

Ausgabe 2010

01.07.2010



Liebe aventus finance Kunden,

es ist wieder soweit! Anbei erhalten Sie wieder unseren bekannten aventus finance newsletter.

Wir informieren Sie jeweils über zwei Newsletter. Den "aventus finance news rund ums anlegen" und den "aventus finance news rund ums versichern & vorsorgen".

Interessiert Sie ein Thema detaillierter, können Sie uns gerne direkt kontaktieren.

Wir wünschen Ihnen viele Spaß beim lesen.

Es grüsst Sie

Ihr Torsten Überall

Versicherungs-Studie: Verständlichkeit und Flexibilität gefragt

Versicherungskunden wissen mittlerweile genau, was sie wollen. Dazu zählen kurze und verständliche Versicherungsbedingungen, ein guter Preis, flexible Konditionen – und auch mal eine Bungee-Jumping-Police.

Das geht aus einer Studie von Asstel, der

Direktversicherungs-Tochter der Gothaer, hervor. Dabei wurden insgesamt 1.005 Bundesbürger durch das Meinungsforschungsinstitut Forsa befragt.

Für 82 Prozent der Versicherten sind kurze und für den Laien verständliche Versicherungsbedingungen ein wichtiges oder sehr wichtiges Abschlusskriterium. Auch der Preis spielt für die Befragten eine wesentliche Rolle. 77 Prozent legen großen Wert auf mögliche Prämienrückerstattungen. Und 51 Prozent interessieren sich für eine Versicherung, bei der sie Vertragslaufzeit und Leistungen individuell anpassen und so den Preis mitbestimmen können. Über ein Drittel der Befragten möchte ihre Versicherungen selbst über das Internet abwickeln und verwalten.

Außerdem wünscht sich über die Hälfte der Verbraucher eine Versicherung, die passgenau auf ihre jeweilige Lebensphase abgestimmt ist. Dazu zählen Produkte für junge Mütter, Ehepaare oder Senioren. Ebenso viele der Befragten können sich vorstellen, eine zusätzliche Versicherung gegen Arbeitslosigkeit abzuschließen, die sowohl finanzielle Hilfe als auch qualifizierte Unterstützung bei der Stellensuche und Bewerbung bietet. Nahezu ein Drittel der Befragten würde eine Versicherung begrüßen, die in einer unverschuldeten finanziellen Notlage Schutz bietet und beispielsweise beim Weg aus einer Überschuldung hilft.

Auch die zunehmende Bedeutung der Freizeitgestaltung spiegelt sich in den Anforderungen an Versicherungsgesellschaften wider. So begrüßen 36 Prozent der Befragten die Möglichkeit, individuelle Risiken wie beispielsweise einen Bungee-Sprung mit einer Event- oder Tagespolice absichern zu können.

Finanzfrage der Woche

Ist die Rürup-Rente pfändungssicher?

Rechtsanwalt Thomas Zacher erläutert, warum Rürup und Kuckuck durchaus ein Paar ergeben können.

Die Frage nach der Pfändungssicherheit der Rürup-Rente ist durch ein Schreiben des Bundesfinanzministeriums (BMF) vom 31. März 2010 (IVC3-S2222/09/10041) hochaktuell. Bislang war die Rürup-Rente von den Produktanbietern häufig als „pfändungssicher“ beworben worden.

Hintergrund dafür ist, dass die steuerliche Anerkennung

der Rürup-Rente ein vertragliches Abtretungs- und Übertragungsverbot voraussetzt (Paragraf 97 Einkommensteuergesetz/EStG). Forderungen, die nicht übertragbar sind, sind aber von Gesetzes wegen unpfändbar (Paragraf 851 Zivilprozessordnung/ZPO).

Wie das BMF in seinem Schreiben aber klarstellt, ist die Aussage über die Pfändungssicherheit der Rürup-Rente so nicht richtig. Vielmehr muss man zwischen der Anspar- und der Auszahlungsphase unterscheiden. In der Ansparphase greift zwar das Pfändungsverbot. Es beschränkt sich aber auf das angesammelte Kapital, das auf steuerlich geförderten Beiträgen beruht, und auf die damit zusammenhängenden Erträge.

Die steuerliche Förderung, die bei der Rürup-Rente durch Abzug der gezahlten Beiträge als Sonderausgabe herbeigeführt wird, ist aber doppelt beschränkt. Zum einen kann nur eine bestimmte Summe der gezahlten Beiträge (aktuell 20.000 Euro), zum anderen aber nur ein bestimmter Prozentsatz derselben steuerlich geltend gemacht werden (Paragraf 10 Abs. 3 EStG). Das Kapital, das nicht auf geförderten Beiträgen beruht, und die darauf entfallenden Erträge und Wertzuwächse unterliegen nicht dem Pfändungsschutz.

In der Auszahlungsphase besteht für die Beträge, die an den Vertragsinhaber ausgezahlt werden, kein besonderer Pfändungsschutz. Hier greifen lediglich die allgemeinen Schutzvorschriften, zum Beispiel die Pfändungsfreigrenzen für Arbeitseinkommen (Paragraf 851 d ZPO).

Der Autor: Thomas Zacher ist Fachanwalt für Steuer-, Bank- und Kapitalmarktrecht bei der Kölner Kanzlei Zacher & Partner. Zacher ist darüber hinaus Professor für Wirtschaftsrecht, Steuerwesen und International Management.

Finanzfrage der Woche: Wer oder was ist Protektor?

Die Schutzeinrichtung der Versicherungsbranche bewahrt die Versicherungskunden vor den Folgen einer Pleite eines Lebensversicherers. Wie das System funktioniert und inwieweit es bereits in der Praxis erprobt wurde.

Damit ein Versicherungskunde nicht mit leeren Händen da steht, wenn seine Versicherungsgesellschaft pleitegeht, gibt es in Deutschland eine spezielle Einrichtung: Die Protektor Lebensversicherungs-AG sichert Lebensversicherer in Deutschland ab – zum Schutz ihrer Versicherten.

Sollte ein deutscher Lebensversicherer insolvent werden, übernimmt Protektor die Verträge und führt sie fort, die

Leistungen für die Altersvorsorge und der Risikoschutz bleiben erhalten, ebenso die bereits gewährten Gewinnbeteiligungen.

Protektor saniert den Kapitalanlagebestand, verwaltet die übernommenen Versicherungsbestände und überträgt diese ganz oder teilweise weiter. Protektor ist jedoch keine Entschädigungseinrichtung und hat nicht die Aufgabe, eine insolvente Assekuranz zu sanieren.

Zum bislang einzigen Ernstfall kam es im Jahr 2003: Der Bestand der notleidenden Mannheimer Lebensversicherung wurde von Protektor übernommen und wird seitdem verwaltet. Ende 2009 waren knapp 167.000 Verträge mit einer Versicherungssumme von 9,1 Milliarden Euro und einer Nettoverzinsung in Höhe von 4,0 Prozent im Bestand.

Gesellschafter der Protektor Lebensversicherungs-AG sind die im Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft organisierten Lebensversicherer. Diese haben Protektor als Auffanggesellschaft 2002 in einer privaten Initiative gegründet.

Sie leisten Jahresbeiträge, bis ein Promille der versicherungstechnischen Netto-Rückstellungen aller Mitglieder des Sicherungsfonds erreicht ist. Ende 2009 war der Top des Protektor-Sicherungsvermögens mit 673,7 Millionen Euro gefüllt.

Protektor hat außerdem im Mai 2006 die Aufgaben und Befugnisse des gesetzlichen Sicherungsfonds übernommen, der Ende 2004 durch ein Gesetz begründet wurde. Vertragsbestände Not leidender Lebensversicherungsunternehmen werden künftig durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bafin) ausschließlich auf diesen Sicherungsfonds übertragen und von Protektor verwaltet.

Finanzfrage der Woche

Bin ich noch geschützt, wenn meine Krankenkasse pleite geht?

In letzter Zeit häufen sich Presseberichte über gesetzliche Krankenversicherungen (GKV), die kurz vor der Pleite stehen sollen. Viele Versicherte fragen sich jetzt: Was, wenn es tatsächlich so kommt – bin ich dann noch krankenversichert?

Seit Einführung des Gesundheitsfonds ist alles neu, wenn es um die Finanzen der Krankenkassen geht: Den Beitragssatz bestimmt jetzt die Politik für alle Kassen, reicht das nicht, können die Kassen Zusatzbeiträge erheben. Und ist selbst das nicht genug um die Kosten zu decken, können die Krankenkassen neuerdings auch pleite gehen.



Seit ein paar Wochen häufen sich in den Medien die Berichte um finanzielle Schieflagen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Neben der City-BKK, der BKK für Heilberufe und der Gemeinsamen BKK Köln soll auch der DAK finanziell langsam die Puste ausgehen.

Krankenversicherte kommen bei anderen Kassen unter

Was passiert aber, wenn die eigene Krankenversicherung bankrott ist? „Die Versicherten erleiden auf gar keinen Fall einen Nachteil, weil sie anschließend zu anderen Krankenkassen gehen können und dort automatisch aufgenommen werden“, sagt der Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums Christian Lipicki.

Auch der GKV-Spitzenverband beruhigt Versicherte. Schritt für Schritt geschehe folgendes: Versicherte und Arbeitgeber erfahren von der Kasse, dass sie schließt. Die Betroffenen haben dann Zeit, sich eine neue Kasse zu suchen und zwar bis zwei Wochen nach der Schließung.

Erfährt ein Kassenmitglied also etwa am 15. Juni, dass seine Kasse zum 30. Juni schließt, hat er bis zu 14. Juli Zeit, sich nach einer Alternative umzusehen. Seinem Arbeitgeber muss er bis zu diesem Stichtag eine neue Mitgliedsbescheinigung vorlegen. Die Mitgliedschaft bei der neuen Kasse beginnt dann rückwirkend zum 1. Juli.

Laufende Fälle klären die Kassen unter sich

Wer während des Wechsels Leistungen von seiner Kasse bekommt – also beispielsweise krankgeschrieben ist –, braucht sich nicht darum zu kümmern, meint der GKV-Spitzenverband: Die Krankenkassen würden diese laufenden Fälle untereinander klären.

Übrigens: Wählt der Kassenpatient keine neue Krankenkasse, macht das der Arbeitgeber. Für Empfänger von Arbeitslosengeld I oder II nimmt das Recht die Bundesagentur für Arbeit wahr, für Rentner der Rentenversicherungsträger.

Feri-Studie: Nur wenige Top-Fonds in Fondspolice

Laut einer aktuellen Studie der Rating-Agentur Feri gehören viele Fonds in fondsgebundenen Versicherungen nicht gerade zur ersten Fondsliga. Nur jedes vierte Produkt hat ein Top-Rating.

Feri untersuchte das Fondsangebot von 60 Versicherungen mit insgesamt mehr als 90 Prozent Marktanteil bei Fondspolice. Ergebnis: Von den 2.994 angebotenen Fonds hat nur jeder vierte ein Top-Rating A oder B, was für eine mittelfristig stabile und überdurchschnittliche Performance bei relativ niedrigem Risiko steht.

„Die Fondspolice hat sich in den vergangenen Jahren als wichtiges Instrument der privaten Altersvorsorge etabliert“, sagt André Härtel, Fonds-Analyst bei Feri Euro-Rating Services. „Allerdings deckt die Studie auf, dass bei der Fondsauswahl akuter Handlungsbedarf besteht und noch deutliches Verbesserungspotenzial vorhanden ist.“

So setzen Versicherer laut Feri oft auf bekannte Flaggschiff-Fonds der Branche. Diese kämpften aber zum Teil mit Performanceproblemen. Der am häufigsten gewählte Fonds ist der European Growth Fonds von Fidelity, den 37 von 60 Versicherern anbieten. Knapp dahinter folgt der Franklin Templeton Growth Fonds mit 35 Nennungen. Mit einem gewissen Abstand liegen der DWS Vermögensbildungsfonds I und der BGF World Mining Fonds auf den nächsten Plätzen.

Trotzdem sei eine Spitzenverteilung nicht gleichbedeutend mit einer Spitzenperformance. Den Templeton Growth bewertet Feri wegen seiner seit längerem anhaltenden Performanceschwäche zum Beispiel nur mit einem D, was unterdurchschnittlich bedeutet.

Hauseigene Fonds sind Fremdfonds oft unterlegen

Weiterer Grund für die eher maaue Ausstattung der Police mit Spitzenfonds ist laut Feri-Analyse der Hang der Versicherer dazu, eigene Fonds in den Police unterzubringen. Das gelte vor allem beim Sparkassenverband und dem genossenschaftlichen Verbund. Die Auswertung von Feri ergab aber, dass die angebotenen hauseigenen Fonds bezogen auf die Fondsqualität oft schlechter abschneiden als Fremdprodukte. Härtel: „Der Anteil der Top-Ratings unter

den hauseigenen Fonds liegt mit nur 16 Prozent deutlich niedriger als bei Fremdfonds mit 29 Prozent.“

Analyse: Versicherungen für Singles oft günstiger

Singles können bei Privathaftpflicht- und Rechtsschutzversicherung mit speziellen Nachlässen und Single-Tarifen Geld sparen. Wie viel Rabatt manche Versicherer gewähren, zeigt eine Analyse des Verbraucher- und Finanzportals FinanceScout24.

2009 gab es erstmals weniger Haushalte mit Kindern als Single-Haushalte und kinderlose Paare, stellte jüngst die Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) fest. Der Anteil der Ein-Personen-Haushalte erreichte fast 40 Prozent.

Eine Analyse von FinanceScout24 hat jetzt ergeben, dass etwa bei Axa oder Interrisk der Privathaftpflicht-Tarif für einen Alleinstehenden um 25 Prozent günstiger ist als das Familienpaket. Die Arag gewährt auf den Tarif „Single Aktiv 50“ 35 Prozent Nachlass.

„Es ist erfreulich, dass sich die Gesellschaften besser auf diesen wachsenden Kundenkreis einstellen“, sagt FinanceScout24-Geschäftsführer Errit Schlossberger. „Die Familie ist weiter auf dem Rückzug in Deutschland. Diese Entwicklung greifen auch die Versicherer zum Vorteil der Kunden auf. Viele Verbraucher wissen das gar nicht.“

Auch wer eine Rechtsschutzpolice erwerbe, versichere die Familie in der Regel mit. Wer darauf verzichte, spare bei der Arag im Tarif „Aktiv Rechtsschutz Komfort“ rund 15 Prozent. Beim Tarif „ConJure“ der Continentale seien es 20 bis 30 Prozent. Schlossberger: „Was viele nicht wissen: Auch bei Single-Tarifen sind die Kinder häufig trotzdem noch mitversichert. Nur der Partner bleibt außen vor.“ Damit würden die Versicherer der Entwicklung gerecht, dass immer mehr Paare getrennt leben, aber gemeinsame Kinder haben.

Sparen können dem FinanceScout24-Geschäftsführer zufolge Singles auch, indem sie überflüssige Policen erst gar nicht erwerben. Dazu gehöre zum Beispiel eine Risikolebensversicherung. „Die benötigt nur, wer seine wirtschaftlich abhängigen Angehörigen vor den finanziellen Folgen eines Todesfalls schützen möchte“, so Schlossberger.

Finanztipp der Woche

Verliebt, verlobt, verheiratet – Versicherungen für Ehepaare

Was hat die Hochzeit mit Versicherungen zu tun? „Eine ganze Menge“, sagt Lilo Blunck,

Vorstandsvorsitzende des Bundes der Versicherten (BdV). Welche Policen jetzt notwendig sind – und welche nicht mehr.

In der Regel ist es so, dass die Eheleute vor ihrem Gang zum Altar je eine Privathaftpflichtversicherung hatten. Das muss im verheirateten Zustand nicht mehr sein, so der Bund der Versicherten. Eine der Policen könne gekündigt werden. Ein solches Sonderkündigungsrecht gäbe es auch für die Rechtsschutzversicherung, falls denn zwei bestünden.

„Regulär kündigen müssen die jungen Eheleute eine Hausratversicherung, wenn beide jeweils über einen eigenen Vertrag verfügen“, so Blunck. „Das Paar sollte die andere Versicherung individuell auf ihre Verhältnisse anpassen.“

Auch wenn beispielsweise die Braut den Namen des Bräutigams annimmt, verlangt das einiges an organisatorischer Arbeit. Alle Versicherungen müssen auf diesen Namen geändert werden. „Bei Lebensversicherungen sollte bei Bedarf die Bezugsberechtigung für den Todesfall umgeschrieben werden“, empfehlen die Versicherungsexperten.

Nicht beeindruckt lassen sollte sich das Paar von sogenannten Hochzeitsversicherungen. Diese böten zwar verschiedene Leistungen an, ob die am Ende aber was brächten, sei fraglich. Beispiel: Wenn der Fotograf am Tag der Hochzeit nicht erscheint, offerieren Versicherer eine Ausfallprämie. Lilo Blunck: „Doch was nützt der größte Geldbetrag, wenn am Ende vom schönsten Tag des Lebens kein einziges Foto ins Album kommt.“

Allianz-Referatsleiterin Susanne Marian im Gespräch

Neue Ausgleichsregeln bei Scheidungen

Gerechtigkeit nach dem Ehe-Aus: Wenn sich Verheiratete scheiden lassen, werden ihre Rentenansprüche künftig direkt geteilt. Bei Betriebsrenten springt dann die neue Versorgungsausgleichskasse VAUSK ein. Ein Gespräch mit VAUSK-Vorstandsmitglied Susanne Marian.

Frage: War es Zeit für eine Reform des Scheidungsrechts?

Susanne Marian: Ja. Der alte Versorgungsausgleich war einfach nicht mehr zeitgemäß. Die Ansprüche etwa aus Lebensversicherungen oder der betrieblichen Altersvorsorge wurden dabei häufig erst zum Rentenbeginn unter den Ex-Eheleuten aufgeteilt. Sich nach zehn oder mehr Jahren beim Ex-Gatten zu melden und einen Teil der Betriebsrente zu verlangen ist aber eine unangenehme Sache. Oft kam es auch vor, dass die Ex-Partner vergaßen, dass sie Rentenansprüche aus der

Ehe haben. Jetzt wird alles direkt beim Scheidungstermin geklärt.

Frage: Wie läuft das ab?

Marian: Das neue Gesetz regelt, dass Versorgungsansprüche aus der Ehezeit zur Hälfte geteilt werden. Dabei gibt es die interne und die externe Teilung. Ein Paar hat beispielsweise während der Ehe einen Kapitalwert von 20.000 Euro aufgebaut. Bei der internen Teilung erhält etwa die Frau einen eigenen Vertrag bei der Versicherung des Mannes. Die Hälfte des Wertes, also 10.000 Euro, werden dem Vertrag des Mannes entnommen und für sie eingezahlt. Daraus errechnet sich eine eigene Rente. Die Teilungskosten tragen beide.

Frage: Was ist eine externe Teilung?

Marian: Dabei gehen die Leistungen nicht auf die gleiche Versicherung über, sondern auf eine andere, die der Partner selbst aussucht.

Frage: Ende Oktober 2009 haben 38 der 120 Lebensversicherer in Deutschland die Versorgungsausgleichskasse VAUSK gegründet. Wann springt diese Kasse ein?

Marian: Die Kasse springt dann ein, wenn Ansprüche aus einer Betriebsrente ausgeglichen werden müssen. Sie kommt nur bei einer externen Teilung ins Spiel, und zwar nur dann, wenn der Ausgleichsberechtigte nicht angibt, auf welchen Versicherer die Leistungen übergehen sollen.

Frage: Was passiert dann?

Marian: Nehmen wir an, der Ausgleichswert liegt bei 10.000 Euro. Dieser Betrag geht an die Kasse. Dafür bekommt der betroffene Ex-Ehepartner einen Vertrag, der von Gesetzes wegen bestimmte Kriterien erfüllen muss. Es handelt sich dabei nämlich um einen Unisex-Tarif ohne Abschlusskosten.

Frage: Kann der VAUSK-Versicherte auch eigene Beiträge zahlen?

Marian: Nein, das hat der Gesetzgeber ausgeschlossen.

Frage: Was geschieht mit den 10.000 Euro?

Marian: Die Kapitalanlage erfolgt anteilig bei den 38 beteiligten Versicherern. Wir erwirtschaften somit quasi einen Durchschnittszins. Zu Rentenbeginn gibt es dann aus dem angesammelten Kapital die monatlichen Renten.

Frage: Die Allianz verwaltet die Kassenbestände – haben Sie sich das freiwillig aufgehalst?

Marian: Es handelt sich bei der Gründung nicht um einen Alleingang der Allianz, sondern um eine koordinierte Aktion der Versicherer. Wettbewerb spielt bei dieser Einrichtung keine Rolle – sie ist die Umsetzung einer

gesetzlichen Vorgabe. Aber wir als Marktführer sahen uns schon in der Pflicht, weil wir die entsprechenden Fachstäbe und technologischen Kapazitäten haben.

Frage: Das heißt konkret?

Marian: Die Kasse soll kostengünstig arbeiten, deshalb hat sie keine eigenen Mitarbeiter. Alle Verwaltungsarbeit läuft über bestehende Allianz-Abteilungen.

Finanztipp der Woche

Die besten Unfallversicherungen

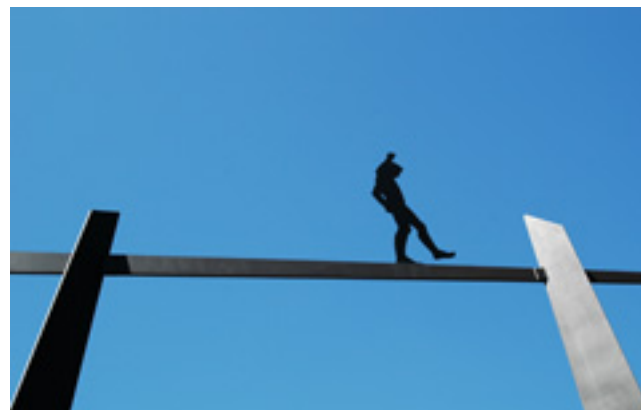
Crash, Boom, Cash: Pro Jahr verletzen sich 8 Millionen Deutsche bei einem Unfall. Unfallversicherungen lindern den Schmerz.

Der Daumen ist ab. Christian Hoffmann hört seine Frau Manuela schreien: Sie ist in die Brotschneidemaschine geraten. Christian fährt sie in die Notaufnahme, doch die Daumenkuppe lässt sich nicht wieder annähen. Weil jetzt ein Viertel ihres Daumens fehlt, ergibt sich für Manuela ein dauerhafter Schaden – und damit die Basis für eine Leistung der privaten Unfallversicherung, die Hoffmann abgeschlossen hat.

Ausgangspunkt für den Geldbetrag, den Hoffmann jetzt bekommt, ist die Gliedertaxe. Sie ordnet jedem dauerhaft beeinträchtigten Körperteil einen bestimmten Wert zu. Ist der Daumen überhaupt nicht mehr zu gebrauchen, gehen die Versicherer branchenüblich von einer Invalidität von 20 Prozent aus. Da bei Hoffmann nur ein Viertel des Daumens betroffen ist, bekommt sie 5 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme von 100.000 Euro: 5.000 Euro.

8 Millionen Menschen verletzen sich jedes Jahr

Pro Jahr verletzen sich gut 8 Millionen Bundesbürger bei einem Unfall. Zwar gibt es eine gesetzliche Unfallversicherung, sie zahlt aber nur bei Arbeitsunfällen oder wenn Personen auf dem Weg zur Arbeit etwas zustößt. Die meisten Unfälle passieren aber zu Hause oder in der Freizeit – Staatshilfe gibt es in diesem Fall nicht. Wer dann Geld haben will, muss sich privat absichern.



Das haben viele Bundesbürger bereits getan. Unfallversicherungen hatten 2009 einen Anteil von gut 30 Prozent an den gesamten gebuchten Bruttobeiträgen des Versicherungsmarkts von 171 Milliarden Euro. „Die Unfallversicherung ist eine unserer nachfragestärksten Sparten“, sagt Herbert Nißel. Der Geschäftsführer der Impuls Finanzmanagement will dennoch mehr: „Der Markt ist noch längst nicht durchdrungen.“

Was ist überhaupt ein Unfall?

Um ihn weiter zu durchdringen, fassen Versicherer den Schadensfall immer weiter. Das "plötzlich von außen auf den Körper einwirkende Ereignis, bei dem die Gesundheit des Betroffenen unfreiwillig leidet", kann immer häufiger auch selbst verschuldet sein. In der neuen Unfallpolice der VHV Klassik-Garant zum Beispiel sind auch Autounfälle unter Alkoholeinfluss bis zu 1,1 Promille abgedeckt, bei der Universa fallen selbst Blessuren einer Schlägerei unter den Unfallfolgenbegriff. Im Leistungspaket Premium der WWK-Unfallversicherung Lifeconcept ist auch eine Überdosierung ärztlich verordneter Medikamente als Unfallursache abgedeckt.

„Lebensnahe Risiken“, nennt Nißel die abgedeckten Fälle. Anders sieht das Johannes Sczepan, Geschäftsführer des Finanzdienstleisters Plansecur. „Das klingt gut, ist aber eher verzichtbar und schafft der breiten Masse der Versicherten keinen Mehrwert. Bei der Zahlung für Folgen des Betrunkenseins muss man sich sogar fragen, ob das nicht indirekt zum Alkoholkonsum anregt.“

Bei WWK zumindest scheint das Konzept anzukommen. „Unsere neue Unfallversicherung wird von den Vertriebspartnern sehr gut angenommen“, so Vertriebsvorstand Rainer Gebhart. „Seit Produktstart im April wurden bereits 3.000 Verträge eingereicht.“

Drei Faktoren sind für die Leistung entscheidend

Hat es gekracht – ob unter Alkoholeinfluss oder nicht – hängt es von drei Faktoren ab, wie viel Geld der Betroffene bekommt. Erstens ist da die Versicherungssumme. Wie hoch sie sein sollte, richtet sich nach der aktuellen Lebenssituation des Versicherten. Wer etwa eine Familie ernährt, braucht mehr Schutz. Als Faustregel gilt: Die Summe sollte dem dreifachen Bruttojahreseinkommen entsprechen und 100.000 Euro nicht unterschreiten.

Der zweite wichtige Faktor ist die Gliedertaxe. Viele Tarife, wie die Risiko-Unfallversicherung der R+V, starten hier bereits ab einem Prozent Invalidität. „Entscheidend sind aber die höheren Invaliditätsgrade“, sagt Wolfgang Bruger vom Maklerpool Argentos. Und die können je nach Anbieter variieren, ein Blick in die Versicherungsbedingungen lohnt sich also.

30.000 Euro weniger

Denn je höher der Grad ist, desto mehr Geld gibt es. Hat ein Versicherter beispielsweise eine Versicherungssumme von 100.000 Euro vereinbart und verliert bei einem Unfall ein Auge, bekommt er bei einem Tarif wie der Janitos Unfallversicherung Best Selection, die in diesem Fall eine Invalidität von 80 Prozent anerkennt, 80.000 Euro. Bei einem Tarif, der nur von einer 50-prozentigen Invalidität ausgeht, sind es 30.000 Euro weniger. In beiden Fällen ist die Auszahlung steuerfrei.

Einen Unterschied macht es zudem, ob der Kunde wie im obigen Fall einen linearen Tarif wählt, oder ob er sich für eine Progression entscheidet. Während es für den Vierteldamen noch oft die gleiche Summe gibt wie bei einem klassischen Tarif, steigt die Leistung mit der Schwere der Verletzung an.

Bei einer Progression gibt es mehr

Für ein kaputtes Bein – das in der Regel einer Invalidität von 70 Prozent entspricht – bekäme ein Kunde mit einem linearen Tarif und vereinbarter Versicherungssumme von 100.000 Euro 70.000 Euro vom Versicherer. Hat er eine Progression von 300 Prozent vereinbart, gibt es für die Gliedmaße 210.000 Euro. Mitunter bieten Versicherungen Progressionen bis zu 1.000 Prozent an.

Entscheidend sei dabei aber nicht nur der Progressionsfaktor, sondern auch der Progressionsverlauf, sagt Versicherungsexperte Bruger. So gebe es Angebote am Markt, die bis zu einem Invaliditätsgrad von 90 Prozent nur ein lineares Verhältnis und erst dann eine hohe Progression vorsähen. Bruger: „Das führt bei den niedrigeren und in aller Regel eintretenden Invaliditätsgraden zu einer viel zu geringen Absicherung.“

Gute Unfallversicherungen im Porträt

Janitos Unfallversicherung Best Selection

Leistung: Die Police zahlt unter anderem bei Vergiftungen, Impfschäden, Infektionen durch Tierstiche und -bisse sowie Wundinfektionen, bei Autounfällen unter Alkoholeinfluss (bis 1,3 Promille) oder bei Unfällen infolge Bewusstseinsstörungen durch Schlaganfall, Herzinfarkt, Epilepsie.

Gliedertaxe: Es stehen drei Gliedertaxen mit einem Fokus auf Hand, Bein und Sinnesorgane zur Wahl. Der Verlust der Hand führt unter der Gliedertaxe Hand zu 100 Prozent Invalidität (in den anderen beiden Varianten zu 70 Prozent). Dagegen entspricht der Verlust eines Auges in der Sinnesorganen-Variante einem Beeinträchtigungsgrad von 80 Prozent, sonst 50 Prozent. Stimmverlust führt bei Janitos immer zu 100 Prozent Invalidität.

Fristen: Die Invalidität tritt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein. Gemeldet werden muss das innerhalb von 15 Monaten.

Highlights: Innovationsklausel. Wenn Janitos Tarifmerkmale verbessert, legt der Versicherer das bestehenden Verträgen ohne Prämienerrhöhung zugrunde.

R+V Risiko-Unfallversicherung

Leistung: R+V leistet unter anderem bei Infektionen durch Zeckenbisse, Vergiftungen und Ersticken nach dem plötzlichen Ausströmen von Gasen und Dämpfen. Auch typische Gesundheitsschäden nach Tauchunfällen sind abgedeckt.

Gliedertaxe: Zahlung ab einem Invaliditätsgrad von 1 Prozent. Der Verlust einer Hand entspricht 55 Prozent dauerhafter Beeinträchtigung, ein Auge hat einen Wert von 50 Prozent, das Gehör auf einem Ohr 30 Prozent, der Geschmackssinn 5 Prozent, der Daumen beispielsweise 20 Prozent.

Fristen: Gemeldet werden muss die Invalidität innerhalb von 15 Monaten.

Highlights: Im Fall einer 50-prozentigen unfallbedingten Invalidität bekommen Versicherte lebenslang eine monatliche Rente ausgezahlt.

WWK Unfallversicherung Lifeconcept, Leistungspaket Premium

Leistung: WWK zahlt unter anderem bei Autounfällen unter Alkoholeinfluss (bis 1,1 Promille), bei Unfällen nach Bewusstseinsstörungen wegen Schlaganfall, Herzinfarkt, Medikamenteneinnahme und bei unfallbedingten Bandscheibenvorfällen.

Gliedertaxe: Zahlung ab einem Invaliditätsgrad von 1 Prozent. Der Verlust einer Hand entspricht zum Beispiel 75 Prozent Invalidität, der Stimme 100 Prozent, einer Niere 25 Prozent, eines Lungenflügels 50 Prozent.

Fristen: Meldung der Invalidität innerhalb von 21 Monaten.

Highlights: Bergungskosten übernimmt WWK bis zu einer Höhe von 30.000 Euro. Bei Knochenbrüchen gibt es ein Schmerzensgeld von 2 Prozent der Versicherungssumme. Kunden bekommen Versicherungsschutz ohne festgelegtes Vertragsende: Tritt der Versicherte in vorab definierte Lebensphasen ein, werden Tarif und Versicherungsleistung angepasst. Dabei gilt das Beitragsprimat, das heißt, der Beitrag bleibt erhalten und die Leistungen werden angepasst.

Amalienbadstr. 41
76227 Karlsruhe

Email: info@aventus-finance.de
Telefon: 0721-915691-40
Fax: 0721-915691-49

Geschäftsführer Davor Horvat & Torsten Überall
USt-IdNr. 35010 / 02552
Handelsregistergericht Mannheim
Handelsregisternummer HRA 702615

Zuständige Behörde für die Erteilung der Erlaubnis nach § 34 d Abs. 1 GewO

Behörde IHK Karlsruhe + IHK Rhein-Neckar
Anschrift Lammstraße 13 - 17
PLZ und Ort 76133 Karlsruhe
Telefon 0721/1740
Fax 0721/174290

Zuständige Aufsichtsbehörde

*Die Vermittlung von Anteilscheinen einer Kapitalanlagegesellschaft, von ausländischen Investmentanteilen, von sonstigen öffentlich angebotenen Vermögensanlagen, die für gemeinsame Rechnung der Anleger verwaltet werden, oder von öffentlich angebotenen Anteilen an einer und von verbrieften Forderungen gegen eine Kapitalgesellschaft oder Kommanditgesellschaft sowie die Vermittlung von Verträgen über Darlehen bedarf der Erlaubnis gem. § 34 c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 GewO. Für das Erbringen von Anlageberatung im Sinne der Bereichsausnahme des § 2 Abs. 6 Satz 1 Nr. 8 des Kreditwesengesetzes bedarf es der Erlaubnis gem. § 34c GewO Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 GewO. Die Vermittlung von Girokonten ist nicht erlaubnispflichtig.

Impressum

aventus finance