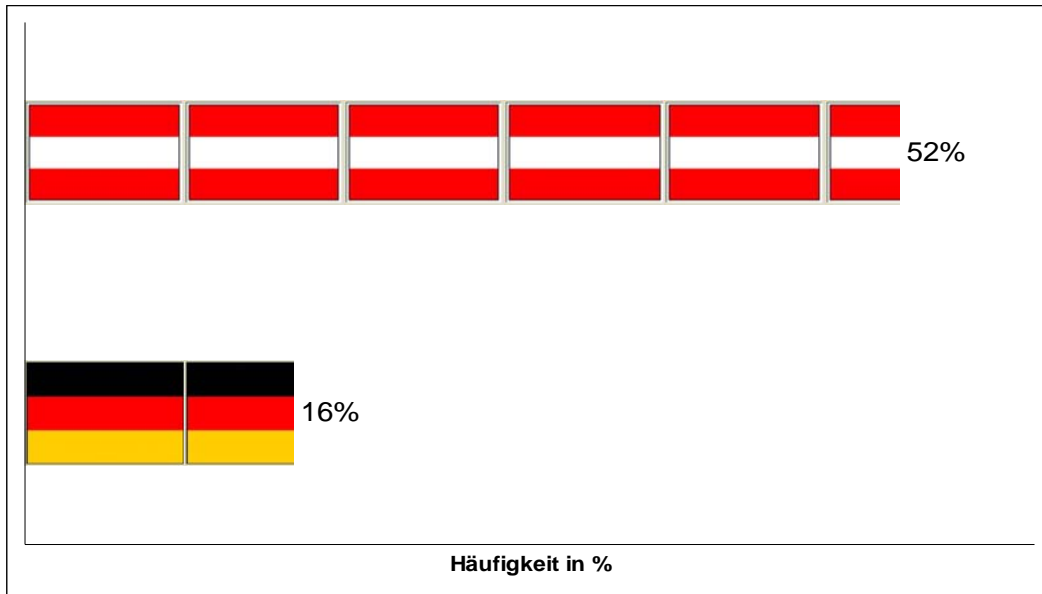
Marktstandard in Deutschland: **Verzicht auf abstrakte Verweisung**



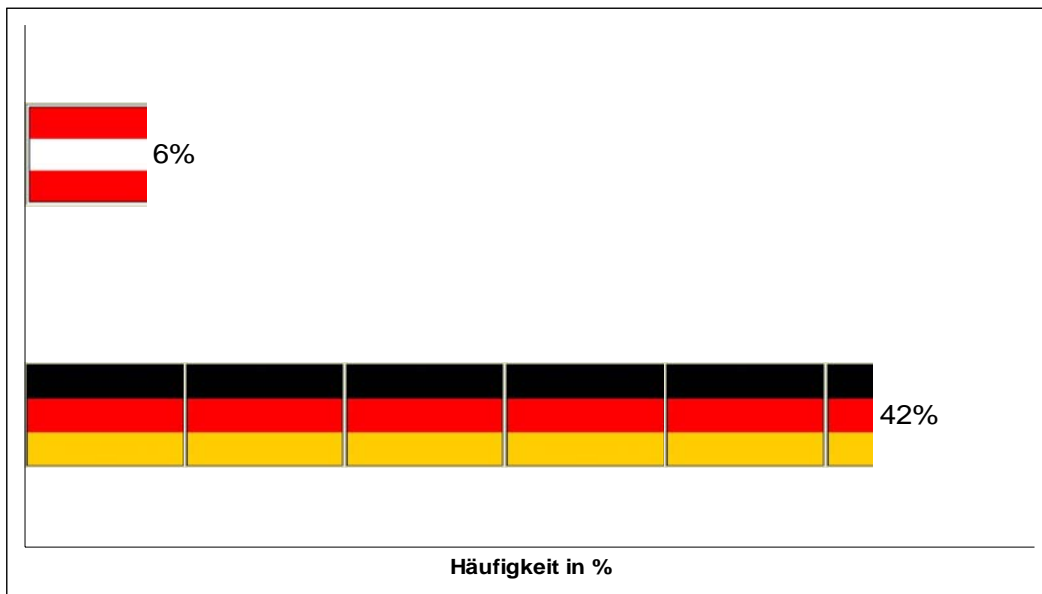
Während in Deutschland inzwischen fast drei Viertel aller Anbieter auf die abstrakte Verweisung in der Erstprüfung verzichten, ist die abstrakte Verweisung unter Wahrung von Ausbildung, Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung mit einem Anteil von mehr als 50% in Österreich die vorherrschende Merkmalsausprägung. Ein Drittel der Versicherer verzichtet auf die abstrakte Verweisung.

6.4. Regelungen zur konkreten Verweisung in der Erstprüfung

Marktstandard in Österreich: **entfällt, da abstrakte Verweisung im Erstprüfungsverfahren möglich ist**



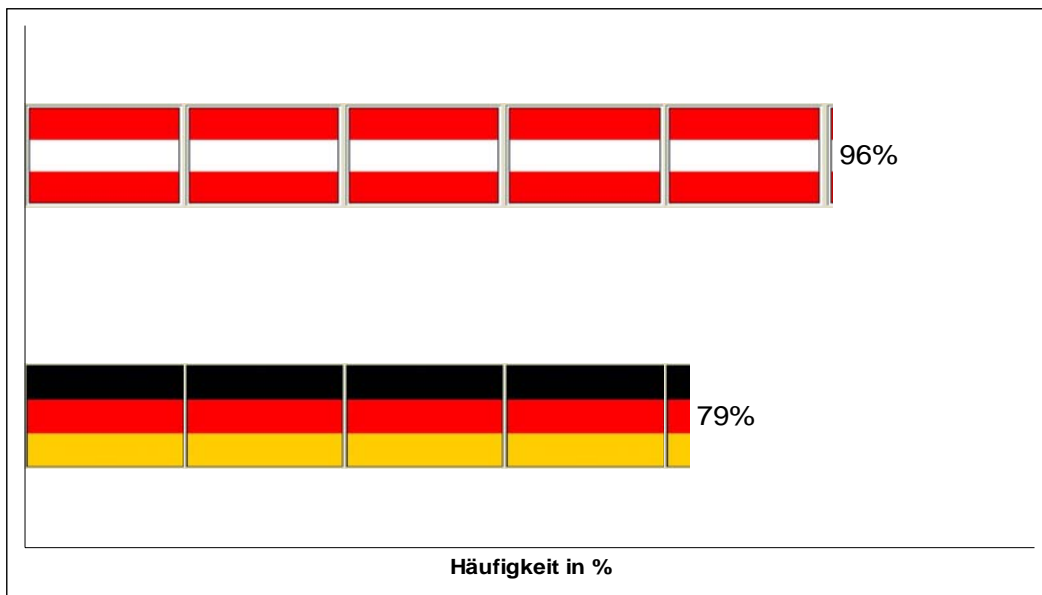
Marktstandard in Deutschland: **konkrete Verweisung unter Berücksichtigung von Ausbildung, Erfahrung und bisheriger Lebensstellung**



Die dargestellten Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Regelungen zur Verweisung in Deutschland und Österreich höchst unterschiedlich ausgeprägt sind. Da in Österreich bei den meisten Anbietern die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung besteht, spielt dort die konkrete Verweisung zwangsläufig keine Rolle. Auf der anderen Seite ist in Deutschland inzwischen der vollständige Verzicht auf die abstrakte Verweisung die Standardregelung. Vor dem Hintergrund der konträr geführten Diskussion um die Bedeutung der konkreten Verweisung ist es nicht verwunderlich, dass die konkrete Verweisung unter Berücksichtigung der bisherigen Lebensstellung und von Ausbildung und Erfahrung den Marktstandard darstellt.

6.5. Umorganisation des Arbeitsplatzes

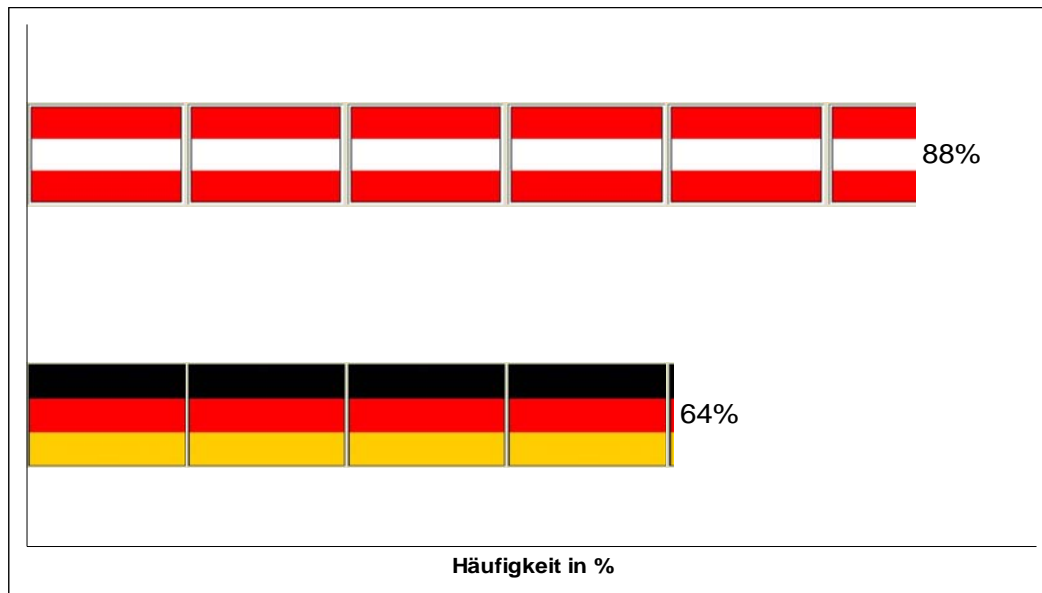
Marktstandard in Österreich und Deutschland: **keine Umorganisation des Arbeitsplatzes bei Angestellten erforderlich**



Der Marktstandard sieht also in beiden Ländern vor, dass bei Angestellten keine Umorganisation des Arbeitsplatzes im Leistungsfall geprüft wird. Allerdings sind die Ergebnisse dennoch unterschiedlich zu interpretieren. In Deutschland hat das Kriterium „Umorganisation des Arbeitsplatzes“ in dem Maße an Bedeutung gewonnen, in dem die Versicherer auf die Anwendung der Verweisung in der Erstprüfung verzichtet haben. Möglicherweise wollte man sich mit Hilfe ergänzender Regelungen zur Umorganisation das eine oder andere Hintertürchen offen halten, um ggf. den Leistungsanspruch ablehnen zu können. In Österreich hingegen dürfte der Grund für den eindeutigen Marktstandard darin liegen, dass das Kriterium noch gar nicht in den Fokus der Betrachtung gelangt ist. Da die Möglichkeit der abstrakten Verweisung gebräuchlich ist, kann auf zusätzliche Regelungen bspw. zur Umorganisation verzichtet werden. Es dürfte sehr interessant werden, die Entwicklung bzgl. dieses Kriteriums zu beobachten, wenn sich Änderungen bei der Regelung zur Verweisung ergeben sollten.

6.6. *Berufswechsel*

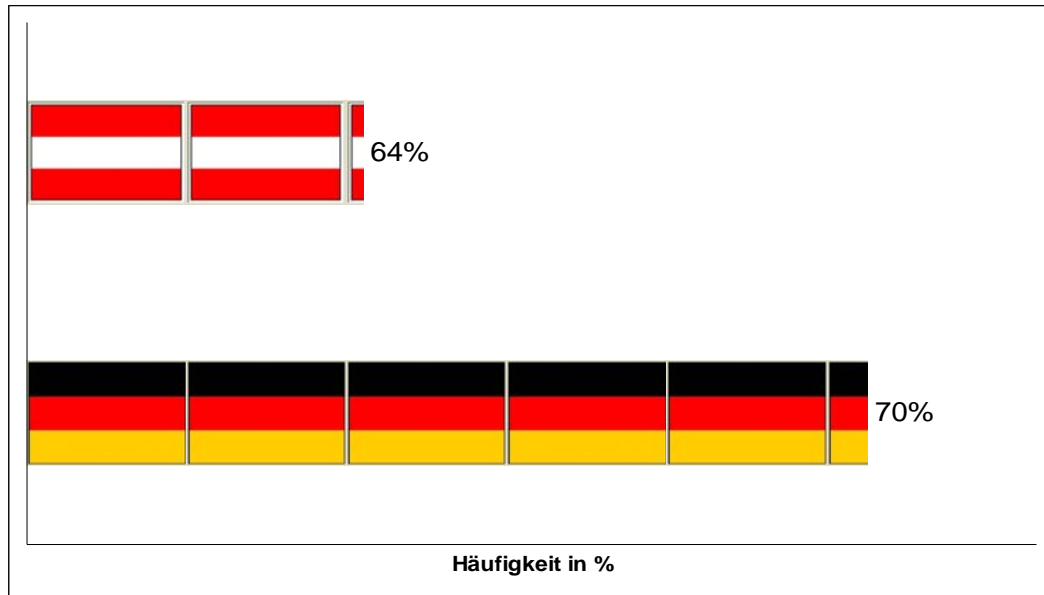
Marktstandard in Österreich und Deutschland: **keine Hinweise auf einen zweiten geprüften Beruf**



Die Aussagen zur Umorganisation des Arbeitsplatzes lassen sich analog auch auf das Thema Berufswechsel anwenden. In Deutschland ist die Bedeutung dieses Kriteriums mit dem zunehmenden Verzicht auf die abstrakte Verweisung angestiegen. Aus den bereits oben genannten Gründen ist es daher auch nicht verwunderlich, dass relative Häufigkeit des Marktstandards in Deutschland erheblich niedriger ist als in Österreich. Auch hier gehen wir für die Zukunft von spürbaren Veränderungen aus.

6.7. Zeitpunkt des Leistungsbeginns

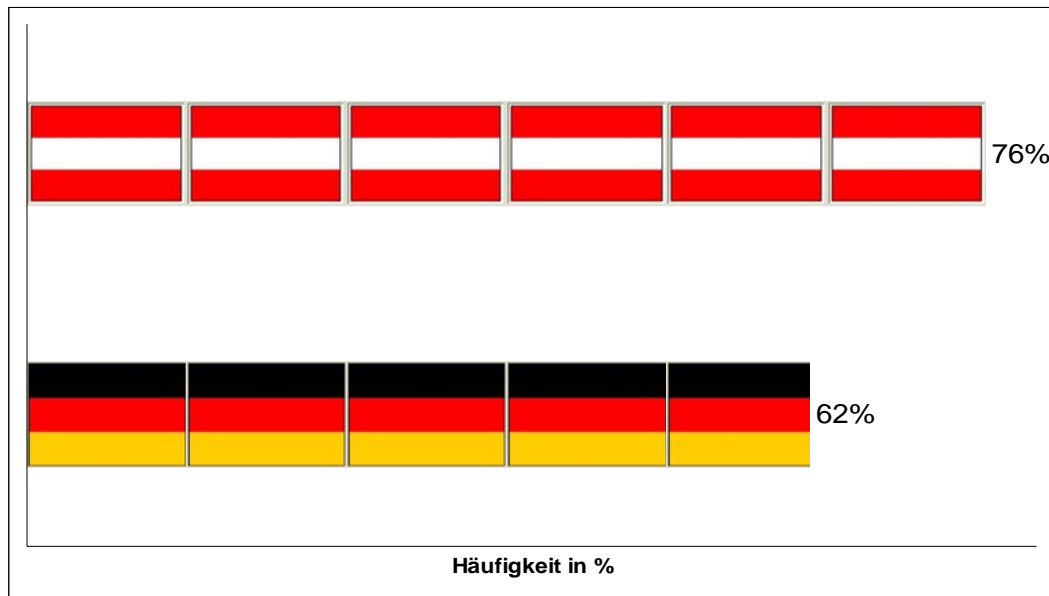
Marktstandard in Österreich und Deutschland: **Zu Beginn des Folgemonats**



Beim Zeitpunkt des Leistungsbeginns handelt es sich um eines der wenigen Kriterien, das in beiden Ländern mit ungefähr vergleichbarer Häufigkeit den gleichen Marktstandard aufweist. Sowohl die Verbesserung, d. h. Leistung ab dem Tag des Eintritts der BU, als auch evtl. Verschlechterungen sind in beiden Ländern die Ausnahme.

6.8. Meldefristen

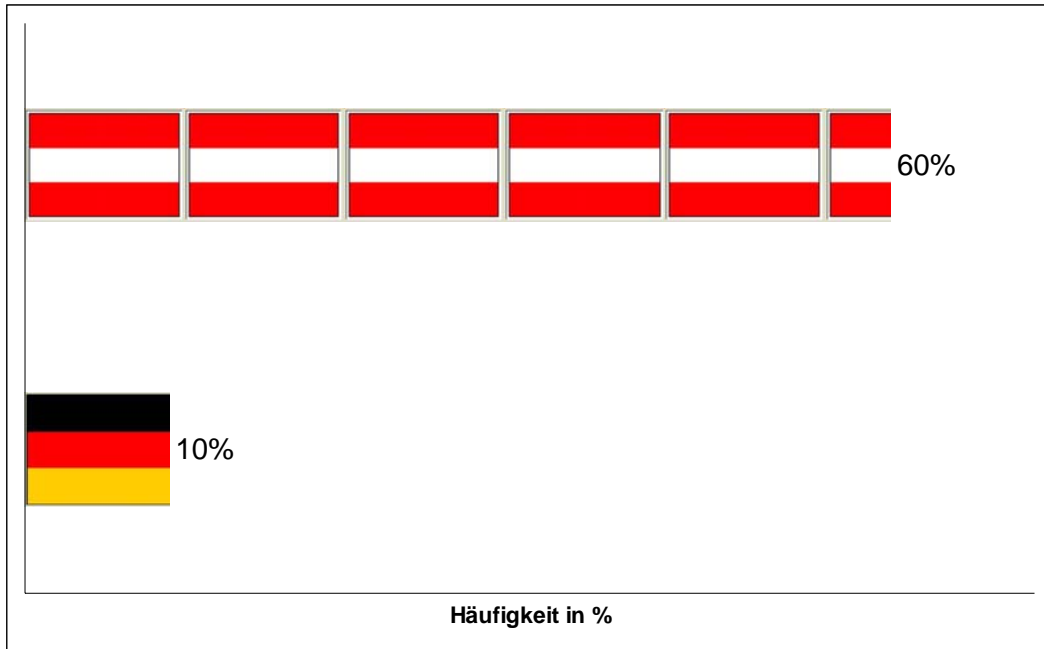
Marktstandard in Österreich und Deutschland: **keine Hinweise auf eine Meldefrist**



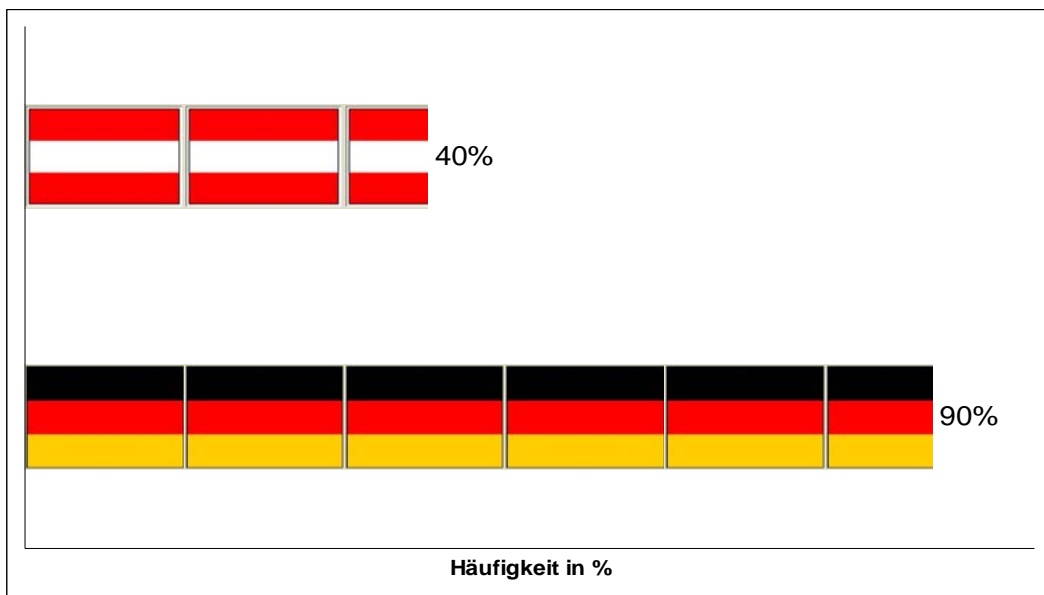
Dieses Ergebnis ist doch etwas überraschend. In Österreich konnten sich die Versicherer in größerem Umfang dazu entscheiden, in den Bedingungswerken auf die Angabe von Meldefristen zu verzichten.

6.9. Verzicht auf § 41 VersVG / VVG

Marktstandard in Österreich: **Kein Hinweis auf den Verzicht auf die Anwendung von § 41 VersVG / VVG**



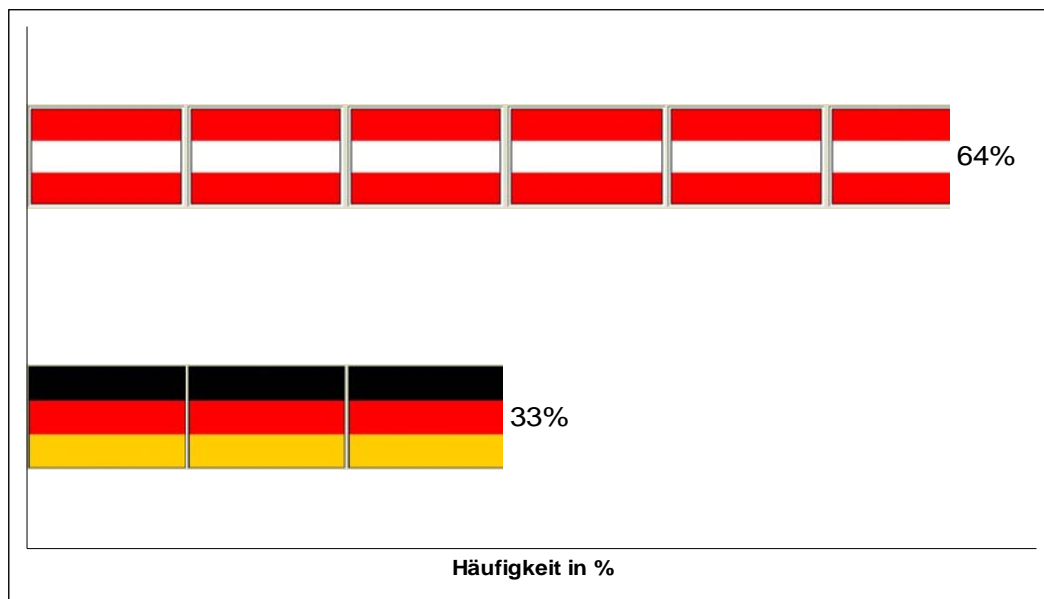
Marktstandard in Deutschland: **Ausdrücklicher Verzicht auf die Anwendung von § 41 VersVG / VVG**



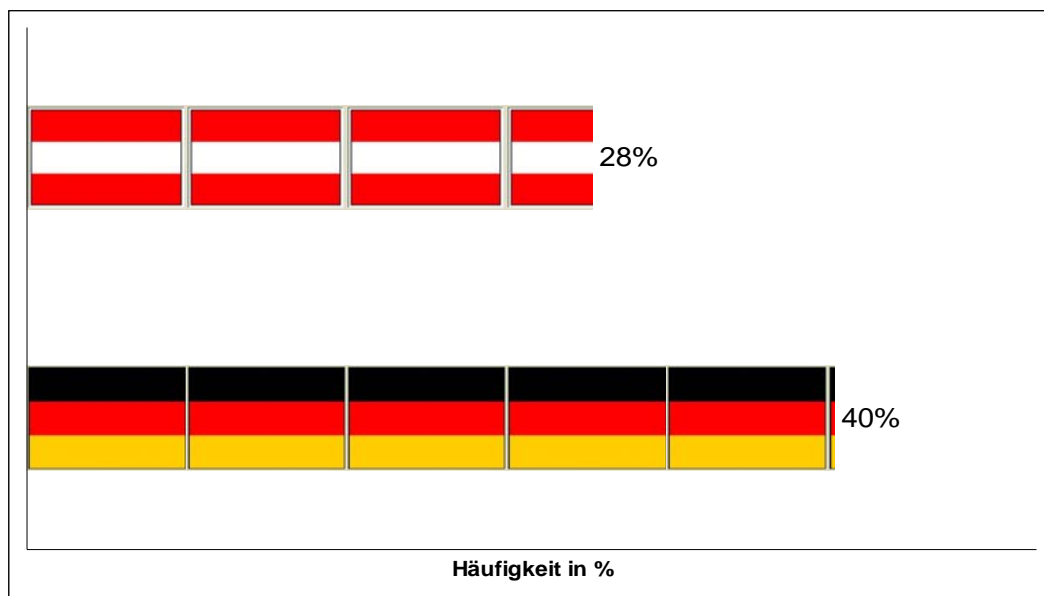
In Deutschland ist der dokumentierte Verzicht auf die Anwendung von §41 VVG inzwischen so eindeutig zum Marktstandard geworden, dass für zukünftige Untersuchungen zu klären wäre, ob es überhaupt noch Sinn gibt, dieses Kriterium als Unterscheidungsmerkmal aufzuführen.

6.10. Verzicht auf § 172 VersVG / VVG

Marktstandard in Österreich: **kein Hinweis auf den Verzicht auf die Anwendung von § 172 VersVG / VVG**



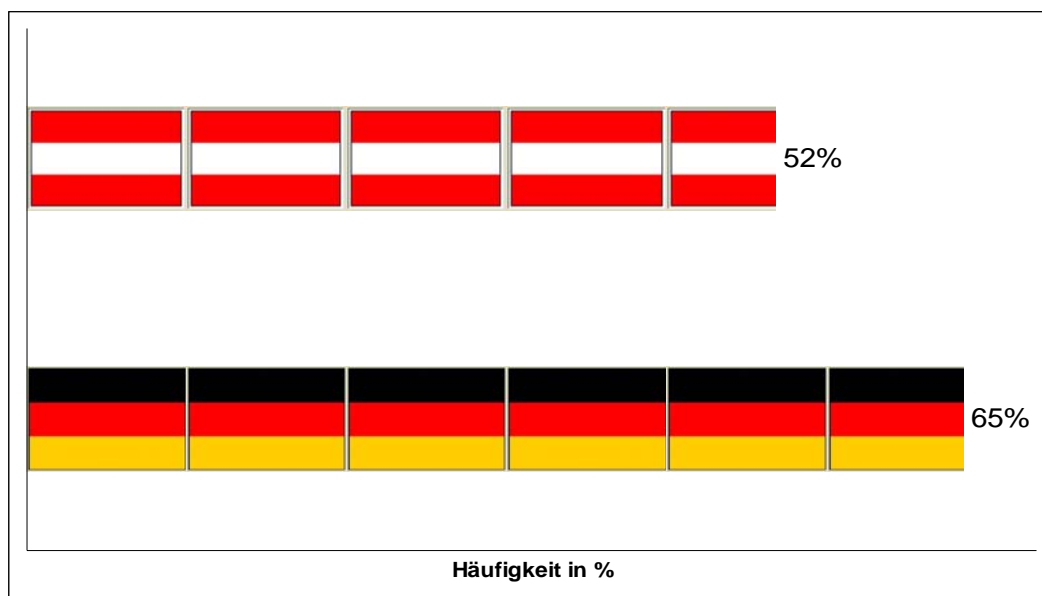
Marktstandard in Deutschland: **kein Verzicht auf die Anwendung von § 172 VVG**



Interessant ist die Veränderung der Merkmalsausprägungen in Deutschland in den letzten Monaten. Die Dokumentation dessen, dass auf die Anwendung von §172 VVG nicht verzichtet wird, ist inzwischen zur Standardregelung geworden. Wenn man davon ausgeht, dass die Unternehmen, die nicht ausdrücklich auf die Anwendung der Rechtsnorm verzichten, ohne explizit darauf hinzuweisen, dann war auch in der Vergangenheit bereits der Verzicht auf §172 VVG die – wenn auch häufiger vorkommende - Ausnahme. Grundsätzlich sind jedoch alle Regelungen und Formulierungen zu begrüßen, die zu mehr Rechtssicherheit führen – dazu gehört unserer Auffassung nach auch der Hinweis, darauf, dass auf die Anwendung des Paragraphen nicht verzichtet wird. Die Thematik „Verzicht auf §172 VVG“ ist ein gutes Beispiel dafür, wie einzelne Anbieter sich mehr oder weniger unreflektiert an dem orientiert haben, was Verbraucherschützer und / oder Rating-Agenturen vor einiger Zeit „gepredigt“ haben. In der Software eines großen deutschen Finanzvertriebes ist gar der fehlende Verzicht auf die Anwendung von § 172 VVG ein „KO-Kriterium“ bei der Auswahl des Versicherers. Inzwischen hat hier jedoch bei den Unternehmen offensichtlich ein Umdenken eingesetzt; auch in der Öffentlichkeit ist man sich bewusst geworden, dass der Verzicht auf §172 durchaus auch kritisch zu sehen ist. Sowohl für seine Anwendung als auch gegen seine Anwendung lassen sich sehr plausible Erklärungen finden, so dass insbesondere seine Relevanz als Entscheidungskriterium in Frage zu stellen ist.

6.11. Geltungsbereich

Markstandard in Österreich und Deutschland: **weltweiter Versicherungsschutz ohne weitere Einschränkungen**

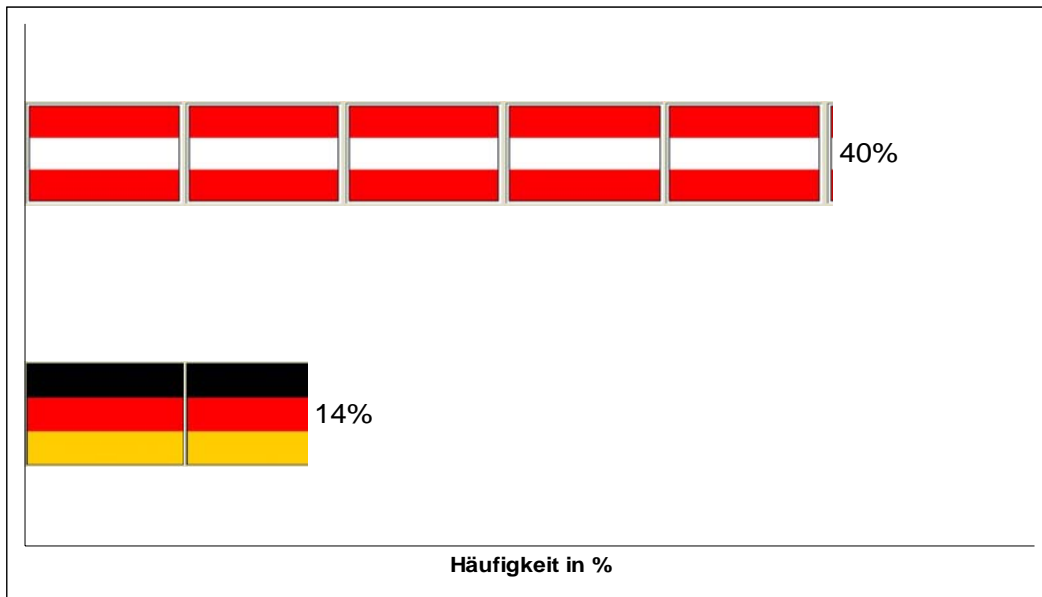


Es ist sowohl in Österreich als auch in Deutschland die Regelung der Marktstandard, die aus Kundensicht die günstigste darstellt. Allerdings ist das Ergebnis in Österreich nicht ganz so eindeutig, da fast genauso viele Bedingungswerke Klauseln beinhalten,

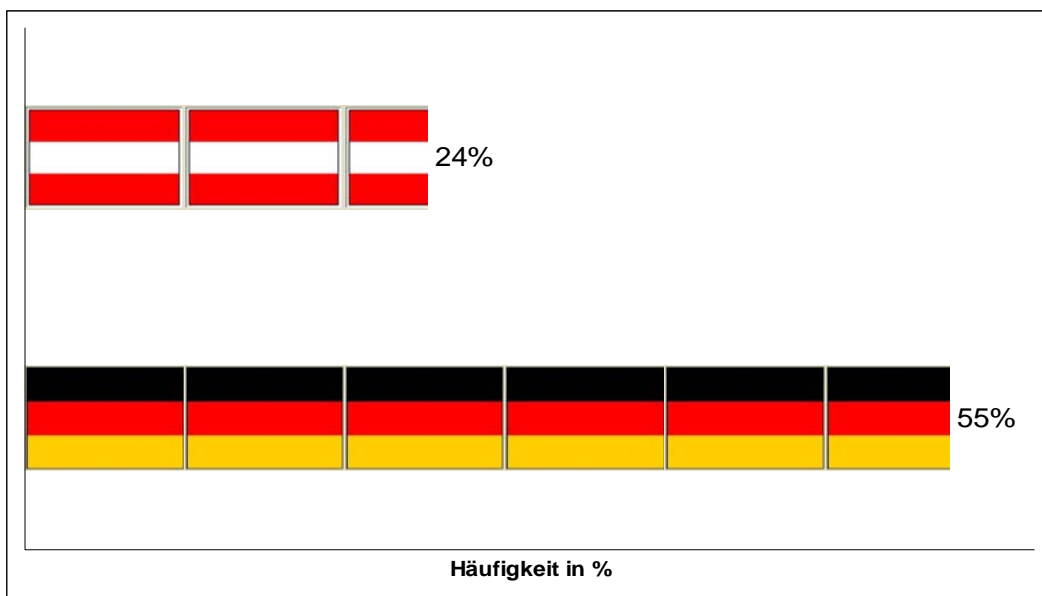
die zwar den Versicherungsschutz nicht räumlich einschränken, aber bestimmte Bedingungen an Art, Ort und ggf. auch Umfang von ärztlichen Untersuchungen stellen.

6.12. Leistungsausschlüsse

Marktstandard in Österreich: **Anwendung von Ausschlussklauseln (z. B. Luftfahrtklausel, Arztnotdienstklausel, Fahrtveranstaltungsklausel)**



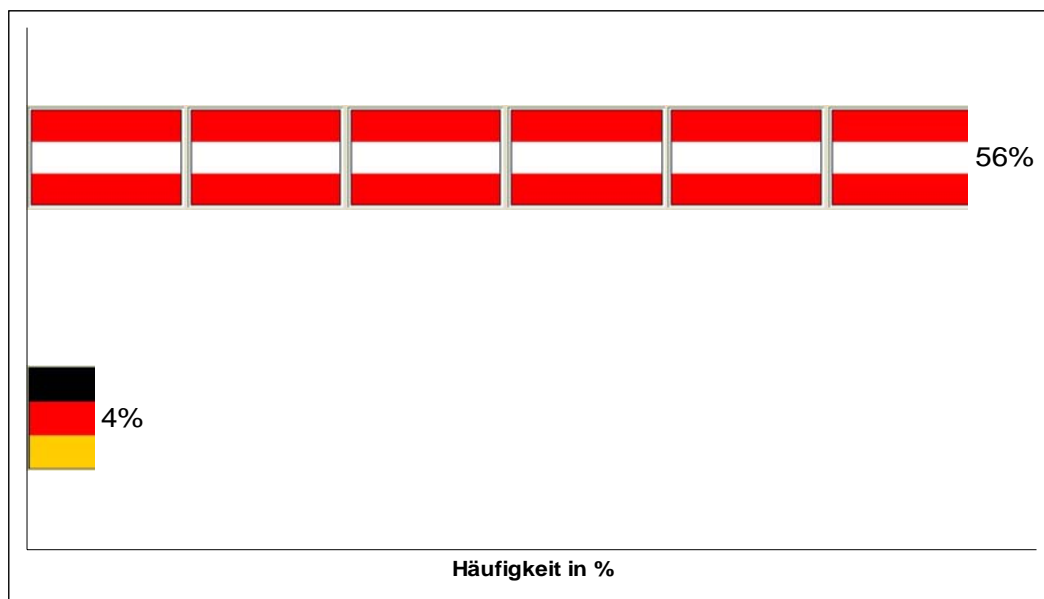
Marktstandard in Deutschland: **keine ungewöhnlichen Ausschlüsse**



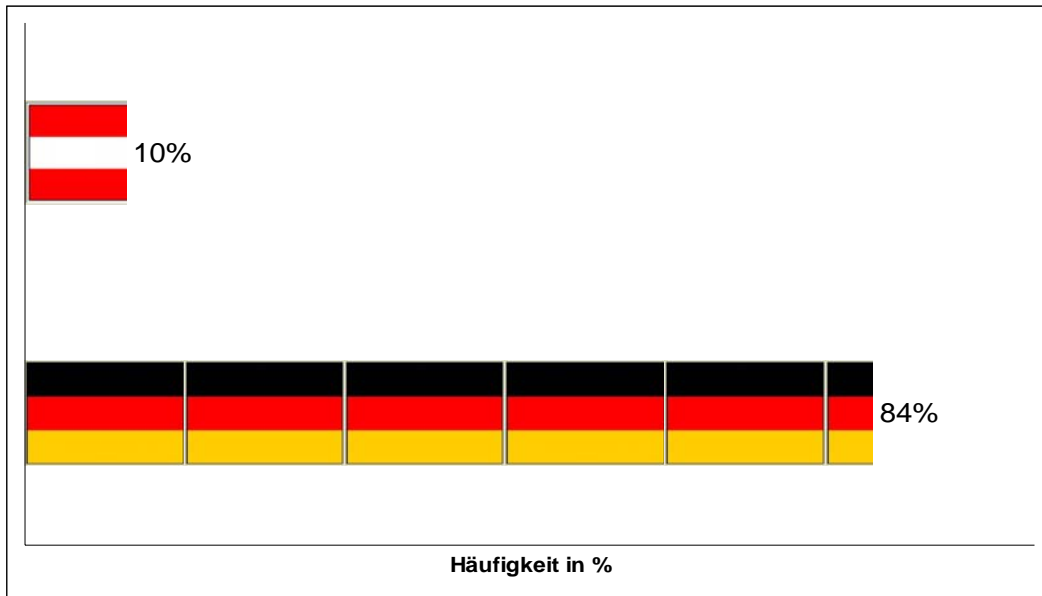
Während in Deutschland inzwischen der Verzicht auf die „gewöhnlichen“ Leistungsausschlüsse die Standardregelung darstellt, dominieren in Österreich die Bedingungswerke in denen Leistungen ausgeschlossen sind, wenn die Ursache für eine BU bspw. durch die Teilnahme an Fahrtveranstaltungen oder durch Luftfahrten verursacht wurde. Gerade bei diesem Kriterium gilt es, die weitere Entwicklung im Auge zu behalten, da in Deutschland bereits erste Tendenzen zu „neuen“ Leistungsausschlüssen zu erkennen sind. Dies kann zum einen die sog. „Terrorklausel“ sein, dies kann aber auch der Ausschluss sog. „gefährlicher Sportarten“ sein. Abgesehen davon, dass es zumindest in einigen Fällen fraglich erscheint, ob sich ein Ausschluss überhaupt actuariell begründen bzw. nachweisen lässt, muss man leider bei einigen der neuen Klauseln feststellen, dass die Definition hinsichtlich ihrer juristischen Eindeutigkeit häufig zu wünschen lässt. Gerade beim Thema Sport ergeben sich im Leistungsfall für die Versicherer zahlreiche aus Kundensicht unerwünschte Diskussionsmöglichkeiten.

6.13. Beitragsstundung

Marktstandard in Österreich: **Keine Stundung möglich; Beitragszahlungspflicht bis zur Leistungsentscheidung**



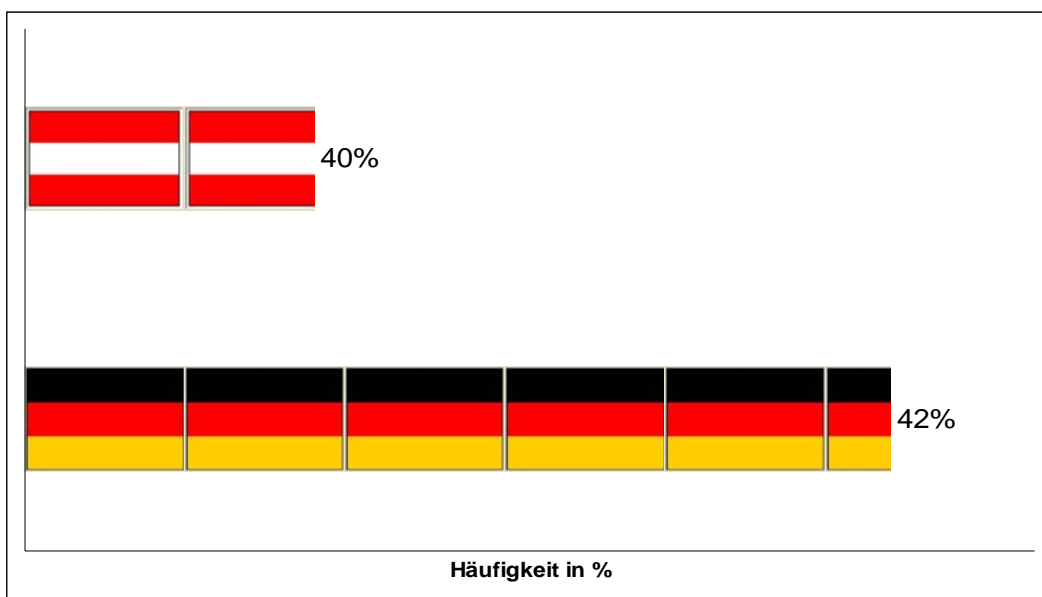
Marktstandard in Deutschland: **Zinslose Stundung, auch nach eventuell vereinbarter Karenzzeit, auf Antrag möglich. Falls keine Leistungspflicht anerkannt wird, sind die Beiträge nachzuzahlen**



Bei kaum einem anderen Kriterium sind die Marktstandards in den beiden Ländern so unterschiedlich ausgeprägt. Ein Grund hierfür könnte der sein, dass die BU-Versicherung als solche in Österreich bei weitem nicht so verbreitet ist wie in Deutschland und schon daher die Problematik, evtl. Zahlungsschwierigkeiten im BU-Fall überbrücken zu müssen, von deutlich geringerer Relevanz ist. Sollte sich der Absatz von BU-Versicherungen in Österreich zukünftig, wie von fast allen Experten erwartet, verstärken, so wird auch das Thema einer möglichen Beitragsstundung für den Zeitraum der Leistungsprüfung größeres Interesse erlangen. Dann kann man auch in Österreich mit Änderungen der Bedingungen in diesem Bereich rechnen.

6.14. Zeitlich befristetes Anerkenntnis

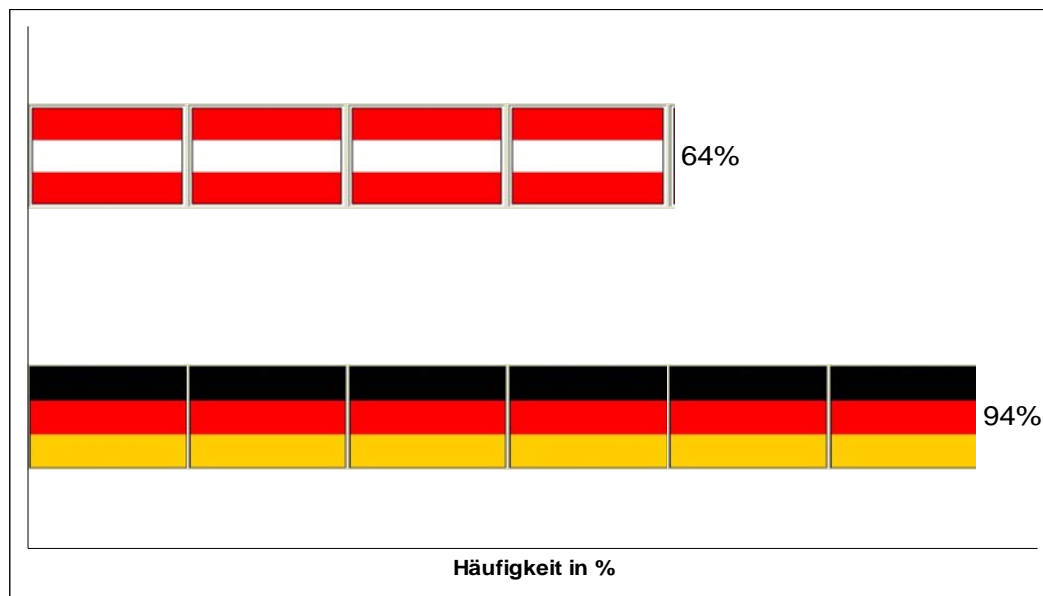
Marktstandard in Österreich und Deutschland: **zeitlich befristete Anerkenntnisse möglich**



Sowohl in Österreich als auch in Deutschland sehen es die Standardbedingungen vor, dass der Versicherer ein oder mehrere zeitlich befristete Anerkennnisse aussprechen kann. Aus Kundensicht ist hier zu fragen, ob dies wirklich notwendig ist, und warum der Versicherer nicht in der Lage ist, bei Vorliegen sämtlicher erforderlicher Unterlagen innerhalb einer überschaubaren Zeitspanne eine endgültige und rechtsverbindliche Erklärung abzugeben, ob Leistungen aus der BU erbracht werden oder nicht. Aus unserer Sicht ist es keineswegs vorteilhaft, wenn die Frage nach einer evtl. Verweisungstätigkeit für die Zeit eines befristeten Anerkennnisses zurück gestellt wird, sondern sorgt im Gegenteil für eine unerwünschte Rechtsunsicherheit.

6.15. Mitwirkungspflichten

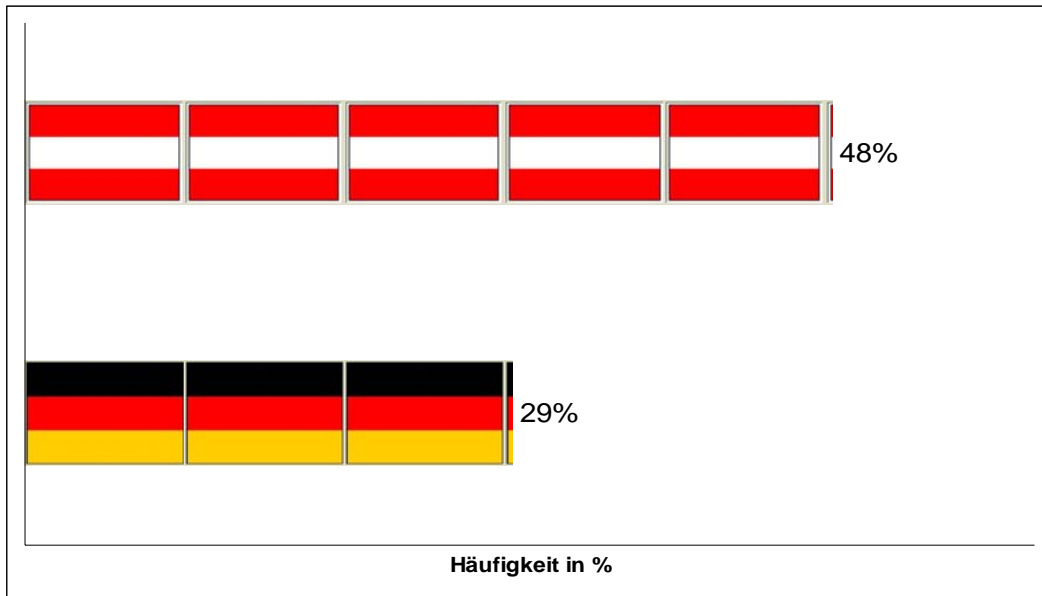
Marktstandard in Österreich und Deutschland: **Pflicht zur unverzüglichen Mitteilung über Besserung des Gesundheitszustandes und Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit**



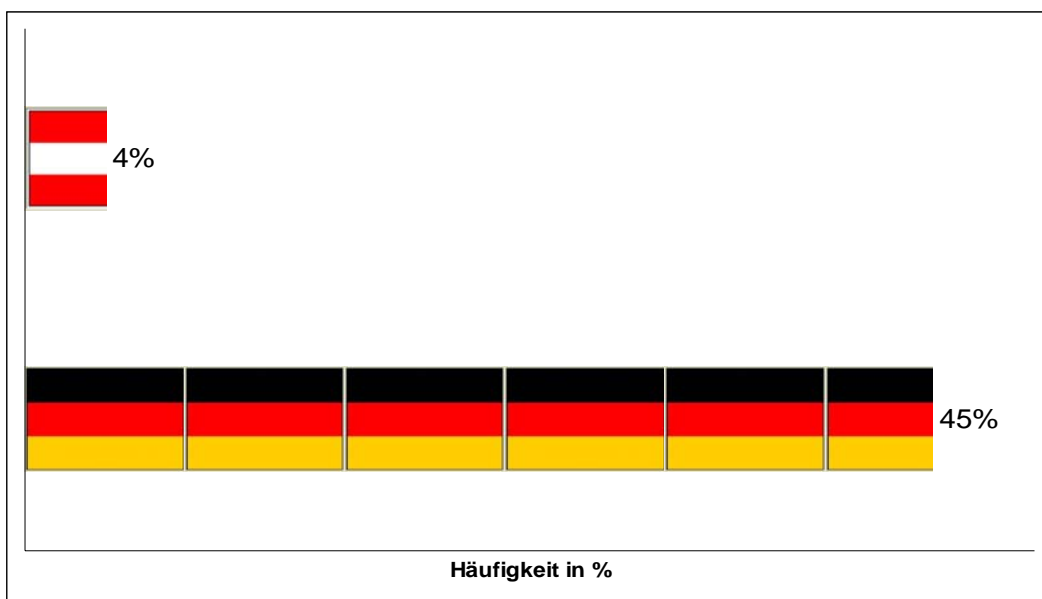
Erstaunlich ist, dass die Pflicht zur unverzüglichen Mitteilung über eine Besserung des Gesundheitszustandes zwar auch in Österreich der Marktstandard ist, aber von diesem Standard häufiger abgewichen wird als in Deutschland. Dies könnte in der relativ geringen Verbreitung der BU-Versicherung begründet sein und sich viele in Deutschland auftretende Fragen und Probleme nicht in diesem Ausmaß stellen.

6.16. Nachprüfung

Marktstandard in Österreich: **Nachprüfung mit der Möglichkeit einer abstrakten Verweisung, ggf. auch unter bestimmten Voraussetzungen (bspw. der Umorganisation des Arbeitsplatzes)**



Marktstandard in Deutschland: **Nachprüfung mit der Möglichkeit einer konkreten Verweisung unter Berücksichtigung neu erworbener Fähigkeiten**



Auch diese Ergebnisse überraschen nicht weiter, da sie ein Spiegelbild der Regelungen zur Verweisung in der Erstprüfung darstellen. Da in Österreich die abstrakte Verweisung dem Standard entspricht, wird auch in der Nachprüfung auf die abstrakte Form der Verweisung abgestellt. In Deutschland verzichten die meisten Anbieter inzwischen in der Erstprüfung auf die abstrakte Verweisung, so dass es nur konsequent ist, in der Nachprüfung nicht plötzlich wieder auf die abstrakte sondern auf die konkrete Verweisung abzustellen.

6.17. Fazit

Betrachtet man die Marktstandards in den beiden Ländern, so stellt man fest, dass es in einigen wichtigen Kriterien erhebliche Unterschiede gibt. Dies gilt in besonderem Maße für die Kriterien:

- Berufsdefinition
- Regelungen zur abstrakten Verweisung in der Erstprüfung
- Leistungsausschlüsse
- Beitragsstundung

In Deutschland waren es Softwarehäuser, Rating-Agenturen, Verbraucherschützer und ähnliche Institutionen, die sich Mitte bzw. Ende der 90er Jahre verstärkt mit den Unterschieden in den Versicherungsbedingungen von Berufsunfähigkeitsversicherungen beschäftigt haben. Der hieraus resultierende Wettbewerb hat in der Folgezeit dazu geführt, dass die Produkte und Bedingungen zunehmend kundenfreundlicher und transparenter gestaltet wurden.

Allerdings ist dieser Bedingungs-wettbewerb durchaus kritisch zu sehen. Zum einen stellt sich die Frage, ob die permanenten Verbesserungen der Versicherungsbedingungen auch kalkulatorisch angemessen berücksichtigt worden sind. Zum anderen stellt sich die Frage, ob tatsächlich alle Kunden wirklich ein „Top-Produkt“ benötigen, das bei allen wichtigen Kriterien Regelungen aufweist, die auf den ersten Blick sehr kulant erscheinen. Wie wichtig ist bspw. bei einem körperlich Tätigen die abstrakte Verweisung? So mehren sich bereits die Stimmen, die letztlich Ratingagenturen und Verbraucherschützer dafür verantwortlich machen, dass die Produkte aus Kundensicht zwar immer besser werden, aufgrund des damit verbundenen Preisanstiegs das Produkt aber auch für viele Interessenten preislich unerschwinglich machen.

Wir gehen davon aus, dass ein ähnlicher Prozess in Österreich beginnen wird, wenn das Produkt BU als solches mehr als bisher in den Fokus der Öffentlichkeit gelangt. Es ist also nicht unwahrscheinlich, dass in Österreich die BU-Bedingungen zukünftig als Wettbewerbeskriterium noch stärkere Bedeutung als bisher erlangen werden.

Anhang 1: Die Marktstandard-BUZ-Bedingungen in Österreich

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird der Versicherte während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig im Sinne des § 2 dieser Bedingungen, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht;

b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus, wenn nicht eine andere Rentenzahlungsweise vereinbart wird.

(2) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

(3) Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Rente erst mit dem Ablauf des Monats, in dem die Karenzzeit endet. Voraussetzung ist, dass die Berufsunfähigkeit während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Wir erbringen die Rente nur für die Zeit nach dem Ende der Karenzzeit.

Karenzzeit ist der vereinbarte Zeitraum in Monaten vom Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zum Beginn der Rente. Endet die Berufsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

(4) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen erlischt,

- wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter den Mindestgrad sinkt,

- wenn der Versicherte stirbt oder

- bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

(5) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht sind die Prämien in voller Höhe weiter zu entrichten: sie werden jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht in entsprechender Höhe zurückgezahlt.

(6) Der Versicherungsschutz besteht weltweit während der Berufsausübung und in der Freizeit.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere, seiner Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit auszuüben.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen erfüllt sind.

(3) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, seinen Beruf oder eine andere, seiner Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit auszuüben, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(4) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn der Versicherte in zumutbarer Weise als Selbständiger nach betrieblich sinnvoller Umorganisation ohne erheblichen Kapitaleinsatz innerhalb seines Betriebs noch eine Tätigkeit ausüben könnte, die seiner Stellung als Betriebsinhaber angemessen ist

(5) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig gewesen und benötigt er täglich Hilfe durch eine andere Person bei mindestens drei der im Absatz 7 aufgeführten Verrichtungen, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraumes.

(6) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich auf Dauer so hilflos ist, dass er für die in Absatz 7 genannten regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(7) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

Der Versicherte benötigt Hilfe beim...

Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann

Waschen, Kämmen oder Rasieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da er selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen

Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil er

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,

- seine Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann

oder weil

- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

(8) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Verrichtungen liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn der Versicherte wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf, oder wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn der Versicherte der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn der Versicherte wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann

(9) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Wir leisten nicht, wenn die Berufsunfähigkeit auf einer der folgenden Ursachen beruht:

- a) unmittelbar oder mittelbar auf kriegerischen Ereignissen;
- b) Aufruhr, Aufstand oder Unruhen, falls der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) widerrechtlicher Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit des Versicherten herbeigeführt haben;
- d) vorsätzlicher Ausführung oder strafbarem Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten;
- e) absichtlicher Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtlicher Selbstverletzung, missbräuchlichem Drogenkonsum oder versuchtem Selbstmord;
- f) auf Grund mittelbaren oder unmittelbaren Einflusses ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes der jeweils geltenden Fassung oder von Kernenergie;
- g) Teilnahme an Wettfahrten oder zugehörigen Trainingsfahrten in einem Land-, Luft- oder Wasserkraftfahrzeug;
- h) durch Benützung von Flugzeugen bzw. Fluggeräten aller Art, es sei denn, der Versicherte ist Fluggast eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motor-, Strahl- oder Segelflugzeuges bzw. ziviler Fluggast eines zur Personenbeförderung eingesetzten Militärflugzeuges.

§ 4 Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so sind uns vom Ansprucherhebenden unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und
- ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Grad der Beeinträchtigung, dem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübten Beruf nachgehen zu können, und
- Unterlagen über die vom Versicherten durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über seinen Beruf, seine Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen bzw. zu erwartenden künftigen Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem, dann allerdings auf unsere Kosten, weitere Auskünfte und Aufklärungen sowie notwendige weitere Nachweise über die beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten und über die eingetretenen Veränderungen sowie über Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen und weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheime, bei denen er in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

§ 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Wir können auch zeitlich begrenzte Anerkenntnisse bis zu insgesamt 12 Monaten aussprechen. Innerhalb dieses Zeitraums führen wir keine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit durch.

§ 6 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?

(1) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 5) nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Eingang unserer Entscheidung seinen Anspruch gerichtlich geltend machen.

(2) Lässt der Ansprucherhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne dass er seinen Anspruch gerichtlich geltend macht, sind weitergehende Ansprüche als wir sie anerkannt haben ausgeschlossen.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit und in welchen Fällen zahlen wir eine Wiedereingliederungshilfe?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder den Umfang der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausüben kann, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen des Versicherten durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

(3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 6 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mit-

teilung wirksam, frühestens jedoch zu Beginn der darauf folgenden Rentenzahlungsperiode. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 von Ihnen, dem Versicherten oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bestimmungen zur Leistung verpflichtet.

§ 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Wir haben Sie im Antrag nach gesundheitlichen und beruflichen Gefahren, insbesondere nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, ärztlich behandelten gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, befragt. Im Vertrauen darauf, dass Sie diese Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben, (vorvertragliche Anzeigepflicht), übernehmen wir den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz.

(2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

(3) Wurden Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben (d. h. insbesondere die im Antragsvordruck gestellten Gesundheitsfragen) von Ihnen oder dem Versicherten (vgl. Abs. 2) nicht oder nicht richtig angegeben, sieht das Versicherungsvertragsgesetz vor, dass der Versicherer vom Vertrag zurücktreten kann. Den Rücktritt können wir nur erklären, wenn seit Abschluss der Versicherung drei Jahre noch nicht verstrichen sind.

Bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre ist ein Rücktritt auch noch nach Ablauf dieser Frist möglich. Wenn wir davon Kenntnis erhalten haben, dass Fragen im Antrag nicht oder nicht richtig beantwortet wurden (Verletzung der Anzeigepflicht), so müssen wir den Rücktritt innerhalb eines Monats erklärt haben. Sind die wahrheitswidrigen Angaben unverschuldet erfolgt, wird unsere Erklärung gegenstandslos. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, sind wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn feststeht, dass die nicht oder nicht richtig beantworteten Fragen keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.

(4) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben des Versicherten, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten bei einer Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die maßgebende Frist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

§ 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung) eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erlischt

spätestens, wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet oder mit Ablauf der Aufschubfrist bei Rentenversicherungen. Die Leistungsdauer bei anerkannter Berufsunfähigkeit kann jedoch, entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen, über den Ablauf der Hauptversicherung hinausreichen.

(2) Abweichend von den in den Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung enthaltenen Regelungen zur Rücktrittsfrist bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht können wir von der Zusatzversicherung binnen 3 Jahren seit Vertragsabschluss zurücktreten, wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder dem Versicherten nicht oder nicht richtig angegeben worden sind. Dieses Rücktrittsrecht gilt nicht im Falle der unverschuldeten Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

(3) Sie können Ihre Zusatzversicherung während der Beitragszahlungsdauer grundsätzlich unabhängig von der Hauptversicherung kündigen. In den letzten fünf Versicherungsjahren kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden.

Zahlen Sie für Ihre Zusatzversicherung keine Beiträge mehr, weil sie beitragsfrei ist oder Sie einen Einmalbeitrag gezahlt haben, können Sie diese nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen.

Ein Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung fällt nicht an.

(4) Ihre Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsversicherung und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert.

Eine Fortführung der Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt. Anderenfalls erlischt die Zusatzversicherung.

Innerhalb von 6 Monaten nach der Beitragsfreistellung haben Sie das Recht, die Wiederherstellung der Hauptversicherung einschließlich aller Zusatzversicherungen, wie sie vor der Beitragsfreistellung bestand, ohne Gesundheitsprüfung und unter Nachzahlung der fehlenden Beiträge zu verlangen.

Über weitere Möglichkeiten informieren wir Sie auf Anfrage gerne.

(5) Ist unsere Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung anerkannt oder festgestellt, so berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weiter gezahlt hätten.

(6) Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Zusatzversicherung werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme nicht berührt.

(7) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

(8) Abweichend von den in den Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung enthaltenen Regelungen über Änderbarkeit von Bestimmungen, sind wir für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung lediglich berechtigt, die Bestimmungen über die Überschussbeteiligung, den Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherung mit Wirkung für bestehende Verträge zu ändern, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Änderung ist zur Wahrung der Belange der Versicherungsgemeinschaft erforderlich oder
- die Stellung der Versicherten wird durch die Änderung verbessert oder

- der Versicherer hat an der Änderung ein schutzwürdiges Interesse und die Belange der Versicherten werden dadurch nicht unangemessen benachteiligt.

Die Zulässigkeit der Änderung muss in jedem Fall von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt werden.

(9) Soweit in diesen Bedingungen nichts anders bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 11 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

(1) Die Zusatzversicherung ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen. Die Überschussbeteiligung erfolgt in Form von laufenden jährlichen Überschussanteilen und eines Schlussüberschussanteils. Bei Beendigung der Zusatzversicherung durch Kündigung oder Tod innerhalb eines Versicherungsjahres besteht kein Anspruch - auch kein anteiliger - auf die Überschussanteile, die zum nächsten Zuteilungstermin fällig würden.

(2) Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen zu Kapital- und Rentenversicherungen:

Beim Tarif BU werden die jährlich zugeteilten Überschussanteile, die sich in Prozent des Beitrags bemessen, verzinslich angesammelt.

Beim Tarif BUR erfolgt die laufende Überschussbeteiligung in Form einer von Beginn an erhöhten Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente, die sich in Prozent der garantierten Berufsunfähigkeitsrente bemisst (Bonusrente). Im Fall der Berufsunfähigkeit wird zuzüglich zur garantierten Berufsunfähigkeitsrente diese Bonusrente gezahlt, deren Höhe so lange garantiert bleibt wie ununterbrochen Berufsunfähigkeitsleistungen gezahlt werden.

(3) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit werden Überschussanteile erstmals zu Beginn des Versicherungsjahres zugeteilt, das frühestens ein Jahr nach Eintritt der Berufsunfähigkeit beginnt.

Beim Tarif BU werden die jährlichen Überschussanteile, die sich in Prozent des Deckungskapitals bemessen, verzinslich angesammelt.

Beim Tarif BUR erfolgt die Überschussbeteiligung in Form einer jährlichen Rentenerhöhung. Dabei erhöht sich die laufende Berufsunfähigkeitsrente um einen jährlich festgelegten Prozentsatz der Vorjahresrente.

(4) Der Schlussüberschuss wird bei Vertragsbeendigung mit den dann deklarierten Überschussanteilsätzen fällig, sofern aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung keine Leistung gezahlt wurde. Er bemisst sich in Prozent der Summe der gezahlten Beiträge für die Zusatzversicherung. Ist die Hauptversicherung eine Risikoversicherung, so bemisst er sich in Prozent der Summe der um die Überschussbeteiligung ermäßigten Beiträge.

Bei abgekürzter Beitragszahlungsdauer wird der so berechnete Schlussüberschuss mit dem Rechnungszins vom Ablauf der Beitragszahlungsdauer bis zum Ablauf der Versicherungsdauer aufgezinnt.

Bei Änderung der Deklaration kann der Schlussüberschuss absinken, gegebenenfalls sogar entfallen, sofern es die wirtschaftliche Situation erfordert.

Bei Tod wird der Schlussüberschussanteil anteilig, bei Kündigung anteilig und gekürzt fällig.

(5) In einzelnen Jahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

Anhang 2: Die Marktstandard-BUZ-Bedingungen in Deutschland

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird der Versicherte während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig im Sinne des § 2 dieser Bedingungen, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht;

b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus, wenn nicht eine andere Rentenzahlungsweise vereinbart wird.

(2) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

(3) Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Rente erst mit dem Ablauf des Monats, in dem die Karenzzeit endet. Voraussetzung ist, dass die Berufsunfähigkeit während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Wir erbringen die Rente nur für die Zeit nach dem Ende der Karenzzeit.

Karenzzeit ist der vereinbarte Zeitraum in Monaten vom Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zum Beginn der Rente. Endet die Berufsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

(4) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen erlischt,

- wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter den Mindestgrad sinkt,

- wenn der Versicherte stirbt oder

- bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

(5) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Prämien in voller Höhe weiter entrichten, wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren Antrag hin werden wir die noch zu zahlenden Prämien bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht zinslos stunden.

(6) Der Versicherungsschutz besteht weltweit während der Berufsausübung und in der Freizeit.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war, auszuüben, es sei denn, er übt eine andere, seiner Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret aus.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen erfüllt sind.

(3) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körpervletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben und übt er auch keine andere, seiner Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret aus, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(4) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn der Versicherte in zumutbarer Weise als Selbständiger nach betrieblich sinnvoller Umorganisation ohne erheblichen Kapitaleinsatz innerhalb seines Betriebs noch eine Tätigkeit ausüben könnte, die seiner Stellung als Betriebsinhaber angemessen ist

(5) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig gewesen und benötigt er täglich Hilfe durch eine andere Person bei mindestens drei der im Absatz 7 aufgeführten Verrichtungen, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraumes.

(6) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körpervletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich auf Dauer so hilflos ist, dass er für die in Absatz 7 genannten regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(7) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

Der Versicherte benötigt Hilfe beim...

Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann

Waschen, Kämmen oder Rasieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da er selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen

Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil er

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,

- seine Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann

oder weil

- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

(8) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Verrichtungen liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn der Versicherte wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf, oder wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn der Versicherte der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn der Versicherte wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann

(9) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie und wo es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist (weltweiter Versicherungsschutz).

(2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn der Versicherte in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen er während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen er nicht aktiv beteiligt war. Außerdem werden wir leisten, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten verursacht wurde und der Versicherte als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundesgrenzschutz mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat;

b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten. Verkehrsdelikte und fahrlässige Verstöße sind von diesem Ausschluss nicht betroffen;

c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit des Versicherten herbeigeführt haben;

e) durch Strahlen infolge Kernenergie. Wenn der Versicherte berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist, werden wir leisten.

§ 4 Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so sind uns vom Ansprucherhebenden unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und
- ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Grad der Beeinträchtigung, dem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübten Beruf nachgehen zu können, und
- Unterlagen über die vom Versicherten durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über seinen Beruf, seine Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen bzw. zu erwartenden künftigen Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem, dann allerdings auf unsere Kosten, weitere Auskünfte und Aufklärungen sowie notwendige weitere Nachweise über die beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten und über die eingetretenen Veränderungen sowie über Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen und weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheime, bei denen er in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

§ 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Wir können auch zeitlich befristete Anerkenntnisse unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob der Versicherte eine seiner Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt.

§ 6 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?

(1) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 5) nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Eingang unserer Entscheidung seinen Anspruch gerichtlich geltend machen.

(2) Lässt der Ansprucherhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne dass er seinen Anspruch gerichtlich geltend macht, sind weitergehende Ansprüche als wir sie anerkannt haben ausgeschlossen.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit und in welchen Fällen zahlen wir eine Wiedereingliederungshilfe?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob der Versicherte eine andere, seiner Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt, wobei auch neu erworbene berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse berücksichtigt werden.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen des Versicherten durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

(3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 6 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam, frühestens jedoch zu Beginn der darauf folgenden Rentenzahlungsperiode. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 von Ihnen, dem Versicherten oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bestimmungen zur Leistung verpflichtet.

§ 9 Verzicht auf Beitragsanpassung nach § 41 VVG

Nach § 41 VVG sind wir grundsätzlich berechtigt, den Beitrag zu erhöhen oder die Versicherung zu kündigen, falls bei Vertragsabschluss ein für die Übernahme der Gefahr nicht unerheblicher Umstand wegen Unkenntnis oder unverschuldet nicht angezeigt wird und dadurch erhöhte Risiken entstehen. Auf dieses Recht verzichten wir hiermit ausdrücklich.

§ 10 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Wir haben Sie im Antrag nach gesundheitlichen und beruflichen Gefahren, insbesondere nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, ärztlich behandelten gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, befragt. Im Vertrauen darauf, dass Sie diese Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben, (vorvertragliche Anzeigepflicht), übernehmen wir den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz.

(2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

(3) Wurden Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben (d. h. insbesondere die im Antragsvordruck gestellten Gesundheitsfragen) von Ihnen oder dem Versicherten (vgl. Abs. 2) nicht oder nicht richtig angegeben, sieht das Versicherungsvertragsgesetz vor, dass der Versicherer vom Vertrag zurücktreten kann. Den Rücktritt können wir nur erklären, wenn seit Abschluss der Versicherung drei Jahre noch nicht verstrichen sind.

Bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre ist ein Rücktritt auch noch nach Ablauf dieser Frist möglich. Wenn wir davon Kenntnis erhalten haben, dass Fragen im Antrag nicht oder nicht richtig beantwortet wurden (Verletzung der Anzeigepflicht), so müssen wir den Rücktritt innerhalb eines Monats erklärt haben. Sind die wahrheitswidrigen Angaben unverschuldet erfolgt, wird unsere Erklärung gegenstandslos. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, sind wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn feststeht, dass die nicht oder nicht richtig beantworteten Fragen keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.

(4) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben des Versicherten, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten bei einer Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die maßgebende Frist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

§ 11 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung) eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erlischt spätestens, wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet oder mit Ablauf der Aufschubfrist bei Rentenversicherungen. Die Leistungsdauer bei anerkannter Berufsunfähigkeit kann jedoch, entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen, über den Ablauf der Hauptversicherung hinausreichen.

(2) Abweichend von den in den Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung enthaltenen Regelungen zur Rücktrittsfrist bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht können wir von der Zusatzversicherung binnen 3 Jahren seit Vertragsabschluss zurücktreten, wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder dem Versicherten nicht oder nicht richtig angegeben worden sind. Dieses Rücktrittsrecht gilt nicht im Falle der unverschuldeten Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

(3) Sie können Ihre Zusatzversicherung während der Beitragszahlungsdauer grundsätzlich unabhängig von der Hauptversicherung kündigen. In den letzten fünf Versicherungsjahren kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden.

Zahlen Sie für Ihre Zusatzversicherung keine Beiträge mehr, weil sie beitragsfrei ist oder Sie einen Einmalbeitrag gezahlt haben, können Sie diese nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen.

Ein Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung fällt nicht an.

(4) Ihre Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsversicherung und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert.

Eine Fortführung der Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt. Anderenfalls erlischt die Zusatzversicherung.

Innerhalb von 6 Monaten nach der Beitragsfreistellung haben Sie das Recht, die Wiederherstellung der Hauptversicherung einschließlich aller Zusatzversicherungen, wie sie vor der

Beitragsfreistellung bestand, ohne Gesundheitsprüfung und unter Nachzahlung der fehlenden Beiträge zu verlangen.

Über weitere Möglichkeiten informieren wir Sie auf Anfrage gerne.

(5) Ist unsere Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung anerkannt oder festgestellt, so berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weiter gezahlt hätten.

(6) Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Zusatzversicherung werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme nicht berührt.

(7) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

(8) Abweichend von den in den Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung enthaltenen Regelungen über Änderbarkeit von Bestimmungen, sind wir für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung lediglich berechtigt, die Bestimmungen über die Überschussbeteiligung, den Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherung mit Wirkung für bestehende Verträge zu ändern, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Änderung ist zur Wahrung der Belange der Versicherungsgemeinschaft erforderlich oder
- die Stellung der Versicherten wird durch die Änderung verbessert oder
- der Versicherer hat an der Änderung ein schutzwürdiges Interesse und die Belange der Versicherten werden dadurch nicht unangemessen benachteiligt.

Die Zulässigkeit der Änderung muss in jedem Fall von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt werden.

(9) Soweit in diesen Bedingungen nichts anders bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 12 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

(1) Die Zusatzversicherung ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen. Die Überschussbeteiligung erfolgt in Form von laufenden jährlichen Überschussanteilen und eines Schlussüberschussanteils. Bei Beendigung der Zusatzversicherung durch Kündigung oder Tod innerhalb eines Versicherungsjahres besteht kein Anspruch - auch kein anteiliger - auf die Überschussanteile, die zum nächsten Zuteilungstermin fällig würden.

(2) Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen zu Kapital- und Rentenversicherungen:

Beim Tarif BU werden die jährlich zugeteilten Überschussanteile, die sich in Prozent des Beitrags bemessen, verzinslich angesammelt.

Beim Tarif BUR erfolgt die laufende Überschussbeteiligung in Form einer von Beginn an erhöhten Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente, die sich in Prozent der garantierten Berufsunfähigkeitsrente bemisst (Bonusrente). Im Fall der Berufsunfähigkeit wird zuzüglich zur garantierten Berufsunfähigkeitsrente diese Bonusrente gezahlt, deren Höhe so lange garantiert bleibt wie ununterbrochen Berufsunfähigkeitsleistungen gezahlt werden.

(3) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit werden Überschussanteile erstmals zu Beginn des Versicherungsjahres zugeteilt, das frühestens ein Jahr nach Eintritt der Berufsunfähigkeit beginnt.

Beim Tarif BU werden die jährlichen Überschussanteile, die sich in Prozent des Deckungskapitals bemessen, verzinslich angesammelt.

Beim Tarif BUR erfolgt die Überschussbeteiligung in Form einer jährlichen Rentenerhöhung. Dabei erhöht sich die laufende Berufsunfähigkeitsrente um einen jährlich festgelegten Prozentsatz der Vorjahresrente.

(4) Der Schlussüberschuss wird bei Vertragsbeendigung mit den dann deklarierten Überschussanteilsätzen fällig, sofern aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung keine Leistung gezahlt wurde. Er bemisst sich in Prozent der Summe der gezahlten Beiträge für die Zusatzversicherung. Ist die Hauptversicherung eine Risikoversicherung, so bemisst er sich in Prozent der Summe der um die Überschussbeteiligung ermäßigten Beiträge.

Bei abgekürzter Beitragszahlungsdauer wird der so berechnete Schlussüberschuss mit dem Rechnungszins vom Ablauf der Beitragszahlungsdauer bis zum Ablauf der Versicherungsdauer aufgezinnt.

Bei Änderung der Deklaration kann der Schlussüberschuss absinken, gegebenenfalls sogar entfallen, sofern es die wirtschaftliche Situation erfordert.

Bei Tod wird der Schlussüberschussanteil anteilig, bei Kündigung anteilig und gekürzt fällig.

(5) In einzelnen Jahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

Impressum

Herausgeber der Studie:

infinma

Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH

Max-Planck-Str. 22

50858 Köln

Tel.: 0 22 34 9 33 69 0

Fax: 0 22 34 9 33 69 79

Mail: info@infinma.de

Internet: www.infinma.de bzw. www.infinma.at