

Prüfungsteilnehmer-Nummer:

IHK

Bundeseinheitliche Fortbildungsprüfung der Industrie- und Handelskammern

Geprüfte/-r Fachwirt/-in für Versicherungen und Finanzen

Marketing und Vertrieb von Versicherungs- und Finanzprodukten für
Privatkunden

Datum:	19. April 2023
Bearbeitungszeit:	120 Minuten
Anzahl Aufgaben:	5
Seiten:	6

Bevor Sie mit der Prüfung beginnen, prüfen Sie bitte die Prüfungsunterlagen. Wenn die Prüfungsunterlagen nicht vollständig sind, informieren Sie bitte die Aufsicht.

Bitte lesen Sie die nachfolgenden Bearbeitungshinweise gut durch:

- Alle erlaubten Hilfsmittel wurden Ihnen mit der Einladung mitgeteilt.
- Sie erhalten einen Aufgabenteil sowie ein Heft für Ihre Lösungen.
- Sie können maximal 100 Punkte erreichen.
- Verwenden Sie je Aufgabe bitte eine neue Lösungsseite.
- Wenn Sie die Lösung einer Aufgabe auf eine Anlage schreiben sollen, wird Ihnen dies in der Aufgabe mitgeteilt.
- Stellen Sie Ihre Lösungs- und Rechenvorgänge nachvollziehbar im Lösungsteil dar. Reicht der Platz nicht aus, verwenden Sie bitte das Konzeptpapier. Weisen Sie auf die Fortsetzung hin und kennzeichnen Sie diese.
- Eine nicht lesbare Prüfungsarbeit wird mit der Note „ungenügend“ (null Punkte) bewertet. Die Konsequenzen entnehmen Sie bitte der Prüfungsordnung.
- Es gibt Aufgaben, die eine exakte Anzahl an Antworten vorgeben. Es werden nur die ersten Antworten gewertet. Was über die exakte Anzahl hinausgeht, wird gestrichen.
- Geben Sie alle Ihnen zur Verfügung gestellten Unterlagen am Ende der Prüfung ab.
- Aufgrund der besseren Lesbarkeit bevorzugen wir in diesen Texten die männliche Form. Mit diesem vereinfachten Ausdruck sind selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Ausgangssituation zu allen Aufgaben

Die viel diskutierte Bürgerversicherung ist in den Medien erneut sehr präsent. Die Einführung hätte weitreichende Folgen für die beiden unterschiedlichen Versicherungssysteme der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Um rechtzeitig auf eine mögliche Änderung der Systeme reagieren zu können, startet die Proximus Versicherung AG das Projekt „BÜNAMIK“, das sehr dynamisch und agil im Hinblick auf eine eventuelle Bürgerversicherung agieren soll. Sie sind Mitglied der Projektgruppe und berichten direkt dem Vorstand.

Aufgabe 4

Als Mitglied der Projektgruppe werden Sie gebeten, diverse Fragen rund um das Thema private und gesetzliche Krankenversicherung zu beantworten.

a **Mögliche Punktzahl: 2**

Beschreiben Sie den grundsätzlichen Unterschied zwischen privaten Krankheitskostenvollversicherungen und privaten Zusatzversicherungen.

b **Mögliche Punktzahl: 4**

Beschreiben Sie zwei Zielgruppen, die eine private Krankheitskostenvollversicherung abschließen können.

c **Mögliche Punktzahl: 9**

Beschreiben Sie drei grundsätzliche Unterschiede zwischen einer gesetzlichen Krankenversicherung und einer privaten Krankheitskostenvollversicherung.

d **Mögliche Punktzahl: 5**

Nennen Sie fünf unterschiedliche Leistungsbereiche in denen gesetzlich Krankenversicherte ihre Absicherung durch eine private Zusatzversicherung verbessern können.

Lösungshinweise Aufgabe 4

[VO: § 5 Absatz 2 Nr. 4]

a Mögliche Punktzahl: 2

Z. B.:

Eine Krankheitskostenvollversicherung ersetzt eine Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Gegensatz dazu ergänzen private Zusatzversicherungen eine bestehende gesetzliche Krankenversicherung um weitere Leistungen.

b Mögliche Punktzahl: 4

Z. B.:

- Gutverdienende Angestellte mit einem Einkommen über der aktuellen Jahresarbeitsentgeltgrenze (2023 = 66.600 EUR). Diese sind nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig und können sich privat versichern.
- Selbständige. Diese sind grundsätzlich versicherungsfrei und können sich privat versichern.

c Mögliche Punktzahl: 9

Z. B.:

- Die Prämien in der gesetzlichen Krankenversicherung richten sich grundsätzlich nach dem Einkommen. Die Prämien in der privaten Krankheitskostenvollversicherung richten sich nach dem Alter und dem Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss.
- Die Prämien in der privaten Krankheitskostenvollversicherung beinhalten einen Teil zur Bildung von Alterungsrückstellungen. Diese werden gebildet, um die aus heutiger Sicht bereits absehbaren altersbedingt steigenden Ausgaben für medizinische Behandlungen zu finanzieren. Derartige Alterungsrückstellungen gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht.
- Die Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung sind im Sozialgesetzbuch V geregelt. Der Leistungsumfang kann jederzeit vom Gesetzgeber angepasst werden. In der privaten Krankenversicherung richten sich die Leistungen nach den vom Kunden gewählten Tarifen. Die Leistungen sind vertraglich garantiert.

d Mögliche Punktzahl: 5

Z. B.:

- Zahnersatz
- Krankenhausbehandlung
- Sehhilfen
- Leistungen für Behandlungen durch Heilpraktiker/Naturheilkunde
- Krankentagegeldversicherung
- Kurtagegeldversicherung

Aufgabe 5

In den letzten Jahren hat sich die Zahl der Neuabschlüsse bei der Proximus Krankenversicherung AG sowohl in Bezug auf die substitutive Krankenversicherung als auch in Bezug auf die Krankentagegeldversicherung deutlich erhöht. Die anhaltende Inflation und eventuell drohende Lockdowns durch Pandemien können aber möglicherweise Zahlungsschwierigkeiten der Versicherungsnehmer verursachen.

a Mögliche Punktzahl: 4

Stellen Sie unter Nennung der gesetzlichen Vorschriften dar, welche Leistungen die substitutive Krankenversicherung und die Krankentagegeldversicherung erbringen.

b Mögliche Punktzahl: 4

Grenzen Sie die Begriffe „Rechtspflichten“ und „Obliegenheiten“ voneinander ab und erläutern Sie, unter welchem Begriff die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers fällt.

c Mögliche Punktzahl: 12

Erläutern Sie in Bezug auf die substitutive Krankenversicherung und die Krankentagegeldversicherung, welche unterschiedlichen Rechtsfolgen sich aus dem Vertrag ergeben können, wenn der Versicherungsnehmer die fälligen Folgeprämien nicht zahlt.

Nennen Sie dabei die maßgeblichen vertraglichen und gesetzlichen Regelungen.

Lösungshinweise Aufgabe 5

[VO: § 5 Absatz 2 Nr. 5]

a Mögliche Punktzahl: 4

Die vertragstypischen Leistungen sind in § 192 VVG geregelt.

(Abs. 1)

Bei der substitutiven Krankenversicherung (= „Krankheitskostenversicherung“) übernimmt der Versicherer im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorge-

untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen.

(Abs. 5)

Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstaufschlag durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.

b Mögliche Punktzahl: 4

Rechtspflichten sind einklagbar. Obliegenheiten sind nicht einklagbare Verhaltensregeln für den Versicherungsnehmer, die von ihm einzuhalten sind, damit er seinen Anspruch auf die Versicherungsleistung im Schadenfall nicht gefährdet. Die Einhaltung von Obliegenheiten kann daher vom Versicherer nicht erzwungen werden.

Bei der Prämienzahlungspflicht handelt es sich um eine Rechtspflicht, denn der Versicherer kann den Prämienanspruch einklagen.

c Mögliche Punktzahl: 12

Da es sich bei der Prämienzahlungspflicht um eine Rechtspflicht handelt, kann der Versicherer sowohl bei der substitutiven Krankenversicherung als auch bei der Krankentagegeldversicherung die fälligen Prämien einklagen. Unterschiede ergeben sich jedoch in Bezug auf das Schicksal des Versicherungsvertrags.

(2 Punkte)

Soweit es die substitutive Krankenversicherung betrifft, regeln § 193 Abs. 6–11 VVG und § 8 MB/KK die Folgen einer Nichtzahlung. Aufgrund der erheblichen Bedeutung der substitutiven Krankenversicherung sieht das VVG hier Abweichungen von den allgemeinen Regelungen über die Prämienzahlung gemäß §§ 37 f. VVG vor.

Danach hat der Versicherer den Versicherungsnehmer, der mit Prämienanteilen in Höhe von zwei Monatsraten im Rückstand ist, zunächst einmal zu mahnen.

Der Versicherungsnehmer hat dann für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes anstelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten.

Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal unter Hinweis auf ein mögliches Ruhen des Vertrags.

Ist der Prämienrückstand (einschließlich Säumniszuschläge) einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats.

Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 153 VVG versichert.

Erst wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt worden sind, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war.

Der Versicherer kann sich demnach im Falle eines Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers nicht von dem Vertrag lösen, sondern muss den Vertrag fortführen, wenngleich mit einem eingeschränkten Leistungsumfang.

(5 Punkte)

Soweit es dagegen die Krankentagegeldversicherung betrifft, die als additive Komponente nicht die elementare Bedeutung der substitutiven Krankenversicherung hat, verweist § 8 Abs. 5 MB/KT auf die allgemeinen Vorschriften der §§ 37 und 38 VVG.

Der Versicherer kann dem Versicherungsnehmer insofern durch eine sogenannte „qualifizierte Mahnung“, die die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und einen Hinweis auf die möglichen Rechtsfolgen enthält, dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen (§ 38 Absatz 1 VVG). Tritt der Versicherungsfall nach dem Fristablauf ein, ist der Versicherer leistungsfrei, wenn sich der Versicherungsnehmer bei Eintritt noch mit der Zahlung der Prämie oder von Zinsen oder Kosten in Verzug befunden hat (§ 38 Absatz 2 VVG).

Der Versicherer kann demnach im Falle des Zahlungsverzugs durch die qualifizierte Mahnung nicht nur eine (vollständige) Leistungsfreiheit herbeiführen, sondern sich auch von dem Vertrag lösen.

(5 Punkte)

Hinweis für den Korrektor: Um die maximale Punktzahl zu erreichen, müssen nicht alle hier genannten Punkte angesprochen werden, sondern nur die wesentlichen Unterschiede herausgearbeitet werden.