

Antrag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung

Die 50 wichtigsten Fragen und Antworten

Dieses Druckstück wurde erstellt für: Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

09/2021

Assekuran**Z**oom

Copyright

AssekuranZoom GbR

Pelkovenstraße 81, 80992 München

Antrag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung

Die 50 wichtigsten Fragen
und Antworten

von

Alexander Schrehardt
AssekuranZoom GbR

Fragen und Antworten in der Übersicht

Die Vorsorgeberatung zur Absicherung der Arbeitskraft zählt zu den Königsdisziplinen im Vermittleralltag. Allerdings beinhaltet auch die Aufnahme eines Antrags auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung die eine oder andere Stolperfalle, die jeder Vermittler kennen sollte. Nicht nur alternative Vorsorgeinstrumente sind mit dem Kunden zu besprechen, sondern auch die Absicherung im Fall einer längeren Arbeitsunfähigkeit muss hinterfragt werden. Der vorliegende Leitfaden soll als Checkliste bei der Aufnahme des Antrags auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung unterstützen.

1. Arbeitsunfähigkeit vor Berufsunfähigkeit: Welchen Versicherungsschutz hat der Kunde im Fall einer längeren Arbeitsunfähigkeit?	6
2. Wie hat der Kunde sein Arbeitsunfähigkeitsrisiko abgesichert?	6
3. Was ist in der Vorsorgeberatung zu beachten, wenn ein in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversicherter Kunde eine substitutive Krankentagegeldversicherung unterhält?	7
4. Wann endet die Krankentagegeldversicherung?	8
5. Wie definieren der PKV-Verband und die privaten Krankenversicherer eine die Krankentagegeldversicherung beendende Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers?	8
6. Wann endet der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit?.	9
7. Können die privaten Krankentagegeldversicherer bei einem rückwirkenden Anerkenntnis einer leistungspflichtigen Berufsunfähigkeit durch den Lebensversicherer Krankentagegeld vom Versicherungsnehmer zurückfordern?	9
8. Gibt es eine Möglichkeit, die Schnittstelle Arbeitsunfähigkeit/Berufsunfähigkeit zu entschärfen beziehungsweise eine Rückforderung von Krankentagegeld bei Eintritt der Berufsunfähigkeit zu vermeiden?	10
9. Absicherung der Arbeitskraft = Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung?	10
10. Wie sollte der Versicherungsschutz bemessen werden?	11
11. Ist eine Absicherung in Höhe des Sollwerts nach DIN 77230 in allen Fällen möglich?	11
12. Was versteht man unter der vorvertraglichen Anzeigepflicht?	12
13. Welche Risiken muss der Versicherungsnehmer bei Antragstellung dem Versicherer anzeigen?	12

14.	Muss der Versicherungsnehmer proaktiv eine Erkrankung oder einen Unfall, die nach Abgabe seiner Vertragserklärung eingetreten sind, dem Versicherer nachmelden?	12
15.	Bezieht sich die vorvertragliche Anzeigepflicht nur auf den Gesundheitszustand und Vorerkrankungen des Versicherungsnehmers?	13
16.	Wann endet die vorvertragliche Anzeigepflicht beim Invitatio-Modell?	13
17.	Welche Fragen werden von Lebensversicherern gestellt?	14
18.	Kann man auf eine Anzeige von chronischen Beschwerden, die nicht ärztlich behandelt wurden, verzichten?	14
19.	Wie kann es zu einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kommen?	15
20.	Welche Möglichkeiten hat der Versicherungsnehmer, um einen Verstoß gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht zu vermeiden?	15
21.	Welche Folgen hat ein Verstoß gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht?	16
22.	Kann der Versicherer bei einem Verstoß gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht in jedem Fall vom Versicherungsvertrag zurücktreten beziehungsweise diesen kündigen?	16
23.	Was versteht man unter vertraglichen Erschwernissen?	16
24.	Kann der Versicherungsnehmer auch im Fall eines Verstoßes gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht im Versicherungsfall eine Leistungszahlung erhalten?	17
25.	Wann beginnt der vorläufige Versicherungsschutz?	17

26.	Erklärt der Versicherer den vorläufigen Versicherungsschutz in Höhe des beantragten Versicherungsschutzes?	18
27.	Muss der Versicherungsnehmer einer Berufsunfähigkeitsversicherung eine Gefahrerhöhung anzeigen?	18
28.	Welche Konsequenzen kann die unterlassene Meldung einer Gefahrerhöhung haben?	18
29.	In welcher Versorgungsschicht kann das Risiko der Berufsunfähigkeit abgesichert werden?	19
30.	Bis zu welchem Endalter sollte eine Berufsunfähigkeitsversicherung der Versorgungsschicht 3 abgeschlossen werden?	20
31.	Kann die Versicherungsdauer einer Berufsunfähigkeitsversicherung im Fall einer Erhöhung der Regelaltersgrenze nach Versicherungsbeginn verlängert werden?	20
32.	Welche Versicherungsleistungen können bei Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung der Versorgungsschicht 3 vereinbart werden?	20
33.	Was versteht man unter einer „Gelbe-Schein-Regelung“?	21
34.	Wie kann eine leistungspflichtige Arbeitsunfähigkeit in den AVB einer Berufsunfähigkeitsversicherung definiert werden?	22
35.	Welche Tarifleistung kommt im Fall einer bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers zur Auszahlung?	22
36.	Wie wird der Begriff einer (leistungspflichtigen) Berufsunfähigkeit im VVG definiert?	22
37.	Wie wird der Begriff einer leistungspflichtigen Berufsunfähigkeit in den Versicherungsbedingungen der Lebensversicherer definiert?	23
38.	Unter welchen Voraussetzungen begründet auch eine Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers einen Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer?	24

Wichtige Hinweise:

- › Zur besseren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifische Doppelnennungen im nachfolgenden Text verzichtet.
- › Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden alle Betrachtungen auf eine Personenidentität Versicherungsnehmer und versicherte Person abgestellt. Diese vereinfachte Darstellung entbindet den Vermittler jedoch nicht von der Verpflichtung, seine(n) Kunden, zum Beispiel bei Abschluss einer Risiko-Lebensversicherung, über mögliche alternative Vertragsgestaltungen unter Aufgabe der Personenidentität von Versicherungsnehmer und versicherter Person im Interesse einer Minderung der Steuerschuld im Versicherungsfall zu beraten.

39. Was muss der Vermittler beim Nachweis einer leistungspflichtigen Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers mit einem Pflegegrad, das heißt mit einem Leistungsbescheid der zuständigen Pflegekasse, beachten? 24
40. Wie wird eine leistungspflichtige Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers basierend auf ADL-Kriterien beurteilt? 25
41. Wann setzt die Leistungspflicht des Lebensversicherers ein? 26
42. Sollte für eine Berufsunfähigkeitsversicherung eine Karenzzeit vereinbart werden? 26
43. Welche Leistungskriterien der Wiedereingliederungshilfe sollte der Vermittler prüfen? 27
44. Welche Kriterien der Umorganisationshilfe sollte der Vermittler prüfen? 28
45. Wie muss eine Berufsunfähigkeitsrente (Versorgungsschicht 3) im Versicherungsfall versteuert werden? 29
46. Kann das Risiko der Berufsunfähigkeit nur mit einem Vorsorgevertrag der Versorgungsschicht 3 abgesichert werden? 29
47. Gibt es einen Unterschied zwischen einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung der Versorgungsschicht 1 gegenüber einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung der Versorgungsschicht 3? 30
48. Welches Beitragsverhältnis von Haupt- und Zusatzversicherung muss zwingend berücksichtigt werden? 30
49. Wie ist der Beitragsanteil für eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit zu bewerten? 30
50. Warum sollte das Verhältnis der Beiträge für die Altersversorgung und der Beiträge für die Absicherung der Berufsunfähigkeitsrente nicht „auf Kante genäht“ werden? 31

1. Arbeitsunfähigkeit vor Berufsunfähigkeit: Welchen Versicherungsschutz hat der Kunde im Fall einer längeren Arbeitsunfähigkeit?

Jeder Berufsunfähigkeit geht regelmäßig eine zumeist längere Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers voraus. Im Rahmen einer qualifizierten Vorsorgeberatung sollte daher immer (!!) der Versicherungsschutz des Kunden im Fall der Arbeitsunfähigkeit geprüft werden. Sofern der Vermittler die Absicherung des Kunden im Fall einer längeren Arbeitsunfähigkeit nicht prüft, stellt dies eine schwere Unterlassungssünde dar. Vor allem Versicherungsmakler sind dazu verpflichtet, ihre Kunden auf erkennbare Risiken hinzuweisen. Bei Absicherung einer höheren Berufsunfähigkeitsrente – zumeist ab einer monatlichen Rente von 1.500 Euro – fordern die Lebensversicherer regelmäßig Angaben zur Einkommenssituation des Antragstellers in den letzten drei Jahren vor Antragstellung ein. Der Vermittler erhält somit nachweislich Kenntnis von der Einkommenssituation seines Kunden. Allerdings wird auch im Rahmen einer gewissenhaften Bedarfsermittlung die Einkommenssituation des Kunden offengelegt, sodass der Vermittler im Fall einer unterlassenen Prüfung der Absicherung des Arbeitsunfähigkeitsrisikos sehr schnell in Erklärungsnotlagen kommen kann.

2. Wie hat der Kunde sein Arbeitsunfähigkeitsrisiko abgesichert?

Vor einem Antrag auf eine Berufsunfähigkeitsversicherung sollte der Vermittler immer prüfen, mit welchen Vorsorgeinstrumenten sein Kunde das Risiko einer längeren Arbeitsunfähigkeit abgesichert hat. Bei Arbeitnehmern sind dabei folgende Vorsorgealternativen denkbar:

- › Gesetzliches Krankengeld
- › Gesetzliches Krankengeld plus Krankentagegeld
- › Krankentagegeld

Bei freiberuflich oder selbstständig tätigen Kunden können sich folgende Vorsorgealternativen finden:

- › Keine Absicherung des Arbeitsunfähigkeitsrisikos
- › Gesetzliches Krankengeld
- › Gesetzliches Krankengeld plus Krankengeld aus Wahltarifen
- › Gesetzliches Krankengeld plus Krankentagegeld
- › Gesetzliches Krankengeld plus Krankengeld aus Wahltarifen plus Krankentagegeld
- › Krankentagegeld

Unter Umständen unterhalten freiberuflich oder selbstständig tätige Kunden noch eine flankierende oder auch eine substitutive Betriebsausfall-/Praxisausfallversicherung.

3. Was ist in der Vorsorgeberatung zu beachten, wenn ein in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversicherter Kunde eine substitutive Krankentagegeldversicherung unterhält?

Mit der Einrichtung einer flankierenden Krankentagegeldversicherung ergänzt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch auf Krankengeld aus der Mitgliedschaft bei einem gesetzlichen Krankenversicherer. Eine substitutive Krankentagegeldversicherung ersetzt hingegen einen Anspruch auf Krankengeld. So wird beispielsweise bei einem Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung, das heißt bei Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung, regelmäßig eine substitutive Krankentagegeldversicherung eingerichtet. Allerdings können Freiberufler und Selbstständige, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine freiwillige Mitgliedschaft unterhalten, auf eine Wahlerklärung zur Vereinbarung einer Krankengeldabsicherung verzichten und dafür eine substitutive Krankentagegeldversicherung bei einer privaten Krankenversicherung einrichten.

Während Arbeitnehmer und Selbstständige, die der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht unterliegen, bei einem Bezug von Krankengeld Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abführen müssen, stellt Krankentagegeld kein beitragspflichtiges Einkommen dar. Sofern ein in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversicherter Kunde mit einer substitutiven Krankentagegeldversicherung infolge von Arbeitsunfähigkeit über einen längeren Zeitraum Krankentagegeld bezieht, besteht die Gefahr, dass der Versicherungsnehmer seinen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung verliert.

Der Gesetzgeber hat in § 43 SGB VI folgende formale Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung benannt:

- Der Versicherte muss vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllen.
- In den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung muss der Versicherte mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge entrichtet haben. Man bezeichnet diese Voraussetzung auch als die 3-/5-tel-Belegung mit Pflichtbeiträgen.

Bei einem Bezug von Krankentagegeld über einen Gesamtzeitraum von mehr als 24 Monaten innerhalb von fünf Jahren kann der Versicherungsnehmer die Voraussetzung der 3-/5-tel-Belegung mit Pflichtbeiträgen nicht mehr erfüllen und verliert somit seinen Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung.

4. Wann endet die Krankentagegeldversicherung?

Nach den Musterbedingungen des PKV-Verbands endet die Krankentagegeldversicherung

- › bei Fortfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit,
- › mit Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- › bei Bezug der Altersrente,
- › mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person,
- › mit dem Tod des Versicherungsnehmers und
- › bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union und der nicht Vertragsstaat des Abkommens für den Europäischen Wirtschaftsraum ist.

Nachdem die Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung vorbehaltlich gesetzlicher Regelung keine zwingende Wirkung entfalten, können die privaten Krankenversicherer die Beendigungsgründe in ihren Versicherungsbedingungen abweichend von den MB/KT 2009 regeln.

5. Wie definieren der PKV-Verband und die privaten Krankenversicherer eine die Krankentagegeldversicherung beendende Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers?

Nach den Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung liegt eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vor, wenn der Versicherungsnehmer nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit zu mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig ist. Diese Definition der Berufsunfähigkeit lässt nicht wenige Fragen offen, da in den MB/KT 2009 beispielsweise kein Beurteilungs- oder Prognosezeitraum für die Bewertung einer eventuellen Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers benannt wird.

Nachdem der Bundesgerichtshof ferner entschieden hat, dass der private Krankenversicherer dem Versicherungsnehmer eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit zur Begründung seiner Leistungsfreiheit und als Grund für die Beendigung der Krankentagegeldversicherung nachweisen muss, haben die meisten privaten Krankenversicherer ihre Versicherungsbedingungen verfeinert. So benennen viele Gesellschaften in ihren AVB den Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder auch einer Erwerbsminderungsrente als Beendigungsgrund für die Krankentagegeldversicherung.

6. Wann endet der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit?

Sofern bei Eintritt beziehungsweise bei Nachweis der Berufsunfähigkeit noch eine Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers besteht, endet die Krankentagegeldversicherung nach den MB/KT 2009 mit dem Fortfall der Arbeitsunfähigkeit, spätestens jedoch drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit. Einige Gesellschaften haben diesen Drei-Monats-Zeitraum in ihren Versicherungsbedingungen auf sechs Monate verlängert. Allerdings, und dies sollte der Vermittler zwingend beachten, benennen zwischenzeitlich sehr viele private Krankenversicherer in ihren Versicherungsbedingungen auch den Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder einer Erwerbsminderungsrente als Beendigungsgrund für die Krankentagegeldversicherung.

Nach den Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung ist der Versicherungsnehmer dazu verpflichtet, den Eintritt seiner Berufsunfähigkeit dem privaten Krankenversicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Verpflichtung zur Anzeige gilt auch für den Fortfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit.

7. Können die privaten Krankentagegeldversicherer bei einem rückwirkenden Anerkenntnis einer leistungspflichtigen Berufsunfähigkeit durch den Lebensversicherer Krankentagegeld vom Versicherungsnehmer zurückfordern?

Im Fall einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit hat der Versicherungsnehmer – vorbehaltlich einer vertraglich vereinbarten Karenzzeit – gegenüber dem Lebensversicherer einen Leistungsanspruch ab dem Ersten des Folgemonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit. In vielen Fällen kommt es also zu einem rückwirkenden Leistungsanerkennung des Lebensversicherers und damit zu einer zeitlichen Überschneidung der Zahlung von Krankentagegeld und Berufsunfähigkeitsrenten. In diesem Fall kann der private Krankenversicherer einen Rückforderungsanspruch gegen den Versicherungsnehmer geltend machen. Vor allem im Fall einer substitutiven Krankentagegeldversicherung ist das versicherte Krankentagegeld regelmäßig (signifikant) höher als die laufende Rentenleistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung.

8. Gibt es eine Möglichkeit, die Schnittstelle Arbeitsunfähigkeit/ Berufsunfähigkeit zu entschärfen beziehungsweise eine Rückfor- derung von Krankentagegeld bei Eintritt der Berufsunfähigkeit zu vermeiden?

Zwischenzeitlich bieten einige Gesellschaften für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer flankierende Krankentagegeldversicherungen an, bei denen eine Leistungspflicht des Versicherers auf einen Bezug von Krankengeld abstellt, das heißt, der private Krankenversicherer erbringt seine Leistungszahlung für die Dauer des Krankengeldbezugs. Nachdem ein Versicherter auch bei Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente noch die Leistungsvoraussetzungen für einen Bezug von Krankengeld erfüllen kann, steht der private Krankenversicherer in diesem Fall ebenfalls in einer fortlaufenden Leistungspflicht.

Für Vertreter der Kammerberufe bietet ein privater Krankenversicherer eine substitutive Krankentagegeldversicherung an, zu der die Gesellschaft im Fall einer bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit eine Mindestleistungsdauer von zwölf Monaten garantiert. Der Eintritt der Berufsunfähigkeit beziehungsweise der Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente berührt dabei die Leistungspflicht des Versicherers nicht, das heißt, in den ersten zwölf Monaten des Leistungsbezugs von Krankentagegeld ist ein Rückforderungsanspruch des Versicherers auch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeschlossen.

9. Absicherung der Arbeitskraft = Abschluss einer Berufsunfähigkeits- versicherung?

Viele Vermittler setzen die Vorsorgeberatung zur Absicherung der Arbeitskraft mit dem Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung gleich. Die Grundfähigkeiten- und die Erwerbsunfähigkeitsversicherung werden dann oftmals als alternative Vorsorgeinstrumente nicht vorgestellt; eine fatale Unterlassungssünde, da im Rahmen einer gewissenhaften Vorsorgeberatung mit dem Kunden auch alternative Vorsorgelösungen besprochen werden sollten. Die Annahme, dass der Vermittler aufgrund seiner Expertise entscheiden sollte, welches Vorsorgeinstrument für den Kunden die geeignete Versicherungslösung darstellt, ist dem Fundus der deutschen Märchen und Sagen zuzurechnen. Nur dem Kunden kommt die Entscheidung über Art und Umfang des Versicherungsschutzes zu. Hierfür sollten Vermittler dem Kunden mit einer qualifizierten Beratung und der Vorstellung alternativer Vorsorgelösungen eine fundierte Entscheidungsgrundlage bieten.

10. Wie sollte der Versicherungsschutz bemessen werden?

Im Versicherungsfall werden viele Versicherungsnehmer oftmals von der unzureichenden Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente überrascht. Im Beratungsgespräch sollten Vermittler den Kunden immer und vor allem nachweislich darauf hinweisen, dass eine Berufsunfähigkeitsversicherung eine (anteilige) Einkommensersatzleistung sicherstellen soll. Nach der DIN 77230 (Basis-Finanzanalyse für Privathaushalte) sollte ein Verlust der Arbeitskraft mit einer Berufsunfähigkeitsrente in Höhe von 80 Prozent des durchschnittlichen Nettoeinkommens abzüglich bereits erworbener gesetzlicher Rentenansprüche und unverfallbarer Versorgungsanswartschaften aus einer betrieblichen Altersversorgung abgesichert werden.

11. Ist eine Absicherung in Höhe des Sollwerts nach DIN 77230 in allen Fällen möglich?

Nicht für alle Kunden kann eine Absicherung des Berufsunfähigkeitsrisikos in Höhe des Sollwerts nach DIN 77230 eingerichtet werden. Vor allem bei Kunden mit einem sehr hohen Einkommen kann die Höhe der Absicherung durch die in den Annahmerichtlinien des Versicherers benannten Höchstbeträge oder – bezogen auf das durchschnittliche Nettoeinkommen – eine prozentuale Begrenzung der versicherbaren Berufsunfähigkeitsrente summenmäßig gedeckelt werden. Natürlich können auch monetäre Gründe, das heißt eine Begrenzung des verfügbaren Vorsorgebudgets des Kunden, Einfluss auf die Höhe des beantragten Versicherungsschutzes haben.

Sofern ein bedarfsgerechter Versicherungsschutz mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung nicht abgebildet werden kann, nehmen Vermittler oftmals chirurgische Eingriffe an ihrem Angebot mit einer Reduzierung der versicherten BU-Rente und/oder einer Verkürzung der Versicherungsdauer vor. Sinnvollerweise sollten jedoch dem Kunden alternative Vorsorgeinstrumente, eine Grundfähigkeiten- oder eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung, für die Abbildung des gewünschten Versicherungsschutzes angeboten werden. Auf keinen Fall sollte der Vermittler eigenmächtig entscheiden, welche Vorsorgelösung oder welche inhaltlichen Veränderungen an den vorgelegten Angeboten vorgenommen werden sollten. Die Entscheidung für die Wahl des Versicherungsinstruments und über die finale Ausgestaltung kommt einzig und allein dem Kunden zu.

12. Was versteht man unter der vorvertraglichen Anzeigepflicht?

Vor dem Abschluss eines Versicherungsvertrages, und dies gilt gleichermaßen für Personen- und Sachversicherungsverträge, hat der Versicherer das Recht, das zu versichernde Risiko zu prüfen. Hiervon ausgenommen sind nur Versicherungsverträge, die einem (gesetzlichen) Kontrahierungszwang unterliegen, zum Beispiel die staatlich geförderte Pflegeversicherung („Pflege-Bahr“). Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer die für die Risikoeinschätzung benötigten Auskünfte erteilen. Allerdings stellte sich in der Vergangenheit immer wieder die Frage, wie weit die Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers auszulegen ist.

13. Welche Risiken muss der Versicherungsnehmer bei Antragstellung dem Versicherer anzeigen?

Der Gesetzgeber hat die vorvertragliche Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers bei Antragstellung in § 19 VVG normiert. So muss der Versicherungsnehmer bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung alle Fragen beantworten, die ihm der Versicherer in Schriftform vorgelegt hat. Diese Begrenzung der Anzeigepflicht auf die vom Versicherer in Schriftform vorgelegten Fragen hatte der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts zum 1.1.2008 normiert. In der bis einschließlich 31.12.2007 gültigen Fassung des VVG war die vorvertragliche Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers deutlich weiter ausgelegt und es mussten alle risikorelevanten Umstände, die für die Entscheidung des Versicherers, den beantragten Versicherungsschutz zu übernehmen, erheblich sind, angezeigt werden.

14. Muss der Versicherungsnehmer proaktiv eine Erkrankung oder einen Unfall, die nach Abgabe seiner Vertragserklärung eingetreten sind, dem Versicherer nachmelden?

Nein, eine proaktive Nachmeldung von nach Abgabe der Vertragserklärung eingetretenen Erkrankungen oder Unfällen wird vom Gesetzgeber nicht gefordert. Sofern allerdings der Versicherer vor Policierung des Versicherungsvertrags, aber nach Abgabe der Vertragserklärung durch den Antragsteller bezüglich einer Veränderung des Gesundheitszustandes des Versicherungsnehmers eine Rückfrage hält, muss diese Rückfrage des Versicherers wahrheitsgemäß beantwortet werden. Die Versicherer halten zumeist eine nochmalige Rückfrage, wenn die Bearbeitung des Antrags des Versicherungsnehmers aufgrund von Arztanfragen oder der Erhebung anderer Daten einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen hat.

15. Bezieht sich die vorvertragliche Anzeigepflicht nur auf den Gesundheitszustand und Vorerkrankungen des Versicherungsnehmers?

Die vorvertragliche Anzeigepflicht bezieht sich auf alle risikorelevanten Umstände, das heißt, der Versicherungsnehmer muss bei Antragstellung wahrheitsgemäße Angaben zum Gesundheitszustand beziehungsweise zu Vorerkrankungen, zur Einkommenssituation, zu Hobbys und Freizeitaktivitäten, zum Nikotinkonsum, zu bereits bestehendem Versicherungsschutz, zur Ablehnung von Versicherungsanträgen oder deren Annahme mit vertraglichen Erschwernissen und zu gegebenenfalls geplanten Auslandsreisen machen, sofern der Versicherer danach fragt. Selbstverständlich muss auch der vom Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss ausgeübte Beruf und eventuell damit verbundene Gefahren, zum Beispiel der Umgang mit Chemikalien, im Antrag korrekt angegeben werden.

16. Wann endet die vorvertragliche Anzeigepflicht beim Invitatio-Modell?

Beim Invitatio-Modell lädt der Antragsteller den Versicherer zur Abgabe eines Angebotes ein (invitatio ad offerendum). Gegenüber dem Antrags- bietet das Invitatio-Modell für den Vermittler den Vorteil, dass der Versicherer ein VVG-konformes Angebot mit allen vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Unterlagen erstellen muss. Hierfür reicht der Vermittler alle vom Kunden beantworteten Fragen zusammen mit Angaben zum gewünschten Versicherungsschutz, zum Beispiel in Form eines Kurzangebotes, beim Versicherer ein. Der Versicherer prüft auf der Grundlage der vom Kunden zu seiner Person gemachten Angaben die Übernahme des gewünschten Versicherungsschutzes und erstellt ein hierfür verbindliches Angebot. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wann der Antragsteller nun seine Vertragserklärung abgibt.

In der Literatur wird diese Frage unterschiedlich beantwortet. Einige Autoren vertreten die Auffassung, dass der Antragsteller bereits mit Anforderung des Angebotes beim Versicherer seine Vertragserklärung abgibt, während andere Autoren die Position vertreten, dass die Vertragserklärung erst mit Annahme des Angebots durch den Antragsteller abgegeben wird. Allerdings gibt es Gesellschaften, die den Antragsteller ausdrücklich von einer Nachmeldung von zum Beispiel einer akut eingetretenen Krankheit nach Anforderung des Angebots ausdrücklich freistellen.

17. Welche Fragen werden von Lebensversicherern gestellt?

Nachdem der Gesetzgeber die vorvertragliche Anzeigepflicht zum 1.1.2008 sehr verbraucherfreundlich geregelt und diese auf die vom Versicherer in Schriftform vorgelegten Fragen beschränkt hatte, ließ die Reaktion der Versicherungsgesellschaften nicht lange auf sich warten. Die Versicherer überarbeiteten und verlängerten ihre Fragenkataloge. Hier muss der Vermittler nun Achtsamkeit walten lassen, da sich die Antragsfragen, zum Beispiel in einem Antrag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung, von Gesellschaft zu Gesellschaft sehr unterscheiden können. Vor allem die Fragen nach Beschwerden und Funktionsstörungen werden oftmals falsch bewertet. Hier stellt sich regelmäßig die Frage, ob nur ärztlich behandelte Beschwerden und Funktionsstörungen angezeigt werden müssen. Allerdings können auch chronische Rückenbeschwerden, die über viele Jahre hinweg mit Hausmitteln behandelt wurden, anzeigepflichtig sein. Dies sollte allerdings aus den Antragsfragen des Versicherers ersichtlich sein.

18. Kann man auf eine Anzeige von chronischen Beschwerden, die nicht ärztlich behandelt wurden, verzichten?

Immer wieder taucht im Praxisalltag die Frage auf, ob man beispielsweise auf eine Anzeige von chronischen Rückenbeschwerden des Antragstellers nicht verzichten kann. Wenn der zukünftige Versicherungsnehmer in der Vergangenheit keinen Arzt wegen seiner gesundheitlichen Probleme konsultiert hatte, besteht doch eigentlich kein Risiko, dass der Versicherer von diesen Beschwerden Kenntnis erhält. Derartige Überlegungen sind sehr gefährlich und können sich auch für den Vermittler als Haftungsbumerang erweisen, wie das nachfolgende Beispiel verdeutlichen soll:

Versicherungsnehmer Max Mustermann hatte seine chronische Rückenschmerzen in den Jahren vor der Antragstellung mit Schmerzmitteln und einer Stufenlagerung therapiert. Nachdem Herr Mustermann wegen seiner Rückenbeschwerden keinen Arzt konsultiert hatte, rät der Vermittler seinem Kunden, auf eine Anzeige der Rückenbeschwerden zu verzichten, da der Versicherer den Vertrag vermutlich nur mit einer Ausschlusserklärung für Erkrankungen der Wirbelsäule und Folgen annehmen würde. Zwei Jahre nach Versicherungsbeginn werden die Rückenschmerzen unerträglich und Herr Mustermann konsultiert einen Facharzt für Orthopädie. Auf die Frage, wie lange diese Rückenbeschwerden schon auftreten, beschreibt der Patient dem Arzt sein jahrelanges Martyrium. Natürlich dokumentiert der Arzt die Angaben seines Patienten. Nachdem Herr Mustermann aufgrund eines zweifachen Bandscheibenvorfalles in der Lendenwirbelsäule einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gestellt hat, fragt der Versicherer bei dem behandelnden

Orthopäden nach und erhält die Auskunft über die jahrelangen quälenden Rückenbeschwerden des Versicherungsnehmers. Aufgrund des vorsätzlichen Verstoßes gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht tritt der Versicherer vom Vertrag zurück. Hier ist der genaue Wortlaut der Antragsfragen zu prüfen.

19. Wie kann es zu einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kommen?

In den meisten Fällen ist eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auf einen Verstoß des Versicherungsnehmers zurückzuführen, der dem Versicherer fahrlässig, grob fahrlässig oder sogar vorsätzlich risikorelevante Umstände, nach denen der Versicherer in Schriftform gefragt hatte, verschwiegen hat. Allerdings kann ein Verstoß auch ursächlich auf zum Beispiel einen falschen Eintrag in der Patientenakte zurückzuführen sein. Auch in Arztpraxen können Fehler passieren und beispielsweise der Befund von Patient A versehentlich in die Patientenakte von Patient B eingetragen werden. Allerdings wurden in den letzten Jahren auch immer mehr Fälle von Abrechnungsbetrug aufgedeckt und in der einen oder anderen Patientenakte fanden sich Diagnosen, von denen die Patienten keine Kenntnis hatten.

20. Welche Möglichkeiten hat der Versicherungsnehmer, um einen Verstoß gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht zu vermeiden?

Mit einem Blick in die eigene Patientenakte vor Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung können bei einem Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit unangenehme Folgen vermieden werden. Der Gesetzgeber hat im Bürgerlichen Gesetzbuch normiert, dass Patienten einen Rechtsanspruch auf Einsichtnahme in ihre Patientenakte haben. Der Arzt kann die Einsichtnahme nur verweigern, wenn beispielsweise Behandlungsgründe gegen eine Offenlegung seiner Aufzeichnungen und der in der Akte aufbewahrten Unterlagen sprechen. Hat beispielsweise ein Patient eine suizidale Neigung, so sollte ihm diese ärztliche Einschätzung sicherlich nicht vorgelegt werden.

Der Patient kann von dem Arzt auch Kopien seiner Patientenakte verlangen. Die Kosten für die Kopien, nicht aber den Arbeitsaufwand, darf der Arzt dem Patienten in angemessener Form in Rechnung stellen. Alternativ können Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung bei der für sie zuständigen Krankenkasse eine Aufstellung der Abrechnungsdiagnosen der – beispielsweise – letzten fünf Jahre vor einem Antrag auf eine Berufsunfähigkeitsversicherung anfordern. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Auskunft der Krankenkasse die letzten sechs bis zwölf Monate nicht berücksichtigt, da für diesen Zeitraum die Daten regelmäßig noch nicht erfasst sind.

21. Welche Folgen hat ein Verstoß gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Die Folgen eines Verstoßes gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht sind davon abhängig, ob der Versicherungsnehmer fahrlässig, grob fahrlässig oder vorsätzlich gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht verstoßen hat. Sofern der Versicherungsnehmer seine vorvertragliche Anzeigepflicht grob fahrlässig oder sogar vorsätzlich verletzt hat, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Wurde die vorvertragliche Anzeigepflicht vom Versicherungsnehmer nur fahrlässig verletzt, so räumt der Gesetzgeber dem Versicherer ein Kündigungsrecht mit Monatsfrist ein. Allerdings muss ein Verstoß gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht durch den Versicherer nicht zwingend zu einem Vertragsrücktritt oder einer Vertragskündigung führen.

22. Kann der Versicherer bei einem Verstoß gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht in jedem Fall vom Versicherungsvertrag zurücktreten beziehungsweise diesen kündigen?

Bei einem Verstoß des Versicherungsnehmers gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht ist zu prüfen, ob der Versicherer den Vertrag auch in Kenntnis des anzeigepflichtigen Risikos, zum Beispiel einer verschwiegenen Vorerkrankung, angenommen hätte. So können für den Versicherungsvertrag auch vertragliche Erschwernisse – siehe Frage 23 – vereinbart werden. Für den Fall, dass die Prüfung der vorvertraglichen Anzeigepflicht anlässlich eines Antrags auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit einen Verstoß des Versicherungsnehmers gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht offenlegt, bedeutet dies nicht zwingend, dass der Versicherungsnehmer keine Leistung erhält. Ergibt die Prüfung, dass der Versicherer den Vertrag auch mit vertraglichen Erschwernissen angenommen hätte, können diese rückwirkend vereinbart werden.

23. Was versteht man unter vertraglichen Erschwernissen?

Sofern der Versicherungsnehmer im Antrag Vorerkrankungen benennt, können vertragliche Erschwernisse in Form eines Risikozuschlages, einer Wartezeit oder auch eines Leistungsausschlusses erforderlich werden. So kann der Versicherer beispielsweise für einen zu hohen, aber medikamentös eingestellten Blutdruck des Versicherungsnehmers einen Risikozuschlag vereinbaren. Vor allem bei Erkrankungen der Wirbelsäule, zum Beispiel einer Skoliose oder auch im Fall von Bandscheibenbeschwerden, wird in den meisten Fällen ein Leistungsausschluss für Erkrankungen der Wirbelsäule und Folgen vereinbart.

Der Vermittler sollte in diesem Zusammenhang darauf achten, dass Tumorerkrankungen oder auch Unfallverletzungen der Wirbelsäule nicht dem Ausschluss unterliegen. Wartezeiten werden zumeist vereinbart, wenn der Versicherungsnehmer von einer Erkrankung mit einer längeren Behandlungsdauer genesen ist und zum Zeitpunkt der Antragstellung ein Rezidiv nicht erkennbar ist, aber auch nicht ausgeschlossen werden kann. Mit der Vereinbarung einer Wartezeit kann der Versicherer einen Leistungsanspruch in zum Beispiel den ersten drei Jahren nach Versicherungsbeginn für eine bestimmte Krankheit ausschließen. Nach Ablauf der Wartezeit besteht dann uneingeschränkter Versicherungsschutz.

24. Kann der Versicherungsnehmer auch im Fall eines Verstoßes gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht im Versicherungsfall eine Leistungszahlung erhalten?

Sofern der Versicherer im Versicherungsfall eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer aufdeckt, stellt sich die Frage nach dem kausalen Zusammenhang zwischen dem nicht angezeigten Risiko und dem ursächlichen Ereignis, das zur Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers geführt hat. Hatte der Versicherungsnehmer beispielsweise bei Abschluss des Versicherungsvertrages eine Krebserkrankung verschwiegen und ist die angezeigte Berufsunfähigkeit jedoch auf ein Unfallereignis zurückzuführen, so besteht mit hoher Wahrscheinlichkeit kein kausaler Zusammenhang zwischen der nicht angezeigten Vorerkrankung und dem die Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers begründenden Unfallereignis. Allerdings ist nicht in allen Fällen eine einfache „Schwarz-Weiß-Betrachtung“ möglich. So kann beispielsweise eine Erkrankung an Knochenkrebs schwere Frakturen bei einem Unfall begünstigen.

25. Wann beginnt der vorläufige Versicherungsschutz?

Auch zum vorläufigen Versicherungsschutz findet sich in den Versicherungsbedingungen der Gesellschaften keine einheitliche Regelung. So kann ein vorläufiger Versicherungsschutz beispielsweise mit dem Tag des Antragseingangs beim Versicherer oder auch am vierten Tag nach Abgabe der Vertragserklärung gewährt werden. Auch hier stellt sich für das Invitatio-Modell die Frage nach dem Zeitpunkt der Abgabe der Vertragserklärung durch den Antragsteller. Führende Gesellschaften stellen die Angebotsanforderung im Rahmen des Invitatio-Verfahrens mit einer Antragstellung gleich und gewähren einen vorläufigen Versicherungsschutz mit Eingang der Angebotsanforderung oder ab einem definierten Stichtag nach Anforderung des Angebots.

26. Erklärt der Versicherer den vorläufigen Versicherungsschutz in Höhe des beantragten Versicherungsschutzes?

Die Höhe des vorläufigen Versicherungsschutzes wird – bezogen auf die beantragte Berufsunfähigkeitsrente – von den meisten Gesellschaften beschränkt. So kann ein Versicherer beispielsweise den vorläufigen Versicherungsschutz bis zu einer Rentenhöhe von 1.500 Euro/Monat erklären. Sofern ein Kunde eine höhere Rentenleistung beantragt, sollte der Vermittler den Antragsteller über den summenmäßig beschränkten, vorläufigen Versicherungsschutz aufklären.

27. Muss der Versicherungsnehmer einer Berufsunfähigkeitsversicherung eine Gefahrerhöhung anzeigen?

Der Gesetzgeber hat im VVG normiert, dass der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherers keine Gefahrerhöhung vornehmen darf beziehungsweise dem Versicherer eine Gefahrerhöhung unverzüglich anzuzeigen ist. Eine typische anzeigepflichtige Gefahrerhöhung ist beispielsweise das Abdecken des Daches eines Wohn- oder Geschäftshauses im Rahmen von Sanierungsarbeiten. Diese Gefahrerhöhung muss dem zuständigen Gebäudeversicherer angezeigt werden.

Für die Lebensversicherung gilt, dass dem Versicherer eine Gefahrerhöhung nur dann angezeigt werden muss, wenn diese Verpflichtung in den Versicherungsbedingungen benannt und die anzeigepflichtigen Risiken gelistet werden. Diese Verpflichtung gilt unter den vorgenannten Voraussetzungen auch für die Berufsunfähigkeitsversicherung. Sofern ein Versicherer bei der Tarifierung, und dies ist regelmäßig bei der Risiko-Lebens- und gegebenenfalls auch bei der Berufsunfähigkeitsversicherung der Fall, zwischen Rauchern und Nichtrauchern unterscheidet, werden Versicherungsnehmer, deren Vertrag nach einem „Nichtrauchertarif“ geschlossen wurde, regelmäßig in den Versicherungsbedingungen zu einer Anzeige eines Nikotinkonsums verpflichtet.

28. Welche Konsequenzen kann die unterlassene Meldung einer Gefahrerhöhung haben?

Auch im Fall einer unterlassenen Meldung einer Gefahrerhöhung können die Folgen im Versicherungsfall für den Versicherungsnehmer oder seine Hinterbliebenen sehr unangenehm sein. Sofern der Versicherungsnehmer seine Verpflichtung zur Meldung der Gefahrerhöhung vorsätzlich verletzt hat, ist der Versicherer von der Leistung frei. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung

der Meldepflicht durch den Versicherungsnehmer kann der Versicherer seine Leistung in einem entsprechenden Verhältnis zur Schwere des Verstoßes kürzen.

Ein sehr aussagekräftiges Beispiel findet sich mit der unterlassenen Anzeige des Nikotinkonsums des Versicherungsnehmers zu einer nach einem Nichtrauchertarif berechneten Risiko-Lebensversicherung. Unter der Maßgabe, dass die zum Tode des Versicherungsnehmers führende Krankheit in einem möglichen kausalen Zusammenhang mit dem Nikotingenuss steht, zum Beispiel ein Herzinfarkt, Kehlkopf- oder Lungenkrebs, kann der Versicherer die Versicherungsleistung im Verhältnis Beitrag Nichtrauchertarif: Beitrag Rauchertarif mindern. Hierzu ein Beispiel:

Versicherungsnehmer	Eintrittsalter 40 Jahre
Versicherungssumme	€ 250.000,00
Versicherungsdauer	20 Jahre
Tarifbeitrag Raucher	€ 115,37/Monat
Tarifbeitrag Nichtraucher	€ 45,98/Monat

Kürzung der Versicherungsleistung

€ 250.000,00 x (45,98 : 115,37) = € 99.635,95

29. In welcher Versorgungsschicht kann das Risiko der Berufsunfähigkeit abgesichert werden?

Das Risiko der Berufsunfähigkeit kann wahlweise mit

- › einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung der Versorgungsschicht 3,
- › einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in Verbindung mit einer Risiko-Lebensversicherung oder einer Lebens-/Rentenversicherung der Versorgungsschicht 3,
- › einer betrieblichen Altersversorgung,
- › einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in Verbindung mit einem zulagengeförderten Altersvorsorgevertrag der Versorgungsschicht 2 („Riester-Vertrag“),
- › einer Basis-Rentenversicherung (Erwerbsminderung) der Versorgungsschicht 1 oder
- › einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in Verbindung mit einer Basis-Rentenversicherung (Alter) der Versorgungsschicht 3

abgesichert werden.

30. Bis zu welchem Endalter sollte eine Berufsunfähigkeitsversicherung der Versorgungsschicht 3 abgeschlossen werden?

Die Versicherungsdauer beziehungsweise das Endalter des Kunden bei Vertragsende einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung kann bei einem Vorsorgevertrag der Versorgungsschicht 3 in den Grenzen der Annahmerichtlinien frei vereinbart werden. Sinnvollerweise sollte die Versicherungsdauer auf die Regelaltersgrenze, das heißt den Zeitpunkt des voraussichtlichen Renteneintritts, abgestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht für alle Berufsgruppen die Regelaltersgrenze von 67 Jahren bindend ist. So haben beispielsweise Verkehrsflugzeugführer und Mitglieder des Kabinenpersonals, aber auch Fluglotsen in Abhängigkeit von ihrem Alter und ihrem Arbeitgeber unter Umständen bereits zu einem früheren Zeitpunkt einen Anspruch auf ihre Altersrente.

31. Kann die Versicherungsdauer einer Berufsunfähigkeitsversicherung im Fall einer Erhöhung der Regelaltersgrenze nach Versicherungsbeginn verlängert werden?

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der demografischen Verwerfungen in der deutschen Gesellschaft ist eine weitere Erhöhung der Regelaltersgrenze auf das 69. Lebensjahr als sehr wahrscheinlich einzustufen. Sofern ein Kunde für seinen Versicherungsvertrag eine Vertragsdauer bis zum 67. Lebensjahr vereinbart hatte, räumen führende Gesellschaften eine optionale Verlängerung der Versicherungsdauer auf die für den Kunden gültige Regelaltersgrenze ohne erneute Prüfung des Gesundheitszustandes ein. Nachdem eine Erhöhung der Regelaltersgrenze mit hoher Wahrscheinlichkeit – wie bereits bei der letzten Anpassung – in Abhängigkeit von den Geburtsjahrgängen schrittweise erfolgt, kann jeder Versicherungsvertrag mit einer verlängerten Versicherungsdauer individuell an die neue Regelaltersgrenze des Versicherungsnehmers angepasst werden.

32. Welche Versicherungsleistungen können bei Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung der Versorgungsschicht 3 vereinbart werden?

Für die Absicherung des Berufsunfähigkeitsrisikos mit einem Versicherungsvertrag der Versorgungsschicht 3 bieten führende Gesellschaften eine Vielzahl von Ergänzungsmöglichkeiten. So kann beispielsweise eine garantierte Rentensteigerung zum Ausgleich der Inflation im Leistungsfall mit dem Versicherer vereinbart werden.

Viele Gesellschaften bieten eine optional und gegen Mehrbeitrag zu vereinbarenden Sofortleistung bei erstmaligem Eintritt einer Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers an. Aber auch das Risiko einer längeren Arbeitsunfähigkeit, eine Absicherung des Verlustes von ausgewählten Grundfähigkeiten oder schwerer Erkrankungen des Versicherungsnehmers, eine verbesserte Absicherung des Pflegefallrisikos oder eine Anschlussoption für eine Pflegetrentenversicherung können in Verbindung mit ausgewählten Premiumtarifen vereinbart werden. Allerdings treiben derartige Zusatzmodule und Zusatzversicherungen natürlich den laufenden Beitrag in die Höhe und Vermittler und Versicherungsnehmer sollten bei der Einrichtung einer Berufsunfähigkeitsversicherung nicht die primäre Aufgabenstellung aus dem Blick verlieren.

Mit dem Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung soll dem Versicherungsnehmer bei einem teilweisen oder vollständigen Verlust der beruflichen Leistungsfähigkeit infolge von Krankheit, Unfall oder Kräfteverfall eine ausreichend dimensionierte Einkommensersatzleistung in Form einer Berufsunfähigkeitsrente gesichert werden (siehe Frage 10). Sofern das Vorsorgebudget des Kunden eine Ergänzung des Versicherungsschutzes mit Zusatzmodulen/-versicherungen zulässt, sollte mit dem Kunden vorrangig die Absicherung der Risiken einer längeren Arbeitsunfähigkeit und einer Pflegebedürftigkeit besprochen werden.

33. Was versteht man unter einer „Gelbe-Schein-Regelung“?

Mit der Vereinbarung einer „Gelbe-Schein-Regelung“ wird in der Versicherungswirtschaft umgangssprachlich die Absicherung des Risikos einer längeren Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers im Rahmen einer Berufsunfähigkeitsversicherung bezeichnet. Dieser Versicherungsschutz kann zum Beispiel in Premiumtarifen obligatorisch enthalten sein. Die meisten Gesellschaften bieten allerdings eine Absicherung des Arbeitsunfähigkeitsrisikos entweder mit einem beitragspflichtigen Tarifmodul oder einer Zusatzversicherung an.

Bei der Absicherung des Risikos einer längeren Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers sollte der Vermittler immer beachten, dass es „die“ Gelbe-Schein-Regelung nicht gibt. So sollten folgende Details immer im Vorfeld geprüft werden:

- › die Definition einer leistungspflichtigen Arbeitsunfähigkeit,
- › die Art der Leistungszahlung,
- › die maximale Dauer der Leistungszahlung im Versicherungsfall sowie
- › die maximale Dauer der Leistungszahlung während der Versicherungsdauer.

34. Wie kann eine leistungspflichtige Arbeitsunfähigkeit in den AVB einer Berufsunfähigkeitsversicherung definiert werden?

In den Versicherungsbedingungen der verschiedenen Anbieter finden sich teilweise sehr unterschiedliche Definitionen einer leistungspflichtigen Arbeitsunfähigkeit. So kann sich die Definition der Arbeitsunfähigkeit in den AVB an den sozialrechtlichen Begriff der Arbeitsunfähigkeit i.S. von § 2 AU-Richtlinie anlehnen oder der Versicherer stellt seine Definition auf die Auslegung des Begriffs der Arbeitsunfähigkeit in § 1 Abs. 3 der Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung ab. Allerdings muss der Begriff der Arbeitsunfähigkeit in den AVB der Gesellschaften nicht zwingend definiert werden. So fordern einige Gesellschaften den Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit mit einer (zahn-)ärztlichen Bescheinigung nach § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz.

35. Welche Tarifleistung kommt im Fall einer bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers zur Auszahlung?

Neben der Definition einer leistungspflichtigen Arbeitsunfähigkeit sollte der Vermittler auch immer die vom Versicherer in den AVB benannte Tarifleistung, die bei Nachweis einer bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit zur Auszahlung kommt, prüfen. So zahlen einige Gesellschaften im Fall einer Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers – zeitlich befristet – die vertraglich vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente aus. Sofern der Versicherungsnehmer eine Krankentagegeldversicherung unterhält, kann der Bezug einer infolge von Arbeitsunfähigkeit ausbezahlten Berufsunfähigkeitsrente zur Rückforderung von Krankentagegeld durch den privaten Krankenversicherer führen. Führende Gesellschaften benennen daher in ihren Versicherungsbedingungen für den Fall einer leistungspflichtigen Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers die Auszahlung einer Rente in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und damit eine eigenständige Tarifleistung.

Der Anspruch auf eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit wird regelmäßig zeitlich auf 12, 18, 24 oder 36 Monate befristet. Diese zeitliche Befristung gilt dabei regelmäßig sowohl für den einzelnen Versicherungsfall als auch für die Versicherungsdauer.

36. Wie wird der Begriff einer (leistungspflichtigen) Berufsunfähigkeit im VVG definiert?

Seit dem 1.1.2008 findet sich auch im Versicherungsvertragsgesetz eine Definition der Berufsunfähigkeit. In § 172 Abs. 2 VVG hat der Gesetzgeber den Begriff der Berufsunfähigkeit wie folgt definiert:

„Berufsunfähig ist, wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Unfall oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann.“

Bei einer kritischen Betrachtung dieser Definition wird schnell deutlich, dass wesentliche Kriterien für die Beurteilung einer leistungspflichtigen Berufsunfähigkeit fehlen oder nur unzureichend benannt werden. So ist dieser Definition der Prozentsatz der Einbuße der beruflichen Leistungsfähigkeit beziehungsweise der Berufsunfähigkeit, mit der sich ein Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer begründet, nicht zu entnehmen. Auch die erforderliche Dauer der Berufsunfähigkeit wird mit „voraussichtlich dauernd“ nur vage umschrieben. Unklar ist ferner, zu welchem Zeitpunkt die Leistungspflicht des Versicherers einsetzt.

37. Wie wird der Begriff einer leistungspflichtigen Berufsunfähigkeit in den Versicherungsbedingungen der Lebensversicherer definiert?

Stellt man die Versicherungsbedingungen für die Premiumtarife führender Anbieter von Berufsunfähigkeitsversicherungen einmal gegenüber, so findet sich bei der Definition einer leistungspflichtigen Berufsunfähigkeit regelmäßig ein harmonischer Gleichklang im Wortlaut. Eine Berufsunfähigkeit im Sinne der AVB liegt vor, wenn der Versicherungsnehmer infolge von Krankheit, Unfall oder einem mehr als altersgemäßen Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, für eine Dauer von mindestens sechs Monaten ununterbrochen außerstande war oder nach ärztlicher Einschätzung für eine Dauer von voraussichtlich mindestens sechs Monaten außerstande sein wird, in seinem zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, zu mindestens 50 Prozent tätig zu sein. Allerdings läuft eine derartige Definition der Berufsunfähigkeit beispielsweise bei Schülern, Studenten, Hausfrauen und -männern oder auch für versicherte Personen, die aus dem aktiven Erwerbsleben ausgeschieden sind, ins Leere. Für diese Versicherten Gruppen müssen in den AVB eigene Leistungsvoraussetzungen definiert werden.

Im nächsten Schritt sollte der Vermittler nun prüfen, welche weiteren Ereignisse der Versicherer in seinen AVB benennt, die ebenfalls einen Anspruch auf Zahlung der vertraglich vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente begründen. So kann beispielsweise die Zahlung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung durch die Deutsche Rentenversicherung, ein mit einer Rechtsvorschrift – zum Beispiel dem Infektionsschutzgesetz – begründetes Tätigkeitsverbot oder auch eine Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers zu einem Leistungsanspruch gegenüber dem privaten Lebensversicherer führen.

38. Unter welchen Voraussetzungen begründet auch eine Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers einen Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer?

In den AVB für die Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung der Versorgungsschicht 3 der meisten Lebensversicherer wird auch eine Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers als Leistungsauslöser und der Anspruch des Versicherungsnehmers auf Auszahlung der vertraglich vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente benannt. Allerdings finden sich in den Versicherungsbedingungen der verschiedenen Anbieter teilweise sehr unterschiedliche Leistungsvoraussetzungen. So kann eine leistungspflichtige Pflegebedürftigkeit nach den AVB einiger Gesellschaften mit einem Leistungsbescheid der sozialen beziehungsweise der privaten Pflegepflichtversicherung, das heißt mit dem Nachweis eines Pflegegrads, begründet werden, während andere Versicherer den Nachweis einer bedingungsgemäßen Pflegebedürftigkeit auf ADL-Kriterien abstellen.

39. Was muss der Vermittler beim Nachweis einer leistungspflichtigen Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers mit einem Pflegegrad, das heißt mit einem Leistungsbescheid der zuständigen Pflegekasse, beachten?

Einige Gesellschaften fordern für die Begründung eines Anspruchs auf Zahlung der vertraglich vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente den Nachweis einer Pflegebedürftigkeit Grad 2. Diese Leistungsvoraussetzung erscheint auf den ersten Blick sehr verbraucherfreundlich. Allerdings haben sich einige Lebensversicherer noch ein Hintertürchen für die Leistungsprüfung offengelassen. So kann es sein, dass der Versicherer für die Begründung seiner Leistungspflicht einen Pflegegrad 2 in seinen Versicherungsbedingungen benennt, jedoch das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (beziehungsweise des Sozialmedizinischen Dienstes der Knappschaften und der MedicProof GmbH) und auch den Leistungsbescheid der für den Versicherten zuständigen Pflegekasse nicht anerkennt und sich eine eigene Prüfung des Grades der Pflegebedürftigkeit vorbehält. Eine derartige Leistungsvoraussetzung erweckt auf den ersten Blick ein hohes Maß an Kundenfreundlichkeit, ist aber durchaus kritisch zu sehen.

40. Wie wird eine leistungspflichtige Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers basierend auf ADL-Kriterien beurteilt?

Das Kürzel ADL steht für Activities of Daily Living (Tätigkeiten des täglichen Lebens). Dabei handelt es sich um ein Punktesystem, mit dem die Einschränkung von Alltagsaktivitäten bewertet werden kann. Im Praxisalltag wird dabei regelmäßig von dem ADL-Katalog gesprochen, was allerdings eine unzutreffende Bezeichnung ist. Tatsächlich gibt es „den“ ADL-Katalog nicht.

Auch in der Versicherungswirtschaft werden regelmäßig unterschiedliche ADL-Kataloge mit vier, fünf, sechs oder auch neun Beurteilungskriterien benannt, sodass der von einem Versicherer für die Beurteilung einer Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers in den AVB benannte ADL-Katalog in jedem Fall geprüft werden muss. Allerdings müssen nicht nur der verwendete ADL-Katalog und die Anzahl der zu berücksichtigenden Beurteilungskriterien, sondern auch die genauen Leistungsvoraussetzungen geprüft werden.

Vergleicht man beispielsweise die Leistungsvoraussetzungen basierend auf dem von den meisten Gesellschaften verwendeten ADL-Katalog mit sechs Kriterien, so erklären die meisten Versicherer ihre Leistungspflicht bei einem Nachweis von drei ADL-Punkten, das heißt, der Versicherungsnehmer kann drei der sechs genannten Tätigkeiten des täglichen Lebens nicht mehr allein bewältigen. Allerdings gibt es auch Gesellschaften, die einen Leistungsanspruch nur anerkennen, wenn der Versicherungsnehmer bei vier Alltagstätigkeiten die Hilfe einer dritten Person benötigt. Eine besonders kundenfreundliche Regelung findet sich in den Versicherungsbedingungen eines Anbieters, der bereits ab einem ADL-Punkt seine Leistungspflicht erklärt.

41. Wann setzt die Leistungspflicht des Lebensversicherers ein?

Bei Nachweis einer leistungspflichtigen Berufsunfähigkeit muss der Lebensversicherer die vertraglich vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente – vorbehaltlich einer vertraglich vereinbarten Karenzzeit – regelmäßig ab dem Ersten des Folgemonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit erbringen. Im Versicherungsfall kommt es also oftmals zu einem rückwirkenden Leistungsanerkennnis durch den Versicherer und in der Folge zu einer Nachzahlung der vertraglich vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente. Sofern der Versicherungsnehmer eine Krankentagegeldversicherung unterhält und sich die Leistungszahlungen des privaten Krankenversicherers und des Lebensversicherers zeitlich überschneiden, kommt es regelmäßig zu Rückforderungsansprüchen durch den privaten Krankenversicherer.

42. Sollte für eine Berufsunfähigkeitsversicherung eine Karenzzeit vereinbart werden?

Führende Gesellschaften bieten beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung die Möglichkeit der Vereinbarung einer Karenzzeit von sechs oder zwölf Monaten an. Die Vereinbarung einer Karenzzeit kann beispielsweise mit Kunden besprochen werden, die Anspruch auf eine längere, das heißt über die gesetzliche Regelung hinausreichende Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall haben. Aber auch zur Vermeidung einer Überschneidung der Leistungszahlungen aus einer Krankentagegeld- und einer Berufsunfähigkeitsversicherung kann eine Karenzzeit vertraglich vereinbart werden. Der Vermittler sollte bei der Vereinbarung einer Karenzzeit seinen Kunden nachweislich darauf hinweisen, dass der Ausschluss der Karenzzeit zu einem späteren Zeitpunkt zumeist – wenn überhaupt – nur im Rahmen einer erneuten Gesundheitsprüfung möglich ist.

43. Welche Leistungskriterien der Wiedereingliederungshilfe sollte der Vermittler prüfen?

In vielen Fällen werden Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung nur temporär ausbezahlt, da viele Versicherungsnehmer, oftmals motiviert durch eine zu geringe Berufsunfähigkeitsrente, wieder in ein aktives Erwerbsleben zurückkehren wollen oder auch müssen. Qualifizierte Tarife sehen für diesen Fall eine Wiedereingliederungshilfe des Versicherers als einmalige Kapitalleistung vor.

Allerdings, und dies sollte der Vermittler zwingend prüfen, werden von den Gesellschaften teilweise sehr unterschiedliche Voraussetzungen für die Auszahlung in den Versicherungsbedingungen benannt. So fordern viele Versicherer für die Auszahlung einer Wiedereingliederungshilfe den Nachweis einer Umschulungsmaßnahme ein. Folgende Prüfkriterien sollte der Vermittler kritisch hinterfragen:

- › Macht der Versicherer die Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe von einer Mindestversicherungsdauer vor Eintritt der Berufsunfähigkeit abhängig?
- › Begründet sich ein Anspruch des Versicherungsnehmers auf eine Wiedereingliederungshilfe nach einer Mindestleistungsdauer wegen Berufsunfähigkeit?
- › In welcher Höhe gewährt der Versicherer eine Wiedereingliederungshilfe?
- › Muss der Versicherungsnehmer für die Inanspruchnahme einer Wiedereingliederungshilfe einen Nachweis über die erfolgreiche Umsetzung einer Umschulungsmaßnahme führen?
- › Ist der Anspruch auf Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe von einer verbleibenden Mindestversicherungsdauer, zum Beispiel drei Jahre, abhängig?
- › In welchem Zeitraum nach Auszahlung einer Wiedereingliederungshilfe kann der Versicherer die geleistete Kapitalzahlung bei erneutem Eintritt einer leistungspflichtigen Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers mit den laufenden Berufsunfähigkeitsrenten verrechnen?
- › Kann die Wiedereingliederungshilfe während der Versicherungsdauer mehrfach in Anspruch genommen werden?

44. Welche Kriterien der Umorganisationshilfe sollte der Vermittler prüfen?

Sofern der Versicherer eine Leistungszahlung an einen freiberuflich oder selbstständig tätigen Kunden unter Verweis auf eine mögliche und betriebswirtschaftlich sinnvolle Umorganisation verweigert, sehen die Versicherungsbedingungen einiger Gesellschaften die Zahlung einer Umorganisationshilfe vor. Allerdings muss in diesem Zusammenhang beachtet werden, dass eine Leistungsverweigerung aufgrund einer möglichen Umorganisation in der Alltagspraxis sehr selten vorkommt. In diesem Zusammenhang sollten auch immer die in den AVB benannten Voraussetzungen für eine Umorganisation des Unternehmens des Versicherungsnehmers beziehungsweise eine mögliche Einschränkung des Einwands der Umorganisation durch den Versicherer in den Versicherungsbedingungen geprüft werden.

Sofern ein Versicherer eine Umorganisationshilfe in seinen Versicherungsbedingungen als Tarifleistung benennt, sollte der Vermittler folgende Prüfkriterien kritisch hinterfragen:

- › Macht der Versicherer die Zahlung einer Umorganisationshilfe von einer Mindestversicherungsdauer vor Eintritt der Berufsunfähigkeit abhängig?
- › Begründet sich ein Anspruch des Versicherungsnehmers auf eine Umorganisationshilfe nach einer Mindestleistungsdauer wegen Berufsunfähigkeit?
- › In welcher Höhe gewährt der Versicherer eine Umorganisationshilfe?
- › Ist der Anspruch auf Zahlung einer Umorganisationshilfe von einer verbleibenden Mindestversicherungsdauer, zum Beispiel drei Jahre, abhängig?
- › In welchem Zeitraum nach Auszahlung einer Umorganisationshilfe kann der Versicherer die geleistete Kapitalzahlung bei erneutem Eintritt einer leistungspflichtigen Berufsunfähigkeit des Versicherungsnehmers mit den laufenden Berufsunfähigkeitsrenten verrechnen?
- › Kann die Umorganisationshilfe während der Versicherungsdauer mehrfach in Anspruch genommen werden?

45. Wie muss eine Berufsunfähigkeitsrente (Versorgungsschicht 3) im Versicherungsfall versteuert werden?

Berufsunfähigkeitsrenten, die aus einem Versicherungsvertrag der Versorgungsschicht 3 ausbezahlt werden, müssen mit dem sogenannten Ertragsanteil versteuert werden. Dabei ist allerdings im ersten Schritt zu prüfen, ob die Berufsunfähigkeitsrente zeitlich befristet – zum Beispiel bis zum 67. Lebensjahr des Versicherungsnehmers – oder – zum Beispiel aufgrund einer bedingungsgemäßen Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers – lebenslang ausbezahlt wird. Sofern die versicherte Berufsunfähigkeitsrente bis zu einem vertraglichen Zielalter und damit zeitlich befristet ausbezahlt wird, bemisst sich der Ertragsanteil in Abhängigkeit von der Dauer der maximal möglichen Leistungszahlung (siehe § 55 Abs. 2 EStDV). Dabei spielt es keine Rolle, ob die Leistungspflicht vom Versicherer ab Eintritt der Berufsunfähigkeit zeitlich befristet anerkannt wurde. Endet der Anspruch des Versicherungsnehmers vorzeitig, so kann dieser eine Änderung seines Steuerbescheids aufgrund geänderter Besteuerungsgrundlagen beantragen.

Sofern der Versicherungsnehmer gegen den Versicherer einen Anspruch auf eine lebenslange Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente hat, muss die Rentenleistung ebenfalls mit dem Ertragsanteil versteuert werden. Allerdings wird der Ertragsanteil in diesem Fall unter Berücksichtigung des Lebensalters (vollendeten Lebensjahrs) des Versicherungsnehmers bei Beginn des Rentenbezugs ermittelt (siehe § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG).

46. Kann das Risiko der Berufsunfähigkeit nur mit einem Vorsorgevertrag der Versorgungsschicht 3 abgesichert werden?

Das Berufsunfähigkeitsrisiko kann mit Vorsorgeverträgen in allen drei Versorgungsschichten abgesichert werden. Während der Versicherungsnehmer bei der Einrichtung eines Versicherungsvertrages der Versorgungsschicht 3 weitgehende Gestaltungsfreiheit hat, sind bei der Absicherung des Berufsunfähigkeitsrisikos in Verbindung mit einer Riester- oder einer Basis-Rentenversicherung steuerrechtliche und bei Wahl einer betrieblichen Altersversorgung arbeits- und steuerrechtliche „Leitplanken“ zwingend zu beachten.

47. Gibt es einen Unterschied zwischen einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung der Versorgungsschicht 1 gegenüber einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung der Versorgungsschicht 3?

Aus einem Vorsorgevertrag der Versorgungsschicht 1 dürfen Versicherungsleistungen nur rentenförmig ausbezahlt werden, das heißt, Kapitalleistungen wie beispielsweise eine Sofortleistung bei erstmaligem Eintritt einer Berufsunfähigkeit, eine Wiedereingliederungs- oder auch eine Umorganisationshilfe können mit einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in Verbindung mit einer Basis-Rentenversicherung nicht abgesichert werden. Nachdem sich die private Basis-Rentenversicherung am Leitbild der gesetzlichen Rentenversicherung orientiert, können Leistungen für den Fall einer längeren Arbeitsunfähigkeit oder für eine verbesserte Absicherung des Pflegefallrisikos in Verbindung mit einem Vorsorgevertrag der Versorgungsschicht 1 nicht vereinbart werden.

48. Welches Beitragsverhältnis von Haupt- und Zusatzversicherung muss zwingend berücksichtigt werden?

Sofern in Verbindung mit einer Basis-Rentenversicherung (Alter) das Berufsunfähigkeitsrisiko des Versicherungsnehmers abgesichert werden soll, muss der auf die Hauptversicherung (Altersversorgung) entfallende Beitragsanteil immer größer 50 Prozent des Gesamtbeitrages sein. Dies gilt auch für den Fall einer Hinterbliebenenzusatzversicherung.

49. Wie ist der Beitragsanteil für eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit zu bewerten?

Der auf die Absicherung der Beitragsfreiheit bei Berufsunfähigkeit entfallende Beitragsanteil wird der Altersversorgung zugerechnet, das heißt, bei Einrichtung einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gilt nur der auf die Absicherung der Berufsunfähigkeitsrente entfallende Beitragsanteil als Beitrag für die Zusatzversicherung.

50. Warum sollte das Verhältnis der Beiträge für die Altersversorgung und der Beiträge für die Absicherung der Berufsunfähigkeitsrente nicht „auf Kante genäht“ werden?

In vielen Basis-Rentenversicherungen (Alter) wird die ergänzende Absicherung des Berufsunfähigkeitsrisikos mit einer Berufsunfähigkeits-(Zusatz)-Versicherung im Interesse eines hohen Versicherungsschutzes gerne „auf Kante genäht“, das heißt, 51 Prozent des Gesamtbeitrages werden für die Altersversorgung und die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit eingesetzt, 49 Prozent des Gesamtbeitrages werden für die Absicherung einer Berufsunfähigkeitsrente aufgewendet. Im Interesse einer beitragsmäßigen Entlastung des Kunden wird dann oftmals für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als Überschussystem die Sofortverrechnung gewählt.

Sofern der Lebensversicherer seine Gewinnbeteiligungssätze ändert, kann ein derart optimiertes Beitragsverhältnis sehr schnell zum Störfall führen. In den letzten Jahren hatten bereits erste Gesellschaften die Gewinnbeteiligungen für die Berufsunfähigkeits-(Zusatz)Versicherung abgesenkt. Wenn es durch eine Absenkung der Überschussbeteiligung zu einer Verschiebung des Verhältnisses der auf die Altersversorgung beziehungsweise auf die Absicherung der Berufsunfähigkeitsrente entfallenden Beitragsanteile kommt, kann der Sonderausgabenabzug rückwirkend ab Versicherungsbeginn entfallen.

Allerdings kann nicht nur eine Absenkung der Überschussbeteiligung zu einem Störfall führen. Sofern der Versicherungsnehmer, zum Beispiel aufgrund eines Liquiditätsengpasses während der COVID-19-Pandemie, seinen laufenden Beitrag reduziert, muss auch der Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit aufgrund des zwingend vorgeschriebenen Beitragsverhältnisses abgesenkt werden. Hier stellt sich dann die Frage, in welchem Zeitraum der Gesamtbeitrag und damit auch der Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit ohne eine erneute Gesundheitsprüfung wieder erhöht werden kann.

AssekuranZoom

www.assekuranzoom.de