

Informationen zum Produkt rating **Grundfähigkeitsversicherung (GFV)**

Institut für Vorsorge und Finanzplanung GmbH

Oktober 2025

Inhalt

Einführung	1
Bewertungsgrundsätze	2
Gewichtung und Teilbereiche.....	4
Ratingklassen	4
Aktuelles Rating.....	5
Grundfähigkeitsversicherung.....	5
Teilbereich Unternehmen.....	5
Teilbereich Preis-Leistung	9
Teilbereich Flexibilität	16
Teilbereich Transparenz.....	20
Presse- & Öffentlichkeitsarbeit des Instituts	22
Gütesiegel	22
Marketing des Versicherers	22
Folgerating	22
Verbraucherinformation	22
Ratingergebnisse	23
Schlussworte	23

Einführung

Die Grundfähigkeitsversicherung (GFV) gewinnt seit einigen Jahren mehr und mehr an Bedeutung.

Abgesichert werden bei Grundfähigkeitsversicherung körperliche und geistige Fähigkeiten, ohne konkreten Bezug auf ein Berufsbild zu nehmen (im Gegensatz zur Berufsunfähigkeitsversicherung). Dieser Unterschied ist oftmals nicht allen bewusst, so wurde die GFV in der Vergangenheit gerne als biometrische Absicherung vor allem für Handwerker (Berufe) gleichgesetzt. Richtig ist, dass die GFV hauptsächlich körperliche Fähigkeiten und deren Funktionsweisen absichert, die in ihrem biometrischen Risiko klar eingrenzbar und kalkulierbar sind. Dadurch wird die GFV in erster Linie für Kund:innen interessant, die bevorzugt körperliche Fähigkeiten und/oder handwerkliche Tätigkeiten versichern möchten.

In ihren Definitionen zu den versicherbaren Grundfähigkeiten ist das Tarifangebot sehr umfangreich geworden, so sind beispielsweise im Bereich „Gehen“ eine Vielzahl von Fähigkeiten hinterlegt, was genau „Gehen“ im Sinne der jeweiligen Versicherung bedeutet (400m, auf ebener Fläche, Pausenregelung, usw.).

Das Institut für Vorsorge und Finanzplanung (IVFP) untersucht in seinem zweiten Rating, neben den unterschiedlichen Definitionen von Grundfähigkeiten (vgl. „Gehen“), bestimmte Konstellationen von Mustertypen und stellt diese in einem Preis/Leistungs-Vergleich gegenüber.

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 (unter anderem das Produktinformationsblatt), 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

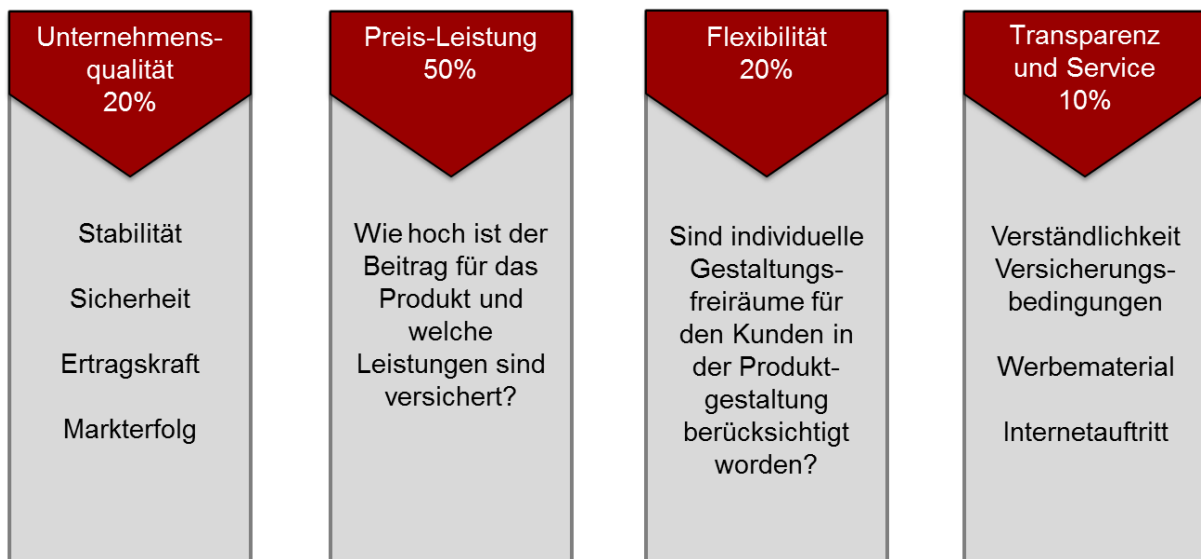
Die Basis eines jeden Ratings bildet der Kriterienkatalog. Dieser enthält bis zu 125 Einzelkriterien, die zum Teil je nach Produktgattung variieren können. In der Bewertung kann ein Kriterium zwischen 0 und 20 Punkten erreichen. Nachfolgend werden einige Bewertungsmöglichkeiten aufgezeigt:

Ratingkriterium	Bewertung
Reduzierung der monatlichen Beiträge	3 Punkte: Eine Reduzierung der monatlichen Beiträge ist möglich. 0 Punkte: Eine Reduzierung der monatlichen Beiträge ist nicht möglich.
Ratingkriterium	Bewertung
Erhöhung der versicherten Rente (ohne erneute Gesundheitsprüfung) ohne Eintritt eines bestimmten Ereignisses	5 Punkte: Eine Erhöhung der versicherten Rente ist ohne Eintritt eines bestimmten Ereignisses unter bestimmten Voraussetzungen mehrmals möglich. 3 Punkte: Eine Erhöhung der versicherten Rente ist ohne Eintritt eines bestimmten Ereignisses unter bestimmten Voraussetzungen einmalig möglich. 0 Punkte: Eine Erhöhung der versicherten Rente ist ohne Eintritt eines bestimmten Ereignisses nicht bzw. nur mit erneuter Gesundheitsprüfung möglich.
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 0,10%

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

Grundfähigkeitsversicherung

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

Die Bezeichnung „GFV“ wird wie folgt definiert:

Eine selbstständige Grundfähigkeitsversicherung ist eine Risikoversicherung. Das bedeutet, dass die Beiträge grundsätzlich zur Absicherung der Grundfähigkeiten dienen und keine Leistungen an den Versicherten ausgezahlt werden, sollte dieser nicht mindestens eine Grundfähigkeit verlieren. 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 Grundfähigkeitsversicherung 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 Grundfähigkeitsversicherung eine lange Vertragsbeziehung mit dem Anbieter ein.

Nicht überraschend ist daher, dass Sicherheit und Stabilität des Anbieters zu den wichtigen Kriterien beim Abschluss einer Grundfähigkeitsversicherung 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

Institut für Vorsorge und Finanzplanung. Einfach mehr Vorsorge.

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 Schieflagen 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 lebensversicherte 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 Definitionen bei einem Verlust der versicherten Grundfähigkeiten („Sehen“, „Gehen“, „Stehen“ etc.), gelegt. Außerdem werden Beitragsberechnungen durchgeführt, die den Brutto-Netto-Spread hervorheben. Hierfür werden sieben 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 Tätigkeiten - verknüpft mit einem versicherungstechnischen Risiko - soll reale Beiträge simulieren. Mit dem Rating soll es Beratern und auch Verbrauchern ermöglicht werden, den für sie am besten geeigneten Anbieter auswählen zu können.

Motorische Grundfähigkeiten

Motorische Grundfähigkeiten sind von essenzieller Bedeutung, da sie unseren Alltagsablauf, sowohl im Berufs- als auch Privatleben, bestimmen. Hier werden die Leistungsvoraussetzungen für jede einzelne Grundfähigkeit untersucht und dafür Punkte vergeben. Zu den motorischen Grundfähigkeiten zählen:

- Gehen
- Treppensteigen
- Bücken
- Knien
- Stehen
- Sitzen

- Gebrauch der Arme
- Heben und Tragen
- Schieben
- Ziehen

Feinmotorische Grundfähigkeiten

Die Beurteilung aller feinmotorischen Grundfähigkeiten stellt auf die Einschränkung des Gebrauchs der Hände ab. Es werden die Leistungsvoraussetzungen für jede einzelne Grundfähigkeit untersucht und dafür Punkte vergeben. Zu den feinmotorischen Grundfähigkeiten zählen:

- Gebrauch der Hände / Fingerfertigkeiten
- Schreiben
- Greifen und Halten
- Benutzung einer Tastatur

Sensorische Grundfähigkeiten

Neben den motorischen und den feinmotorischen Grundfähigkeiten sind auch die sensorischen Grundfähigkeiten wichtige und unerlässliche Alltagsfähigkeiten. Auch hier werden die einzelnen Leistungsvoraussetzungen untersucht und dafür Punkte vergeben. Zu den sensorischen Grundfähigkeiten zählen:

- Sehen
- Hören
- Sprechen
- Gleichgewichtssinn
- Riechen und Schmecken
- Tastsinn

Intellektuelle Grundfähigkeiten

Zu den intellektuellen Grundfähigkeiten zählen Gedächtnisleistungen, die Aufmerksamkeit und die Auffassungsgabe, die Handlungsplanung sowie das Konzentrations- und Orientierungsvermögen.

Sonstige versicherte Risiken

Eine geistige Behinderung z. B. infolge eines schweren Schädel-Hirn-Traumas kann dazu führen, dass der Betroffene seinen Lebensalltag nicht mehr alleine meistern kann und kann die Notwendigkeit der gerichtlichen Bestellung eines Betreuers erforderlich machen. Auch eine schwere Erkrankung, wie z. B. Krebs kann dazu führen, dass der Betroffene nicht nur psychisch, sondern auch finanziell an seine Grenzen kommt. Daher ist es sinnvoll, wenn der Versicherungsschutz aus einer Grundfähigkeitsversicherung mit einer (optionalen) Absicherung

Institut für Vorsorge und Finanzplanung. Einfach mehr Vorsorge.

sowohl gegen psychische als auch schwere Erkrankungen aufgewertet werden kann. Zu den sonstigen versicherten Risiken zählen:

- Gesetzliche Betreuung / Eigenverantwortliches Handeln
- Schwere Krankheiten
- Psychische Erkrankungen

Sonstige Grundfähigkeiten

In dieser Kategorie werden alle Fähigkeiten erfasst, die sich nicht den motorischen, feinmotorischen, sensorischen oder intellektuellen Grundfähigkeiten zuordnen lassen. Zu den sonstigen Grundfähigkeiten zählen:

- Fahrerlaubnis PKW
- Fahrradfahren
- Benutzung des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs
- Bildschirmtätigkeit

Geltungsbereich

Berücksichtigt wird bei diesem Ratingkriterium die Möglichkeit, dass Versicherte 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 Verlust einer GF während eines Auslandsaufenthalts vom Versicherer übernommen werden.

Begründung Leistungspflicht

Wenn jeder einzelne Fähigkeitsverlust ausreichend ist, um die Leistungspflicht zu begründen, werden Punkte vergeben.

Rückwirkende Leistung (Meldefristen)

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung und Grundfähigkeitsrente entsteht in der Regel mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust eingetreten ist. 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.

Leistung bei beruflichem Ausübungsverbot infolge Infektionsgefahr

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

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.

Information zum Stand der Leistungsprüfung

Erfolgt die Information des Versicherers zum aktuellen Stand der Leistungsprüfung innerhalb von 4 Wochen, werden Punkte vergeben.

Nachprüfung des Verlusts einer Grundfähigkeit durch den Anbieter

Erfolgt die Nachprüfung des Verlusts einer Grundfähigkeit individuell und wird auf den Einzelfall abgestimmt, werden Punkte vergeben.

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

Üblicherweise ist ein Versicherter, der Leistungen wegen eines Verlusts einer Grundfähigkeit beantragt, bereits seit einem bestimmten Zeitraum arbeitsunfähig. Für diesen Fall können die Versicherungsbedingungen Leistungen vorsehen. Mit diesem Kriterium wird überprüft, ob und für welchen Zeitraum ggfs. Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbracht werden.

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, werden Punkte vergeben.

Meldepflichten bei Wiedererteilung der Fahrerlaubnis

Hat der Kunde nicht die Obliegenheit, die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis unverzüglich zu melden, sondern prüft dies der Versicherer während der Nachprüfung, werden Punkte vergeben.

Meldepflichten bei Wegfall der gesetzlichen Betreuung

Hat der Kunde nicht die Obliegenheit, den Wegfall der gesetzlichen Betreuung 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 Leistungsausschluss bei Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen

Verzichtet der Versicherer auf einen Leistungsausschluss bei Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen, werden Punkte vergeben.

Verzicht auf Leistungsausschluss bei Strahlung als Folge von Kernenergie

Verzichtet der Versicherer auf einen Leistungsausschluss bei Strahlung als Folge von Kernenergie, werden Punkte vergeben.

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 den Verlust einer GF

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

Prognosezeitraum für den Verlust einer GF infolge von Pflegebedürftigkeit

Dieser Punkt klärt den Zeitraum, für den eine ärztliche Prognose für den Verlust einer GF 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

Institut für Vorsorge und Finanzplanung. Einfach mehr Vorsorge.

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

Zeitraum für das Bestehen des Tätigkeitsverbots gem. § 31 IfSG

Dieses Kriterium ist nur für medizinische Berufe relevant. Besteht das Tätigkeits- oder Beschäftigungsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz voraussichtlich für mindestens 6 Monate oder hat es bereits mindestens für 6 Monate bestanden, werden Punkte vergeben. Ein längerer Zeitraum erhält keine Punkte.

Anerkennung des Verlusts einer GF infolge von Pflegebedürftigkeit gem. ADL- oder SGB Definition

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

Anerkennung des Verlusts einer GF infolge von Demenz bzw. seelischer Erkrankungen / geistiger Behinderungen

Wird der Verlust einer GF auch infolge von Demenz oder infolge von seelischen Erkrankungen bzw. geistigen Behinderungen vom Versicherer anerkannt, werden Punkte vergeben.

Teilbereich Flexibilität

Eine Grundfähigkeitsversicherung ist für den Kunden in der Regel eine langfristige Vertragsverpflichtung. Deshalb ist ein kundenfreundlicher und auf individuelle Bedürfnisse des Beitragszahlers anpassungsbarer 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 Grundfähigkeitsleistung. 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“ und „verzinsliche Ansammlung“.

Beitragsdynamik

Untersucht wird, ob der Kunde eine dynamische Erhöhung der Beiträge vor Eintritt des Verlusts einer GF vereinbaren kann. Für den Kunden ist dies die Möglichkeit seine Grundfähigkeitsversicherung 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.

Nachversicherung zu ursprünglichen Bedingungen

Erfolgt die Nachversicherung zu den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen und Bedingungen, wird die volle Punktzahl vergeben.

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.

Karenzzeit zur Reduzierung des zu zahlenden Beitrags

Die Karenzzeit ist die Zeitspanne zwischen dem Eintritt des Verlusts einer GF 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.

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.

Umwandlungsoption in eine SBU

Bei diesem Kriterium wird geprüft, ob die Grundfähigkeitsversicherung ohne erneute Risiko- oder Gesundheitsprüfung in eine SBU umgewandelt werden kann. Weitere Voraussetzungen, wie z. B. Einhaltung einer bestimmten Mindestvertragsdauer, Wartezeiten, Meldefristen, etc., werden hier zusätzlich geprüft.

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.

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.

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 Versicherungs-suchende 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, die über die Internetadresse www.einfach-mehr-vorsorge.de zu erreichen ist.

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 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 Grundfähigkeitsversicherung den Entscheidungsprozess bei der Wahl des geeigneten Tarifs maßgeblich zu erleichtern.

Oktober 2025

Prof. Michael Hauer

Prof. Dr. Thomas Dommermuth