



**Unabhängige Finanzberatung und
Versicherungsvermittlung GmbH**
Riehler Straße 21
50668 Köln
Tel. 0221 20899-0 Fax 20899-20
Email: Info@fairkoeln.de
Mo - Do 10 – 12 und 14 - 17 Uhr
Beratungen nach Terminabsprache ganztags

Fairsicherungen für Beamtinnen und Beamte

Diese Informationsbroschüre soll Beamtinnen und Beamten und denjenigen, die diesen Beruf anstreben, einen ersten Überblick über die für sie relevanten Versicherungsfragen geben. Der Einfachheit halber wird immer von Beamten die Rede sein.

Inhaltsverzeichnis

1. Das Konzept FAIRSICHERUNG.....	2
2. Krankenversicherung und Beihilfe	3
Grundsätzliches	3
Beihilfefähige Aufwendungen	3
Kostendämpfungspauschale	5
Möglichkeiten der Krankenversicherung (KV).....	5
Beiträge zur PKV für Beamte	6
Die Wahl der privaten Krankenversicherung	7
Mögliche Kriterien für die Wahl einer Gesellschaft:	7
Pflegepflichtversicherung	8
Antragstellung	8
Gesundheitsangaben.....	8
Beamtenöffnungsaktion	9
3. Privat- und Diensthaftpflichtversicherung.....	9
4. Absicherung bei Dienstunfähigkeit	10
Dienst- und Berufsunfähigkeitsversicherung	11
Verträge mit unterschiedlicher Versicherungs- und Leistungsdauer	12
5. Riesterreente	13
6. Zu guter Letzt	15
7. Informationen auf Grund gesetzlicher Bestimmungen	15

1. Das Konzept FAIRSICHERUNG

Der Name **FAIRSICHERUNG** steht für ein Konzept der Vermittlung von Versicherungen, welches vor ca. 35 Jahren entwickelt wurde und sich von der herkömmlichen Praxis des Verkaufs abhebt. Inzwischen gibt es Fairsicherungsbüros in ca. 50 Städten Deutschlands. Das Kölner Büro wurde 1990 eröffnet. Eine unserer wichtigsten Zielgruppen sind Beamte und hier insbesondere die Lehrer.

Die Fairsicherungsbüros sind Versicherungsmakler. Versicherungsmakler arbeiten für die Mandanten und nicht für Versicherungsunternehmen. Damit ergibt sich eine Abgrenzung zum Versicherungsvertreter, der im Auftrag seines Unternehmens arbeitet und nur die Versicherungen anbieten kann, die seine Versicherungsgesellschaft anbietet. Es gibt auch Mehrfachvertreter, die für mehrere, meist jedoch wenige, Unternehmen arbeiten.

Im Fairsicherungsbüro erhalten Sie individuelle Lösungen entsprechend Ihrer Wünsche und bedarfsgerecht. Unsere Mandanten können aus einer Vielzahl von Versicherungsunternehmen wählen. Darüber hinaus erhalten Sie eine langfristige Betreuung. Das Fairsicherungsbüro hilft im Schadensfall und bei Vertragsumstellungen und steht auf der Seite der Versicherten.

Das Fairsicherungsbüro Köln ist Mitglied im Verbund der Fairsicherungsläden eG. Alle Mitglieder dieser Genossenschaft haben sich auf einen Ehrenkodex verständigt, der die tägliche Arbeit bestimmt (siehe auch www.fairsicherung.de). Die Genossenschaft verbessert auch unsere Fachkompetenz. Hintergrundinformationen werden beschafft und weitergegeben, Weiterbildungsmaßnahmen werden organisiert. Unser Intranet ermöglicht einen schnellen Austausch unter Fachleuten und hält uns ständig über Neuerungen auf dem Laufenden. Zentral geführte Verhandlungen mit Versicherungsgesellschaften entlasten die Mitglieder der Genossenschaft. Siehe auch www.fairsicherung.de.

FAIRbraucherorientierte Arbeit bedeutet für uns:

- Wir zeigen in erster Linie existenzbedrohende Risiken - sozusagen das "Versicherungsmuss" - auf.
- Wir bieten Versicherungen mit einem ausgewogenen Preis-Leistungsverhältnis an, d.h. möglichst umfassenden, sinnvollen Versicherungsschutz zu einem günstigen Preis.
- Aggressive Akquisition lehnen wir ab.

Vor Jahren stand einmal in der Zeitung „Semestertip“, nachdem sich Testkunden in Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale hatten beraten lassen: „Die **FAIRSICHERUNGSLÄDEN** sind ein

Lichtblick innerhalb der Branche der Versicherungsvermittler, in der viele dunkle Elemente absahnen." Unseren guten Ruf möchten wir erhalten.

Die Kosten zur Unterhaltung eines Fairsicherungsbüros und der Gehälter werden von den Versicherungsunternehmen getragen, für die sich die Mandanten entscheiden, sie zahlen eine so genannte Courtage.

2. Krankenversicherung und Beihilfe NRW

Grundsätzliches

Beamte erhalten in den meisten Bundesländern keinen Zuschuss zur Krankenversicherung. Lediglich in Bremen Hamburg und Berlin zahlt der Arbeitgeber 50 % der Beiträge zur Krankenversicherung, wenn die Beamtin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wird. In den anderen Bundesländern und beim Bund wird stattdessen ein Zuschuss zu den Heilbehandlungskosten gewährt, die so genannte Beihilfe.

In NRW u.a. und beim Bund beträgt die Beihilfe für den Beihilfeberechtigten	50 %
den Beihilfeberechtigten mit 2 oder mehr Kindern (sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, erhöht sich der Beihilfeanspruch nur bei einem von beiden)	70%
den Versorgungsempfänger	70 %
den/die Ehegatten/Ehegattin	70 %
die Kinder und Waisen	80 %

Der/die Ehegatte/Ehegattin des Beihilfeberechtigten hat nur dann einen Anspruch auf Beihilfe, wenn die Einkünfte des Vorjahres die Summe von ca. 18.000 € nicht überstiegen (zur Definition der Einkünfte bitte die Beihilfestelle befragen die Summe von 18.000 € gilt nicht in allen Bundesländern).

Zwischendurch seien Abkürzungen erläutert:

- PKV = Private Krankenversicherung
- GKV = Gesetzliche Krankenversicherung (z.B. AOK, IKK, BKK; gleichgestellt sind Ersatzkassen wie DAK, BEK, TKK).

Beihilfefähige Aufwendungen

Ärztliche Leistungen

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind im Rahmen der entsprechenden Gebührenverzeichnisse für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) beihilfefähig. Auch Heilpraktikerleistungen sind bis zum Mindestsatz der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) beihilfefähig, sofern die erbrachten Leistungen wissenschaftlich allgemein anerkannt sind.

Stationäre Behandlung

Beihilfefähig sind Unterkunft und Verpflegung des allgemeinen oder besonderen Pflegesatzes bei stationärer Behandlung in einem Mehrbettzimmer einer inländischen Krankenanstalt, in der die Bundespflegezusatzverordnung angewandt wird; sonst für Unterkunft und Verpflegung in der dritten Pflegeklasse. Die gesondert berechenbare Unterkunft in einem Zweibettzimmer oder in der zweiten Pflegeklasse ist ebenfalls beihilfefähig. Bei Unterbringung in einer Privatklinik sind die Kosten beihilfefähig, die auch in öffentlichen Einrichtungen anfallen würden.

Bei stationärer, teilstationärer sowie vor- und nachstationärer Behandlung ist die Behandlung durch den Chefarzt und die Unterbringung im Zweibettzimmer beihilfefähig. Dabei wird jedoch die Erstattung für die Arztkosten (Wahlarzt) in NRW zum Beispiel täglich um 10 € und die Erstattung für das Zweibettzimmer täglich um 15 € gekürzt. Diese Kürzungen gelten für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr.

Arzneimittel

Beihilfefähig sind Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, soweit diese bei ärztlichen oder zahnärztlichen Verrichtungen oder Verrichtungen einer Heilpraktikerin bzw. eines Heilpraktikers erbracht oder schriftlich verordnet wurden. Bei Festbeträgen sind darüberhinausgehende Kosten nicht beihilfefähig.

Heilbehandlungen

Heilbehandlungen (ärztlich verordnet), z.B. Bäder, Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlungen, logopädische Maßnahmen usw. sind bis zu bestimmten Höchstbeträgen beihilfefähig.

Hilfsmittel

Beihilfefähig sind Hilfsmittel, Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung, und zwar die Kosten für Anschaffung und Reparatur. Zum Teil gelten Höchstbeträge. Aufwendungen für Betrieb und Unterhalt der Hilfsmittel sind nur erstattungsfähig, soweit sie ca. 100 € jährlich übersteigen. Nicht erstattet werden Batterien für Hörgeräte und Pflege- bzw. Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

Kieferorthopädische Behandlung

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Sonstiges

Sanatoriumsaufenthalte sind höchstens für die Dauer von drei Wochen beihilfefähig. Heilkuren sind nur noch für die Dauer von 23 Tagen beihilfefähig, und zwar alle vier Jahre.

Kostendämpfungspauschale

Die Beihilfe wird je Kalenderjahr um einen Betrag von 300 € gekürzt. Dies gilt für die Besoldungsgruppen A 12 bis A 15.

Näheres zur Beihilfe von NRW finden Sie unter www.lbv.nrw.de unter „Merkblätter/Vordrucke“ → „Verfügbare Merkblätter“ → „Beihilfe“ → „Beihilfe-Land“ = pdf-Datei.

Möglichkeiten der Krankenversicherung (KV)

Beamte/innen können wählen:

- *Private Krankenversicherung in Ergänzung zur Beihilfe:*
Bei einer PKV lassen sich die nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Prozentsätze absichern. Dann ergänzen sich die Beihilfe und die PKV zu 100 % (mit Ausnahmen). Der Beitrag wird individuell bestimmt (siehe unten). Jedes Familienmitglied, das versichert sein soll, zahlt einen gesonderten Beitrag.
- *Gesetzliche Krankenversicherung, keine Nutzung der Beihilfe (mit Ausnahmen):*
Der Beitrag beträgt bei allen Kassen 14,6 % zuzüglich eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages (bei der TK sind das insgesamt 15,8 %) vom Bruttoeinkommen und hinzukommen 3,05 % für die Pflegeversicherung (für kinderlose unter 23 Jahren 3,3 %). Im Allgemeinen liegen die Beiträge deutlich über denen der PKV. Nichterwerbstätigen Familienmitglieder sind beitragsfrei mitversichert (Kinder, Ehegatte/in).

Einige Unterschiede zwischen GKV und PKV

In der GKV richtet sich der Beitrag nach dem Einkommen. In der PKV richtet er sich nach dem Eintrittsalter, dem gewünschten Leistungsumfang und dem Gesundheitszustand (und nicht nach dem Geschlecht).

Beamte/innen zahlen während der Elternzeit weiterhin die gleichen Beiträge wie zuvor. In der GKV werden ebenfalls Beiträge von Beamten verlangt, die sich nach dem eigenen und dem Einkommen des Ehepartners richten und einen Mindestbeitrag nicht unterschreiten können (ca. +190 € inkl. Pflegevers.).

In den Bereichen Gesundheitsprophylaxe (z.B. autogenes Training, Yoga, Rückenschulcourse), Rehamaßnahmen, ambulante und stationäre Kuren sind die Leistungen der PKV in

der Regel schlechter als die der GKV (teilweise werden solche Leistungen von der PKV auch gar nicht angeboten).

Einige Bereiche, die die GKV abdeckt (z.B. die Kosten für eine Haushaltshilfe) deckt die Beihilfe ab, jedoch fast nie die PKV.

Interessant ist auch ein Leistungsvergleich im Bereich der großen Hilfsmittel (z.B. Krankenfahrräder, Gehstützen). Bei der GKV ist es durchaus üblich, dass die Krankenkasse einen Zuschuss für einen rollstuhlgerechten Umbau der Wohnung bezahlt, d.h. auch Hebegeräte u.ä. Die PKV zahlt hier nicht.

Bei den Privaten Krankenversicherungen handelt es sich um Unternehmen, die nach Wirtschaftlichkeitsprinzipien arbeiten.

In der GKV besteht das Vertragsverhältnis einerseits zwischen dem Mitglied der Kasse und der Kasse und andererseits zwischen den Ärzten bzw. Krankenhäusern und der Kasse.

Bei der PKV besteht ein Vertrag zwischen Krankenversicherer und Versicherungsnehmer und ein zweiter zwischen Arzt bzw. Krankenhaus und Patient. Im letzten Fall entsteht ein Spannungsfeld, wenn der Arzt sein Honorar verlangt, der Krankenversicherer aber die Erstattung versagt, weil die Behandlung nicht versichert war. Empfehlung: Bei hohen Kosten – insb. bei Psychotherapie, Zahnersatz oder teuren Heilpraktikerleistungen / Kur – vorher Rücksprache mit dem PKV-Versicherer halten / Kostenvoranschlag einreichen / Kostenübernahme schriftlich klären.

Beiträge zur PKV für Beamte

Die Beiträge zur PKV sind abhängig von der Gesellschaft, der Höhe der Leistungen, dem Eintrittsalter und dem Zustand der Gesundheit der AntragstellerIn bei Abschluss. Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen wie in der GKV auch in der PKV zu Beitragsanpassungen. In der Vergangenheit waren es 3 – 4 % branchendurchschnittlich. Pensionäre erhalten eine erhöhte Beihilfe, wie ein Beamter mit zwei Kindern. Das verringert den Beitrag meistens zu Pensionsbeginn.

PKV-Einsteiger müssen für ihre Krankheitskostentarife (Tarife für ambulante, stationäre und Zahnleistungen) einen 10%-igen Alterssicherungszuschlag zahlen. Dies ist bis zum 60. Lebensjahr zu zahlen. Ab dem 65. Lebensjahr werden aus dem Geld inkl. des vom Versicherungsunternehmen erwirtschafteten (Zins-) Überschusses anfallende Beitragserhöhungen ausgesetzt, solange, bis das angesparte Geld aufgebraucht ist. Ab dem 80. Lebensjahr sollen sogar Beitragsreduzierungen erfolgen, wenn noch Geld vorhanden ist (hält der Verfasser für unwahrscheinlich).

Die Wahl der privaten Krankenversicherung

Die Wahl eines Krankenversicherungsunternehmens ist von langfristiger Bedeutung. Ein späterer Wechsel ist wegen des dann höheren Eintrittsalters und den damit verbundenen höheren Beiträgen mit Nachteilen verbunden. Man kann zwar einen Teil seiner im alten Vertrag gebildeten Alterungsrückstellungen zum neuen Versicherer mitnehmen, aber eben nicht die gesamte Alterungsrückstellung. Neu aufgetretene Erkrankungen können zudem einen Versicherungswechsel verhindern.

Mögliche Kriterien für die Wahl einer Gesellschaft:

- Leistungsunterschiede
- Beitragsunterschiede
- Beitragsstabilität

Wer möchte nicht eine preiswerte Krankenversicherung mit sehr guten Leistungen und möglichst hoher Beitragsstabilität haben? Diese Kombination ist einfach nicht möglich. Dennoch gibt es natürlich Unternehmen, die den genannten Wünschen eher entsprechen und solchen, die weit davon entfernt sind. Die Gründe liegen z.B.

- in der unterschiedlichen Annahmepolitik (Angemessenheit von Risikozuschlägen)
- in unterschiedlich hohen Verwaltungs- und Abschlusskosten
- in einer mehr oder weniger seriösen Beitragskalkulation, insbesondere bei Einführung des Tarifes.
- in einer mehr oder weniger erfolgreichen Geldanlage
- in der Praktizierung von Tarifkonstanz: Viele Versicherer bringen immer wieder neue Tarife auf den Markt. Diese sind zunächst besonders preiswert, werden aber nach relativ kurzer Zeit drastisch teurer. Wer ursprünglich mit günstigen Prämien angelockt wurde, kann nun nicht mehr wechseln. Sind auch diese Tarife nicht mehr konkurrenzfähig, dann wird wieder ein neuer Tarif aufgelegt. Die alten Tarife werden geschlossen oder sie erhalten mangels Attraktivität keinen Zulauf mehr. Es liegt nahe, dass es wenig sinnvoll ist, bei einer solchen Gesellschaft versichert zu sein.

Wenig hilfreich bei der Auswahl einer PKV sind Tipps und Aussagen von Kollegen, die schon privat versichert sind. Sie haben keine Vergleichsmöglichkeiten. Ein aktueller Vergleich der Angebote am Markt, der die *individuellen* Gegebenheiten und Wünsche berücksichtigt, ist entscheidend für die Wahl der richtigen Versicherung.

Im Dschungel der PKV kennen wir uns aus. Wir sind spezialisiert auf Versicherungen für Beamte und bieten dazu

unverbindliche Beratungsgespräche an. Dabei stellen wir viele verschiedene Gesellschaften vor. In unserer Arbeit sind wir unabhängig.

Pflegepflichtversicherung

Seit dem 1. Januar 1995 sind alle Bundesbürger verpflichtet, eine Pflegeversicherung abzuschließen. Es gilt der Grundsatz "Pflege folgt Kranken", d.h. die Pflegepflichtversicherung (PPV) muss bei einem Wechsel von der GKV in die PKV ebenfalls bei dem PKV-Unternehmen abgesichert werden. Es gibt keine Leistungs- und Beitragsunterschiede.

Antragstellung

Wer sich privat versichern möchte, muss mit einem Bearbeitungszeitraum von zwei bis vier Wochen rechnen. Die Antragstellung erfolgt mittels eines Antragsformulars, in dem Fragen zur Gesundheit gestellt werden. Erscheint einem Versicherer das Risiko zu hoch, wird der Antrag abgelehnt oder es erfolgt ein Angebot, den gewünschten Versicherungsschutz gegen Zahlung eines Risikozuschlages zu übernehmen. **WICHTIG:** Bis zum Wirksamwerden des Versicherungsvertrages müssen alle Veränderungen im Sinne der Antragsfragen, die sich nach der Antragstellung ergeben, nachgemeldet werden.

Gesundheitsangaben

WICHTIG ist die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Gesundheitsfragen. Fragen Sie ggf. Ihren Arzt und geben Sie auch Erkrankungen an, die Sie für unerheblich halten. In der Presse wird immer wieder über Fälle berichtet, in denen Versicherte von Ihren Versicherern die fristlose Kündigung erhalten, weil sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben (falsche oder unvollständige Angaben im Antrag). Nach einer solchen Kündigung ist es oft unmöglich, eine neue Versicherung zu finden. Eine Rückkehr in die GKV ist meist nicht möglich. Man kann sich dann in sogenannten Basistarif weiterversichern. Der ist teuer und seine Leistungen orientieren sich an den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Hier eine kleine Gedächtnisstütze zur Beantwortung der Gesundheitsfragen (nicht vollständige Auflistung) - Krankheiten, Körperschäden, Behinderungen und Beschwerden:

Erkrankungen von Augen, Blase, Bronchien, Darmwegen, Drüsen, Galle, Gelenken, Genitalien, Harnwegen, Haut, Herz, Knochen, Lunge, Magen, Muskeln, Nase, Nerven, Nieren, Ohren, Schilddrüse, Wirbelsäule, sowie Arznei-, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, Allergien, Asthma, Blutarmut, Bluthochdruckerkrankungen, Durchblutungsstörungen, Diabetes,

Eingeweidebrüche, Epilepsie, Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen, Geistes- und Gemütsleiden (Psychotherapie, auch selbstbezahlte), Neurosen, vegetative Dystonie, Furunkulose, Geschlechtskrankheiten, Grieß- und Steinleiden, Hämorrhoiden, Krampfadern, Immunschwäche, Ischias, Kinderlähmung, Leukämie, Lähmungen, Krebs, Migräne, Missbildungen, Zysten, Myome, Komplikationen bei Schwangerschaften und Entbindungen, Sterilität, Unterleibserkrankungen, Rheumatismus, Tuberkulose, Vergiftungen, Versteifungen, Zahn- und Kieferanomalien, Parodontose, Zahnbehandlungen und sonstige Erkrankungen. Gesundheitliche Veränderungen müssen ggf. sogar bis zur Annahme des Antrages durch den Versicherer nachgemeldet werden.

Wer in der GKV *freiwillig* versichert ist, muss dort eine zweimonatige Kündigungsfrist einhalten, wenn der Sachbearbeiter keine Ausnahme macht. Mitglieder der GKV, deren *Versicherungspflicht* endet, müssen keine Kündigungsfristen einhalten. Dennoch sollten Sie sich rechtzeitig um alles kümmern, um eine freiwillige Weiterversicherung bei der GKV verlangen zu können, wenn es mit der privaten Krankenversicherung nicht klappen sollte.

Beamtenöffnungsaktion

Unter der Beamtenöffnungsaktion versteht man den selbst auferlegten Kontrahierungszwang von ca. 20 Gesellschaften der PKV. Darin haben sie sich verpflichtet, allen und Beamten auf Probe, die innerhalb von sechs Monaten nach der Verbeamtung einen Antrag auf Krankenversicherung stellen, den Versicherungsschutz anzubieten und zwar auch dann, wenn im Antrag so erhebliche Vorerkrankungen angegeben werden, dass sie üblicherweise zu einem hohen Risikozuschlag oder einer Ablehnung des Antrages führen würden. Die Versicherer mit dem Angebot der Beamtenöffnungsaktion bieten Ihre Krankenversicherung mit einem maximalen Risikozuschlag in Höhe von 30% an, Leistungsausschlüsse werden nicht gemacht. Aufgenommen werden auch die Angehörigen der Antragsteller zu den gleichen Bedingungen.

3. Privat- und Diensthaftpflichtversicherung

Wer fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des dadurch entstandenen Schadens verpflichtet. So steht es im BGB. Vor Ansprüchen, die man hiernach gegen eine Person als Privatperson - also nicht in Ausübung eines Berufes - geltend machen kann, bieten Privathaftpflichtversicherungen (PHV) Schutz. Gedeckt sind durch eine PHV die Gefahren des täglichen Lebens (z.B. Haftung aus der Aufsichtspflicht gegenüber Minderjährigen, Haftung als Fußgänger, Radfahrer, Haushaltsvorstand,

Sporttreibender (mit Ausnahmen), Haltung zahmer Tiere (nicht Hunde, Pferde) usw., nicht jedoch bei Gebrauch motorisierter Fahrzeuge, häufig auch nicht beim Surfen und Segeln.

Die Privathaftpflichtversicherung (PHV) ist eine der *ganz wichtigen* freiwilligen Versicherungen.

Für die PHV gilt: Mitversichert ist die gleichartige gesetzliche Haftpflicht des Ehegatten und der unverheirateten Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder), bei volljährigen Kindern jedoch nur noch, solange sie sich noch in einer Schul- oder sich unmittelbar anschließenden Berufsausbildung (nicht Fortbildung) befinden. Für Studenten endet die Mitversicherung bei den Eltern spätestens mit Beendigung des ersten Studiums, möglicherweise, wenn die Versicherungsbedingungen es vorsehen, auch schon früher. Das bedeutet für Sie: Spätestens mit dem Abschluss des 1. Staatsexamens sind Sie nicht mehr in der Privaten Haftpflichtversicherung Ihrer Eltern mitversichert.

(Obige Ausführungen gelten nicht, falls ausdrücklich eine Single-Haftpflichtversicherung abgeschlossen wurde).

Gute Haftpflichtversicherungen bieten heute Versicherungseinschlüsse, die noch vor wenigen Jahren unversicherbar waren. Diese können hier nicht alle aufgezählt werden.

Der Einschluss einer *Diensthauptpflichtversicherung* ist für Beamte sehr wichtig. Zwar tritt der Dienstherr bei beruflich bedingten Haftpflichtschäden in Vorleistung. Er kann den Beamten bei grober Fahrlässigkeit jedoch in Regress nehmen. In einem solchen Fall leistet dann die Diensthauptpflichtversicherung. Der Aufpreis ist minimal.

Ebenfalls, oft gegen Aufschlag, kann das *Schlüsselrisiko* (für Dienstschlüssel) versichert werden. Verliert jemand seinen Dienstschlüssel und muss die Schließanlage der Dienststelle erneuert werden, so ist das u.U. sehr teuer. Die Versicherungsprämie ist auch hier minimal.

4. Absicherung bei Dienstunfähigkeit

Beamte auf Widerruf werden bei Dienstunfähigkeit ohne Versorgung aus dem Beamtenverhältnis entlassen und in der gesetzlichen Rentenversicherung nachversichert. Dabei zahlt der Dienstherr die Arbeitgeber- und die Arbeitnehmeranteile. Auch die Hinterbliebenen eines Beamten auf Widerruf haben keinen Versorgungsanspruch, wenn der Beamte stirbt. Es werden lediglich die Bezüge für den Sterbemonat und ein Sterbegeld gezahlt.

Bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 % durch ein Dienstunfallleiden wird für die Dauer des Vorliegens der Schäden ein Unfallunterhaltsgeld gewährt.

Zu *Beamten auf Probe* werden die Bewerber berufen, die sich zunächst in einer Probezeit bewähren müssen. Bei Dienstunfähigkeit werden Beamte auf Probe generell entlassen. Sie haben nur dann einen Unterhaltsanspruch, wenn die Dienstunfähigkeit auf einem Dienstunfall oder einer Dienstbeschädigung beruht. Werden sie durch eine Krankheit oder einen Unfall dienstunfähig, *kann* ein Unterhaltsanspruch gewährt werden.

Bei Tod werden einmalig die Bezüge für den Sterbemonat und ein Sterbegeld ausgezahlt. Ist der Tod durch einen Dienstunfall oder eine Dienstbeschädigung eingetreten, so besteht Anspruch auf Witwen- und Waisengeld.

Beamte auf Lebenszeit haben die Durchgangsstationen "auf Widerruf" und "auf Probe" hinter sich. Bei Dienstunfähigkeit werden sie – nach mindestens fünf Dienstjahren – in den Ruhestand versetzt. Ein Anspruch auf Versorgung besteht. Die Höhe der Versorgung bei Dienstunfähigkeit berechnet sich nach den bereits zurückgelegten Jahren im Beamtenverhältnis und den Jahren, die noch bis zum sechzigsten Lebensjahr zurückgelegt werden könnten (Zurechnungszeit). In "jungen" Dienstjahren beträgt der Anspruch auf ein Ruhegehalt von ca. 35 % der Bezüge, mindestens jedoch 1490 € für Alleinstehende und 1613 € für Verheiratete. Die Höhe des Ruhegehaltes hängt außerdem ab von der bisherigen Arbeitsleistung (z.B. 3/4-Stelle). Damit sind in aller Regel deutliche Einbußen gegenüber den Bezügen während der aktiven Zeit verbunden.

Dienstunfähig zu werden ist nicht gerade unwahrscheinlich, hängt aber vom konkreten Beruf ab. Wir empfehlen den Abschluss in jedem Falle dringend, bei Dienstunfähigkeit ein existenzielles Risiko darstellt. So sehen es auch die Verbraucherverbände einschließlich der Stiftung Warentest. Wir empfehlen den Abschluss dieser Versicherung so früh wie möglich, denn, ob ein Vertrag zu Stande kommt, hängt auch vom Gesundheitszustand des Antragstellers ab. Haben sich erst einmal Zipperlein eingestellt, dann ist der Abschluss dieser Versicherung nicht mehr ohne weiteres möglich.

Dienst- und Berufsunfähigkeitsversicherung

Arbeitskraftverlust bringt finanzielle Folgen mit sich. Davor kann man sich mit dem Abschluss einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung schützen. Dies ist besonders für Beamte in den ersten Berufsjahren wichtig, da die staatliche Absicherung hier kaum vorhanden ist. Eine Berufsunfähigkeitsversicherung kann allein, zusätzlich zu einer

privaten Renten- oder (wesentlich preiswerter) einer Risikolebensversicherung abgeschlossen werden. Bei der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung und der mit Risikolebensversicherung sind lediglich Risikobeiträge zu zahlen. Eine Schlussauszahlung erfolgt nicht. Rentenversicherungsbeiträge enthalten dagegen auch Sparanteile, die am Ende der Versicherungsdauer zu einer Auszahlung führen (Rente oder Kapital). Die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente wird gezahlt, wenn zu mindestens 50 % Berufsunfähigkeit vorliegt.

Definition Berufsunfähigkeit BU

"Vollständige BU liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht."

(Beispiel aus ungünstigen Versicherungsbedingungen)

Dienstunfähigkeit DU

Wurde eine DU-Klausel vereinbart, wird von Seiten der Versicherung BU angenommen (und somit die versicherte Rente gezahlt), sobald DU vorliegt. DU liegt vor, wenn der "Versicherte als Beamter infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte zur Erfüllung seiner Dienstpflichten dauernd unfähig (dienstunfähig) ist und wegen DU in den Ruhestand versetzt oder entlassen wird."

Eine spezielle DU (z.B. Polizeidienstunfähigkeit oder Feuerwehrdienstunfähigkeit) ist damit aber nicht versichert, sondern nur DU im allgemeinen Verwaltungsdienst.

Bei der DU-Klausel ist das Urteil des Amtsarztes für den Versicherer bindend. Der Amtsarzt entscheidet zum einen über den Umstand, dass z.B. nur noch ein geringes Ruhegehalt gezahlt wird, andererseits löst er Versicherungsleistungen aus. Besser ist dieses Risiko nicht absicherbar.

Beispiele: Der zu zahlende Beitrag für eine Versicherung für eine Berufs- bzw. Dienstunfähigkeitsrente in Höhe von 500 € bis zum 65. Lebensjahr ist bei einem Eintrittsalter von 30 J. - 35 J. etwa 40 - 45 € monatlich

Teildienstunfähigkeit

Eine begrenzte Dienstunfähigkeit bzw. Teildienstunfähigkeit liegt vor, wenn die Beamtin oder der Beamte unter Beibehaltung des Amtes die Dienstpflichten noch während mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit erfüllen kann. Die begrenzte

Dienstfähigkeit wird wie die Dienstunfähigkeit festgestellt. Nur wenige Versicherer bieten auch die Möglichkeit der Mitversicherung von Teildienstunfähigkeit an. Tritt Teildienstunfähigkeit ein, dann zahlt der Versicherer entsprechend dem Grad der Teildienstunfähigkeit anteilig das Ruhegehalt aus. Beispiel: bei einer 50 %-igen Teildienstunfähigkeit zahlt der Dienstherr ein halbes normales Gehalt und ein halbes Ruhegehalt und der Versicherer zahlt die halbe versicherte Rente.

Verträge mit unterschiedlicher Versicherungs- und Leistungsdauer

Die meisten Versicherer bieten Versicherungen an, bei denen Versicherungs- und Leistungsdauer unterschiedlich lang sind. Zweckmäßig sind solche Verträge für Beamte, die noch keine fünf Dienstjahren *und* nicht die Verbeamtung auf Lebenszeit erreicht haben. Sie benötigen kurzfristig eine verhältnismäßig hohe und später nur eine die Beamtenversorgung ergänzende geringere Absicherung.

Mit dem Risiko, auf Grund von Krankheit oder Unfall keinen oder zumindest nicht den erlernten oder angestrebten Beruf ausüben zu können, haben die meisten Leser ihr bisheriges Leben lang gelebt, ohne dass eine ausreichende Vorsorge getroffen wurde. Mit dem Eintritt ins Berufsleben, mit dem ersten Kind oder dem Erwerb einer Immobilie stellt sich erneut die Frage, ob und in welcher Höhe dieses Risiko abgesichert werden sollte. Folgt man Ausführungen von Verbraucherverbänden und Wirtschaftszeitschriften, so wird die Vorsorge für den Fall der Berufsunfähigkeit als **existentiell wichtig** angesehen.

5. Riesterrente

Durch diverse Rentenreformen wurde und wird das Rentenniveau von Angestellten und Beamten gesenkt. Um die dadurch entstehende Versorgungslücke auszugleichen wurde die Riester-Rente eingeführt. Durch den Abschluss eines Riester-Vertrags mit staatlicher Förderung kann / soll diese Rentenlücke geschlossen werden.

Welche staatlichen Förderungen bestehen?

Grundsätzlich bestehen zwei Arten von Förderung.

1. Zulagenförderung

Die staatliche Förderung steigt parallel zu dem erforderlichen Mindestbeitrag alle zwei Jahre bis zum Jahr 2008. Wer den Mindestbeitrag zahlt, erhält die vollen Zulagen. Wer weniger einzahlt, erhält die Zulagen nur anteilig. Unter dem

Mindestbeitrag versteht man den Gesamtbeitrag, der in den Riester-Vertrag fließt. Dieser beinhaltet auch die Zulagen. Das heißt, wenn man von dem Mindestbeitrag die Zulagen abzieht, erhält man den Beitrag, den man selbst in den Vertrag einzahlt. Dieser beträgt mindestens 60 € jährlich.

Um die volle Zulage zu erhalten müssen Beamte/innen 4 % vom Bruttogehalt in den Vertrag einzahlen abzüglich der Zulage.

Die Zulage beträgt für Erwachsene 175 € (Grundzulage)

und für jedes Kind, geboren vor 2008 185 €

und für jedes ab 2008 geborene Kind 300 €

Beispiel (ab 2008): Eine verheiratete Beamtin hat zwei Kinder, die vor 2008 geboren sind und ein (Vorjahres-) Bruttoeinkommen von 20.000 €. Der Ehemann ist ebenfalls berufstätig. Der Beitrag zur Erlangung der maximalen Förderung beträgt 800 € (4% von 20.000 €). Die Zulagen betragen 545 € (175 € Grundzulage und zweimal 185 € Kinderzulage). Der jährliche Eigenbeitrag ist also 255 €, während insgesamt 800 € in den Rentenvertrag eingezahlt werden.

2. Steuerliche Förderung

Der Gesamtbeitrag (Eigenbeitrag und Zulagen) kann steuerlich geltend gemacht werden. Das Finanzamt überprüft jedes Jahr, ob die mögliche Steuerersparnis höher ist als die Zulage. Übersteigt die Steuerersparnis die Zulage, wird die Differenz erstattet. Für Riester-Verträge gibt es die Beitragshöchstgrenzen 2100 € / Jahr.

Beispiel: Ein Alleinstehender mit einem sozialversicherungspflichtigen Einkommen von 30.000 € zahlt 4 % seines Gehaltes, also 1200 € in einen Riester-Vertrag. Abzüglich der Grundzulage in Höhe von 175 € muss er also einen Eigenbeitrag von 1025 € leisten, um die volle Förderung zu erhalten. Sein Steuervorteil durch den Sonderausgabenabzug beträgt 382 €, sodass er diese 382 € abzüglich der bereits erhaltenen Grundzulage in Höhe von 175 € - das sind 207 € - im Rahmen der Steuererstattung ausgezahlt bekommt. Er selbst zahlt im Ergebnis also lediglich 818 € im Jahr.

Weitere Riesterkriterien:

Grundsätzlich dürfen Leistungen (die Rente) aus dem Riester-Vertrag bei Abschlüssen ab 2012 erst ab dem 62. Lebensjahr erbracht werden. Alle Leistungen aus dem Vertrag werden voll versteuert. Als Leistung ist eine lebenslange Altersrente vorgesehen. Bei Vertragsablauf besteht die Möglichkeit, sich einmalig 30% des zur Verfügung stehenden Kapitals auszahlen zu lassen.

Können Ansprüche des Vertrages vererbt werden?

Bei einem Todesfall vor Rentenbeginn kann das im Vertrag vorhandene Kapital in einen bestehenden oder neu einzurichtenden Vertrag des Ehepartners übertragen werden. Ist kein Ehepartner vorhanden, kann das Kapital an eine andere Person ausgezahlt werden. In diesem Fall muss allerdings die gesamte Förderung (Zulagen und Steuerersparnis) zurückgezahlt werden.

Für den Todesfall nach Rentenbeginn kann eine Todesfalleistung vereinbart werden. Wenn es sich bei dem Begünstigten nicht um den Ehepartner handelt oder eine Kapitalzahlung anstatt einer Rente verlangt wird, muss ebenfalls die Förderung anteilig zurückgezahlt werden.

Grundsätzlich kann die spätere Rente auch im Ausland bezogen werden. Aber nur dann, wenn der Rentenempfänger weiterhin in Deutschland unbeschränkt steuerpflichtig ist, muss die staatliche Förderung nicht zurückerstattet werden.

Zum Ablauf des Vertrages müssen mindestens die eingezahlten Beiträge und die Förderungsbeträge zur Verrentung zur Verfügung stehen.

Welche Produkte stehen zur Verfügung?

Banksparrpläne – Fondssparpläne – Rentenversicherungen -
Fondsgebundene Rentenversicherungen – Wohnriesterverträge.

6. Zu guter Letzt

Wir hoffen, dass alle Leser nun ein wenig vertrauter mit der auf sie zukommenden Problematik bzgl. Versicherungen sind. Es sind bestimmte Fragen offen geblieben, über die wir gerne sprechen können, auch bzgl. anderer hier nicht besprochener Versicherungssparten. Besuchen Sie uns und lassen Sie sich beraten. Eine Terminvereinbarung ist notwendig. Am besten sind wir von Montag bis Donnerstag von 10 -12 und 14 - 17 Uhr zu erreichen (Tel. 0221 – 20 89 9-0). Beratungen können natürlich auch zu anderen Zeiten stattfinden.

Für Anregungen und Verbesserungsvorschläge, was den Inhalt dieser Broschüre angeht, sind wir stets dankbar.

7. Informationen auf Grund gesetzlicher Bestimmungen und zur Arbeit des Fairsicherungsbüros

Um den gesetzlichen Anforderungen an die Arbeit eines Versicherungsmaklerbüros Rechnung zu tragen, führen wir umfangreiche Marktrecherchen bei namhaften deutschen Versicherungen durch. Dabei machen wir nicht nur Preis-Leistungs-Vergleiche, sondern orientieren uns auch an Faktoren wie Zuverlässigkeit und Seriosität insb. auch in der Schadensregulierung. Wir ziehen auch die langjährig etablierten Deckungskonzeptanbieter in die Recherche mit ein und unterbreiten unseren Mandanten und Mandantinnen aus der Vielzahl möglicher Produkte dann Vorschläge und Empfehlungen.

Mit der Vermittlung von Versicherungen und Finanzdienstleistungen ist unsere Arbeit nicht beendet. Wir bieten eine langfristige Betreuung, z.B. im Schadensfall oder bei Vertragsumstellungen und überprüfen in regelmäßigen Abständen, ob Ihr Versicherungspaket einer neuen Situation angepasst werden muss.

Beteiligungen: Das Fairsicherungsbüro hat keine Beteiligungen an Versicherungsgesellschaften. Keine Versicherungsgesellschaft hat eine Beteiligung am Fairsicherungsbüro

Registrierung: Die Registrierungsanmeldung erfolgte bei der IHK Köln. Die Registernummer lautet D-1J7Z-XGED0-25. Die Eintragung ist unter www.Vermittlerregister.info einzusehen.

Versicherung: Das Fairsicherungsbüro hat die gesetzlich vorgeschriebene Vermögensschadenhaftpflichtversicherung abgeschlossen.

Aufsichtsbehörden: Industrie und Handelskammer Köln:

Unter Sachsenhausen 10 - 26 50667 Köln

Gewerbeamt Köln: Willy-Brandt-Platz 2 50679 Köln

Beschwerdestellen

Versicherungs-Ombudsmann e.V.

Postfach 08 06 32 – 10006 Berlin

Fon 0 18 04 - 22 44 2 -4 – Fax -5

Email beschwerde@ombudsmann.de

Nur für private Kranken- und Pflegeversicherungen

Ombudsmann – Private Kranken- und Pflegeversicherung

Kronenstraße 13 – 10117 Berlin Fon 01805 - 22 04 44 – Fax 030 - 20 45 89 31

Zuständiges Aufsichtsamt für Verbraucherstreitigkeiten

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin)

Graurheindorfer Str. 108 – 53117 Bonn

Veröffentlichungen aus dieser Broschüre, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung unseres Büros. Es konnten nicht alle Themen aufgegriffen oder in allen Details erfasst werden. Vereinbaren Sie deshalb ein Beratungsgespräch

Trotz größter Sorgfalt bei der Erstellung dieser Broschüre können wir für den Inhalt keine Gewähr übernehmen. Alle Angebote freibleibend.

Stand Januar 2021



Mitglied im Verbund der
Fairsicherungsläden* e.G.

Fairsicherung®, die Marke der unverwechselbaren Beratung und Betreuung für
Versicherungen und Finanzen