

BU-Fragebogen der Gesellschaften

BU-Versicherer hatten Gelegenheit, sich hinsichtlich der Verankerung der BU-Thematik „Psychische und psychosomatische Erkrankungen“ im Antrag sowie im Bedingungswerk ihrer Gesellschaften zu äußern. Zudem wurden Leistungsfall-Aspekte in der BU abgefragt.

Die hier veröffentlichten Angaben beruhen ausschließlich auf den Angaben der Versicherer. Im Rahmen dieser Übersicht kann der Makler einen ersten Vergleich ziehen und vertiefende Rückfragen bei den Gesellschaften führen.



Top-Tarif-Bezeichnung:
SBU / BUZ

Antrag

Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen

BAL 1127 01.13 MPP

(C) Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

4. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in ambulanter Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnasten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten)?

5 e) Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten und/oder Beschwerden der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depressionen, Angst-, Essstörungen, Selbsttötungsversuch, psychosomatische Störungen, Epilepsie/Krampfanfälle, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson)?

Bedingungswerk

Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Keine gesonderte Berücksichtigung

Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

Gemäß ABB.6.1. erhält der Kunde von uns eine Entscheidung über die Leistungspflicht innerhalb von 5 Tagen. Die Entscheidung im Rahmen des Teleclaimerverfahrens erfolgt binnen 2 Tagen.

Anerkannte Anträge in Prozent von 100

2008:	66,7 %
2009:	67,3 %
2010:	60,1 %
2011:	64,7 %

Prozess-Quote

2008:	5,2 %
2009:	5,6 %
2010:	1,3 %
2011:	2,9 %

Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

Teleclaiming

Über den telefonischen Erstkontakt mit dem Versicherungsunternehmen wird dem Versicherten schnell und unbürokratisch geholfen. Gemeinsam mit dem Versicherten (nach vorheriger Zustimmung) wird der Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit in einem Telefoninterview ausgefüllt.

Während der Versicherte seine Krankheitsgeschichte schildert, überträgt der Leistungsprüfer die Angaben in den Fragebogen. Hierbei ist es von Vorteil, dass der Leistungsprüfer beim Ausfüllen des Fragebogens sofort beratend und unterstützend eingreifen kann. Gerade die detaillierte Beschreibung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit gestaltet sich oft als schwierig.

Der Versicherte erhält den ausgefüllten Fragebogen zur Prüfung. In aller Ruhe können nun die Angaben kontrolliert und gegebenenfalls geändert oder ergänzt werden. Erst mit der Unterschrift werden die Angaben gültig.



Top-Tarif-Bezeichnung: Condor Comfort-BUZ (D701, Stand 12/2012)

Antrag

Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Antrag CLA 117 Net / Risikoangaben (B)

13. Bestehen derzeit oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Behinderungen, medizinisch behandelte Beschwerden oder geistige bzw. körperliche Schäden als Folgen von Krankheiten oder Verletzungen,

h) der Psyche (z.B. Angststörung, Depression, Essstörung)?

17. Sind Sie derzeit oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen in Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen Sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut)?

Bedingungswerk

Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Sie sind durch die normale BU-Definition abgedeckt (§2 Abs. 1) und zusätzlich durch unser Alleinstellungsmerkmal der Leistung bei Arbeitsunfähigkeit (§2 Abs. 14). Hinweis: Dadurch wäre auch ein Burnout versichert, der nicht zwingend vom BU-Begriff erfasst ist, da Burnout noch nicht abschließend als Krankheit anerkannt ist.

Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

Der Workflow ist beigefügt. Ab Erhalt aller Unterlagen informieren wir verbindlich innerhalb von nur 10 Tagen über unsere Leistungsentscheid (§6 Abs. 1).

Anerkannte Anträge in Prozent von 100

Zu den anerkannten Anträgen können wir keine Angaben machen.

Prozess-Quote

Im Durchschnitt zwischen 2005 und 2011 beträgt unsere Prozessquote 2,78%.

Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

Aufgrund unseres Alleinstellungsmerkmals - der Leistung bei 6-monatiger Arbeitsunfähigkeit - entstehen sehr wenig Streitfälle, da eine Arbeitsunfähigkeit keinen BU-Grad hat und demzufolge auch nicht um diesen im Leistungsfall gestritten wird. Der Versicherte erhält den ausgefüllten Fragebogen zur Prüfung. In aller Ruhe können nun die Angaben kontrolliert und gegebenenfalls geändert oder ergänzt werden. Erst mit der Unterschrift werden die Angaben gültig.



Top-Tarif-Bezeichnung: BUZ-T (01/13) bzw. BV-T (01/13)

Antrag

Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Anlage 1: Antrag

Sind Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder Therapeut (z.B. Physiotherapeut, Psychotherapeut, Krankengymnast, Ergotherapeut) beraten, untersucht, nachuntersucht, behandelt, bestrahlt oder operiert worden?

Sind Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder Therapeut (z.B. Psychotherapeut) wegen Krankheiten oder Beschwerden der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depressionen, Gemütsstörung, Psychose, Neurose, Essstörung, Sprachstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Anfallsleiden, Lähmungen, Kopfschmerzen, Migräne, Multiple Sklerose, Fibromyalgie) untersucht, beraten oder behandelt worden?

Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in psychotherapeutischer Behandlung?

Bedingungswerk

Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Tritt eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen in Folge einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung ein, besteht hierfür Versicherungsschutz. Einer besonderen Berücksichtigung im Bedingungswerk bedarf es nicht.

Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns bezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von vier Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und von uns angeforderten Unterlagen oder Ergebnisse der ärztlichen Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir spätestens alle sechs Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand. Wenn zur Leistungsentscheidung weitere Unterlagen erforderlich sind, fordern wir diese unverzüglich an.

Durchschnittliche Bearbeitungszeit bei Leistungsfällen

Vorgang	Durchschnittliche Dauer (Tage)	Maximale Dauer (Tage)	Minimale Dauer (Tage)
Gesamter Vorgang (ab Meldung der BU bis zum Leistungsentscheid)	73,55	241,00	1,00
· Phase 1 „Bereitstellung der Unterlagen durch den VN“ (ab Meldung der BU bis zur Einreichung der vollständigen Unterlagen)	57,60	241,00	1,00
· Phase 2 „Prüfung und Entscheid des VU“ (nach Vorlage der vollständigen Unterlagen bis zum Leistungsentscheid)	12,26	137,00	1,00
Dauer der Erstellung eines medizinischen Gutachtens im Rahmen der BU Leistungsprüfung	48,00	180,00	7,00
Dauer der Erstellung/Anforderung eines ärztlichen Befunds im Rahmen der BU-Leistungsprüfung	42,00	90,00	10,00

Gründe für Dauer der Gutachten und/oder Arztanfragen

Medizinische Gutachten: Wir wählen Gutachter aus, die sich durch ihre Fachkunde auszeichnen. In der Regel sind diese Gutachter zeitlich ausgelastet.

Arztanfragen

Die Gründe für die Dauer sind für uns nicht ersichtlich und uns nicht bekannt. Wir vermuten als Ursache für die längere Bearbeitungszeit eine starke Auslastung der niedergelassenen Ärzte und das komplizierte Recht der Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten nach § 213 VVG. Erfahrungsgemäß geht es schneller, wenn unsere Mitglieder selbst die ärztlichen Befunde bei ihren behandelnden Ärzten anfordern. Deshalb bitten wir unsere Mitglieder bereits zu Beginn unserer Leistungsprüfung, uns die bei ihren Hausärzten befindlichen Befunde einzureichen.

**Anerkannte Anträge
in Prozent von 100**

2008: 56,99 %
 2009: 59,03 %
 2010: 66,16 %
 2011: 66,41 %

Prozess-Quote

2008: 2,4 %
 2009: 3,6 %
 2010: 2,5 %
 2011: 2,3 %

Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

./.

Antrag
Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Antrag auf BU PROTECT

II. Allgemeine Gesundheitsfragen

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

j) der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Essstörung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Überlastungszustand, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)?

V. Ergänzende Gesundheitsfragen zu II und IV

1. Werden Sie gegenwärtig oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren durch

Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Heilpraktiker, Krankengymnast, Physiotherapeut) beraten, untersucht oder behandelt?

Bedingungswerk
Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Berufsunfähigkeit in Folge Krankheiten, Körperverletzung oder Kräfteverfall gemäß § 2 Absatz 1 der AVB. Beinhaltet auch Psychische und psychosomatische Erkrankungen.

Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

Sobald der Kunde seine Berufsunfähigkeit (fern-)mündlich, elektronisch (per E-Mail) oder schriftlich (auch per Fax) angezeigt hat, erhält in der Regel einen speziell konzipierten Fragebogen (Selbstauskunft), der auf seinen zuletzt von ihm (in gesunden Tagen) ausgeübten Beruf abgestellt ist. Das Auskunftsfomular enthält anlassbezogen zahlreiche Erläuterungen und dient als „roter Faden“ für die Nachweisführung der vom Versicherten geltend gemachten Berufsunfähigkeit. Dem Kunden wird explizit aufgezeigt, welche Auskünfte und Nachweise zur Begründung seines Leistungsanspruches erforderlich sind, um die Regulierungsdauer möglichst zu begrenzen.

Sobald bekannt ist, wie das Arbeitsverhältnis des Versicherten tatsächlich beschaffen war und welche körperlichen und geistigen Anforderungen an die (hier maßgebliche) Tätigkeit gestellt worden sind, lässt sich durch die zeitgleich von uns angeforderten ärztlichen Befunde, Arztbriefe und Klinikberichte (in Kopie) prüfen, wie sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einer konkreten Berufsausübung auswirken. Die Vorlage eines gesonderten Arztberichtsformular ist nur erforderlich, wenn sich anhand der bereits vorgelegten Nachweise noch keine abschließende Prüfung unserer Leistungs-

pflicht vornehmen lässt. Auf Wunsch werden wir hier für den Versicherten tätig.

Im Interesse der Versichertengemeinschaft muss parallel natürlich geklärt werden, ob der Versicherte bei Abgabe seiner Vertragserklärung seinen vertraglichen Anzeigepflichten in ausreichender Weise nachgekommen war.

Die Bearbeitungs- und Reaktionszeit zwischen Eingang der Anzeige und Versand der Selbstauskunft beträgt zwischen 1 bis 3, maximal 5 Arbeitstagen. Liegt das Auskunftsfomular vor, prüfen wir unsere Leistungspflicht in einer Zeitspanne von zwei bis drei Wochen, maximal innerhalb von 4 Wochen. Der Versicherte wird über alle Prüfungsschritte fortlaufend informiert. Insbesondere dann, wenn beispielsweise weitere ärztliche Erhebungen (Rückfragen) notwendig werden, unterrichten wir den Versicherten und räumen ihm auch ein Widerspruchsrecht ein. Alternativ kann er die erforderlichen Nachweise natürlich selbst beschaffen.

Sobald sämtliche Informationen und Unterlagen vorliegen, geben wir innerhalb von zwei bis drei Wochen, maximal bis zu vier Wochen eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab. Sind die eingereichten Nachweise unvollständig und/oder widersprüchlich, befragen wir unsere Beratungsärzte oder geben auf unsere Kosten ein fachärztliches Gutachten in unmittelbarer Nähe zum Wohnort des Versicherten in Auftrag. Bereits in den Behandlungsprozess involvierte Mediziner werden hier nicht beauftragt, um möglichst wertfreie, objektive und qualitative hochwertige Einschätzungen (ein Anspruch unseres Hauses) zu erhalten.

**Anerkannte Anträge
 in Prozent von 100**

 2008: 78,18 %
 2009: 67,12 %
 2010: 73,86 %
 2011: 69,15 %

Prozess-Quote

 2008: 1,49 %
 2009: 3,30 %
 2010: 2,80 %
 2011: 1,56 %

Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

Beratungstool Diagnose X mit integrierter Risikoprüfung und neu mit elektronischer Unterschrift. Vorsorge-ABS der Bayerischen.


Antrag
Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen

EGO-Antrag_01-01-2013.pdf „Antrag auf eine private Berufsunfähigkeitsvorsorge“

8. Bestehen bei Ihnen derzeit dauerhafte Beeinträchtigungen, Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z. B. Depressionen, Angstzustände, Essstörungen, Suizidversuche) oder wurden Sie in den letzten zehn Jahren diesbezüglich beraten, untersucht oder behandelt?

10. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Ärzte, sonstige Behandler* oder im Krankenhaus statt? Wann? Weswegen?

Bedingungswerk
Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Vergleiche §2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen „Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?“ Hieraus lässt sich folgende Schlussfolgerung ableiten: Sollten aufgrund vorliegender psychischer bzw. psychosomatischer Beschwerden, die in §2 der AVB genannten bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sein, besteht selbstverständlich auch für gesundheitliche Beeinträchtigungen, die auf psychischen bzw. psychosomatischen Ursachen beruhen, vollumfänglicher Versicherungsschutz.

Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalles

Da der Prüfungsprozess immer vom konkreten Einzelfall abhängig, ist die detaillierte Darstellung des Bearbeitungsprozesses bzw. des Ablaufs der Leistungsprüfung mit Angabe entsprechender Fristen schwierig. HDI erfüllt seine Aufgaben mit einem hohen Maß an Kunden- und Vertriebsorientierung. Kommt es zu einem Leistungsfall aufgrund Berufsunfähigkeit bietet HDI um die Bearbeitungszeiten möglichst gering zu halten einen starken Service für den Kunden an. Nach telefonischer oder schriftlicher Anmeldung der Berufsunfähigkeits-Ansprüche wird bei vorhandenen Kontaktdaten ein telefonischer Erstkontakt vorgenommen. In vielen Fällen bieten wir dem Kunden ein Teleclaiming an, d.h. telefonische Unterstützung beim Ausfüllen des Antrags/Fragebogens auf Leistungen aufgrund der Berufsunfähigkeit. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, die für die Prüfung notwendigen Informationen im Rahmen eines persönlichen Gesprächs durch unseren Vor-Ort-Kunden-Service aufzunehmen. Unser Vor-Ort-Kunden-Service und unser Innendienstteam „Leistungsprüfung Berufsunfähigkeit“ helfen dem Kunden bei der Darstellung seiner beruflichen Tätigkeit und bei der Nachweisbeschaffung. Die Mitarbeiter der Abteilung stehen direkt für telefonische Rückfragen zur Verfügung. Sollte es zu einer Leistungsablehnung kommen, da die bedingungsgemäßen Voraussetzungen nicht erfüllt sind, wird dies von HDI ausführlich

und kundenverständlich erläutert. Auch bei Fragen zum Versicherungsschutz vor Eintritt des Leistungsfalles, steht HDI dem Kunden und dem Vertrieb rund um das Thema „Leistungsprüfung Berufsunfähigkeit“ zur Verfügung.

Weiterer Hinweis: Unsere Bedingungen enthalten keine Meldefristen, so dass die Leistung – unabhängig vom Zeitpunkt der Meldung – immer rückwirkend ab dem 1. Tag des BU-Eintritts erbracht wird. Weiterhin ist der Versicherte – nach Eintritt einer BU – nicht verpflichtet, eine Besserung des Gesundheitszustands oder die Aufnahme einer Berufstätigkeit im alten oder einem anderen (neuen) Beruf anzuzeigen.

Anerkannte Anträge in Prozent von 100

2008: 66,10% (Morgen&Morgen)
 2009: 67,09 % (Morgen&Morgen)
 2010: 78,63 % (Morgen&Morgen)
 2011: Wird erst im Mai 2013 veröffentlicht

Info zur Berechnung direkt aus dem M&M Office-Tool: Bei der M&M BU-Leistungsquote werden die anerkannten Leistungsfälle ins Verhältnis zu den beantragten Leistungsfällen gesetzt. Eine hohe Leistungsquote ist prinzipiell eher gut, da der Versicherungsnehmer im Ernstfall eine entsprechende Leistung erwartet. Überdurchschnittlich hohe Quoten werden allerdings auch moderat abgewertet, da aus Sicht des Kollektivs nicht jeder Antrag anerkannt werden sollte. Wie bei der M&M Prozessquote werden auch hier die Werte der letzten drei Jahre zusammenaddiert und gemittelt.

Prozess-Quote

2008: 0,73 % (Morgen&Morgen)
 2009: 0,82 % (Morgen&Morgen)
 2010: 1,32 % (Morgen&Morgen)
 2011: wird erst im Mai 2013 veröffentlicht

Info zur Berechnung direkt aus dem M&M Office-Tool: Die M&M BU-Prozessquote setzt die Anzahl der verlorenen Prozesse ins Verhältnis zu den vom Versicherer abgelehnten Leistungsfällen. Hiermit soll bewertet werden, inwieweit der Versicherer „zu Unrecht“ Prozesse führt. Eine hohe „reine“ Prozessquote an sich ist nicht unbedingt schlecht, da der Versicherer natürlich das Recht haben muss, ungerechtfertigte Ansprüche notfalls per Gericht abzuwehren. Verlorene Prozesse sind allerdings in jedem Fall zu vermeiden. Da Vergleiche per se weder gut noch schlecht sind, werden diese anteilig bewertet, also mit dem Verhältnis der verlorenen zu gewonnenen plus verlorenen Prozessen gewichtet und hinzuaddiert. Um die Quote im Zeitverlauf etwas zu glätten – gerade bei BU-Prozessen wird i. Allg. nicht innerhalb kurzer Zeit entschieden, so dass sich diese über mehrere Kalenderjahre ziehen können – werden die Zahlen der letzten drei Jahre aufaddiert und dann gemittelt.

Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

- Auf die abstrakte und konkrete Verweisung auf andere Berufe wird bei Eintritt der Berufsunfähigkeit verzichtet.
- Die Leistung erfolgt – auch rückwirkend – ab dem 1. Tag der Berufsunfähigkeit, sofern keine Karenzzeit vereinbart wurde.
- Geleistet wird bereits ab 50%iger Berufsunfähigkeit.
- Maßgeblich für die Leistungsprüfung ist die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit in gesunden Tagen. Es erfolgt keine Prüfung auf früher ausgeübte Berufe.
- Im Leistungsfall bestehen keine Meldefristen bei Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder Verbesserung des Gesundheitszustands.
- Es besteht die Möglichkeit einer bedarfsgerechten Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Nachversicherungsgarantie – kostenlos und ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- HDI bietet als erster Versicherer rechtsverbindliche Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen.



**Top-Tarif-Bezeichnung:
S-M.A.R.T., XL und XXL**

Antrag**Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Antrag auf eine Einzel-Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif (D) ABV XXL

7. Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus gesundheitlichen Gründen durch Ärzte oder andere Behandler (z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) beraten, untersucht und /oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten?

12. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen vorgesehen wegen

12.5 Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z.B. Depressionen, Angstzustände, Belastungsreaktion, Burnout-Syndrom, Essstörungen, ADS)?

Bedingungswerk**Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

S-M.A.R.T.: § 6 a) der Bedingungen: keine Leistung, wenn BU durch Gesundheitsstörung psychischer Art, es sei denn, diese ist durch während der Versicherungsdauer entstandenes organisches Leiden hervorgerufen worden.

XL und XXL: keine Einschränkungen

Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

Innerhalb von 2 Tagen wird ein Fragebogen für Angestellte / Selbstständige an den Anspruchsteller verschickt. Nach der Rücksendung erfolgt die Bearbeitung innerhalb von 5 Werktagen. Sobald sämtliche Unterlagen vorliegen, erfolgt die Endbearbeitung innerhalb von 10 Arbeitstagen. Während der Prüfung wird der Anspruchsteller regelmäßig, mindestens monatlich über den Sachstand informiert und fehlende Unterlagen werden zeitnah angefordert.

Anerkannte Anträge in Prozent von 100

2008: 57,72 %
2009: 63,30 %
2010: 70,49 %
2011: 92,13 %

Prozess-Quote

2008: 8,93 %
2009: 3,77 %
2010: 4,83 %
2011: 8,77 %

Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

Franke und Bornberg BU-Produktrating Tarife XL und XXL: FFF (hervorragend)
Morgen & Morgen BU Rating: 5 Sterne (ausgezeichnet)



Top-Tarif-Bezeichnung:
Golden BU Lösungen

Antrag

Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Alle Gesundheitsfragen finden unsere Geschäftspartner jederzeit auf einen Blick im Antrag. Laut Morgen & Morgen Teilrating 2012 erhält die LV 1871 für die Komponente BU-Annahmequote die Bewertung „ausgezeichnet“.

Beiblatt Risikoprüfung

Standard-Gesundheitsfragen an die versicherte Person = VP

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Störungen, Krankheiten oder Beschwerden 2.2.j. der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, psychosomatische Störungen, Magersucht, Bulimie, Schlafstörungen, Erschöpfungszustände, Stress-Syndrom, Burn-out-Syndrom) 2.6. Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 10 Jahre in Behandlung von Psychologen oder Psychotherapeuten?

Zusatzfragen bei Berufsunfähigkeitsversicherung oder Berufsunfähigkeitszusatzversicherung

2.12. Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Fehlbildungen, Verluste oder Schäden an Körperteilen oder -organen, Folgen von Operationen oder Unfällen)?

Bedingungswerk

Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Keine einschränkende Regelungen im Bedingungswerk

Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

- unverzügliche Anforderung des formellen Leistungsantrag innerhalb von maximal zwei Arbeitstagen

- Reaktionszeit nach Eingang von Unterlagen maximal drei Wochen, laut Versicherungsbedingungen
- Entscheidung nach Erhalt aller Unterlagen innerhalb von drei Wochen, laut Versicherungsbedingungen

Anerkannte Anträge in Prozent von 100

2008:	70 %
2009:	73 %
2010:	76 %
2011:	75 %

Anmerkung: Laut Morgen & Morgen Teilrating 2012 erhält die LV 1871 für die Komponente BU-Leistungsquote die Bewertung „ausgezeichnet“

Prozess-Quote

2008:	k.A. %
2009:	2,53 %
2010:	2,43 %
2011:	0,00 %

Anmerkung: Laut Morgen & Morgen Teilrating 2012 erhält die LV 1871 für die Komponente BU-Prozesse die Bewertung „ausgezeichnet“. Die Prozesshäufigkeit lag bei 0,02 Prozent.

Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

Zum Januar 2013 hat die LV 1871 die Berufsgruppen abgeschafft. Die neuen Golden BU Lösungen bieten erstmals maßgeschneiderte Prämien und passgenauen Schutz. Das Beitragssystem berücksichtigt die individuelle Situation der Kunden. Dazu gehörten neben dem Beruf auch risikomindernde Faktoren wie Kinder, Rauchverhalten oder Familienstand. Das Ergebnis: ein passgenauer und fairer Beitrag der die individuelle Vorsorgesituation des Einzelnen in den Vordergrund stellt.



Top-Tarif-Bezeichnung:
SBU

Antrag

Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Risiko- und Gesundheitserklärung 4. Bestanden in den letzten 10 Jahren oder bestehen gegenwärtig bei Ihnen Krankheiten, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen der Psyche (z. B. Angststörung, depressive Verstimmung, Neurose, Burnout, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand, Schmerzsyndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch; Bitte ärztliches Attest 2.073a und/oder vorhandene Berichte beifügen)?

5. Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Fehlbildungen, Einschränkungen nach Operationen oder Unfällen, Amputationen, Verlust eines oder beider Augen)?

Bedingungswerk

Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Jegliche Erkrankung wird entsprechend § 2 der Versicherungsbedingungen berücksichtigt.

Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

Keine Bearbeitungszeiträume festgelegt. In aller Regel findet eine Außenregulierung statt.

**Anerkannte Anträge
in Prozent von 100**

Keine entsprechende Statistik vorhanden

Prozess-Quote

keine Prozesse in den Jahren 2008 - 2012

Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

./.



SwissLife

Top-Tarif-Bezeichnung:
SwissLife SBU

Antrag**Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen***C. Versicherung ohne ärztliche Untersuchung*

6. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Heilbehandler, Therapeuten, oder Angehöriger sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktiker, Psycho-/Physiotherapeuten) untersucht, behandelt oder beraten worden werden Erkrankungen, Störungen oder Unfallfolgen h) der Psyche* (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, Psychose, Persönlichkeitsstörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burn-out-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Essstörung) ?

7. Sind oder waren Sie – außer wegen der 1 in 6 angegebenen Beschwerden, Krankheiten – innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung von Ärzten, Heilbehandlern, Therapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktikern, Psycho-/Physiotherapeuten)?

10. Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus in den letzten 12 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden, ohne einen Arzt oder anderen Behandler aufzusuchen? Hierzu zählen z.B. Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörung, Sehstörung, Blut im Stuhl, Erschöpfungszustand, Angstzustand, wiederkehrender Schmerzzustand ungeklärter Ursache, wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen wie Schlafstörungen, Überlastungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche.

Bedingungswerk**Psychische und psychosomatische Erkrankungen**

Stand: 08.2012 (AVB_EV_SBU_2012_08)

1.2.1 Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie

er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

Auszug: SwissLife Fachinfo „Burnout und BU“

Für Krankheiten und Kräfteverfall und damit auch für Burn-out gilt: Im Rahmen der Berufsunfähigkeits-Leistungsfallprüfung wird bei jeder Gesundheitsstörung geprüft, ob nach ärztlicher Beurteilung ein entsprechender leistungspflichtiger BU-Grad bestätigt wird. Insofern nimmt ein Burn-out, der erfahrungsgemäß oft mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angstzuständen usw. einhergeht, im Rahmen unserer Bedingungen für die Berufsunfähigkeit keine gesonderte Stellung in der Beurteilung ein.

Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

Stark vereinfachter Ablauf der Leistungsfallbearbeitung bei Swiss Life:

1. Erstmeldung des BU-Leistungsfalls durch den Kunden (oder einem Vertreter des Kunden)
2. Versand des Kunden-Fragebogens an den Kunden durch Swiss Life
3. Bei Bedarf: Erinnerungen an den Kunden
4. Eingang des Kundenfragebogens
5. Rückfragen an den Kunden oder Versand des Arztfragebogens (inkl. Schweigepflichtentbindung) oder mehrerer Fragebögen
6. Bei Bedarf: Erinnerungen an den Arzt und Zwischenberichte an den Kunden
7. Eingang des Arztfragebogens
8. Bei Bedarf: weitere Erkundigungen (andere Versicherer, Krankenkasse, Gutachten)
9. Entscheidung

In den AVB (§2.5.) regeln wir klar folgende Bearbeitungsfristen:

1. Nach dem Eingang von Unterlagen informieren wir den Kunden i.d.R. (ca. 95% der Fälle) innerhalb von 8-10 Werktagen spätestens jedoch innerhalb von 4 Wochen über weitere Prüfungsschritte oder wir lassen ihm eine Zwischeninformation zukommen.
2. Fehlen Unterlagen, erinnern wir spätestens alle 6 Wochen und informieren den Kunden.
3. Liegen alle Unterlagen vor, erklären wir spätestens innerhalb von 4 Wochen ob wir eine Leistung anerkennen.

Im Rahmen des BU-Unternehmensratings wurden im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe für das Geschäftsjahr 2011 folgende Bearbeitungszeiten erhoben:

1. Reaktionsdauer nach Eingang der Erstmeldung (bis zum Versand des Kundenfragebogens): 2,7 Tage
2. Reaktionsdauer nach Eingang des Kundenfragebogens (bis zur ersten Rückfrage, Versand des Arztfragebogens oder Fragen an weitere Einrichtungen): 10,3 Tage
3. Gesamtregulierungsdauer (vom Eingang der Erstmeldung bis zur Entscheidung):
 - a. Anerkennungen: 164,2 Tage
 - b. Ablehnungen: 175 Tage
 - c. Dazu noch folgende Anmerkung:
 - i. Die lange Bearbeitungsdauer ergibt sich hauptsächlich aus langen Rückantwortzeiten durch den Kunden oder von Ärzten bzw. Gutachtern.
 - ii. Um sicherzustellen, dass alle Versicherten ein einheitliches Verständnis von den Bearbeitungsdauern haben, ist es unserer Meinung nach wichtig, klar zu stellen, dass bei der Gesamtregulierungsdauer auch die Verzögerungen durch die Kunden mit berücksichtigt werden müssen.

Anerkannte Anträge in Prozent von 100

2008:	883 / 1090	81,0 %
2009:	1061 / 1290	82,2 %
2010:	956 / 1221	78,3 %
2011:	1145 / 1485	77,1 %

Definition der SwissLife: Anerkennungen ./.. Anerkennungen plus Ablehnungen

Prozess-Quote

2008:	35 / 883	3,96 %
2009:	31 / 1061	2,92 %
2010:	39 / 956	4,08 %
2011:	41 / 1145	3,58 %

Definition der SwissLife: Im Geschäftsjahr eingereichte Prozesse ./.. anerkannte Leistungsfälle

Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

./..



Top-Tarif-Bezeichnung: BURV (SBU)/ BURVN (EinsteigerBU)

Antrag

Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand, besonderen Gefahren und Auslandsaufenthalten, Gesundheitszustand in den letzten 10 und 5 Jahren. Fragen zu eingenommenen Medikamenten in den letzten 2 Jahren.

Bedingungswerk

Psychische und psychosomatische Erkrankungen

§ 6 AVB: Keine Leistung durch absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, außer im Zustand krankhafter Störung.

Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

§ 14 AVB: Wir erklären spätestens innerhalb von 4 Wochen nach Eingang aller entscheidungserheblicher Unterlagen in Textform, ob und in welchem Umfang wir leisten. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie alle 6 Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

Anerkannte Anträge in Prozent von 100

2008:	85,98 %
2009:	88,84 %
2010:	85,86 %
2011:	83,66 %

Prozess-Quote

Wir verweisen hier auf die M&M Prozessquote.

Mit der M&M BU-Prozessquote soll bewertet werden, inwieweit der Versicherte „zu Unrecht“ Prozesse führt. Eine hohe „reine“ Prozessquote an sich ist nicht unbedingt schlecht, da der Versicherte natürlich das Recht haben muss, ungerechtfertigte Ansprüche notfalls per Gericht abzuwehren. Verlorene Prozesse sind allerdings in jedem Fall zu vermeiden. Da Vergleiche per se weder gut noch schlecht sind, werden diese anteilig bewertet, also mit dem Verhältnis der verlorenen zu gewonnenen plus verlorenen Prozessen gewichtet und hinzuaddiert. Um die Quote im Zeitverlauf etwas zu glätten – gerade bei BU-Prozessen wird im Allgemeinen nicht innerhalb kurzer Zeit entschieden, so dass sich diese über mehrere Kalenderjahre ziehen können – werden die Zahlen der letzten drei Jahre aufaddiert und damit gemittelt.

2008:	1,56 %
2009:	1,70 %
2010:	1,76 %
2011:	1,75 %

Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

Alle Daten wurden von uns gegenüber M & M so veröffentlicht. Andere Zahlen werden von uns nicht veröffentlicht.



Top-Tarif-Bezeichnung: „Berufsunfähigkeitsvorsorge“

Antrag

Gesundheitsfragen: Psychische und psychosomatische Erkrankungen

8 Werden Sie derzeit oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe durch Ärzte, Psychologen, Psycho- oder Physiotherapeuten, Heilpraktiker oder in Krankenhäusern (auch ambulant) beraten, untersucht, und/oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten:

10 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren aus einem oder mehreren der nachstehend genannten Gründe beraten, untersucht oder behandelt, oder sind solche Maßnahmen vorgesehen?

e) Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z.B. depressive Stimmungen, Angstzustände, Belastungsreaktionen, Essstörungen, Erschöpfungszustände)?

Bedingungswerk

Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind in vollem Umfang mitversichert (siehe hierzu auch § 2 Abs. 1 der allgemeinen Versicherungsbedingungen)

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben.

Bearbeitung / Fristen ab Meldung des Leistungsfalls

Sobald sich der Kunde an die Leistungs-Abteilung wendet, erhält er hier bereits erste Informationen zum Ablauf. Mit Versand des Erstfragebogens – innerhalb 5 AT nach der Erstmeldung – erhält er den Hinweis, sich bei Fragen jederzeit an den betreuenden Sachbearbeiter wenden zu können. Darüber

hinaus steht ihm der Abschlussvermittler unterstützend zur Seite. Die Unterstützung erfolgt je nach Wunsch des Kunden tel. oder schriftlich; er kann auch durch einen unserer Außenregulierer vor Ort unterstützt werden.

Die Leistungsprüfung erfolgt sukzessive nach Eingang der angeforderten Unterlagen. Es wird an jeder „Stelle“ des Regulierungsverfahrens bedarfsorientiert telefonischer Kontakt zu den Kunden zur Klärung von Einzelfragen aufgenommen, sofern der Kunde dies durch Bekanntgabe seiner Telefonnummer autorisiert hat.

Gemäß unserer Versicherungsbedingungen (§ 12, Abs. 2): „Während der Prüfung Ihres Leistungsanspruchs werden wir Sie über den Sachstand bzw. fehlende Unterlagen informieren. Eine Information über den Sachstand erfolgt spätestens alle 6 Wochen.“

Anerkannte Anträge in Prozent von 100

2008:	73,13 %
2009:	76,98 %
2010:	75,41 %
2011:	76,37 %

Prozess-Quote

Prozessquoten sind häufig wegen der Verwendung unterschiedlicher Basisdaten bei der Erhebung nicht vergleichbar. Wir haben daher die Prozessquote aus den Morgen & Morgen BU-Rating-Berichten angegeben, die die Anzahl der verlorenen Prozesse ins Verhältnis zu den vom Versicherer abgelehnten Leistungsfällen setzt.

2008:	3,20 %
2009:	2,08 %
2010:	1,31 %
2011:	liegt noch nicht vor

Gesellschaftsspezifische Anmerkungen

./.