

Informationen zum Produktrating
Berufsunfähigkeitsversicherung
(SBU)

Institut für Vorsorge und Finanzplanung GmbH

April 2025

Inhalt

Einführung.....	1
Bewertungsgrundsätze.....	2
Gewichtung und Teilbereiche.....	4
Ratingklassen.....	4
Aktuelles Rating	5
Berufsunfähigkeitsversicherung	5
Teilbereich Unternehmen.....	5
Teilbereich Preis-Leistung	9
Teilbereich Flexibilität	15
Teilbereich Transparenz.....	18
Presse- & Öffentlichkeitsarbeit des Instituts.....	20
Gütesiegel.....	20
Marketing des Versicherers.....	20
Folgerating	20
Verbraucherinformation	20
Ratingergebnisse.....	21
Schlussworte	21

Einführung

Risikoreiche Hobbys, riskante Berufe oder ein Gesundheitszustand, der nicht makellos ist – alles Faktoren, die eine Berufsunfähigkeitsversicherung (BU) teuer machen können oder deren Abschluss gar unmöglich.

Allerdings lohnt es sich trotzdem unterschiedliche Anbieter und deren Angebote zu vergleichen, denn die Versicherer schätzen Risiken teilweise sehr unterschiedlich ein.

Damit stehen viele Menschen auf der Suche nach einer privaten Absicherung der Arbeitskraft vor der Schwierigkeit, das geeignete Produkt für sich zu finden. Die Angebote sind vielfältig und mittlerweile gibt es einige interessante Möglichkeiten, sich speziell nach den eigenen Bedürfnissen abzusichern und eine passende Lösung zu erhalten. Dabei können Berufsunfähigkeitsstarife durchaus abweichende Produktfeatures und variierende Beiträge aufweisen – je nach Anbieter, bei Beruf und Alter des Interessenten.

Die Herausforderung ist, die passende Absicherung zu finden.

Bei der Wahl für das richtige Produkt kann – zusammen mit einer persönlichen Beratung – das SBU-Rating des Instituts für Vorsorge und Finanzplanung (IVFP) unterstützen.

Das Rating des IVFP hebt sich deutlich von anderen SBU-Ratings am deutschen Markt ab, da sich die Gesamtnote aus den vier Teilbereichsnoten Unternehmensqualität, Preis-Leistung, Flexibilität sowie Transparenz zusammensetzt. Die Besonderheit, die Unternehmensqualität in ein SBU-Rating einfließen zu lassen und bei der Definition der Fallkonstellationen im Teilbereich Preis-Leistung möglichst realistische Musterfälle zu hinterlegen, unterstreichen den ganzheitlichen und realitätsnahen Ansatz des IVFP-Ratings und verhelfen zu einem qualitativ hochwertigen Ergebnis.

Im aktuellen SBU-Rating 2025 wurden die Kriterien sowie die Musterfälle im Vergleich zum Vorjahr weiter optimiert.

In diesem Infopapier finden Sie alle relevanten Erläuterungen zum Rating, die dazu dienen, das Verfahren bzw. den Analyseprozess möglichst transparent zu gestalten und für jedermann nachvollziehbar zu machen.

Bewertungsgrundsätze

Verbraucherfokus

Die Untersuchung der Tarife erfolgt aus Verbrauchersicht. Grundlage für die Priorisierung der Kundenwünsche ist eine vom Institut für Vorsorge und Finanzplanung in Auftrag gegebene repräsentative Marktforschung. Die demnach für den Verbraucher wichtigsten Parameter eines Versicherungsproduktes sind die Sicherheit des Anbieters (Unternehmensqualität), Preis-Leistung, Flexibilität und Transparenz. Das Rating des Instituts beurteilt diese vier Teilbereiche und stellt die Stärken des jeweiligen Produkts transparent dar.

Neutralität

Das Institut für Vorsorge und Finanzplanung ist komplett unabhängig von Produktgebern oder politischen Einflüssen. Es werden „**Hard Facts**“ verwendet, d. h. die Bewertung von Produkten erfolgt auf Basis öffentlich zugänglicher Daten. Als Quellen werden die Versicherungsbedingungen, verbindliche Verbraucherinformationen (AVBs), Antragsformulare, Geschäftsberichte, Werbematerialien sowie Produktinformationen über die Website des Versicherers herangezogen. Für die Beitragsberechnungen werden die aktuellen Tarifrechner verwendet. Um die Vergleichbarkeit von Kennzahlen sicherzustellen, wurden standardisierte Methoden zur Berechnung dieser Werte festgelegt.

Vollständigkeit

Das IVFP erstellt ein aussagekräftiges Rating der Produkte. Daher ist es erforderlich, alle dafür notwendigen Daten von den Unternehmen zu erhalten. Die niedrigste Punktezahl wird vergeben, wenn keine Angabe bezüglich des abgefragten Parameters aus vorliegenden Unterlagen und angefragten Informationen ersichtlich war, beziehungsweise das Kriterium nicht erfüllt wird.

Individualität

Die Berechnung der Beiträge erfolgt auf Basis der Tarifsoftware. Die Netto- und Bruttobeiträge werden anhand von vorgegebenen Musterfällen ermittelt. Die Ergebnisse fließen in die Bewertung ein und werden anhand eines Marktüberblicks bewertet.

Ratingsystematik

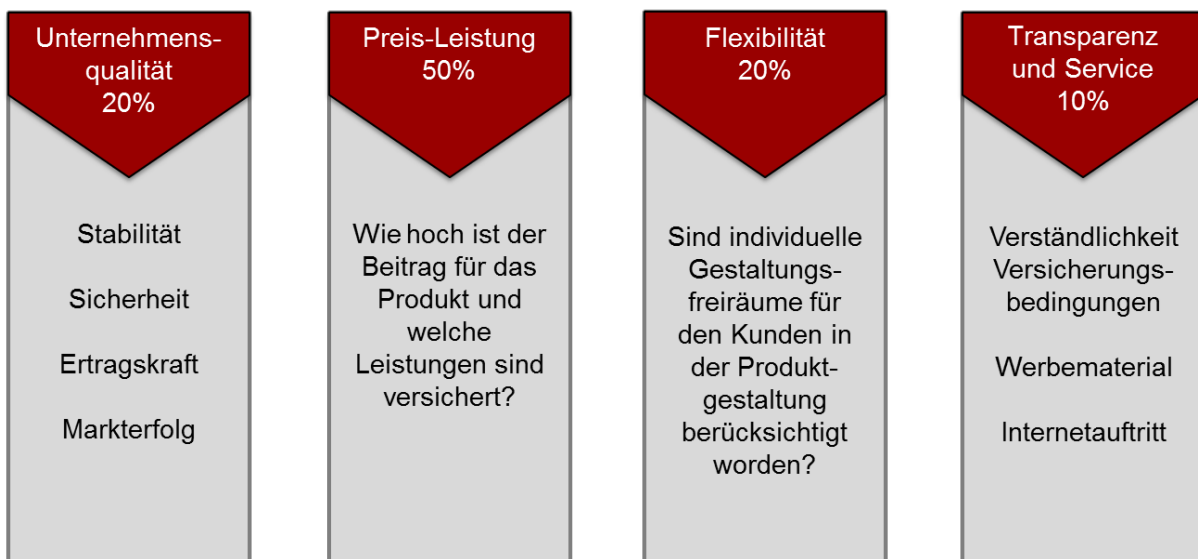
Die Basis eines jeden Ratings bildet der Kriterienkatalog. Dieser enthält bis zu 110 Einzelkriterien, die zum Teil je nach Produktgattung variieren können. In der Bewertung kann ein Kriterium zwischen 0 und 20 Punkten erreichen. Nachfolgend werden einige Bewertungsmöglichkeiten aufgezeigt:

Ratingkriterium	Bewertung
Leistungsbeginn	3 Punkte: Der Leistungsanspruch entsteht ab dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
	0 Punkte: Der Leistungsanspruch entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
	0 Punkte: Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.
Ratingkriterium	Bewertung
Konkrete Verweisung bei der Erstprüfung auf einen tatsächlich ausgeübten Beruf	5 Punkte: Auf eine konkrete Verweisung bei der Erstprüfung wird grundsätzlich verzichtet.
	3 Punkte: Eine konkrete Verweisung erfolgt unter Wahrung von Ausbildung, Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung.
	0 Punkte: Eine konkrete Verweisung bei der Erstprüfung erfolgt unter Wahrung der bisherigen Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung.
Ratingkriterium	Bewertung
RfB-Zuführungsquote (in Prozent zu verdienten Bruttobeiträgen)	10 Punkte: 21,28% und mehr
	9 Punkte: 18,98% - 21,27%
	8 Punkte: 16,68% - 18,97%
	7 Punkte: 13,52% - 16,67%
	6 Punkte: 11,03% - 13,51%
	5 Punkte: 8,86% - 11,02%
	4 Punkte: 6,46% - 8,85%
	3 Punkte: 3,96% - 6,45%
	2 Punkte: 1,58% - 3,95%
	1 Punkt: 0,10% - 1,57%
0 Punkte: Weniger als 0,09%	

Bei der Erstellung des Punktevergabeschemas für Quoten und Beitragsberechnungen werden alle im Rating untersuchten Anbieter betrachtet. Die Einteilung der unterschiedlichen Ausprägungsstufen wird so angepasst, dass ein Anbieter, der bei einem Kriterium den arithmetischen Mittelwert erreicht, mit der mittleren Punktzahl bewertet wird.

Gewichtung und Teilbereiche

Die Bewertung jedes Tarifes erfolgt anhand eines standardisierten Bewertungsbogens, in den alle relevanten Parameter einfließen. Für das Produkt wird ein speziell dafür entwickelter Parameterkatalog mit einer Maximalpunktzahl herangezogen. Die einzelnen Ratingkategorien werden, unter Berücksichtigung der Verbraucherinteressen, unterschiedlich stark gewichtet. Als Grundlage für die Ausarbeitung der Gewichtung dienen dem Institut die repräsentativen Ergebnisse aus einer eigens hierfür in Auftrag gegebenen Marktforschung. Mit einem Anteil von 20 Prozent wird die Unternehmensqualität bewertet. Der Teilbereich Preis-Leistung genießt bei den Verbrauchern eine hohe Priorität und wurde demnach mit dem größten Anteil von 50 Prozent am Gesamtrating aufgenommen. Die Bewertungsbereiche Flexibilität bzw. Transparenz fließen mit 20 Prozent respektive 10 Prozent in die Bewertung ein.



Ratingklassen

Das Institut für Vorsorge und Finanzplanung hat einen individuellen Notenschlüssel entwickelt, mit dem es einzelne Noten in den geprüften Teilbereichen Unternehmensqualität, Preis-Leistung, Flexibilität und Transparenz ermittelt. Die Gesamtnote ergibt sich demnach aufgrund der einzelnen Teilbereichsnoten sowie des jeweiligen Gewichts dieses Teilbereichs an der Gesamtnote.

Aktuelles Rating

Berufsunfähigkeitsversicherung

Am Markt gibt es selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen (SBU) sowie Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen (BUZ) in Verbindung mit einer Lebens- oder Rentenversicherung. Das Institut bewertet in diesem Rating in erster Linie die selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen (SBU) unter Berücksichtigung der bereits genannten Grundsätze.

Die Bezeichnung „SBU“ wird wie folgt definiert:

Grundsätzlich schließt eine Berufsunfähigkeitsversicherung die im Ernstfall entstehende Versorgungslücke und sichert damit die eigene finanzielle Existenz und die der Familie. Eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ist eine Risikoversicherung. Das bedeutet, dass die Beiträge grundsätzlich zur Absicherung der Berufsunfähigkeit dienen und keine Leistungen an den Versicherten ausgezahlt werden können, sollte dieser nicht berufsunfähig werden. Dennoch können je nach Überschussverwendung bedingt Überschüsse erwirtschaftet werden. In diesem Rating wird eine Verrechnung dieser Überschüsse mit den Beiträgen zugrunde gelegt.

Teilbereich Unternehmen

Eine Berufsunfähigkeitsversicherung sollte so früh wie möglich abgeschlossen werden. Da junge Menschen üblicherweise mit weniger Vorerkrankungen belastet sind, können sie sich günstigere Beiträge sichern. Aufgrund dieser Gegebenheiten geht der Versicherungsnehmer üblicherweise bei Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung eine lange Vertragsbeziehung mit dem Anbieter ein.

Nicht überraschend ist daher, dass Sicherheit und Stabilität des Anbieters zu den wichtigsten Kriterien beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung zählen. Das Institut berücksichtigt daher im besonderen Maße die Finanzstärke und eine solide Kapitalausstattung des Anbieters und untersucht hierbei folgende Punkte:

Teilbereich Stabilität / Größe

Konzernstruktur

Die Gesellschaften werden hinsichtlich ihrer Einbindung und ihres wirtschaftlichen Stellenwerts innerhalb des Gesamtkonzerns untersucht. Hierbei wird bewertet, ob ein Lebensversicherungsunternehmen singulär im Markt agiert oder in nationale oder internationale Konzernstrukturen eingebunden ist.

Bestand Hauptversicherungen Leben GJ (Stück)

Der Bestand stellt eindeutig ein Kriterium für die Größe und Stabilität eines Lebensversicherungsunternehmens dar. Ein Unternehmen mit großem Bestand hat mit wesentlich weniger Schwankungen im Risikoverlauf zu rechnen als ein kleines Unternehmen.

Beitragseinnahmen (gebuchte Bruttobeiträge) GJ in Mio. Euro

Gebuchte Bruttobeiträge stellen das gesamte Beitragssoll für laufende Beiträge und Einmalbeiträge dar, die im Geschäftsjahr ohne Abzug der Rückversicherungsabgaben fällig geworden sind. Sie sind ein Maßstab für die Größe eines Versicherungsunternehmens.

Kapitalanlagenbestand GJ in Mio. Euro

In der Lebensversicherung sind die Kapitalanlagen die wichtigste Gewinnquelle im Unternehmen. Sie dienen überwiegend zur Bedeckung künftiger Leistungsverpflichtungen des Unternehmens. Im Gegensatz zu vielen anderen Kennzahlen ist gerade bei den Kapitalanlagen die absolute Höhe ein wichtiges Kriterium bei der Beurteilung der Qualität eines Unternehmens.

Teilbereich Sicherheit

Solvabilitätsquote GJ

Entfällt, siehe „SCR-“ und „MCR-Quote“.

Seit 2016 gilt das neue europäische Aufsichtsregime Solvency II. Die Versicherer müssen ab 2017 jährlich im sog. „Solvency and Financial Condition Report“ (kurz: SFCR) über die Solvenz- und Finanzlage des Unternehmens berichten.

Wesentliche Kenngröße für den geforderten Kapitalpuffer ist neben der Solvenzkapitalanforderung (SCR) die Mindestkapitalanforderung (MCR). Beide Kenngrößen werden neu in das Rating des IVFP aufgenommen. Die bisherige Solvabilitätsquote (Solva I) wird damit ersetzt.

SCR-Quoten

Bei der SCR-Bedeckungsquote (SCR-Quote) wird geprüft, in welchem Verhältnis die anrechnungsfähigen Eigenmittel des Versicherers zu seinen Solvenzkapitalanforderungen stehen. Die maßgebliche Zielgröße beträgt $\geq 100\%$. Bei einer Quote von unter 100% verfügt der Versicherer nicht über ausreichend Kapital, um extreme Krisenszenarien (200-Jahresereignis) ohne Probleme zu bewältigen. Zudem haben die Versicherer die Möglichkeit, die SCR-Quote durch genehmigungspflichtige Instrumente (BaFin) zu beeinflussen.

Hierzu zählen folgende Instrumente:

- Übergangsmaßnahmen für versicherungstechnische Rückstellungen (gemäß § 352 VAG)
- Übergangsmaßnahmen für risikofreie Zinssätze (gemäß § 351 VAG)
- Volatilitätsanpassungen (gemäß § 82 VAG)

Diese Instrumente werden mit den drei Kriterien, SCR-Quote netto (ohne Übergangsmaßnahmen und Volatilitätsanpassungen); SCR-Quote (ohne Übergangsmaßnahmen und ggf. mit Volatilitätsanpassungen) und SCR-Quote brutto (mit Übergangsmaßnahmen und Volatilitätsanpassungen), berücksichtigt.

MCR-Quote

Bei der MCR-Bedeckungsquote (MCR-Quote) werden die anrechnungsfähigen Eigenmittel ins Verhältnis zur Mindestkapitalanforderung gesetzt. Die Mindestkapitalanforderung (MCR) stellt die regulatorische Untergrenze der Solvenzkapitalanforderung (SCR) dar. D.h.

die Mindestkapitalanforderung muss der Versicherer zum Schutz der Versicherten mindestens vorhalten. Dadurch wird die Kapitalausstattung des Versicherers im Vergleich zur SCR Quote nochmals verschärft betrachtet.

EK-Quote

Die EK-Quote ist ebenfalls eine zentrale Quote zur Beurteilung der Sicherheitslage des Unternehmens. Eigenkapital zählt zu den Sicherheitsmitteln eines Versicherers und kann als Sicherheitspolster in finanziellen Schiefagen dienen. Die Betrachtung erfolgt über die fünf vergangenen Jahre.

Sicherheitsmittelquote

Neben dem Eigenkapital fließen in diese Quote die Mittel der freien RfB, der Schlussüberschussanteilsfonds und ggf. stille Bewertungsreserven ein. Die Quote ist eine Relation zur Deckungsrückstellung. Die Sicherheitsmittelquote ist ein Indikator für eine langfristige Überlebensfähigkeit. Auch hier werden die vergangenen fünf Jahre betrachtet.

Mitglied in Sicherungseinrichtung

Hier wird bewertet, ob ein Versicherer Mitglied bei Protektor, der Sicherungseinrichtung der deutschen Lebensversicherer ist.

Teilbereich Ertragskraft / Gewinn

RfB-Zuführungsquote

Dieses Kriterium deutet auf eine überdurchschnittliche Beteiligung der Kunden an den erzielten Überschüssen eines Lebensversicherungsunternehmens hin. Diese Aufwendungen für Beitragsrückerstattungen in Prozent der verdienten Bruttobeiträge werden in den vergangenen fünf Jahren betrachtet.

Freie RfB-Quote

Eine hohe freie RfB (ungebundene Mittel) gibt dem Lebensversicherungsunternehmen Sicherheit bei der Stabilisierung seiner Überschussbeteiligung. Sie bildet sich aus dem Verhältnis der freien RfB zu den Entnahmen aus der RfB in den vergangenen fünf Jahren.

Laufende Durchschnittsverzinsung der Kapitalanlagen

Die Aussagekraft der Nettoverzinsung der Kapitalanlagen hat durch die Bedienung der Zinszusatzreserve in den vergangenen Jahren gelitten. Aus diesem Grund wurde sie im Rating durch die laufende Durchschnittsverzinsung ersetzt. Dies hat den Vorteil, dass nur wiederkehrende Einnahmen aus Kapitalanlagen berücksichtigt werden. Damit wird die Durchschnittsverzinsung nicht durch die Realisation von stillen Reserven belastet und ist in ihrer Aussage konkreter.

Abschlusskostenquote

Diese Quote setzt die Abschlussaufwendungen (brutto) in Relation zur Beitragssumme des Neugeschäfts. Der Betrachtungszeitraum erstreckt sich auf die vergangenen fünf Jahre.

Verwaltungskostenquote

Diese Quote beschreibt die Verwaltungsaufwendungen (brutto) in Prozent der verdienten Bruttobeiträge der vergangenen fünf Jahre.

Teilbereich Markterfolg

Zuwachsquote Bestand Leben

Der Zuwachs gibt darüber Auskunft, ob ein Versicherer in der Lage ist, Neuzugänge zu erarbeiten. Bewertet wird hier der durchschnittliche Anstieg des Bestands an Hauptversicherungen der vergangenen drei Jahre.

Zuwachsquote gebuchte Bruttobeiträge

Ein Lebensversicherungsunternehmen, dessen laufende Beiträge über längere Sicht nicht steigen, wird früher oder später einem Kostenproblem gegenüberstehen. Das Institut untersucht an dieser Stelle die Steigerung der gebuchten Bruttobeiträge in den vergangenen drei Jahren.

Zuwachsquote des Neuzugangs nach APE-Prämie

Das Neugeschäft eines Unternehmens besteht i.d.R. aus Verträgen mit laufenden Beiträgen und Einmalbeiträgen. Zur besseren Vergleichbarkeit wird hieraus eine Kunstgröße ermittelt, das APE (annual premium equivalent). Die Zuwachsquote des Neuzuganges ist eine gute Messgröße für die Kraft und Effektivität der Vertriebsaktivitäten des Lebensversicherungsunternehmens.

Quote Einmalbeitrag

Die Einmalbeitragsquote stellt die Einmalbeiträge im Verhältnis zum Gesamtbeitrag dar. Die Quote setzt die Einmalbeiträge an Haupt- und Zusatzversicherungen (inkl. Kapitalisierungsgeschäfte) zu den gebuchten Bruttobeiträgen ins Verhältnis. Zur Bewertung wird der Durchschnittswert der vergangenen fünf Jahre herangezogen.

Trendanalyse

Bei diesem Kriterium wird bewertet, ob sich die Werte eines Lebensversicherungsunternehmens eher positiv oder negativ entwickelt haben. In die Bewertung des Trends gehen die RfB-Quote, Einmalbeitragsquote, freie RfB-Quote, Verwaltungskostenquote, Abschlusskostenquote, Nettoverzinsung, Stornoquote, Eigenkapitalquote, Sicherheitsmittelquote und die Beschwerdequote ein. Der Trend wird für jedes Kriterium über fünf Jahre gebildet.

Stornoquote

Als ein Indikator für die Kundenzufriedenheit wird u.a. die Stornoquote betrachtet. Diese setzt die Rückläufe und Umwandlungen in beitragsfreie Versicherungen zzgl. sonstiger vorzeitiger Abgänge ins Verhältnis zu den mittleren Bestandssummen des Geschäftsjahres. Der Betrachtungszeitraum erstreckt sich über die vergangenen fünf Jahre.

Beschwerdequote BaFin

Die Beschwerdequote ist ein weiterer Aspekt, der die Kundenzufriedenheit eines Anbieters zum Ausdruck bringt. Sie misst die Anzahl der Beschwerden bei der BaFin pro 100.000 le-

bensversicherte Personen in den vergangenen fünf Jahren.

Bestandsmix

Positiv bewertet wird ein ausgewogener Mix in der Bestandsstruktur des Versicherers. Dieser Mix an unterschiedlichen Bestandsrisiken kann positive Synergieeffekte erzeugen, die für das Versicherungsunternehmen bei der Bewältigung von extremen Situationen hilfreich sein können.

Teilbereich Preis-Leistung

Im Bereich der Preis-Leistung wird betrachtet, wie interessant ein Versicherungstarif aus finanzieller Sicht für den Kunden ist und unter welchen Voraussetzungen ein eventueller Versicherungsfall abgewickelt wird. Im Rating-Verfahren wird ein besonderes Augenmerk auf spezielle Leistungsmerkmale, wie z. B. die Bestimmungen bei einem dauerhaften Ausscheiden der versicherten Person aus dem Beruf, gelegt. Außerdem werden Beitragsberechnungen durchgeführt, die den Brutto-Netto-Spread hervorheben. Hierfür werden dreizehn Berechnungen pro Anbieter mit vorab definierten Parametern aus der Tarifsoftware ermittelt, indem anhand der Musterfälle die Brutto- und Nettobeiträge errechnet werden.

Um bei den Beitragsberechnungen eine valide Aussage für den Versicherungsnehmer treffen zu können, geht das IVFP folgendermaßen vor:

Differenzierung der Musterfälle

Die Unterscheidung nach aktuellen, häufig ausgeübten Berufen - verknüpft mit einem versicherungstechnischen Risiko - soll reale Beiträge simulieren. Es wurden auch bewusst handwerkliche Berufe ausgewählt, die bekanntlich höhere Beiträge generieren. Hintergrund ist, dass vor allem auch vermeintlich „schlechtere Risiken“ einen Schutz gegen Berufsunfähigkeit benötigen und auch Interesse an einer entsprechenden Absicherung haben. Mit dem Rating soll es Beratern und auch Verbrauchern ermöglicht werden, den für sie am besten geeigneten Anbieter auswählen zu können.

Geltungsbereich

Berücksichtigt wird bei diesem Ratingkriterium die Möglichkeit, dass Arbeitnehmer aus beruflichen Gründen ihren Wohnsitz vorübergehend ins europäische oder außereuropäische Ausland verlegen. Für diese Personen ist ein Versicherungsschutz, der sich auf Deutschland beschränkt, nicht die richtige Lösung. Besteht weltweiter Versicherungsschutz, wird dies positiv bewertet. Ausschlaggebend ist hier der Geltungsbereich bei bzw. nach Leistungseintritt.

Kostenübernahme bei Auslandsaufenthalt (Untersuchungs-, Reise- und Unterbringungskosten)

Bei diesem Kriterium prüft das IVFP, inwieweit Kosten, die bei erforderlichen medizinischen Untersuchungen entstehen, bei einem Eintritt der BU während eines Auslandsaufenthalts vom Versicherer übernommen werden.

Rückwirkende Leistung bei der Erstprüfung der BU (Meldefristen)

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente entsteht in der Regel mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Bestenfalls

wird bereits ab dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit eintritt, geleistet. Allerdings sehen einige Tarife Meldefristen vor. In einem solchen Fall wird die Leistung erst mit Eingang der Meldung erbracht und der Versicherte hat eine Leistungseinbuße. Mit diesem Kriterium wird geprüft, ob eine Meldefrist besteht oder ob grundsätzlich rückwirkend geleistet wird. Erfolgt die Leistung auch bei einer verspäteten Meldung unbegrenzt rückwirkend, erhält der Tarif die volle Punktzahl.

Abstrakte Verweisung bei der Erstprüfung der BU

Von einer abstrakten Verweisung spricht man, wenn der Versicherer bei Eintritt der BU prüft, ob ein zumutbarer Vergleichsberuf (abstrakt) ausgeübt werden könnte. Eine tatsächliche Ausübung ist hier nicht ausschlaggebend. Das IVFP untersucht, ob der Versicherer auf die abstrakte Verweisung verzichtet.

Abstrakte Verweisung bei der Nachprüfung der BU

Eine abstrakte Verweisung kann auch im Nachprüfungsverfahren durchgeführt werden, wenn dies nicht explizit in den Versicherungsbedingungen ausgeschlossen ist. Mit diesem Kriterium wird überprüft, wie die abstrakte Verweisung bei der Nachprüfung geregelt ist.

Leistung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit (im Rahmen eines BU-Antrags)

Üblicherweise ist ein Versicherter, der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, bereits über einen bestimmten Zeitraum arbeitsunfähig. In diesem Fall können die Versicherungsbedingungen Leistungen vorsehen. Mit diesem Kriterium wird überprüft, ob und für welchen Zeitraum ggfs. Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbracht werden.

Leistung bei Umorganisation bei Selbstständigen

Die Besonderheit bei Selbstständigen ist, dass eine vollständige Berufsunfähigkeit zusätzlich zum gesundheitlichen Aspekt voraussetzt, dass der Versicherte seinen Beruf auch dann nicht mehr ausüben kann, wenn er seinen Betrieb zumutbar umorganisiert hat. Einige Versicherer leisten im Falle einer Umorganisation eine Umorganisationshilfe. Mit diesem Kriterium wird untersucht, ob und in welchem Umfang eine solche Leistung erbracht wird.

Verzicht auf Umorganisation bei Selbstständigen

Hier prüft das IVFP, ob der Versicherer unter bestimmten Voraussetzungen (wie z. B. einer bestimmten Mitarbeiteranzahl) auf eine Umorganisation bei Selbstständigen verzichtet.

Zumutbare Einkommensminderung bei Selbstständigen

Untersucht wird, wie hoch die zumutbare Einkommensminderung bei Selbstständigen maximal sein darf. Punkte werden vergeben, wenn diese höchstens 20 Prozent beträgt.

Leistung bei beruflichem Ausübungsverbot infolge Infektionsgefahr

Dieses Kriterium ist nur bei medizinischen Berufen relevant. Positiv wird bewertet, wenn eine Leistung bereits bei einem teilweisen beruflichen Ausübungsverbot erfolgt.

Konkrete Verweisung bei Azubis

Dieser Prüfpunkt nimmt die konkrete Verweisung speziell bei Azubis unter die Lupe. Die volle Punktzahl erhält ein Anbieter, wenn er Auszubildende konkret auf die zuletzt betriebene Ausbildung verweist und dafür keine Mindestausbildungszeit zurückgelegt worden sein muss.

Konkrete Verweisung bei Studenten

Bei diesem Prüfpunkt wird die konkrete Verweisung speziell bei Studenten untersucht. Die volle Punktzahl erhält ein Anbieter, wenn er Studenten konkret auf das zuletzt betriebene Studium verweist und keine Mindeststudienzeit zurückgelegt worden sein muss.

„Teilzeitklausel“

Da Teilzeitbeschäftigung steigt, berücksichtigen immer mehr Anbieter in ihren Bedingungen die sog. „Teilzeitklausel“. Diese ist bei manchen Anbietern befristet. Ist eine separate und unbefristete Regelung für Teilzeitkräfte enthalten, wird die volle Punktzahl vergeben.

Leistungsbeginn

Ein Großteil der Tarife sieht eine Leistung ab dem Ende des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, vor. Es gibt jedoch auch Anbieter, die bereits ab dem Tag leisten, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Dies wird im Rating positiv bewertet.

Erklärung über die Leistungspflicht (nach Eingang der erforderlichen Unterlagen)

Eine schnelle Entscheidung über die Leistungspflicht ist für die Versicherten ein wichtiges Kriterium. Hier wird geprüft, welche Zeitspanne der Versicherer nach Vorlage aller erforderlichen Unterlagen für die Leistungsprüfung ansetzt. Erfolgt die Entscheidung über die Leistungspflicht innerhalb von einer Woche, wird die Höchstpunktzahl vergeben.

Konkrete Verweisung bei der Erstprüfung auf einen tatsächlich ausgeübten Beruf

Von einer „konkreten Verweisung“ spricht man, wenn der Versicherte nach Eintritt der Berufsunfähigkeit tatsächlich (konkret) einen Beruf ausübt, den er aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausüben kann und der seiner bisherigen Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung entspricht. Die beste Bewertung wird vergeben, wenn das Versicherungsunternehmen auf die konkrete Verweisung verzichtet.

Ausscheiden aus dem Beruf bei Eintritt der BU

Scheidet der Versicherte aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, kommt es darauf an, wie lange der zuletzt vor dem Ausscheiden ausgeübte Beruf geprüft wird. Ist die Prüfung des zuletzt ausgeübten Berufs bedingungsgemäß zeitlich eingeschränkt und scheidet der Versicherte nach diesem Zeitraum aus dem Berufsleben aus, kann der Versicherte abstrakt verwiesen werden. Ist bei Eintritt der Berufsunfähigkeit auch nach Ablauf von 5 Jahren immer der zuletzt ausgeübte Beruf maßgebend, erhält der Anbieter die volle Punktzahl.

Meldepflichten bei gesundheitlichen Verbesserungen (auch im Pflegefall)

Hat der Kunde nicht die Obliegenheit gesundheitliche Verbesserungen unverzüglich zu melden, sondern prüft dies der Versicherer im Rahmen der Nachprüfung der BU, werden Punkte vergeben.

Meldepflichten bei Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Eintritt der BU

Hat der Kunde nicht die Obliegenheit, die Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Eintritt der BU unverzüglich zu melden, sondern prüft dies der Versicherer während der Nachprüfung, werden Punkte vergeben.

Meldepflichten bei Berufswechsel nach Eintritt der BU

Hat der Kunde nicht die Obliegenheit, den Berufswechsel nach Eintritt der BU unverzüglich zu melden, sondern prüft dies der Versicherer während der Nachprüfung, werden Punkte vergeben.

Verzicht auf § 19 Abs. 2 VVG bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung

Bei diesem Kriterium erhält ein Versicherer Punkte, wenn er bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung des Versicherten auf sein Rücktrittsrecht nach § 19 Abs. 2 VVG verzichtet.

Verzicht auf Leistungsausschluss durch einen Verstoß im Straßenverkehr

Enthalten die Versicherungsbedingungen keinen Leistungsausschluss durch vorsätzlichen und fahrlässigen Verstoß im Rahmen einer Ordnungswidrigkeit im Straßenverkehr, wird die volle Punktzahl vergeben. Verzichtet der Versicherer nur auf einen Leistungsausschluss bei Fahrlässigkeit, erhält er die mittlere Punktzahl.

Verzicht auf Arztanordnungsklausel (zumutbare ärztliche Anweisungen)

Der Versicherer erhält volle Punktzahl, wenn die Leistung nicht grundsätzlich davon abhängig ist, dass die versicherte Person unzumutbaren ärztlichen Anordnungen oder Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes folgt, sondern selbst entscheiden kann. Der Versicherungsschutz bleibt also auch dann bestehen, wenn der Kunde unzumutbare ärztliche Weisungen nicht befolgt. Allerdings sind zumutbare Therapien oder Hilfsmittel in Anspruch zu nehmen (sichere Aussicht auf Besserung der Gesundheit).

Umfang und Qualität der Gesundheitsfragen

Bei diesem Kriterium wird untersucht, ob die Gesundheitsfragen für den Kunden verständlich formuliert und leicht zu beantworten sind. Die Anzahl der zu beantwortenden Gesundheitsfragen variiert ebenso wie ihre Qualität. Es wird positiv bewertet, wenn die Gesundheitsprüfung mit geschlossenen und abschließenden Gesundheitsfragen durchgeführt wird.

Rückfragezeitraum zum Gesundheitszustand bei stationärer und/oder operativer Behandlung (auch ambulante Operationen)

Im Antrag wird bei einigen Unternehmen nur nach durchgeführten stationären Behandlungen und/oder operativen Behandlungen (auch ambulante Operationen) innerhalb der vergangenen Jahre gefragt. Der Rückfragezeitraum variiert dabei. Ein Rückfragezeitraum zwischen fünf und zehn Jahren wird positiv bewertet, da ein kürzerer Zeitraum schlecht für das Kollektiv sein kann und ein längerer schwieriger für den Kunden zu beantworten ist.

Rückfragezeitraum zum Gesundheitszustand bei ambulanter Behandlung (keine ambulanten Operationen)

Im Antrag wird bei einigen Unternehmen nur nach durchgeführten ambulanten Behandlungen innerhalb der vergangenen Jahre gefragt. Der Rückfragezeitraum variiert dabei. Ein Rückfragezeitraum von fünf Jahren wird positiv bewertet, da ein kürzerer Zeitraum schlecht für das Kollektiv sein kann und ein längerer schwieriger für den Kunden zu beantworten ist.

Prognosezeitraum für die BU

Dieser Punkt klärt den Zeitraum, für den eine ärztliche Prognose (Prognosezeitraum) für die BU abgegeben werden muss, damit eine Leistungspflicht für den Versicherer besteht. Beträgt der Prognosezeitraum voraussichtlich bis zu 6 Monate, wird dies mit der Höchstpunktzahl bewertet.

Prognosezeitraum für die BU infolge von Pflegebedürftigkeit

Dieser Punkt klärt den Zeitraum, für den eine ärztliche Prognose (Prognosezeitraum) für die BU infolge von Pflegebedürftigkeit abgegeben werden muss, damit eine Leistungspflicht für den Versicherer besteht. Beträgt der Prognosezeitraum voraussichtlich bis zu 6 Monate, wird dies mit der Höchstpunktzahl bewertet.

Infektionsklausel

Dieses Kriterium ist nur für medizinische Berufe relevant. Eine in den Versicherungsbedingungen enthaltene Infektionsklausel bedeutet, dass Berufsunfähigkeit auch dann vorliegt, wenn eine Rechtsvorschrift oder behördliche Anordnung der versicherten Person verbietet, wegen einer Infektionsgefahr zu behandeln. Positiv gewertet wird es, wenn in den Versicherungsbedingungen die Infektionsklausel für alle medizinischen Berufe verankert ist.

BU infolge eines Tätigkeitsverbots gem. § 31 IfSG

Dieses Kriterium ist nur für medizinische Berufe relevant. Ein Prognosezeitraum für eine BU infolge eines Tätigkeitsverbots von voraussichtlich 6 Monaten wird bei diesem Kriterium positiv gewertet. Ein längerer Prognosezeitraum erhält keine Punkte.

Anerkennung der BU infolge von Pflegebedürftigkeit gem. ADL- oder SGB Definition

Hier wird untersucht, ob und ab welchem Stadium der Pflegebedürftigkeit eine BU anerkannt wird. Erfolgt die Anerkennung der BU infolge von Pflegebedürftigkeit bereits bei einem ADL-Punkt oder bereits ab Pflegegrad 2, erhält ein Anbieter die Höchstpunktzahl.

Anerkennung der BU infolge von Demenz bzw. seelischer Erkrankungen / geistiger Behinderungen

Wird die BU auch infolge von Demenz oder infolge von seelischen Erkrankungen bzw. geistigen Behinderungen vom Versicherer anerkannt, werden Punkte vergeben.

Anerkennung der BU aufgrund des EU-Rentenbescheides der gesetzlichen Rentenversicherung

Wird die BU aufgrund des EU-Rentenbescheides der gesetzlichen Rentenversicherung vom Versicherer anerkannt, werden Punkte vergeben.

Berufswechsel vor Eintritt der BU

Untersucht wird, welcher Beruf im Rahmen der Prüfung einer Berufsunfähigkeit bei einem vorherigen Berufswechsel maßgebend ist. Bei einem Berufswechsel kann auch der vorher ausgeübte Beruf mit in die Prüfung einbezogen werden. Am besten für den Kunden ist es, wenn der zuletzt ausgeübte Beruf ohne zeitliche Befristung zugrunde gelegt wird.

Leistung bei schweren Krankheiten und/oder bestimmten Beeinträchtigungen bzw. Verlust bestimmter Grundfähigkeiten (mtl. Rente)

Diese zusätzliche Leistung wird erbracht, wenn bei der versicherten Person eine schwere Krankheit oder Verlust bestimmter Grundfähigkeiten festgestellt wird. Die Leistung wird als monatliche Rente, ohne weitere Prüfung der BU, gezahlt. Bieter der Anbieter beide Varianten an, wird die volle Punktzahl vergeben.

Wiedereingliederungshilfe

Bei einer Wiedereingliederungshilfe handelt es sich um eine zusätzliche Rentenzahlung oder eine einmalige Kapitalzahlung, die dann erbracht wird, wenn die BU-Rentenzahlung eingestellt wird, z. B. wenn der Versicherte wieder berufsfähig wird. Die zusätzliche Leistung kann dem Versicherten den Wiedereinstieg in Arbeitsleben finanziell erleichtern. Die volle Punktzahl erhält ein Anbieter, der dem Kunden einen Einschluss einer Wiedereingliederungshilfe ermöglicht.

Assistance-Leistungen

Bei diesem Kriterium wird untersucht, ob der Versicherer Assistance-Leistungen mitversichert.

Rückwirkende Leistung bei AU

Dieses Kriterium wird nur untersucht, wenn eine Leistung bei AU optional oder obligatorisch vorhanden ist. Geprüft wird, unter welchen Voraussetzungen eine rückwirkende Leistung bei einer AU erfolgen kann.

Definition der Bescheinigung wegen vollständiger AU

Auch dieses Kriterium ist nur ratingrelevant, wenn eine Leistung bei AU vorhanden ist. Gegenstand der Untersuchung ist, wie die Bescheinigung wegen vollständiger AU definiert ist. Erfolgt diese gem. AU-Richtlinien oder gem. eigener Definition des Versicherers und umfasst sowohl Arbeitnehmer als auch Selbstständige, wird die volle Punktzahl vergeben.

Teilbereich Flexibilität

Eine Berufsunfähigkeitsversicherung ist für den Kunden in der Regel eine langfristige Vertragsverpflichtung. Deshalb ist ein kundenfreundlicher und auf individuelle Bedürfnisse des Beitragszahlers anpassungsfähiger Vertrag ein wichtiges Kriterium.

Das Rating befasst sich in diesem Bereich mit der Beitragsgestaltung während der Vertragslaufzeit und mit den Gegebenheiten im Fall einer beantragten Berufsunfähigkeitsleistung. Außerdem werden u.a. Zusatzoptionen geprüft, um den Versicherungsschutz zu erhöhen.

Ebenfalls wird betrachtet, wie umfassend die Leistungsbearbeitung im Versicherungsfall ist.

Verwendungsmöglichkeiten der Überschüsse während der Beitragszahlungsdauer

Hier wird positiv bewertet, wenn der Kunde aus mehreren Überschusssystemen wählen kann. Zur Verfügung stehende Optionen sind beispielsweise „Beitragsverrechnung“, „Bonusrente“ sowie „verzinsliche Ansammlung“.

Beitragsdynamik

Untersucht wird, ob der Kunde eine dynamische Erhöhung der Beiträge vor Eintritt der BU vereinbaren kann. Für den Kunden ist dies die Möglichkeit seine Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen und sie so beispielsweise an erhöhte Lebenshaltungskosten anzupassen.

Reduzierung der monatlichen Beiträge

Hat der Kunde die Möglichkeit, seine Beiträge (z. B. bei Zahlungsschwierigkeiten) zu reduzieren, wird dies positiv bewertet.

Zinslose Beitragsstundung ab Leistungsmeldung

Grundsätzlich müssen die Beiträge bis zu Entscheidung des Versicherers über die Leistungspflicht weitergezahlt werden. Da die Prüfung des Leistungsanspruchs u. U. einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen kann, wird dem Kunden meist die Möglichkeit geboten, die Beiträge für den Zeitraum der Leistungsprüfung zinslos zu stunden. Ist eine zinslose Stundung der Beiträge ab Leistungsmeldung möglich, erhält der Anbieter volle Punktzahl. Die mittlere Bewertung erfolgt, wenn eine Stundung mit Zahlung von Stundungszinsen möglich ist.

Dauer der Beitragsstundung ab Leistungsmeldung

Mit diesem Kriterium wird untersucht, wie lange der Versicherte eine Beitragsstundung im Leistungsfall in Anspruch nehmen kann. Positiv wird bewertet, wenn der Versicherer die Stundung auch über seine abschließende Entscheidung hinaus anbietet, bis z. B. bei einer Klage eine Ablehnung rechtskräftig ist. Dies ist von Vorteil für den Kunden, da sich ein Rechtsstreit durchaus in die Länge ziehen kann.

Rückzahlung der während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge

Für den Versicherten ist es wichtig zu wissen, innerhalb welches Zeitraums die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge zurückgezahlt werden müssen. Je länger dieser Zeitraum ist, umso flexibler ist die Regelung für den Kunden.

Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes (Beitragsstundung)

Bei Zahlungsschwierigkeiten sollte dem Kunden die Möglichkeit geboten werden, die Beiträge für einen bestimmten Zeitraum zu stunden. Bei dieser Möglichkeit bleibt der volle Versicherungsschutz bestehen. Bietet der Versicherer eine Beitragsstundung von 24 Monaten oder mehr an, erhält er die volle Punktzahl.

Erhöhung der versicherten Rente (ohne erneute Gesundheitsprüfung) ohne Eintritt eines bestimmten Ereignisses

Bei diesem Kriterium wird geprüft, ob der Kunde die versicherte Rente nachträglich erhöhen kann, ohne dass ein bestimmtes Ereignis eingetreten ist. Für den Kunden bedeutet es eine höhere Flexibilität, wenn er ohne dass ein bestimmtes Ereignis (wie Heirat oder Geburt) eingetreten ist, die versicherte Rente aufstocken kann.

Nachversicherungsgarantie (ohne erneute Gesundheitsprüfung) nach Eintritt eines bestimmten Ereignisses

Eine Möglichkeit zur Nachversicherung tritt bei bestimmten Ereignissen (bspw. Heirat oder Einkommenssteigerung) ein. Bei diesem Kriterium wird geprüft, ob und in welchem Zeitraum eine Nachversicherung möglich ist. Die volle Punktzahl wird vergeben, wenn diese innerhalb von zwölf Monaten oder länger möglich ist. Innerhalb von sechs bzw. drei Monaten werden anteilig Punkte vergeben. Ist die Nachversicherung nicht – oder nur mit Gesundheitsprüfung – möglich, wird dies mit null Punkten bewertet.

Max. Alter bis zu welchem die Nachversicherungsgarantie (ereignisabhängig) in Anspruch genommen werden kann

Besteht eine Nachversicherungsgarantie, kann diese meist nur bis zu einem bestimmten Alter der versicherten Person in Anspruch genommen werden. Je weiter dieses Alter in der Zukunft liegt, desto besser für den Kunden.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung ohne erneute Gesundheitsprüfung

Die beste Bewertung erfolgt bei einer Wiederaufnahmemöglichkeit der Beitragszahlung nach einer Beitragsfreistellung innerhalb von 18 Monaten oder länger ohne erneute Gesundheitsprüfung. Anteilige Punktevergabe bei 12 bzw. 6 Monaten. Keine Punkte werden vergeben, wenn eine Gesundheitsprüfung notwendig oder keine Wiederaufnahme möglich ist.

Frist für Kündigung

An dieser Stelle wird geprüft, mit welcher Frist ein Kunde seinen Vertrag kündigen kann.

Frist für Beitragsfreistellung

An dieser Stelle wird geprüft, mit welcher Frist ein Kunde seinen Vertrag beitragsfrei stellen kann.

Sofortleistung bei erstmalig unbefristet anerkannter BU

Eine Sofortleistung ist eine einmalige Kapitalleistung (z. B. in Höhe von 6 Monatsrenten), die erbracht wird, wenn erstmalig eine unbefristete Leistung wegen Berufsunfähigkeit anerkannt

wird. Ist eine solche optional vom Kunden einschließbar, wird die volle Punktzahl vergeben.

Karenzzeit zur Reduzierung des zu zahlenden Beitrags

Die Karenzzeit ist die Zeitspanne zwischen dem Eintritt der BU und dem Beginn der Leistungspflicht. Bei manchen Anbietern kann z. B. eine Karenzzeit von einigen Monaten vereinbart werden, durch die sich der Beitrag reduziert.

Garantierte Rentendynamik im Leistungsfall

Hat der Versicherte die Möglichkeit, die Höhe der Rente im Leistungsfall mit Hilfe einer garantierten Rentendynamik anzupassen, erfolgt eine positive Bewertung.

Berufswchelooption

Bei einer Berufswchelooption hat die versicherte Person die Möglichkeit, den Beitrag nach einem Berufswechsel prüfen zu lassen. Falls sich ein geringer Beitrag ergibt, wird dieser weitergezahlt. Sollte die Prüfung nicht zu einem geringeren Beitrag führen, wird der Vertrag mit dem bisherigen Beitrag weitergeführt.

Anpassungsoption an eine Erhöhung der Regelaltersgrenze der Deutschen Rentenversicherung

Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder den berufsständischen Versorgungswerken erhöht wird, kann die versicherte Person den Vertrag an diese neue Grenze anpassen.

Gültigkeit der Karenzzeit auch bei Arbeitsunfähigkeit

Die Karenzzeit ist die Zeitspanne zwischen dem Eintritt der BU und dem Beginn der Leistungspflicht. Bei manchen Anbietern gilt diese nicht, wenn Leistungen wegen AU verlangt werden. Ist dies der Fall, dann werden Punkte vergeben.

Max. Alter bis zu dem die Berufswchelooption ausgeübt werden kann

Bei diesem Kriterium wird geprüft, bis zu welchem max. Alter die Berufswchelooption ausgeübt werden kann.

Teilbereich Transparenz

Die Einführung des neuen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) hat das Institut zum Anlass genommen zu überprüfen, inwieweit die VVG-Reform von den Versicherungsunternehmen umgesetzt wurde. Die Kernpunkte der VVG-Reform zielen darauf ab, die Transparenz für den Kunden im gesamten Entscheidungsprozess zu erhöhen und eine sorgfältige bedarfsorientierte Beratung zu gewährleisten.

Verglichen werden die Versicherungsbedingungen in Bezug auf ihre Transparenz. Dabei nehmen die **sprachliche Formulierung**, der **Aufbau** und der **Umfang der Versicherungsbedingungen** eine zentrale Rolle ein.

Gestaltung der gem. VVG vorgeschriebenen Kundeninformation

Eine aus dem Blickwinkel der Transparenz vollständige Kundeninformation beinhaltet neben Angaben zum Versicherer unter anderem auch die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung wie Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung sowie die zu zahlende Prämie und sonstige Kosten oder Gebühren. Zudem sollten Widerrufsbelehrung und Beendigungsmöglichkeiten für den Kunden deutlich gekennzeichnet bzw. hervorgehoben werden.

Transparenz/Darstellung der Abschluss-, Vertriebs- und Verwaltungskosten

Die Angaben im Produktinformationsblatt werden analysiert und im Vergleich zu den Mitbewerbern hinsichtlich der Transparenz des Kostenausweises bewertet. Hierzu wird überprüft, wie die einkalkulierten Kosten ausgewiesen werden und ob die Darstellung für den Kunden übersichtlich und nachvollziehbar ist. Eine sehr transparente Darstellung ist beispielsweise der Ausweis der Kosten in Tabellenform. Zusätzlich wird eine Darstellung der monatlich oder jährlich erhobenen Abschluss- und Vertriebskosten in Euro bezogen auf die Sparrate honoriert.

Erläuterung des Begriffs "Lebensstellung"

Der Begriff „Lebensstellung“ wird von den Anbietern auf unterschiedliche Art und Weise definiert. Wichtige Kernpunkte sind die Vergütung und Wertschätzung, die nicht spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufes absinken dürfen. Dabei richtet sich die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung nach den individuellen Gegebenheiten und nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung des Einkommens beträgt maximal 20 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens des bislang ausgeübten Berufs. Hier wird geprüft, inwieweit auf die genannten Parameter in den Versicherungsbedingungen hingewiesen wird.

Nennung der zumutbaren Einkommensminderung bei Selbstständigen

Die volle Punktzahl wird vergeben, wenn die zumutbare Einkommensminderung bei Selbstständigen und der feste maximale Prozentsatz der zumutbaren Einkommensminderung genannt werden.

Erläuterungen zu der Einstufung in Pflegegrade und/oder Punktesystem (ADL-Kriterien)

An dieser Stelle wird untersucht, wie umfassend der Versicherer über die Einstufung in einen Pflegegrad gemäß SGB bzw. nach dem Punktesystem (ADL-Kriterien) in den Versicherungsbedingungen aufklärt. Sind ausführliche und verständliche Erläuterungen hierzu vorhanden,

erhält der Versicherer die beste Bewertung.

Digitale Vertragsverwaltung

An dieser Stelle vergibt das IVFP Punkte, wenn für den Endkunden die Möglichkeit einer digitalen Vertragsverwaltung (z. B. über ein Online-Portal oder über eine App) besteht.

Informationen zum Sonderausgabenabzug

Die volle Punktzahl wird vergeben, wenn darauf hingewiesen wird, dass die Beiträge im Rahmen der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden können, sowie wenn der Höchstbetrag genannt wird.

Hinweis zur Besteuerung in der Leistungsphase (Ertragsanteilsbesteuerung gem. § 55 EStDV)

Die Bestbewertung erhält ein Versicherer, der ausführlich auf die Ertragsanteilsbesteuerung gem. § 55 EStDV und auf die Abhängigkeit der Höhe von der voraussichtlichen Leistungsdauer hinweist.

Inhalt und Gestaltung Werbematerial

Die vom Versicherer verwendeten Werbematerialien werden hinsichtlich ihrer Gestaltung und Verständlichkeit für den Versicherungsnehmer und der inhaltlichen Übereinstimmung mit dem Vertragswerk beurteilt.

Inhalt und Gestaltung der Produktpräsentation über das Internet

Hier wird die Qualität und Anwenderfreundlichkeit der Produktdarstellung auf der Internetseite des Anbieters geprüft und inwieweit umfassende Informationen zum Produkt vorhanden sind.

Modellrechnung und Versicherungsbedingungen online verfügbar

Hier wird überprüft, ob eine öffentlich zugängliche Modellrechnung der Tarife und die Versicherungsbedingungen auf der Internetseite des Unternehmens für Endkunden verfügbar sind.

Veröffentlichung

Eine Bekanntmachung der Ratingergebnisse erfolgt auf unterschiedlichen Wegen:

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit des Instituts

Die Ergebnisse des Ratings werden der Öffentlichkeit transparent zur Verfügung gestellt. Zum einen können die Ergebnisse über die Website www.ivfp.de abgerufen werden. Interessenten können sich dabei über das Ratingverfahren und dessen Ergebnisse informieren. Zusätzlich werden im Sinne der Verbraucheraufklärung regelmäßig Pressemitteilungen zum Rating publiziert.

Gütesiegel

Gütesiegel dienen Verbrauchern als Entscheidungshilfe. Immer mehr Versicherungssuchende verlassen sich auf Ratingurteile. Das Rating des Instituts für Vorsorge und Finanzplanung bildet die vier wichtigsten Anforderungen des Kunden ab und gilt daher als kundenorientiert. Unternehmen, deren Produkt im Rating des Instituts positiv bewertet wurde, können hierzu ein Gütesiegel erwerben. Aus diesem Gütesiegel gehen die Stärken im Vergleich zu anderen Anbietern hervor und zeigen dem Verbraucher die erreichte Note an. Durch die starke Orientierung des zugrundeliegenden Ratings am Verbrauchernutzen und der Fokussierung auf das gestiegene Sicherheitsbedürfnis der Sparer, erzielt das Gütesiegel des Instituts eine beachtliche Akzeptanz beim Endkunden.

Marketing des Versicherers

Das Gütesiegel wird in Form eines Lizenzvertrags an die Unternehmen vergeben. Die Produktgeber können mit dem aktuellen Rating – also mit Gütesiegel und erreichter Note – werben und diese in die eigenen Marketingaktivitäten einbinden. Das Institut stellt den Unternehmen hierfür eine Auswahl an verschiedenen Siegelvarianten zur Verfügung, die für diverse Kommunikationsmaßnahmen, von der Anzeige bis zur Printwerbung, eingesetzt werden können.

Folgerating

Einmal ist kein Mal! Alle bewerteten Produkte werden vom Institut in einem regelmäßigen Audit erneut unter die Lupe genommen. Die Ergebnisse dieser unabhängigen, neutralen und transparenten Untersuchung werden im Anschluss über die Fach- und Publikumspresse kommuniziert.

Besteht ein Lizenzvertrag für ein Gütesiegel, ist vertraglich festgelegt, dass das Unternehmen mit dem aktuellen Ergebnis werben darf und sich freiwillig dem regelmäßigen Audit unterzieht. Möchte der Anbieter den Einsatz des Siegels beenden, ist dies jederzeit nach Ablauf des Lizenzjahres möglich. Das Produkt wird trotzdem weiterhin im Folgerating betrachtet.

Verbraucherinformation

Das Institut versteht sich als unabhängiger und neutraler Informant des Verbrauchers. Die Zielsetzung ist nicht der Verkauf von Altersvorsorgeprodukten bzw. eine Weiterleitung von Adressen! Dem Verbraucher werden notwendige Informationen zur Verfügung

gestellt, um sich ein Bild über die verschiedenen Altersvorsorgewege machen zu können. Informationsquelle ist dabei ein Internetportal des Instituts speziell für Verbraucher, das über die Internetadresse www.einfach-mehr-vorsorge.de sowie in unserer Vergleichsalternative <https://fairgleichen.net/> zu erreichen sind.

Ratingergebnisse

Die Kompetenz des Instituts gründet sich in seinem qualifizierten Mitarbeiterstamm aus Steuerexperten, Bank- und Versicherungskaufleuten, Mathematikern und Betriebswirten, die aufgrund des breiten Marktüberblicks Vorsorgeangebote sachverständig beurteilen können. Die jeweiligen Produkte werden eingehend geprüft und anhand der Ratingmatrix in einer Datenbank erfasst und ausgewertet. Um die Qualität der Datenbasis sicherzustellen, werden sie von mehreren qualifizierten Mitarbeitern des Instituts unabhängig voneinander überprüft. Die Ergebnisse werden für den schnellen Überblick in jeweiligen Masterlisten veröffentlicht oder können zu einem späteren Zeitpunkt zur individuellen Recherche über den so genannten Tariffinder unter www.einfach-mehr-vorsorge.de sowie in unserer Vergleichsalternative <https://fairgleichen.net/> ermittelt werden.

Das Rating basiert u. a. auf Daten, die dem IVFP von Dritten zur Verfügung gestellt werden. Die zur Verfügung gestellten Informationen werden, soweit dies möglich ist, auf ihre Richtigkeit geprüft. Das IVFP übernimmt jedoch keine Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Angaben.

Schlussworte

Das Institut für Vorsorge und Finanzplanung beabsichtigt mit dem Rating der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung den Entscheidungsprozess bei der Wahl des geeigneten Tarifs maßgeblich zu erleichtern.

April 2025

Prof. Michael Hauer

Prof. Dr. Thomas Dommermuth