

1553 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII. GP

Ausgedruckt am 5. 4. 1994

Regierungsvorlage

Bundesgesetz, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz geändert wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, BGBl. Nr. 2/1959, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 90/1993 wird wie folgt geändert:

1. Nach § 1 wird folgender § 1 a eingefügt:

„§ 1 a. (1) Stellt der Versicherungsnehmer seinen Antrag auf Schließung eines Versicherungsvertrags auf einem vom Versicherer verwendeten Formblatt, so ist eine Erklärung, während einer bestimmten Frist an den Antrag gebunden zu bleiben, insoweit unwirksam, als diese Frist sechs Wochen übersteigt. Die Vereinbarung einer längeren Bindungsfrist ist nur rechtswirksam, wenn sie im einzelnen ausgehandelt worden ist.

(2) Stellt der Versicherungsnehmer seinen Antrag auf Schließung eines Versicherungsvertrags auf einem vom Versicherer verwendeten Formblatt, so ist er — soweit nicht vorläufige Deckung gewährt worden ist — darauf hinzuweisen, daß der Versicherungsvertrag erst mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustande kommt und vor diesem Zeitpunkt kein Versicherungsschutz besteht. Kann der Versicherer einen solchen Hinweis nicht beweisen, so hat er den beantragten Versicherungsschutz ab Zugang des Antrags bis zum Zustandekommen des Vertrags zu gewähren, es sei denn, daß der Versicherer dieses Risiko nach seinem Geschäftsplan überhaupt nicht versichert; ist ein späterer Beginn der Versicherung beantragt, so besteht diese Deckungspflicht frühestens ab diesem Zeitpunkt. Kommt der Vertrag nicht zustande, so endet die Deckungspflicht mit dem Ablauf der Bindung des Versicherungsnehmers an seinen Antrag. Dem Versicherer gebührt für diese Deckungspflicht die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten nicht, wenn der Versicherungsnehmer Unternehmer (§ 1 Abs. 1 Z 1 KSchG) ist.“

2. Im § 2 Abs. 2 zweiter Satz wird der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und der letzte Halbsatz aufgehoben.

3. Nach § 5 a wird folgender § 5 b eingefügt:

„§ 5 b. (1) Gibt der Versicherungsnehmer seine schriftliche Vertragserklärung dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich ab, so hat der Versicherer jenem unverzüglich eine Durchschrift dieser Vertragserklärung auszuhändigen.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung oder entgegen Abs. 1 keine Durchschrift seiner Vertragserklärung erhalten, so kann er binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten; der Beweis der rechtzeitigen Ausfolgung dieser Urkunden obliegt dem Versicherer. Die Rücktrittsfrist beginnt erst zu laufen, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist. Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang der Polizza einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht, überdies spätestens mit der Zahlung der ersten Prämie. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(3) Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer Unternehmer (§ 1 Abs. 1 Z 1 KSchG) ist oder wenn die Vertragslaufzeit weniger als ein Jahr beträgt.“

4. Im § 6 wird nach dem Abs. 1 folgender Abs. 1 a eingefügt:

„(1 a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit

außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.“

5. § 6 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber — unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1 a — zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.“

6. Im § 6 Abs. 3 hat der zweite Satz zu lauten:

„Wird die Obliegenheit nicht in der Absicht verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.“

7. Dem § 6 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Der Versicherer kann aus einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder die Obliegenheit ihm durch eine andere Urkunde — etwa im Antrag — mitgeteilt worden ist.“

8. Dem § 8 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum Ersatz von Vorteilen, besonders Prämiennachlässen, die ihm wegen einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrags gewährt worden sind, bleibt unberührt.“

9. Dem § 11 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.“

10. Im § 11 Abs. 3 werden nach dem Wort „Frist“ die Worte „des Abs. 2“ eingefügt.

11. Nach § 11 wird folgender § 11 a eingefügt:

„§ 11 a. Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung des Versicherungsnehmers oder eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person der Auskunfterteilung beziehungsweise der Einsichtgewährung zustimmt.“

12. § 12 hat zu lauten:

„§ 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Ist ein Dritter bezugsberechtigt, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Bezugsberechtigten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach Ablauf von zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung der der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsachen begründet ist. Nach Ablauf von zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch gehemmt. Die Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs ohne sein Verschulden gehindert war.“

13. § 15 a hat zu lauten:

„§ 15 a. Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften des § 1 a, § 3 Abs. 3, § 5 Abs. 1 bis 3, § 5 b, § 6 Abs. 1 bis 3 und Abs. 5, § 8 Abs. 2 und

3, § 11, § 11 a, § 12 und § 14 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.“

14. § 16 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.“

15. Im § 18 wird nach dem Wort „ausdrücklich“ die Wortfolge „und genau umschrieben“ eingefügt.

16. § 21 hat wie folgt zu lauten:

„§ 21. Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit er keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.“

17. § 25 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.“

18. § 27 Abs. 1 zweiter Satz hat zu lauten:

„Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.“

19. Dem § 27 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.“

20. § 28 Abs. 2 zweiter Satz hat zu lauten:

„Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr

keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.“

21. Vor § 35, nach der Überschrift „Prämie“, wird folgender § 34 b eingefügt:

„§ 34 b. Der Versicherer darf neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlaßt worden sind; die Vereinbarung anderer Nebengebühren ist unwirksam.“

22. § 38 hat wie folgt zu lauten:

„§ 38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Soweit die in den Abs. 1 bis 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, daß Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Aufforderung zur Prämienzahlung die Höhe der Zinsen und der Kosten angibt.“

23. Im § 39 Abs. 2 wird der Punkt durch einen Beistrich ersetzt und es wird folgender Satzteil angefügt:

„es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.“

24. Nach § 39 wird folgender § 39 a eingefügt:

„§ 39 a. (1) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit einem Teil der Prämie einschließlich geschuldeter Zinsen oder Kosten im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nur im Verhältnis des nicht gezahlten Betrags zur geschuldeten Prämie einschließlich Zinsen oder Kosten ein.

(2) Die Leistungsfreiheit tritt jedoch in voller Höhe ein, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Hinweis auf diese Rechtsfolge schriftlich eine — weitere — Nachfrist von

mindestens zwei Wochen bestimmt und die Prämie einschließlich geschuldeter Zinsen oder Kosten auch binnen dieser weiteren Frist nicht vollständig bezahlt wird.“

25. § 40 hat wie folgt zu lauten:

„§ 40. Wird der Versicherungsvertrag während der Versicherungsperiode oder sonst vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer die Prämie nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit, soweit nicht Sonderbestimmungen anderes vorsehen. Die Möglichkeit für den Versicherer, sich für diesen Fall die Zahlung einer angemessenen Konventionalstrafe (Geschäftsgebühr) auszubedingen (§ 1336 ABGB), bleibt unberührt.“

26. § 41 Abs. 2 zweiter Satz wird aufgehoben.

27. Im § 43 erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung „(2)“ und es wird folgender Abs. 1 eingefügt:

„(1) Versicherungsagent ist, wer von einem Versicherer damit betraut ist, für diesen Versicherungsverträge zu vermitteln oder zu schließen. Die §§ 43 bis 48 gelten überdies für den, der mit Wissen und — nach den Umständen anzunehmender — Billigung des Versicherers als Versicherungsagent auftritt oder der in einer solchen Beziehung zum Versicherer steht, die es zweifelhaft erscheinen läßt, ob er in der Lage ist, die Interessen des Versicherungsnehmers unabhängig von dieser Beziehung redlich und sorgfältig zu wahren.“

28. Dem § 44 wird folgender Satz angefügt:

„Dies gilt nicht für Erklärungen des Versicherungsnehmers, zu deren Entgegennahme für den Versicherer er gemäß § 43 bevollmächtigt ist.“

29. Dem § 47 wird folgender Satz angefügt:

„§ 10 KSchG bleibt unberührt.“

30. Im § 51 wird im Abs. 4 der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt, der letzte Halbsatz aufgehoben, und es wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Das Recht des Versicherungsnehmers, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.“

31. Dem § 58 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Es wird vermutet, daß der Versicherungsnehmer die Doppelversicherung in der Absicht genommen hat, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen (§ 59 Abs. 3), es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Mitteilung nicht vorsätzlich unterlassen oder die Versicherungssummen übersteigen zusammen den Versicherungswert nicht erheblich oder die Doppelversicherung ist nur durch die Überschneidung mehrerer Versicherungen im übrigen unterschiedlicher Risiken entstanden.“

32. Im § 59 Abs. 3 wird der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und der letzte Halbsatz aufgehoben.

33. Im § 64 erhalten die bisherigen Absätze die Absatzbezeichnungen „(2)“ bis „(4)“, davor wird folgender Abs. 1 eingefügt:

„(1) Eine Vereinbarung, daß einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder die Höhe des Schadens in einem Schiedsgutachterverfahren durch Sachverständige festgestellt werden sollen, ist nur wirksam, wenn vorgesehen ist, daß der Sachverständige oder die Sachverständigen von einem unbeteiligten Dritten oder jeweils in gleicher Anzahl vom Versicherer und vom Versicherungsnehmer namhaft gemacht werden, wobei vorgesehen werden kann, daß diese Sachverständigen oder ein unbeteiligter Dritter einen Vorsitzenden zu bestimmen haben.“

34. § 64 Abs. 2 (neu) erster Satz hat zu lauten:

„Die von dem oder den Sachverständigen getroffene Feststellung ist nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht.“

35. § 68 Abs. 5 wird aufgehoben.

36. Im § 68 a wird nach dem Ausdruck „§ 51 Abs. 1 und 2“ der Ausdruck „des § 58“ eingefügt.

37. Im § 70 Abs. 3 entfällt die Wortfolge“, jedoch nicht über die zur Zeit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses laufende Versicherungsperiode hinaus“.

38. Im § 71 Abs. 2 wird dem ersten Satz folgende Wortfolge angefügt:

„, oder wenn die Veräußerung und die Unterlassung der Anzeige keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt haben“.

39. § 96 Abs. 3 wird aufgehoben.

40. Im § 108 erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung „(2)“ und es wird folgender Abs. 1 eingefügt:

„(1) Von § 96 darf durch Vereinbarung nur in der Weise abgewichen werden, daß das Kündigungsrecht für beide Teile gleich ist.“

41. § 113 zweiter Satz wird aufgehoben.

42. Dem § 115 a wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Von § 113 darf durch Vereinbarung nur in der Weise abgewichen werden, daß das Kündigungsrecht für beide Teile gleich ist.“

43. § 154 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt, ist unwirksam. Eine Vereinbarung, nach der eine derartige Leistungsfreiheit für den Fall vorgesehen ist, daß der Versicherungsnehmer den Anspruch des Dritten anerkennt, ist unwirksam, falls nach den Umständen der Versicherungsnehmer die Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.“

44. § 158 Abs. 3 wird aufgehoben.

45. Im § 158 a wird der Ausdruck „Abs. 1“ gestrichen, es erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung „(1)“ und es wird folgender Abs. 2 angefügt:

„(2) Von § 158 darf durch Vereinbarung nur in der Weise abgewichen werden, daß das Kündigungsrecht für beide Teile gleich ist.“

46. Im § 158 j erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung „(2)“, davor wird folgender Abs. 1 eingefügt:

„(1) Bei der Rechtsschutzversicherung sorgt der Versicherer für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers in dem im Vertrag umschriebenen Bereichen und trägt die dem Versicherungsnehmer dabei entstehenden Kosten. Wenn sich aus dem Vertrag nichts anderes ergibt, umfaßt die Versicherung sowohl die Wahrnehmung der Interessen in einem gerichtlichen oder sonstigen behördlichen Verfahren als auch außerhalb eines solchen.“

47. Im § 158 l Abs. 1 entfällt die Wortfolge „, in dem der Sachverständige oder die Sachverständigen von einem unbeteiligten Dritten oder jeweils in gleicher Anzahl vom Versicherer und vom Versicherungsnehmer namhaft gemacht werden, wobei vorgesehen werden kann, daß diese Sachverständigen oder ein unbeteiligter Dritter einen Vorsitzenden zu bestimmen haben“.

48. Im § 158 l Abs. 2 erster Satz werden die Worte „Beschränkung oder“ durch die Worte „gänzlicher oder teilweiser“ ersetzt.

49. Nach § 158 l werden folgende §§ 158 m bis 158 o eingefügt:

„§ 158 m. (1) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so ist der Versicherer verpflichtet, jenen binnen zweier Wochen ab Geltendmachung des Deckungsanspruchs über seine Pflichten und Obliegenheiten aus der Rechtsschutzversicherung zu informieren. Wird der Deckungsanspruch namens des Versicherungsnehmers durch einen Vertreter geltend gemacht, der nicht Rechtsanwalt ist, und ist der Versicherungsnehmer nach dem Vertrag nicht berechtigt, den Vertreter selbst zu beauftragen, so ist diese Information auch diesem zu übermitteln.“

(2) Kann der Versicherer die Erfüllung der im Abs. 1 genannten Verpflichtungen nicht beweisen, so kann er dem Versicherungsnehmer gegenüber aus der späteren fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit keine Rechte ableiten.

§ 158 n. (1) Der Versicherer hat binnen zweier Wochen ab Geltendmachung des Deckungsanspruchs dem Versicherungsnehmer schriftlich den Versicherungsschutz grundsätzlich zu bestätigen oder diesen abzulehnen; die Ablehnung ist zumindest mit der Anführung der ihr derzeit zugrunde gelegten Tatsachen zu begründen. Der Versicherer ist berechtigt, binnen dieser Frist deren Verlängerung um höchstens zwei weitere Wochen zu verlangen.

(2) Hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer nicht sämtliche zur Prüfung des Deckungsanspruchs erforderlichen Unterlagen übermittelt, so kann dieser binnen der im Abs. 1 genannten Frist jenen auffordern, die Unterlagen nachzureichen. In diesem Fall beginnt die Frist des Abs. 1 erster Satz neu zu laufen; die Möglichkeit einer Fristverlängerung gemäß Abs. 1 zweiter Satz entfällt.

(3) Kann der Versicherer die Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Verpflichtungen nicht beweisen, so ist er jedenfalls zur Deckung all jener Kosten verpflichtet, die zwischen dem Zeitpunkt, in dem er zum Deckungsanspruch hätte Stellung nehmen müssen, und der verspäteten, im übrigen jedoch dem Abs. 1 entsprechenden Ablehnung des Deckungsanspruchs aufgelaufen sind. Dies gilt jedoch nicht für die Deckung solcher Kosten, die nach der vertraglichen Risikoumschreibung nicht vom Versicherungsschutz umfaßt sind.

§ 158 o. Ist die Versicherung für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen aus einem geschäftlichen Betrieb des Versicherungsnehmers genommen und wird das Unternehmen an einen Dritten veräußert oder auf Grund eines Fruchtnießungsrechts, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen, so tritt an Stelle des Versicherungsnehmers der Dritte in die während der Dauer seiner Berechtigung sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten ein. § 69 Abs. 2 und 3 und die §§ 70 und 71 sind entsprechend anzuwenden.“

50. § 158 m erhält die Bezeichnung „§ 158 p“, nach dem Zitat „158 j“ wird der Ausdruck „Abs. 2“ eingefügt und es wird das Zitat „§ 158 l“ auf „§ 158 o“ geändert.

51. In der Überschrift des Dritten Abschnitts wird das Wort „Lebensversicherung“ durch die Worte „Lebens- und Krankenversicherung“ ersetzt.

52. Im Dritten Abschnitt wird vor § 159 folgende Zwischenüberschrift eingefügt:

„Erstes Kapitel.**Lebensversicherung.“**

53. In den §§ 163 und 164 Abs. 2 wird jeweils die Frist „zehn Jahre“ durch die Frist „drei Jahre“ ersetzt.

54. Die §§ 172 bis 174 haben zu lauten:

„§ 172. Bietet eine Lebensversicherung Versicherungsschutz für ein Risiko, bei dem ungewiß ist, ob und wann der Versicherungsfall eintreten wird, so darf sich der Versicherer für den Fall einer nicht nur vorübergehenden nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie eine Erhöhung der Prämie in singemäßer Anwendung des § 178 f ausbedingen.

§ 173. (1) Der Versicherungsnehmer kann jederzeit für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangen.

(2) Wird die Umwandlung verlangt, so tritt mit dem bezeichneten Zeitpunkt an die Stelle des vereinbarten Kapital- oder Rentenbetrags derjenige Betrag, der sich nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Grund der Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation ergibt. Die prämienfreie Versicherungsleistung ist für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode unter Berücksichtigung von Prämienrückständen zu berechnen.

(3) Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn dieser vereinbart und angemessen ist.

§ 174. Im Vertrag kann vorgesehen werden, daß statt der begehrten Umwandlung der Rückkaufswert (§ 176 Abs. 3 und 4) zu erstatten ist, wenn die sich nach der Umwandlung ergebende Versicherungssumme oder Rente einen vereinbarten Betrag unterschreiten würde. Der Betrag ist unter Bedachtnahme auf das Verhältnis zwischen dem Betrag der Versicherungsleistung und den Kosten festzusetzen, die dem Versicherer mit der Weiterführung der Versicherung entstehen würden.“

55. § 175 Abs. 1 zweiter Satz hat zu lauten:

„§ 173 und gegebenenfalls § 174 sind anzuwenden.“

56. § 176 hat zu lauten:

„§ 176. (1) Wird eine Kapitalversicherung für den Todesfall, die in der Art genommen ist, daß der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung des vereinbarten Kapitals gewiß ist, durch Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung aufgehoben,

so hat der Versicherer den auf die Versicherung entfallenden Rückkaufswert zu erstatten.

(2) Das gleiche gilt bei einer Versicherung der in Abs. 1 bezeichneten Art auch dann, wenn nach dem Eintritt des Versicherungsfalles der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung des vereinbarten Kapitals frei ist. Im Fall des § 170 Abs. 1 ist jedoch der Versicherer zur Erstattung des Rückkaufswerts nicht verpflichtet.

(3) Der Rückkaufswert ist nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode als Zeitwert der Versicherung zu berechnen. Prämienrückstände werden vom Rückkaufswert abgesetzt.

(4) Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn dieser vereinbart und angemessen ist.“

57. § 178 Abs. 2 zweiter Satz wird aufgehoben.

58. Nach § 178 wird folgendes neues Kapitel eingefügt:

„Zweites Kapitel.**Krankenversicherung.**

§ 178 a. (1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden.

(2) Ist die Versicherung auf die Person eines anderen genommen, so hat dieser als Versicherter an den Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf diejenigen Leistungen, die bei einem Versicherungsfall in seiner Person zu erbringen sind. Dieser unmittelbare Anspruch kann nur bei einer Krankenhaustagegeldversicherung und einer Krankengeldversicherung sowie nur dann ausgeschlossen werden, wenn durch die Versicherungsleistung Nachteile gedeckt werden sollen, die dem Versicherungsnehmer selbst durch den Versicherungsfall entstehen. Im übrigen sind die §§ 74, 75 Abs. 1, 78 und 79 entsprechend anzuwenden.

(3) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind — neben dem Ersten Abschnitt — die §§ 49 bis 60 und §§ 62 bis 68 a entsprechend anzuwenden. Die Bestimmungen über die Gefahrerhöhung (§§ 23 bis 30) sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden.

§ 178 b. (1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich medizinischer Betreuung und Behandlung bei Schwangerschaft und Entbindung im vereinbarten Umfang zu ersetzen.

(2) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.

(3) Bei der Krankengeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankengeld zu ersetzen.

(4) In der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit die Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen, im vereinbarten Umfang zu ersetzen (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflege-tagegeldversicherung).

§ 178 c. (1) Sagt der Versicherer vertraglich zu, bestimmte medizinische Leistungen zur Gänze zu vergüten (Kostendeckungszusage), so hat diese Zusage die Angabe zu umfassen, bis zu welchem Endtermin die volle Kostendeckung jedenfalls gilt. Wird diese Angabe unterlassen, so gilt die Kostendeckungszusage für die gesamte Laufzeit des Vertrags.

(2) Eine Einschränkung oder der Widerruf der Kostendeckungszusage ist für solche stationären Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor Empfang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung durch den Versicherungsnehmer begonnen haben.

§ 178 d. (1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankengeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate, als besondere Wartezeit für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate und für Entbindung sowie damit im Zusammenhang stehende Heilbehandlungen neun Monate nicht überschreiten. In der Pflegeversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.

(2) Soweit Versicherungsschutz ausdrücklich für solche Krankheiten oder Unfallfolgen vereinbart wird, die beiden Vertragsteilen bei Vertragsabschluß bereits bekannt sind, dürfen auch längere als die im Abs. 1 genannten Wartezeiten vereinbart werden.

(3) Tritt eine Krankheit vor Ablauf der Wartezeit auf, so ist der Versicherer zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, daß die Krankheit erst nach Vertragsabschluß für ihn erkennbar wurde.

§ 178 e. (1) Ist ein Versicherungsnehmer im vollen Umfang des § 178 b Abs. 1 und nicht bloß für zusätzliche Aufwendungen zu den Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung versichert, so ist der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers verpflichtet, dessen neugeborenes

Kind mit Wirkung ab der Geburt ohne Wartezeiten zu versichern; dieses Verlangen ist spätestens zwei Monate nach der Geburt zu stellen. Der Versicherungsschutz hat den gleichen Umfang wie der des Versicherungsnehmers. Bedeutet das Kind ein erhöhtes Risiko, so kann der Versicherer einen angemessenen Prämienzuschlag verlangen.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption eines Minderjährigen gleich.

§ 178 f. (1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluß einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist — unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG — nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinn des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung der zu diesem Tarif Versicherten,
3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die auf die zu diesem Tarif Versicherten,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bloß vom Alterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Altersrückstellung zu ersetzen.

(3) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Abendung folgenden Monatsersten.

§ 178 g. (1) Der Versicherer hat eine Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes unverzüglich der Bundeskammer der gewerblichen

Wirtschaft, der Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte, dem Österreichischen Landarbeiterkammertag, der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs, dem Österreichischen Gewerkschaftsbund, dem Bund (Bundesministerium für Finanzen) und dem Verein für Konsumenteninformation mitzuteilen. Insoweit eine vom Versicherer erklärte Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes unwirksam ist, besonders weil sie dem § 178 f und den allgemeinen Versicherungsbedingungen, nach denen die Versicherungsverträge geschlossen sind, widerspricht, sind diese Stellen berechtigt, vom Versicherer die Unterlassung dieser Änderung zu verlangen. Dieser Anspruch erlischt, wenn er nicht binnen dreier Monate nach Erhalt der Verständigung gerichtlich geltend gemacht wird; der Versicherer und die betreffende Stelle können die Klagefrist einvernehmlich verlängern.

(2) Für die Klage ist nur das Handelsgericht Wien zuständig. Hat jedoch der Versicherer seinen Sitz im Ausland und keiner der von der umstrittenen Änderung betroffenen Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz im Sprengel dieses Gerichts, so ist nach Wahl des Klägers jedes die Gerichtsbarkeit in Handelssachen ausübende Landesgericht zuständig, in dessen Sprengel der Wohnsitz wenigstens eines betroffenen Versicherungsnehmers liegt; klagt außerdem eine andere der im Abs. 1 genannten Stellen denselben Versicherer bei einem anderen Gericht, so ist § 31 a Abs. 2 JN sinngemäß anzuwenden.

(3) Der Wert des Streitgegenstands beträgt höchstens 1 Million Schilling.

§ 178 h. (1) Der Versicherer ist verpflichtet, den im § 178 g Abs. 1 genannten Stellen auf Verlangen unverzüglich Einsicht in sämtliche Kalkulationsgrundlagen zu gewähren, die eine erklärte Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes begründen können. Die genannten Stellen sind berechtigt, auf ihre Kosten erforderlichenfalls Ablichtungen herzustellen.

(2) Verlangt eine im § 178 g Abs. 1 genannte Stelle binnen der dort vorgesehenen dreimonatigen Klagefrist die Einsichtnahme gemäß Abs. 1, so ist diese Frist bis zur Gewährung der Einsicht gehemmt.

§ 178 i. (1) Krankenversicherungsverträge dürfen nur auf unbestimmte Zeit geschlossen werden, ausgenommen kurzfristige Versicherungen, die auf weniger als ein Jahr befristet sind; andere Befristungen sind unwirksam.

(2) Eine Kündigung durch den Versicherer gemäß § 8 Abs. 2 oder auf Grund einer Vertragsbestimmung (ordentliche Kündigung) ist nur bei Gruppenversicherungsverträgen, Krankengeldversicherungsverträgen und Zahnversicherungsverträgen zulässig.

(3) Das Recht der außerordentlichen Kündigung, insbesondere bei Verletzung von Obliegenheiten, bleibt von Abs. 1 unberührt. Eine Kündigung auf Grund des Eintritts des Versicherungsfalls ist ausgeschlossen.

§ 178 j. Endet das Versicherungsverhältnis anders als durch Rücktritt des Versicherers gemäß § 16 oder § 38 oder durch dessen Kündigung (§ 178 i Abs. 3), so sind die Versicherten berechtigt, binnen zweier Monate die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach dem Versicherungsnehmer zu erklären.

§ 178 k. Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluß des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit dem Abschluß drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt jedoch bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

§ 178 l. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherte die Krankheit oder den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall eines anderen Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch des Versicherten an den Versicherungsnehmer geht jedoch in sinngemäßer Anwendung des § 67 auf den Versicherer über.

§ 178 m. (1) Scheidet ein Gruppenversicherer aus dem versicherten Personenkreis, etwa durch Kündigung des Versicherers oder infolge Eintritts in den Ruhestand, aus oder wird der gesamte Gruppenversicherungsvertrag aufgelöst, so ist der Gruppenversicherte berechtigt, die Fortsetzung als gleichartige Einzelversicherung nach Maßgabe der für die Einzelversicherung geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen ohne Wartezeiten und Risikoprüfung zu erklären, sofern er bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig war. Der Versicherer hat die Gruppenversicherten auf dieses Fortsetzungsrecht hinzuweisen.

(2) Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung erlischt, wenn der Versicherte die im Abs. 1 vorgesehene Erklärung nicht binnen eines Monats ab dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis beziehungsweise der Auflösung des Gruppenversicherungsvertrags abgibt. Die Frist ist gehemmt, solange der Versicherer der im Abs. 1 angeordneten Hinweispflicht nicht entsprochen hat; der Beweis der Erfüllung dieser Pflicht obliegt dem Versicherer.

(3) Gibt der Versicherungsnehmer die im Abs. 1 vorgesehene Erklärung ab, so ist die Einzelversicherungsprämie nach demjenigen Eintrittsalter zu bemessen, mit dem der Versicherte in den Gruppenversicherungsvertrag eingetreten ist.

(4) Das Recht auf Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses als Einzelversicherung besteht jedoch nicht, wenn der Versicherte aus dem versicherten Personenkreis infolge außerordentlicher Kündigung des Versicherers wegen einer Vertragsverletzung ausscheidet.

(5) Die §§ 178 g und 178 h gelten für Gruppenversicherungsverträge nicht. Als Grund für eine Prämienhöhung darf auch eine Änderung der im § 178 f Abs. 2 Z 2 und 3 genannten Umstände bloß bei den zu dieser Gruppe gehörenden Versicherten vereinbart werden, auch infolge einer Änderung des Durchschnittsalters der Gruppe.

§ 178 n. Auf eine Vereinbarung, die von § 178 a Abs. 2 und 3 und von den §§ 178 c bis 178 m zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder des Versicherten abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.“

59. Nach § 191 a wird folgender § 191 b eingefügt:

„§ 191 b. (1) § 1 a, § 2 Abs. 2 zweiter Satz, § 5 b, § 6, § 8 Abs. 3, § 11 Abs. 1 und 3, § 11 a, § 12, § 15 a, § 16 Abs. 3, § 18, § 21, § 25 Abs. 3, § 27, § 28 Abs. 2 zweiter Satz, § 34 b, § 38, § 39 Abs. 2, § 39 a, § 40, § 41 Abs. 2, § 43, § 44, § 47, § 51 Abs. 4 und 5, § 58 Abs. 3, § 59 Abs. 3, § 64, § 68, § 68 a, § 70 Abs. 3, § 71, § 96, § 108, § 113, § 115 a, § 154 Abs. 2, § 158, § 158 a, § 158 j, § 158 l, §§ 158 m bis 158 p, § 163, § 164 Abs. 2, §§ 172 bis 176, § 178 Abs. 2 und §§ 178 a bis 178 n in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. treten mit 1. Juli 1994 in Kraft.

(2) Nicht in der neuen Fassung anzuwenden sind

1. § 16 Abs. 3, § 18, § 21, § 38, § 51 Abs. 4, § 108, § 115 a, § 158 a, § 176 Abs. 4, § 178 Abs. 2, § 178 d, § 178 e, § 178 i Abs. 1 und § 178 k
auf Versicherungsverträge, die vor dem 1. Juli 1994 geschlossen worden sind,
2. § 12,
wenn die dort genannten Fristen vor dem 1. Juli 1994 zu laufen begonnen haben,

3. § 43, § 44 und § 47
auf Rechtshandlungen, die von dem Versicherungsagenten oder ihm gegenüber vor dem 1. Juli 1994 vorgenommen worden sind,
4. § 158 o,
wenn das Unternehmen vor dem 1. Juli 1994 veräußert beziehungsweise übernommen worden ist,
5. § 178 c
auf Kostendeckungszusagen, die vor dem 1. Juli 1994 abgegeben worden sind,
6. § 178 m
auf Gruppenversicherungsverträge, soweit der Gruppenversicherte vor dem 1. Juli 1994 in die Gruppenversicherung aufgenommen worden ist,
7. § 1 a Abs. 2, § 2 Abs. 2, § 34 b, § 40, § 41 Abs. 2, § 58 Abs. 3, § 59 Abs. 3, § 64, § 68, § 70 Abs. 3, § 96 Abs. 3, § 113, § 158 Abs. 3 und §§ 172 bis 176
auf Versicherungsverträge, die vor dem 1. Jänner 1995 geschlossen worden sind, und
8. § 1 a Abs. 1 und § 5 b,
wenn der Antrag des Versicherungsnehmers vor dem 1. Jänner 1995 erklärt worden ist.

(3) § 8 Abs. 3 ist in der im Abs. 1 bezeichneten Fassung auf Versicherungsverträge anzuwenden, die nach dem 31. Dezember 1994 geschlossen worden sind. Verträge, die vor dem 1. April 1994 geschlossen worden sind, kann der Versicherungsnehmer nach § 8 Abs. 3 jedenfalls ab dem 1. Juli 1999 kündigen, Verträge, die zwischen dem 31. März 1994 und dem 1. Jänner 1995 geschlossen worden sind, ab dem 1. Juli 1998; § 8 Abs. 3 zweiter Satz ist in diesen Fällen auf Verträge, die vor dem 1. Juli 1994 geschlossen worden sind, mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Versicherer auch die Differenz zwischen der vereinbarten Prämie und der Prämie für Verträge mit einer Laufzeit, die der tatsächlich verstrichenen Laufzeit entspricht, verlangen kann, falls er zur Zeit der Eingehung des Versicherungsvertrags in seinem Tarif eine Prämie für derartige Verträge mit kürzerer Laufzeit vorgesehen hatte.

(4) Ist in einem Krankenversicherungsvertrag die Zulässigkeit einer Prämienhöhung oder einer Änderung des Versicherungsschutzes an die Zustimmung der Versicherungsaufsichtsbehörde gebunden, so sind an Stelle dieser Anpassungsbestimmung die §§ 178 f bis 178 h anzuwenden, wobei eine Anpassung nach den in § 178 f Abs. 2 genannten Anpassungsfaktoren als vereinbart gilt.“

VORBLATT

1. Problem

Die dritte Generation von Versicherungsrichtlinien der Europäischen Union (Dritte Richtlinie Schadenversicherung vom 18. Juni 1992, 92/49/EWG, und Dritte Richtlinie Lebensversicherung vom 10. November 1992, 92/96/EWG), die für Österreich auf Grund des EWR-Abkommens voraussichtlich Bedeutung erlangen wird, erfordert ab 1. Juli 1994 den Verzicht auf den Vorbehalt der Genehmigung Allgemeiner Versicherungsbedingungen durch die Versicherungsaufsichtsbehörde, der in Österreich derzeit auf Grund des Versicherungsaufsichtsrechts besteht. Dem Wegfall dieses bedeutsamen Aufsichtsmittels ist durch eine Anpassung des Rechts des privaten Versicherungsvertrags an die Erfordernisse des modernen Versicherungswesens und eines hinreichenden Kundenschutzes Rechnung zu tragen.

2. Ziel

Modernisierung des Versicherungsvertragsgesetzes, vor allem unter dem Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes, insbesondere Schaffung spezifischer Bestimmungen für die Rechtsschutz- und die Krankenversicherung.

3. Inhalt

Änderung und Ergänzung des Versicherungsvertragsgesetzes.

4. Alternativen

Im Hinblick auf den Wegfall der aufsichtsbehördlichen Genehmigung Allgemeiner Versicherungsbedingungen keine. Ein hinreichender Versicherungsnehmerschutz allein durch aufsichtsbehördliche Maßnahmen wäre ab 1. Juli 1994 auch bei Änderung des Versicherungsaufsichtsrechts nicht mehr zu erreichen; bei Beibehaltung des bisherigen Zustands des österreichischen Versicherungsvertragsrechts wäre ein erhebliches Defizit an Verbraucherschutz im Bereich des Versicherungswesens in Kauf zu nehmen.

5. Auswirkungen auf den Bundeshaushalt

Eine geringfügige Mehrbelastung der Gerichte — vor allem des Handelsgerichts Wien — durch die vorgesehene „Verbandsklage“ bei Vertragsanpassungen im Rahmen der Krankenversicherung ist möglich, die Anzahl derartiger Prozesse ist jedoch völlig ungewiß, ein Personalmehrbedarf dürfte sich dadurch nicht ergeben. Ansonsten keine budgetären Auswirkungen.

6. Konformität mit EU-Recht

Der Entwurf trägt den im Bereich des Versicherungsrechts geltenden Rechtsvorschriften der EU Rechnung.

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Die zweite Generation von Versicherungsrichtlinien der Europäischen Union bewirkte relativ großen Anpassungsbedarf im Bereich des Versicherungsaufsichtsrechts und des internationalen Versicherungsvertragsrechts. Im materiellen Versicherungsvertragsrecht war das Anpassungsbedürfnis etwas geringer; das in diesem Bereich erlassene „Bundesgesetz, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz zur Anpassung an das EWR-Abkommen geändert wird“, BGBl. Nr. 90/1993, enthält einige Regeln für die Rechtsschutzversicherung und beschränkt sich im übrigen auf punktuelle Änderungen des Versicherungsvertragsgesetzes. Das Gesetz ist in Österreich zugleich mit dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum am 1. Jänner 1994 in Kraft getreten.

Mittlerweile hat die EU eine dritte Generation von Richtlinien erlassen, die das Versicherungsrecht betreffen. Es handelt sich dabei um

1. die Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG und 88/357/EWG (Dritte Richtlinie Schadenversicherung) und
2. die Richtlinie 92/96/EWG des Rates vom 10. November 1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 79/267/EWG und 90/619/EWG (Dritte Richtlinie Lebensversicherung).

Gemäß Art. 57 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung bzw. Art. 51 der Dritten Richtlinie Lebensversicherung haben die Mitgliedstaaten bis zum 31. Dezember 1993 diejenigen Vorschriften zu erlassen, die zur Anpassung ihrer innerstaatlichen Rechtslage an diese beiden Richtlinien erforderlich sind, und diese Anpassungsvorschriften spätestens zum 1. Juli 1994 in Kraft zu setzen.

Die beiden Richtlinien sind, da sie erst nach Schließung des EWR-Abkommens in Kraft getreten sind, naturgemäß (noch) nicht Bestandteil des EWR-acquis; sie werden aber mit hoher Wahr-

scheinlichkeit über das im EWR-Abkommen vorgesehene Verfahren zur Implementierung des sogenannten „pipeline-acquis“ (Beschlussfassung im Gemeinsamen EWR-Ausschuß) für Österreich relevant werden.

Von besonderer Bedeutung für Österreich sind Art. 29 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung und Art. 29 der Dritten Richtlinie Lebensversicherung. Diese beiden Bestimmungen verbieten es den Mitgliedstaaten, einen Genehmigungsvorbehalt für Allgemeine Geschäftsbedingungen der Versicherer (die „Versicherungsbedingungen“) oder für Versicherungstarife vorzusehen oder aufrechtzuerhalten. Sollten die Richtlinien für Österreich wirksam werden (was, wie erwähnt, sehr wahrscheinlich ist), so wäre die österreichische Praxis der aufsichtsbehördlichen Genehmigung von Versicherungsbedingungen und (im Bereich der Personenversicherung) von Tarifen ab 1. Juli 1994 (allenfalls ab dem späteren Wirksamwerden der Richtlinien für Österreich) nicht mehr zulässig, und es wäre das österreichische Versicherungsaufsichtsrecht entsprechend anzupassen (das Bundesministerium für Finanzen hat den Entwurf einer entsprechenden Novelle zum VAG bereits zur Begutachtung versendet). Die Versicherer könnten ihre AVB frei gestalten; sie müßten sie (was im Versicherungsaufsichtsrecht, gestützt auf Art. 54 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung voraussichtlich vorgesehen werden wird) im Bereich der Krankenversicherung allerdings der Versicherungsaufsichtsbehörde zur Information vorlegen.

Das VersVG 1958 geht auf das deutsche Versicherungsvertragsgesetz des Jahres 1908 zurück. Mit Ausnahme der oben erwähnten Anpassung an das EWR-Abkommen wurde das Gesetz bisher noch nicht novelliert und an moderne Entwicklungen im Versicherungsbereich angepaßt. Der Hauptgrund für diese Untätigkeit des Gesetzgebers lag im Instrument der Bedingungsgenehmigung, das es der Versicherungsaufsichtsbehörde ermöglichte, auf die Gestaltung von Versicherungsprodukten, nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt des Versicherungsnehmerschutzes, Einfluß zu nehmen. Die umsichtige Handhabung dieses Aufsichtsmittels durch das Bundesministerium für Finanzen führte dazu, daß der Ver-

sicherungsnehmerschutz bisher mit den Realitäten der Versicherungspraxis Schritt hielt, obwohl die gesetzliche Regelung des Rechtsverhältnisses zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer modernen Anforderungen in Wahrheit nicht mehr hinreichend entspricht. So ist es zB zu erklären, daß das VersVG zwar die seinerzeit besonders wichtige Tierversicherung genau regelt, hingegen spezifische Bestimmungen für heute so bedeutsame Sparten wie die Rechtsschutz- und die Krankenversicherung völlig fehlen.

Mit dem Wegfall der Vorweggenehmigung von Versicherungsbedingungen wird sich diese Situation naturgemäß grundlegend verändern. Der Gesetzgeber kann nicht länger darauf vertrauen, daß die Insuffizienz des VersVG durch die Tätigkeit der Aufsichtsbehörde im wesentlichen wettgemacht wird. Es ist vielmehr erforderlich, das VersVG kritisch daraufhin zu durchleuchten, inwieweit es den Anforderungen des modernen Versicherungswesens, vor allem aus dem Blickwinkel des Kundenschutzes, noch gerecht wird.

Der vorliegende Entwurf basiert auf einer derartigen Bestandsaufnahme vorhandener Unzukömmlichkeiten; er versucht, den Wegfall aufsichtsbehördlicher Bedingungsgenehmigung durch Stärkung der rechtlichen Position des Versicherungsnehmers im Verhältnis zum Versicherer zu kompensieren. Gleichzeitig beseitigt er manche Unverträglichkeit des — wie erwähnt — auf deutschem Recht basierenden VersVG mit der allgemeinen österreichischen Zivilrechtsslage. Schließlich bringt er — erstmals in Österreich — spezifische Bestimmungen für die private Krankenversicherung (die in Österreich im Regelfall eine „Zusatzversicherung“ zur gesetzlichen Krankenversicherung ist) und erweitert die im Rahmen der EWR-Anpassung (siehe oben) vorgesehenen besonderen Bestimmungen für die Rechtsschutzversicherung. Nach Gesetzwerdung dieses Entwurfs wäre das österreichische Recht des privaten Versicherungsvertrags für die modernen Anforderungen — auch unter Berücksichtigung der Liberalisierung des Versicherungswesens durch den EWR und durch einen allfälligen Beitritt Österreichs zur Europäischen Union — im wesentlichen gerüstet.

Besonderer Teil

Zu § 1 a:

1. Im Versicherungsgeschäft — jedenfalls im „Massengeschäft“ — ist es üblich, daß der Kunde das förmliche Vertragsanbot stellt, und zwar auch dann, wenn die Initiative zum geschäftlichen Kontakt vom Versicherer bzw. dessen „Vertreter“ ausgeht. Der Kunde übergibt im Regelfall dem Versicherungsagenten den Antrag auf einem vom Versicherer vorformulierten Formblatt; der Versicherer nimmt ihn dann — meist schlüssig durch Zusendung der Polizze, seltener durch gesonderte

Erklärung — an. Die verwendeten Antragsformblätter sehen häufig eine relativ lange Bindung des Versicherungsnehmers an seinen Antrag vor, dh. mit seiner Unterschrift unter den Antrag bestimmt der Versicherungsnehmer gemäß § 862 erster Satz ABGB eine entsprechend lange Bindungsfrist. Lange Bindungsfristen (deren sich der Versicherungsnehmer oftmals nicht wirklich bewußt ist, zumal sich das „Verkaufsgespräch“ in aller Regel um ganz andere Dinge dreht als gerade um die Bindungswirkung des Antrags) sind jedoch problematisch, weil sie dazu führen können, daß der Versicherungsnehmer lange Zeit über die Annahmetauglichkeit seines Anbots im ungewissen bleibt. Außerdem beginnt der Versicherungsschutz grundsätzlich nicht vor dem Zustandekommen des Vertrags, sodaß ein Versicherungsnehmer, der dies nicht bedacht hat (allerdings sieht Abs. 2 hier nunmehr eine Belehrungspflicht des Versicherers vor), möglicherweise einen langen versicherungsfreien Zeitraum überbrücken muß.

Abs. 1 begrenzt daher die maximal zulässige Bindungsfrist auf sechs Wochen. Diese Frist bedeutet letztlich eine Konkretisierung des § 6 Abs. 1 Z 1 (erster Fall) KSchG.

Wird einseitig im Antrag oder formularmäßig eine längere als die erlaubte Bindungsfrist festgesetzt, so gilt die zulässige Höchstfrist; eine längere Bindungsfrist soll wirksam nur durch eine im Einzelfall ausgehandelte Vereinbarung festgelegt werden können (zu diesem Ausdruck vgl. § 6 Abs. 2 KSchG), was allerdings beim Massengeschäft kaum praktische Bedeutung bekommen dürfte.

2. Der Versicherungsvertrag kommt als Konsensualvertrag mit Zugang der Annahmeerklärung an den Offerenten (das ist im Regelfall der Versicherungsnehmer) zustande; vorher besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz. Dies ist in Versicherungsdingen unerfahrenen Personen zumeist nicht bewußt; oftmals vertraut der Kunde darauf, daß er „jetzt versichert ist“, sobald sich der Versicherungsvertreter mit dem unterschriebenen Antragsformular in der Tasche verabschiedet. Aus diesem im Regelfall unberechtigten Vertrauen können dem Versicherungsnehmer naturgemäß erhebliche Nachteile erwachsen. Um dem vorzubeugen, normiert Abs. 2 eine entsprechende Hinweispflicht (genauer: eine Hinweisobliegenheit) des Versicherers. Dem Versicherungsnehmer soll bewußt gemacht werden, daß er noch einige Zeit lang ohne Versicherungsdeckung sein wird, wenn er nicht — etwa durch Einholung einer vorläufigen Deckungszusage — anderweitig vorsorgt. Unterläßt der Versicherer den Hinweis, so hat er — nach Art einer gesetzlich angeordneten vorläufigen Deckung — den beantragten Versicherungsschutz ab Zugang des Antrags (das ist wegen § 43 Abs. 1 Z 1 in der Regel die Empfangnahme durch den Versicherungsagenten)

zu gewähren. Diese Deckungspflicht endet mit dem Ende der Bindung des Versicherungsnehmers an seinen Antrag (genauer gesagt mit dem Verstreichen der Bindungsfrist ohne Annahme- oder Ablehnungserklärung des Versicherers); der Versicherungsnehmer weiß ja in diesem Zeitpunkt, daß mit diesem Versicherer kein Vertrag zustande kommen wird. Für diese gesetzliche vorläufige Deckung kann der Versicherer den entsprechenden Teil der vereinbarten Prämie verlangen (nicht jedoch die Prämie für kurzfristige Verträge, weil diese Prämie die besondere Risikoträchtigkeit derartiger von vornherein auf kurze Frist vereinbarter Versicherungsverträge berücksichtigt, etwa bei einer Kurzkasko- oder Unfallversicherung für eine Reise).

3. Die gesamte Regelung ist — wie auch mehrere andere Änderungen, etwa § 5 b — auf das „Massengeschäft“ abgestellt. Im „Großgeschäft“, etwa bei der Versicherung von Industrierisiken, wird sie in aller Regel schon wegen der Anknüpfung an den Antrag des Versicherungsnehmers ohne Bedeutung sein, weil hier der Kunde zumeist mehrere Vergleichsanbote einholt, also der Versicherer den Antrag stellt. Überdies beschränkt Abs. 3 den Anwendungsbereich der Bestimmungen noch ausdrücklich auf Verbrauchergeschäfte im Sinn des KSchG. Von einem Unternehmer kann erwartet werden, daß er die Bedeutung einer langfristigen Bindung an ein Vertragsangebot richtig wertet und über grundlegende Prinzipien des Vertragsrechts (Zeitpunkt des Zustandekommens eines Vertrags) Bescheid weiß.

Zu § 2:

Diese Änderung (Streichung des letzten Halbsatzes im zweiten Satz des Abs. 2) betrifft das Problem der „Unteilbarkeit der Prämie“. Sedes materiae ist § 40, es wird daher auf die Ausführungen zu dieser Bestimmung hingewiesen.

Zu § 5 b:

Für den Fall der persönlichen Übergabe des Antrags (im Regelfall an den Versicherungsagenten) verhält Abs. 1 den Versicherer, dem Versicherungsnehmer sogleich eine Durchschrift seiner Vertragserklärung auszuhändigen, was vor allem im Hinblick auf die spätere Prüfung der Polizza (vgl. § 5) von großer Bedeutung ist. „Beauftragter“ (des Versicherers) im Sinn dieser Bestimmung ist allerdings nicht der echte, vom Versicherungsnehmer beauftragte Makler, der (noch) nicht unter § 43 Abs. 1 fällt.

Versicherungsverträge werden im Regelfall unter Zugrundelegung Allgemeiner Geschäftsbedingungen des Versicherers, der Versicherungsbedingungen, geschlossen. Im Gegensatz zur Situation bei praktisch allen anderen Vertragsbeziehungen regeln die Bedingungen hier jedoch nicht bloß

Nebenpunkte des Vertrags, sondern sie umschreiben auch und vor allem den eigentlichen Vertragsgegenstand selbst, das Versicherungsprodukt. Nur durch Heranziehung der zugrunde gelegten Versicherungsbedingungen und nach Lektüre der darin vorgenommenen Risikoumschreibung und allfälliger Risikoausschlüsse weiß der Kunde mit einiger Gewißheit, wofür er nun wirklich Versicherungsdeckung erhält. Im Versicherungsbereich ist es daher von besonderer Bedeutung, daß der Kunde rechtzeitig, dh. bevor er sich durch seine Vertragserklärung bindet, den Inhalt derjenigen Geschäftsbedingungen erfährt, zu denen sein Vertragspartner abzuschließen bereit ist.

Obwohl Geschäftsbedingungen nicht von einer Vertragspartei diktiert werden können, der Geltungsgrund also ausschließlich in der Parteienvereinbarung gelegen sein kann, geht die derzeit herrschende Ansicht davon aus, daß eine zivilrechtliche Pflicht, dem Kunden die Versicherungsbedingungen schon vor dem Vertragsabschluß unaufgefordert zu überreichen, nicht besteht. Die Rechtsprechung geht von der Annahme aus, es sei jedermann bekannt, daß Versicherungsunternehmen stets auf Basis Allgemeiner Geschäftsbedingungen abschließen. Eine Verpflichtung zur Ausfolgung der Bedingungen wird daher nur für den Fall angenommen, daß der Kunde dies verlangt. Zumeist wird ein derartiges Verlangen vom Kunden jedoch nicht gestellt, weniger deshalb, weil er nicht an den AVB interessiert wäre, sondern weil er einfach nicht an sie denkt. Im Regelfall werden die Bedingungen dem Versicherungsnehmer dann gemeinsam mit der Polizza zugesendet.

Diese Praxis mag in einem Umfeld aufsichtsbehördlich genehmigter Versicherungsbedingungen noch akzeptabel sein. Wie oben im Allgemeinen Teil der Erläuterungen bereits ausgeführt wurde, wird aber der Genehmigungsvorbehalt nach dem Wirksamwerden der dritten Richtliniengeneration für Österreich und dem Verstreichen der Umsetzungsfrist mit 1. Juli 1994 unzulässig sein. Der Versicherungsnehmer wird sich in Hinkunft immer weniger darauf verlassen können, daß die Bedingungen „schon irgendwie in Ordnung sein werden“, daß sie ohnedies nur das enthalten, was bei derartigen Versicherungsverträgen allgemein üblich vereinbart wird. Vor allem im Hinblick auf ausländische Anbieter im EWR wird das Spektrum der Versicherungsprodukte vielfältiger werden, die Information des Versicherungsnehmers über den Inhalt der Bedingungen daher weiter an Bedeutung gewinnen. Vor diesem Hintergrund sieht Abs. 2 vor, daß der Versicherungsnehmer binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten kann, falls er die Bedingungen nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung (das ist im Regelfall der Versicherungsantrag) erhalten hat. Dem Abs. 2 ist also die Obliegenheit des Versicherers immanent, dem

Versicherungsnehmer die einschlägigen Bedingungen auszuhändigen, bevor dieser seine Vertragserklärung abgibt. Der Versicherungsnehmer soll in die Lage versetzt werden, das Produkt anhand der Bedingungen genau zu prüfen, bevor er seine Unterschrift unter den Antrag setzt. Dabei kann aber von einem mündigen Kunden durchaus erwartet werden, daß er sich die Zeit nimmt, den Bedingungstext in Ruhe zu studieren, und sich nicht zu einer übereilten Anbotstellung drängen läßt; zusätzliche Kautelen gegen einen unüberlegten Vertragsabschluß (etwa eine zwingende Überlegungsfrist zwischen dem Erhalt der AVB und der Anbotstellung) wurden daher nicht vorgesehen.

Die Rücktrittsfrist beginnt erst nach Erhalt der Polizze, der Versicherungsbedingungen und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht zu laufen. Diese Unterlagen werden im Regelfall gleichzeitig dem Versicherungsnehmer übermittelt werden, was allerdings nicht unbedingt erforderlich ist. Diese — normale — Rücktrittsfrist soll — zum Unterschied von der Rücktrittsfrist des § 3 KSchG — zwei Wochen betragen, weil die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, zu deren Studium und Beurteilung diese Frist dienen soll, und die sich daraus ergebenden beiderseitigen Rechte und Pflichten nur schwer zu überblicken sind und sich der Versicherungsnehmer hier oft sachkundigen Rates bedienen wird müssen. Die — absolute — Monatsfrist fußt auf demselben Gedanken wie diese Frist im § 3 Abs. 1 letzter Satz KSchG idF des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 247/1993.

Eine weitere Rechtsfolge der Verletzung der Obliegenheit zur Ausfolgung der Versicherungsbedingungen ist in § 6 Abs. 5 vorgesehen (Näheres dazu bei dieser Bestimmung).

Auch die in Abs. 1 angeordnete Obliegenheit des Versicherers zur Ausfolgung einer Durchschrift des Antrags ist durch das Rücktrittsrecht des Abs. 2 abgesichert. Sollten also die Bedingungen oder die Antragsdurchschrift seinerzeit nicht ausgefolgt worden sein, so verbleibt dem Versicherungsnehmer nach Erhalt der Polizze, der Bedingungen und entsprechender Belehrung über das Rücktrittsrecht noch ein hinreichend langer Zeitraum, um sich nachträglich zu informieren und sodann zu entscheiden, ob er das Rücktrittsrecht ausüben möchte oder nicht. Die Bestimmungen über die Rücktrittserklärung (Abs. 2 letzter Satz) orientieren sich zweckmäßigerweise an § 3 KSchG; das in dieser Bestimmung vorgesehene Rücktrittsrecht bei Haustürgeschäften bleibt im übrigen neben dem Rücktrittsrecht nach § 5 b Abs. 2 VersVG weiterhin auch bei Versicherungsverträgen gegeben.

Auch § 5 b gilt (gemäß seinem Abs. 3) nur für Verbrauchergeschäfte im Sinn des KSchG; weiters wurden Verträge mit unterjähriger Laufzeit aus seinem Anwendungsbereich ausgenommen, weil

hier wegen der ohnedies nur kurzen vertraglichen Bindung des Versicherungsnehmers ein geringeres Schutzbedürfnis gegeben ist.

Zu § 6:

1. § 6 Abs. 1 VersVG erlaubt für den Fall der Verletzung einer sogenannten schlichten (dh.: nicht risikobezogenen) Obliegenheit die Vereinbarung der gänzlichen Leistungsfreiheit des Versicherers (und zwar für den Fall, daß den Versicherungsnehmer an der Obliegenheitsverletzung ein Verschulden trifft). Bei einer verschuldeten Obliegenheitsverletzung kann es also zur völligen Leistungsfreiheit des Versicherers kommen, auch wenn die Verletzung der Obliegenheit im konkreten Fall keinen oder nur geringen Einfluß auf die dem Versicherer obliegende Leistung hatte.

Der neue Abs. 1 a soll dieses Prinzip in vernünftiger Weise abschwächen. Wird eine Obliegenheit verletzt, die im Versicherungsvertrag deshalb vereinbart wurde, um die dem Vertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechtzuerhalten, so tritt nur eine aliquote Leistungsfreiheit des Versicherers ein. Die Leistung des Versicherers ist in dem Verhältnis zu kürzen, in dem der Differenzbetrag zwischen der vereinbarten und der für das andere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zu dieser Tarifprämie steht. Wurde etwa eine Prämie von 20 vereinbart und wäre für das infolge der Obliegenheitsverletzung bestehende (andere) Risiko tarifgemäß eine Prämie von 100 zu zahlen (bezahlt also der Versicherungsnehmer nur ein Fünftel des im Tarif bestimmten Betrags), so beträgt die Leistungsfreiheit des Versicherers 80 (Fehlbetrag) zu 100 (Tarifprämie), also vier Fünftel.

Beispiel für eine derartige Obliegenheit ist etwa die derzeit in § 6 Abs. 1 Z 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung (AKHB 1988) vorgesehene Verpflichtung des Versicherungsnehmers, das Fahrzeug nur für den vereinbarten Zweck zu verwenden. Verwendet nun der Versicherungsnehmer das Fahrzeug anderweitig (etwa ein versichertes Privatfahrzeug als Taxi) und hätte er für die Versicherungsdeckung bei dieser Verwendungsart eine höhere Prämie zu zahlen, so kommt es im Versicherungsfall zur aliquoten Leistungskürzung.

Bei den hier behandelten Obliegenheiten handelt es sich also stets um solche, deren Verletzung dazu führt, daß dem Versicherer Prämie entgeht. Würde der Versicherer jedoch die infolge Obliegenheitsverletzung herbeigeführte Situation auch gegen höhere Prämie nicht versichern oder ist jedenfalls im Tarif für das höhere Risiko keine bestimmte Prämie vorgesehen, so ist Abs. 1 a erster Satz unanwendbar, und es tritt — Verschulden voraus-

gesetzt und soweit nicht andere Regeln eingreifen, besonders Abs. 2 — die vereinbarte Leistungsfreiheit in voller Höhe ein.

Bei der Verletzung anderer, weder prämiennoch risikorelevanter Obliegenheiten (vgl. Abs. 1 a erster Satz und Abs. 2) zu Mitteilungen und Anzeigen soll die Schärfe der Verfallsklausel dadurch gemildert werden, daß die Verletzung solcher Obliegenheiten nur zur Leistungsfreiheit führen, wenn ihre Verletzung auf Vorsatz beruht. Das Recht des Versicherers, bei auch nur fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit, also einer Vertragsverletzung, Ersatz des ihm dadurch entstandenen Schadens zu verlangen, etwa von Manipulations- oder sonstigem Aufwand, bleibt unberührt, ebenso die Möglichkeit, für diesen Ersatz vorweg einen Pauschalbetrag zu vereinbaren, der allerdings dem richterlichen Mäßigungsrecht unterliegt (§ 1336 ABGB). Unberührt von der Neuregelung bleibt auch die Prüfung, ob die Obliegenheit überhaupt wirksam vereinbart ist (etwa nach den §§ 864 a oder 879 Abs. 3 ABGB).

2. Eine vereinbarte Leistungsfreiheit wegen der Verletzung risikorelevanter Obliegenheiten kann der Versicherer nach der derzeitigen Fassung des Abs. 2 nur dann nicht geltend machen, wenn die Verletzung weder einen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls noch auf den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat. Die völlige Leistungsfreiheit bei einer Obliegenheitsverletzung, die die Leistungspflicht des Versicherers der Höhe nach nur teilweise beeinflusst hat, ist jedoch eine überzogene Rechtsfolge. Dieses „Alles oder Nichts-Prinzip“ wurde daher durch Einfügung des Wortes „soweit“ in den letzten Satzteil des Abs. 2 teilweise beseitigt, eben insofern es sich auf die Höhe der Leistung des Versicherers bezieht. Die Obliegenheitsverletzung soll künftig Leistungsfreiheit nur insoweit bewirken, als sie für die Leistungspflicht des Versicherers der Höhe nach ursächlich war.

Weiters wurde im Abs. 2 klargestellt, daß er im Verhältnis zu Abs. 1 eine zusätzliche Einschränkung der vereinbarten Leistungsfreiheit bedeutet. Bei Verletzung einer vor dem Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllenden risikorelevanten Obliegenheit sind also sowohl das Verschulden des Versicherungsnehmers (Abs. 1) als auch die Kausalität der Obliegenheitsverletzung (Abs. 2) Voraussetzung der Leistungsfreiheit. Auch mit Abs. 1 a erster Satz kann sich der Anwendungsbereich des Abs. 2 überschneiden, wenn etwa die Gefahrminderungsobligiegenheit vereinbart ist, um das Risiko auf das tarifmäßig Vorgesehene zu beschränken, und für das durch die Obliegenheitsverletzung eingetretene höhere Risiko eine höhere Prämie vorgesehen wäre; hier stünde dem Versicherungsnehmer der Kausalitätsgegenbeweis nach Abs. 2 zu, soweit dieser mißlingt, tritt die Leistungsfreiheit nur nach der Verhältnisrechnung des Abs. 1 a erster Satz ein.

3. Nach der bisherigen Fassung des § 6 Abs. 3 tritt eine vereinbarte Leistungsfreiheit bei Verletzung einer **nach** dem Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllenden Obliegenheit bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers ein; nur eine leicht fahrlässige (oder überhaupt unverschuldete) Obliegenheitsverletzung schadet diesem nicht. Bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung ist der Versicherer zur Gänze leistungsfrei, bei grob fahrlässiger Verletzung nur, soweit diese die Feststellung des Versicherungsfalls oder des Leistungsumfanges oder den Leistungsumfang selbst beeinflusst hat.

Durch die Änderung des zweiten Satzes des Abs. 3 soll das Erfordernis der Kausalität erheblich ausgedehnt werden, und zwar auch auf alle vorsätzlichen Obliegenheitsverletzungen, die jedoch nicht in Schädigungs- oder Verschleierungsabsicht begangen wurden. Für bloß „schlicht vorsätzliche“ nachträgliche Obliegenheitsverletzungen ist nämlich die Sanktion der vollständigen Leistungsfreiheit überzogen, man denke etwa an die (zwar vorsätzliche) Überziehung der Frist zur Meldung des Versicherungsfalls, bei der der Versicherungsnehmer nicht im geringsten daran denkt, die Abwicklung des Versicherungsfalls und die Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers in irgend einer Form zu erschweren (er hält die Frist zB nur deshalb nicht genau ein, weil er sie nicht für besonders wichtig hält und unter Zeitdruck steht). Nach der bisherigen Rechtslage wäre in diesem Fall völlige Leistungsfreiheit des Versicherers gegeben (obwohl ihm die verspätete Schadenmeldung unter Umständen sogar zum Vorteil gereicht, weil er dadurch die Versicherungsleistung erst später erbringen muß). Nach der Neufassung des Abs. 3 zweiter Satz könnte der Versicherungsnehmer hingegen die mangelnde Kausalität seiner Obliegenheitsverletzung einwenden; beweispflichtig für das Vorliegen der Voraussetzungen dieser (ihm vorteilhaften) Bestimmung, also vor allem der mangelnden Schädigungs- oder Verschleierungsabsicht, ist nach der allgemeinen (Rosenbergschen) Regel allerdings der Versicherungsnehmer.

4. Abs. 5 enthält (mittelbar) eine Obliegenheit des Versicherers, den Versicherungsnehmer schriftlich über Obliegenheiten zu belehren, deren Rechtsfolge neben die Rechtsfolge für die Nichtausfolgung von Versicherungsbedingungen nach § 5 b Abs. 2 treten kann. Wurden weder die Bedingungen ausgefolgt noch der Versicherungsnehmer durch eine andere Urkunde über seine Obliegenheiten belehrt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber aus der späteren fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit keine Rechte ableiten (vgl. § 158 m Abs. 2). Diese Bestimmung ist zB von besonderer Bedeutung für Reiseversicherungen, die der Kunde durch Verwendung eines etwa am

Flughafen aufliegenden Zahlscheins nehmen kann. Derartigen Aufforderungen zum Abschluß einer Versicherung müssen in Hinkunft die Versicherungsbedingungen beiliegen oder zumindest — allenfalls auch auf der Aufforderung — eine urkundliche Belehrung über die Obliegenheiten des Versicherungsnehmers, um die Rechtsfolge des Abs. 5 auszuschließen.

Abs. 5 kann naturgemäß für solche Vertragsklauseln nicht gelten, die sich darauf beschränken, ohnedies gesetzlich angeordnete Obliegenheiten wiederzugeben. Die Folgen der Verletzung gesetzlicher Obliegenheiten treten unter den gesetzlichen Voraussetzungen in jedem Fall ein (siehe § 2 ABGB).

Zu § 8:

Versicherungsunternehmen neigen dazu, Versicherungsverträge auf möglichst lange Zeit zu schließen. Dies ist einerseits vor dem Hintergrund eines legitimen Gewinnstrebens verständlich und bringt andererseits auch dem Versicherungsnehmer gewisse Vorteile; der naturgemäß geringere Verwaltungsaufwand für einen langfristigen Vertrag erlaubt die Kalkulation einer etwas geringeren Prämie und der Versicherungsnehmer ist für längere Zeit seiner Sorge um eine gleichmäßige Versicherungsdeckung enthoben.

Dennoch können allzu lange Vertragslaufzeiten für den Versicherungsnehmer problematisch sein. Eine langfristige vertragliche Bindung kann den Versicherungsnehmer erheblich belasten, wenn sich die bei Vertragsschließung gegebenen Verhältnisse in einer Weise ändern, die eine frühere Beendigung des Versicherungsverhältnisses sinnvoll erscheinen läßt. Die in der Praxis übliche zehnjährige Vertragsdauer ist ein Zeitraum, den der durchschnittliche Versicherungsnehmer bezüglich seines konkreten Versicherungsbedarfs nur sehr schwer überblicken kann. Hinzu kommt, daß Versicherungsagenten beim vorvertraglichen Kontakt mit dem Kunden auf die Frage der Vertragslaufzeit oft gar nicht aufmerksam machen und der Kunde nur selten von sich aus diese Frage releviert, weil im Zug der Vertragsschließung in der Regel ganz andere Dinge im Vordergrund stehen. Häufig wird dem Versicherungsnehmer erst bei der Lektüre der ihm zugesandten Polizze bewußt, daß er sich auf zehn Jahre an den Versicherer gebunden hat.

§ 8 Abs. 3 begrenzt daher die höchstzulässige vertragliche Bindung des Versicherungsnehmers auf drei Jahre. Es bleibt dem Versicherer aber unbenommen, weiterhin Langfristrabatte zu gewähren und damit die Nichtausübung des Kündigungsrechts durch den Versicherungsnehmer über Prämienanreize zu honorieren. Es wird aber in Zukunft für den Versicherungsnehmer jedenfalls

möglich sein, sich nach maximal dreijähriger Vertragsdauer — wenn auch unter Verlust von Rabatten — vom Versicherer zu lösen.

Das zwingende (§ 15 a) Kündigungsrecht nach dreijähriger Vertragsdauer wurde nur dem Versicherungsnehmer, nicht auch dem Versicherer eingeräumt. Dieser bedarf in dieser Hinsicht keines Schutzes, weil ihm das Problem der Vertragslaufzeit ohnedies hinreichend bewußt ist und er von vornherein einen kurzfristigen Vertrag anbieten kann, falls ihm eine langfristige Bindung an den Versicherungsnehmer nicht wünschenswert erscheinen sollte.

Weiters wurde das Kündigungsrecht auf Verbraucher im Sinn des KSchG beschränkt; einem Unternehmer kann zugesehen werden, daß er die Tragweite langfristiger vertraglicher Bindungen richtig einschätzt.

Schließlich soll § 8 Abs. 3 für Verträge nicht voll gelten, die vor seinem Inkrafttreten geschlossen wurden. Eine uneingeschränkte Rückwirkung dieser Bestimmung auf bestehende Verträge würde in unvertretbarer Weise in die vertragliche Gestaltungsfreiheit des Versicherers eingreifen, der ja bei diesen Verträgen die Prämie im Vertrauen auf eine lange Laufzeit kalkuliert hat. § 191 b Abs. 3 sieht daher eine zeitliche Staffelung des Wirksamwerdens des § 8 Abs. 3 vor (näheres siehe bei jener Bestimmung).

Zu § 11:

Nach Abs. 1 sind Geldleistungen des Versicherers (erst) mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Abs. 2 sieht nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls eine Abschlagszahlung des Versicherers vor.

Verzögert sich die Auszahlung der (endgültigen) Leistung des Versicherers für einen längeren Zeitraum, so soll der Versicherungsnehmer zumindest den Anspruch haben, vom Versicherer die dafür maßgeblichen Gründe zu erfahren. Abs. 1 wurde daher durch eine entsprechende Auskunftspflicht (genauer: eine Obliegenheit) nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren des Versicherungsnehmers nach einer Geldleistung ergänzt. Eine bestimmte Form für die Mitteilung des Versicherers, etwa die Schriftform, wurde nicht vorgesehen; es genügt also zB die unmittelbare Beantwortung einer telefonischen Anfrage des Versicherungsnehmers (allerdings trägt der Versicherer die Beweislast für die Erfüllung der Auskunftspflicht).

Kommt der Versicherer seiner Obliegenheit zur Information des Versicherungsnehmers nicht binnen eines Monats ab dessen entsprechendem Verlangen nach, so werden seine Geldleistungen

unabhängig von den Voraussetzungen des ersten Satzes, also noch vor dem Abschluß der Erhebungen fällig. Der Versicherer ist in diesem Fall daher jedenfalls zur Zahlung von Verzugszinsen verpflichtet und hat allenfalls Schadenersatzansprüche wegen verspäteter Zahlung zu gewärtigen.

Verlangt der Versicherungsnehmer vor Ablauf zweier Monate ab seinem Begehren nach einer Geldleistung eine derartige Auskunft des Versicherers, so hat die Verweigerung der Auskunft (oder eine erst nach Verstreichen der Monatsfrist erteilte Auskunft) nicht die sofortige Fälligkeit zur Folge.

Das „Begehren nach einer Geldleistung“ muß nicht unbedingt genau beziffert sein, es wäre etwa hinreichend, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall meldet und „den Ersatz seines Schadens“ verlangt; die bloße Anzeige des Versicherungsfalles soll jedoch nicht genügen.

Im Abs. 3 wurde klargestellt, daß sich die hier angeordnete Hemmung nicht auch auf die beiden Fristen des Abs. 1 bezieht. Verzögert der Versicherungsnehmer durch sein Verhalten die Abwicklung des Versicherungsfalles, so hat ihn der Versicherer binnen der — nicht verlängerten — Monatsfrist des Abs. 1 darauf hinzuweisen, wenn — was in der Praxis in diesem Fall selten vorkommen wird — der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate (diese Frist wird ebenfalls nicht verlängert) seit seinem Begehren nach einer Geldleistung eine Begründung für die lange Dauer der Erhebungen verlangen sollte.

Zu § 11 a:

Nach der Judikatur (zB OGH 23. April 1992, VersR 1993, 775) hat ein Versicherungsnehmer kein Recht auf (außerprozessuale) Einsicht in ein Gutachten, das der Versicherer (zumeist wohl im Zug der Prüfung seiner Deckungspflicht) eingeholt hat. Dies gilt selbst für solche Gutachten, an denen der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter dadurch mitgewirkt hat, daß er sich für Zwecke der Gutachtenserstellung ärztlich untersuchen hat lassen. § 11 a sieht ein Recht auf Einsicht in ein derartiges Gutachten nunmehr ausdrücklich vor, dies vor allem unter dem Gesichtspunkt, daß der Versicherungsnehmer über die Entscheidungsgrundlagen des Versicherers möglichst nicht im unklaren gelassen werden sollte (in die gleiche Richtung gehen auch die Begründungspflichten des geänderten § 12 Abs. 2 und des neuen § 158 n Abs. 1). Von einer weitgehenden Offenlegung der Entscheidungsbasis des Versicherers ist nicht zuletzt eine streitabschneidende Wirkung zu erwarten, weil der Versicherungsnehmer unter diesen Voraussetzungen die Erfolgsaussichten einer allfälligen Prozeßführung besser beurteilen kann.

Es wurde davon abgesehen, das Einsichtsrecht auf solche Gutachten zu beschränken, die der Versicherer zur Prüfung seiner Deckungspflicht im Versicherungsfall eingeholt hat. Der Versicherungsnehmer soll etwa auch in ein Gutachten Einsicht nehmen dürfen, das — auf Grund einer ärztlichen Untersuchung — im Zug einer Antrags- bzw. Risikoprüfung (zB in der Kranken- oder Lebensversicherung) eingeholt worden ist.

Ist die Person, die die Einsichtnahme verlangt, nicht mit der untersuchten Person ident (begehrt etwa der Versicherungsnehmer die Einsicht in ein Gutachten, das auf Basis einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten ergangen ist), so muß diese der Einsichtnahme zustimmen.

Zu § 12:

Die zwei- bzw. fünfjährige Verjährungsfrist des derzeitigen Abs. 1 ist ein Unikum des Versicherungsvertragsrechts, das durch keine sachlichen Gründe gerechtfertigt ist. Die zweijährige Frist bedeutet eine nicht zu rechtfertigende Begünstigung des Versicherers gegenüber der allgemeinen Rechtslage, die fünfjährige Verjährungsfrist bei der Lebensversicherung ist aus der Sicht des Versicherungsnehmers nicht erforderlich. In Hinkunft soll einheitlich die dem österreichischen Zivilrecht eigentümliche (kurze) Verjährungsfrist von drei Jahren gelten (vergleiche etwa die §§ 1480, 1486 bis 1490 ABGB).

Beseitigt wurde auch die Sonderregelung, daß die Verjährung erst mit dem Schluß des Jahres beginnt, in dem die Leistung verlangt werden kann. In Hinkunft soll daher die allgemeine Regelung des § 1478 ABGB gelten, wonach der Lauf der Verjährungsfrist beginnt, sobald das Recht hätte ausgeübt werden können (nach der Judikatur ist auf die objektive Möglichkeit abzustellen, den Anspruch einzuklagen; siehe etwa die bei Dittrich-Tades, ABGB³³ (1989) § 1478 E 30. angeführten Entscheidungen).

Ist allerdings ein Dritter bezugsberechtigt, etwa bei der Lebensversicherung, besteht die Gefahr, daß dieser bezugsberechtigte Dritte (vgl. § 166) möglicherweise lange Zeit von seiner Berechtigung nichts erfährt und — bei Geltung des § 1478 ABGB — nach relativ kurzer Zeit seinen Anspruch durch Verjährung verliert. Es wurde daher für diesen Fall die Sonderregelung vorgesehen, daß der Fristenlauf erst mit Kenntnis der Bezugsberechtigung beginnt (vgl. etwa § 1489 ABGB). Ergänzend dazu wurde eine absolute Verjährungsfrist von zehn Jahren (vgl. § 13 PHG) eingezogen, nicht zuletzt um dem Versicherer keine zeitlich unbegrenzte Aufbewahrungspflicht aufzubürden.

In den Abs. 2 wurden Mindestanforderungen aufgenommen, denen die schriftliche Entscheidung des Versicherers zu genügen hat, um die dort angeordnete Verjährungshemmung zu beenden. Es

sind die der Entscheidung des Versicherers zu grundegelegten Tatsachen anzuführen. Dabei bleibt es dem Versicherer unbenommen, in einem allfälligen Gerichtsverfahren auch noch andere Gründe für seine Verweigerung anzuführen; das Wort „derzeit“ soll ausdrücken, daß § 12 Abs. 2 nicht im Sinn einer Eventualmaxime zu verstehen ist, auch nicht alle schon bekannten Tatsachen müssen angeführt werden; wenn zB nach Meinung des Versicherers der Fall unter einen Risikoabschluß fällt und nur dies angeführt wird, die Prämienzahlungen daher gar nicht geprüft werden, ist später noch der Einwand nach §§ 38, 39 zulässig. Das „zumindest“ deutet an, daß der Hinweis auf die Rechtslage zu einer der Übung entsprechenden Begründung gehört, die Unterlassung eines derartigen Hinweises löst aber noch nicht die hier vorgesehene Rechtsfolge einer mangelhaften Ablehnung aus. Durch ein Minimum an Begründung soll der Versicherungsnehmer in die Lage versetzt werden, die ablehnende Entscheidung des Versicherers richtig beurteilen und sein weiteres Vorgehen darauf abstimmen zu können. Solange eine hinreichend begründete Ablehnung des Versicherers nicht vorliegt, kann der Anspruch des Versicherungsnehmers nicht verjähren.

Auch der Lauf der Frist des § 12 Abs. 3 soll in Hinkunft davon abhängen, daß die Ablehnung des Versicherers hinreichend (dem Abs. 2 entsprechend) begründet ist. Weiters wurde die Frist auf ein Jahr verlängert und angeordnet, daß sie — wie die Verjährungsfristen — für die Dauer von Vergleichsgesprächen über den erhobenen Anspruch gehemmt ist; dies unter dem Gesichtspunkt, daß Vergleichsgespräche nicht mit unnötigem Zeitdruck belastet werden sollen. Schließlich wurde Abs. 3 durch einen Ausschluß der Leistungsfreiheit für den Fall ergänzt, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Geltendmachung des Anspruchs ohne sein Verschulden verhindert war. Das mangelnde Verschulden ist jedoch vom Versicherungsnehmer zu beweisen.

Zu § 15 a:

Die neuen §§ 1 a, 5 b und 11 a sowie die Änderungen und Ergänzungen der §§ 8 und 11 können die rechtliche Position des Versicherungsnehmers naturgemäß nur dann entscheidend verbessern, wenn sie nicht zu dessen Nachteil abbedungen werden können. Der Katalog einseitig zwingender Bestimmungen in § 15 a wurde daher entsprechend erweitert.

Zu § 16:

Die Erfüllung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer ist für den Versicherer von großer Bedeutung, da er nur dadurch in die Lage versetzt wird, das übernommene Risikopotential verlässlich abzuschätzen. Dementsprechend ist gemäß Abs. 3 der

Rücktritt des Versicherers wegen Unterlassung der Anzeige eines erheblichen Umstands nur dann ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne jedes Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; diesem schadet also bereits leichte Fahrlässigkeit. Oftmals ist es jedoch für den Versicherungsnehmer schwierig, die Bedeutsamkeit eines Umstands für den Versicherer zu erkennen; es ist daher legitim, hier vom Versicherer ein gewisses Maß an Führung zu verlangen. Es kann vom Versicherer erwartet werden, daß er seinen Vertragspartner nach dem Vorliegen von Umständen, die ihm als risikoerheblich erscheinen, ausdrücklich und präzise fragt. Beantwortet der Versicherungsnehmer eine solche Frage unrichtig, so soll ihm auch weiterhin jedes Verschulden zum Nachteil gereichen. Die Nichtanzeige solcher Umstände, nach denen der Versicherer nicht ausdrücklich und hinreichend genau gefragt hat, soll dem Versicherungsnehmer hingegen künftig nur dann schaden, wenn die Anzeige zumindest grob fahrlässig unterblieben ist. Bei einer bloß leicht fahrlässigen Fehleinschätzung des Versicherungsnehmers soll in diesem Bereich kein Rücktrittsrecht des Versicherers gegeben sein.

Unberührt von dieser Neuregelung bleibt § 18, wonach ein Rücktritt wegen unterbliebener Anzeige eines Umstands, nach dem in einer schriftlichen Fragenliste des Versicherers nicht gefragt worden ist, ein Rücktritt nur im Fall arglistiger Verschweigung möglich ist.

Die Wendung „ausdrücklich und genau umschrieben“ (gefragt hat) soll zum Ausdruck bringen, daß die Frage des Versicherers hinreichend bestimmt sein muß. Es genügt etwa nicht die allgemein gehaltene (wenngleich ausdrückliche) Frage, welche (sonstigen) risikoerheblichen Umstände dem Versicherungsnehmer (noch) bekannt sind. Um diese Klarstellung zu bewirken, wurden auch in den § 18 die Worte „und genau umschrieben“ eingefügt.

Zu § 18:

Ergänzend zur Änderung des § 16 Abs. 3 soll auch im § 18 klargestellt werden, daß die (ausdrückliche) Frage des Versicherers (hier in einer schriftlichen Fragenliste) genau umschrieben sein muß, also allgemein gehaltene — wenn auch ausdrückliche — Fragen nicht hinreichen.

Zu den §§ 21, 25 und 28:

So wie im Fall des § 6 Abs. 2 soll auch bei der Leistungsfreiheit wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und wegen (mit oder ohne Willen des Versicherungsnehmers eingetretener) Gefahrerhöhung das strenge „Alles oder Nichts-Prinzip“ bezüglich der Kausalität der

Obliegenheitsverletzung etwas gelockert werden, nämlich insofern es den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung betrifft.

Zu § 27:

Nach der derzeitigen Fassung des § 27 Abs. 1 ist der Versicherer bei einer nicht auf dem Willen des Versicherungsnehmers beruhenden Gefahrerhöhung berechtigt, binnen eines Monats ab Erlangung der Kenntnis von der Gefahrerhöhung (s. die Verweisung des zweiten Satzes auf § 24 Abs. 2) das Versicherungsverhältnis zu kündigen. Diese Frist kann für den Versicherer dann bei weitem zu kurz bemessen sein, wenn die Gefahrerhöhung auf einer Änderung oder Neuschaffung von Rechtsnormen beruht, man denke etwa an die Auswirkungen neuer schadenersatzrechtlicher Bestimmungen auf die Haftpflichtversicherung oder einer grundlegenden Änderung des anwaltlichen Honorarrechts auf die Rechtsschutzversicherung.

AHVB und ARB sehen für diesen Fall das Recht des Versicherers vor, dem Versicherungsnehmer eine Änderung des Vertrags anzubieten oder den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Von diesem Recht kann der Versicherer nach der derzeitigen Bedingungslage binnen eines Jahres ab Inkrafttreten der Rechtsnormen Gebrauch machen.

Diese Regelung steht derzeit im Widerspruch zu § 27 VersVG; durch die Änderung dieser Bestimmung soll die Entscheidungsfrist des Versicherers angemessen auf das in den Bedingungen vorgesehene Ausmaß verlängert werden. Der Versicherer braucht zur sicheren Beurteilung der Auswirkungen neuer oder geänderter Rechtsnormen und für die Umsetzung seiner Entscheidung eine ausreichende Frist. Zu großer Zeitdruck für den Versicherer wäre unter Umständen auch dem Versicherungsnehmer von Nachteil, wenn jener ohne sachlich berechtigtes Erfordernis, sozusagen vorsichtshalber, den Vertrag kündigt, nur um die kurze Kündigungsfrist nicht zu versäumen.

Abs. 3 sieht deshalb für den Fall einer Gefahrerhöhung durch die Änderung von Rechtsvorschriften abweichend vom Abs. 1 für den Versicherer eine Kündigungsfrist von einem Jahr vor. Überdies wird für solche Gefahrerhöhungen die Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers nach Abs. 2 ausdrücklich aufgehoben; in solchen Fällen bedarf es keiner Anzeige, es wäre mißlich, die Folgen einer Unterlassung dieses Formalaktes erst wieder durch die Anwendung des § 28 Abs. 2 erster Satz beseitigen zu müssen. Die Neuregelung des Abs. 3 wird dabei über bloße Änderungen von Rechtsvorschriften hinaus auf alle allgemein bekannten Gefahrerhöhungen ausgedehnt, die nicht nur die Risiken aus bestimmten Verträgen betreffen; auch hier soll dem Versicherer hinrei-

chend Zeit gegeben werden, die Auswirkungen dieser Gefahrerhöhung auf das gesamte Risiko der betreffenden Versicherungsgemeinschaft zu prüfen.

Um die Anordnung der längeren Kündigungsfrist im Abs. 3 sprachlich besser an den Abs. 1 anknüpfen zu können, wird gleichzeitig im Abs. 1 zweiter Satz die Verweisung auf den § 24 Abs. 2 durch dessen Wiederholung aufgelöst.

Zu § 34 b:

Um die Vergleichbarkeit von Versicherungsprodukten zu erhöhen, soll der Versicherungsnehmer möglichst genau feststellen können, was er für eine bestimmte Versicherungsdeckung zu bezahlen hat. Die wahren Kosten der Versicherung werden jedoch verschleiert, wenn neben der vereinbarten Prämie noch diverse „Gebühren“ verlangt werden, deren Existenz und Höhe der Versicherungsnehmer nur durch genaues Studium der jeweils anwendbaren Versicherungsbedingungen erkennen kann. Neben der Prämie zu bezahlende Gebühren sind sohin aus der Sicht des Versicherungsnehmers und unter dem Aspekt eines transparenten Wettbewerbs problematisch.

§ 34 b ordnet daher an, daß der Versicherer nur solche Nebengebühren verlangen darf, die der Abgeltung konkreter Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlaßt worden sind. Schon durch den Ausdruck „Mehraufwendungen“ soll angezeigt werden, daß es sich nicht um Kosten handeln darf, die mit der Abwicklung derartiger Versicherungsverhältnisse im Regelfall ohnedies verbunden sind (solche Kosten müssen bei der Kalkulation der Prämie berücksichtigt werden). Zulässig wäre etwa die Einhebung einer Erlagscheingebühr, wenn sich der Versicherungsnehmer nicht des kostengünstigeren Abbuchungs- oder Einziehungsverfahrens bedient, nicht zulässig wäre hingegen eine allgemeine „Einhebungsgebühr“, weil die Prämie ja in jedem Fall eingehoben werden muß.

Zulässig vereinbarte Nebengebühren teilen das rechtliche Schicksal der Prämie, es sind zum Beispiel die §§ 38 und 39 auf sie anzuwenden.

Zu § 38:

Die derzeit vorgesehenen Rechtsfolgen des Verzugs mit der Zahlung der Erstprämie werden — zu Recht — von vielen als außerordentlich hart empfunden. Vor allem Abs. 2, wonach selbst die rechtzeitige Prämienzahlung nicht auf den Zeitpunkt der Vertragsschließung zurückwirkt, erscheint überzogen. Es ist ja stets zu bedenken, daß der Versicherer die geschuldete Prämie im Klagsweg ohnedies erlangen bzw. sie bei Eintritt des Versicherungsfalls von der Versicherungsleistung abziehen kann (vgl. § 35 b). Generell gilt, daß in synallagmatischen Vertragsverhältnissen der

Verzug mit der einen Leistung nicht den endgültigen Untergang der anderen Leistungspflicht bewirkt.

Auch wenn man hinsichtlich der ersten Prämienzahlung ein besonderes Schutzbedürfnis des Versicherers annimmt, so weicht die strenge Regelung des § 38 Abs. 2 doch sehr weit zum Nachteil des Versicherungsnehmers von allgemeinen Grundsätzen ab. Sie wurde daher zugunsten des Versicherungsnehmers durch Einführung einer gesetzlichen erweiterten Einlöschungsklausel gemildert (eine derartige erweiterte Einlöschungsklausel wird vom Versicherer ohnedies meist rechtsgeschäftlich eingeräumt). Wird die Prämie binnen der nun (im Abs. 1) gesetzlich festgelegten Zahlungsfrist von 14 Tagen bezahlt, so entsteht der Versicherungsschutz mit Rückwirkung auf den Zeitpunkt der Vertragsschließung. Wie bereits ausgeführt, braucht der Versicherer gerade bei vorherigem Eintritt des Versicherungsfalls um die Einbringlichkeit der Prämie nicht zu bangen, weil er sie ohnedies durch Aufrechnung gegen die Forderung des Versicherungsnehmers auf die Versicherungsleistung einheben kann.

Auch bei nicht fristgerechter Prämienzahlung soll — nach den letztem Satzteil des Abs. 2 — die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bestehen bleiben, wenn der Versicherungsnehmer beweist, daß er an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

Wegen des Abs. 3 können die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 jedoch nicht eintreten, wenn der Versicherer der dort vorgesehenen Hinweisobligiertheit nicht nachgekommen ist; die Aufforderung zur Prämienzahlung kann nämlich die Frist des Abs. 1 in diesem Fall nicht in Lauf setzen (wohl macht aber auch in diesem Fall die Zahlungsaufforderung die Prämienforderung nach § 904 ABGB fällig und es können die Folgen des Zahlungsverzugs nach allgemeinem Zivilrecht eintreten).

Zu § 39.:

So wie im § 38 (Abs. 2) soll — konsequenter Weise — auch im § 39 die Leistungsfreiheit des Versicherers auf den Fall des subjektiven Zahlungsverzugs eingeschränkt werden; beweispflichtig für das mangelnde Verschulden ist auch hier der Versicherungsnehmer.

Zu § 39 a:

Nach der derzeitigen Fassung der §§ 38 und 39 ist der Versicherer zur Gänze leistungsfrei, auch wenn der Versicherungsnehmer bloß mit einem geringen Teil der Erst- bzw. der Folgeprämie in Verzug gerät. Auch hier besteht also der Grundsatz des „Alles oder Nichts“ (nach der Rechtsprechung ist nur die Nichtzahlung ganz unbedeutender Prämienteile unschädlich, siehe zB OGH 19. Oktober 1989, 7 Ob 39/89, eco-

lex 1990, 211 = VersRdSch 1990, 155). Dieser Grundsatz soll mit § 39 a (Abs. 1) durch eine bloß aliquote Leistungsfreiheit des Versicherers (im Verhältnis des Fehlbetrags zur geschuldeten Prämie) ersetzt werden. Die proportionale Reduktion der Deckungspflicht kann in Anlehnung an die Regeln über die Unterversicherung geschehen. Hat der Versicherungsnehmer etwa nur ein Viertel der Prämie (einschließlich Zinsen und Kosten) gezahlt, so ist im Versicherungsfall bei der Schadensversicherung bloß ein Viertel des Schadens zu ersetzen, bei der Summenversicherung bloß ein Viertel der vereinbarten Summen zu leisten.

§ 39 a bezieht sich nur auf die Leistungsfreiheit des Versicherers, das Rücktrittsrecht nach § 38 Abs. 1, die selbsttätige Vertragsauflösung nach § 38 Abs. 4 und das Kündigungsrecht nach § 39 Abs. 3 sollen weiterhin in vollem Umfang auch bei bloß teilweisem Prämienverzug bestehen, es tritt also keine Vertragsspaltung ein.

Leistet jedoch der Versicherungsnehmer auch binnen einer vom Versicherer gesetzten Nachfrist nicht (im Fall des § 39 ist dies bereits eine zweite Nachfrist), dann soll der Versicherer — gemäß Abs. 2 — auch bei bloß teilweisem Prämienverzug zur Gänze leistungsfrei sein. Voraussetzung hierfür ist allerdings, daß er den Versicherungsnehmer bei Bestimmung der Nachfrist auf diese (weitere) Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 175 Abs. 2 bleibt als *lex specialis* für die Lebensversicherung von § 39 a unberührt.

Zu § 40:

Die derzeit in verschiedenen Bestimmungen des VersVG angeordnete „Unteilbarkeit der Prämie“ steht in einem Spannungsverhältnis zur höchstgerichtlichen Judikatur zur Problematik von Verfallsklauseln (siehe zB OGH 13. April 1983, SZ 56/62; 17. Juni 1986, EvBl. 1987/41; vgl. auch § 1371 ABGB). Wie **Krejci**, Kundenschutz im Versicherungsrecht (Österreichische Staatsdruckerei 1989) formuliert, hat das Weiterbestehen des Prämienanspruchs trotz Entfalls der Deckungspflicht den Charakter einer Vertragsstrafe oder „Stornogebühr“, die dem Versicherungsnehmer für den Fall vorzeitiger Vertragsbeendigung auferlegt ist. Abgesehen davon, daß in der Möglichkeit, Prämienzahlung ohne vertragliche Gegenleistung zu verlangen, eine schon dem Grunde nach schwer zu rechtfertigende „Strafgewalt“ des Versicherers liegt, ist auch die Angemessenheit dieser Vertragsstrafe der Höhe nach problematisch. Deren Ausmaß hängt nämlich weitgehend vom Zufall ab, und zwar davon, wie lange vor Ablauf der Versicherungsperiode der Vertrag endet. Demgemäß bewegt sich die Höhe der „risikofreien“ Prämie zwischen Null und einer Jahresprämie. Nach der erwähnten Judikatur sind aber Verfalls-

klauseln, die sich nicht am durchschnittlichen Schaden orientieren, gemäß § 879 Abs. 3 ABGB nichtig.

Die in diesem Sinn unsachliche Regelung, daß der Prämienanspruch des Versicherers bis zum Ende der laufenden Versicherungsperiode weiterbesteht, wird beseitigt; die Prämie soll — was im ersten Satz ausdrücklich angeordnet wird — dem Versicherer nur für die Dauer der Risikotragung gebühren.

Die Pro-rata-temporis-Abrechnung vorzeitig beendeter Verträge soll künftig als allgemeines Prinzip gelten; es werden daher die meisten Sonderbestimmungen über die Prämienauswirkungen vorzeitiger Vertragsbeendigung aufgehoben. Dabei handelt es sich - abgesehen von § 40 — um folgende Bestimmungen: § 2 Abs. 2 letzter Halbsatz, § 41 Abs. 2 zweiter Satz, § 51 Abs. 4 letzter Halbsatz, § 59 Abs. 3 letzter Halbsatz, § 68 Abs. 1 letzter Halbsatz und Abs. 5, § 70 Abs. 3 (teilweise), § 96 Abs. 3, § 113 zweiter Satz und § 158 Abs. 3. Nicht aufgehoben wurde zB § 68 Abs. 2, wonach der Versicherer bei Interessewegfall die entsprechende Kurzfristprämie verlangen kann; diese Sonderbestimmung bleibt von § 40 unberührt (s. den Vorbehalt gesetzlicher Sonderregelungen im § 40).

Die Regelung gilt gleichermaßen für die Vertragsauflösung etwa wegen List oder Irrtums, wie für aus anderen Gründen, etwa wegen Kündigung oder Rücktritts, (vor und nach Beginn der Risikotragung) vorzeitig beendete Verträge. Vorzeitige Beendigung bedeutet zunächst Beendigung vor Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer. Es ist aber auch die vorzeitige Beendigung eines auf unbestimmte Zeit geschlossenen Versicherungsvertrags möglich, nämlich im Fall eines Kündigungsverzichts nach § 8 Abs. 2.

Schon nach allgemeinen Regeln (vgl. § 1336 Abs. 1 ABGB) besteht die Möglichkeit, den Versicherungsnehmer vertraglich zur Zahlung einer Konventionalstrafe für den Fall zu verpflichten, daß der Vertrag aus seinem Verschulden oder sonst aus Gründen, die in der Sphäre des Versicherungsnehmers gelegen sind, vorzeitig beendet wird. § 40 stellt nur klar, daß die vereinbarte Konventionalstrafe angemessen sein muß. Ein Anhaltspunkt für die Angemessenheit wäre zB die entsprechende Prämie für Verträge mit kürzerer Laufzeit (nicht heranzuziehen sind allerdings Prämien für kurzfristige Verträge, die üblicherweise für Zeiten erhöhten Risikos genommen werden, das in derartigen Prämien einkalkuliert ist) oder der Gewinn des Versicherers während der vorgesehenen längeren Vertragslaufzeit. Abgesehen vom Fall des § 348 HGB unterliegt die Konventionalstrafe überdies dem in § 1336 Abs. 2 ABGB vorgesehenen richterlichen Mäßigungsrecht.

Fälle vorzeitiger Vertragsbeendigung, für die eine Konventionalstrafe vorgesehen werden kann, wären etwa der Konkurs oder der Ausgleich des Versicherungsnehmers (§ 14), die Kündigung oder der Rücktritt des Versicherers wegen Obliegenheitsverletzungen, Gefahrerhöhung oder Prämienverzugs, naturgemäß jedoch nicht die Ausübung eines gesetzlich zustehenden Kündigungsrechts (zB eine Kündigung nach § 8 Abs. 3 oder die Kündigung des Erwerbers einer versicherten Sache nach § 70 Abs. 2). Keine Vertragsauflösung ist beispielsweise der Tod des Versicherungsnehmers in der Lebensversicherung, eine bezahlte (Einmal-)Prämie ist daher nicht pro rata temporis abzurechnen.

Zu § 41:

Auch die Streichung des § 41 Abs. 2 zweiter Satz betrifft das Problem der „Unteilbarkeit der Prämie“ (siehe die Ausführungen zu § 40).

Zu § 43:

Der neue Abs. 1 stellt den Agentenbegriff klar, an den die §§ 43 ff. anknüpfen. Diese Klarstellung ist für das österreichische Recht schon deshalb zweckmäßig, weil der Begriff des Versicherungsagenten hier nie gesetzlich definiert war. Das deutsche Versicherungsvertragsgesetz aus dem Jahr 1908 konnte sich auf den Begriff des Handlungsagenten des (deutschen) HGB aus dem Jahr 1897 stützen, unter den auch der Versicherungsagent fiel. Bei der Einführung des HGB in Österreich im Jahr 1939 sind jedoch die Bestimmungen über den Handlungsagenten nicht eingeführt worden, es galt vielmehr das (österreichische) Handelsagentengesetz aus dem Jahr 1921 weiter; sowohl dieses als auch das an seine Stelle getretene Handelsvertretergesetz 1993 nehmen jedoch den Versicherungsagenten ausdrücklich aus ihrem Geltungsbereich aus.

Die Definition des Versicherungsagenten folgt der Rechtsprechung. Danach ist Versicherungsagent iS der §§ 43 ff. eine Person, die von dem Versicherer mit der Vermittlung oder der Schließung von Verträgen betraut ist (OGH. 24. Februar 1975, ZVR 1976/81, 82), ob diese Betrauung für eine — unbestimmte — Mehrzahl von Fällen oder nur für den konkreten Einzelfall erfolgt ist, für den die Rechtstellung des Agenten zu beurteilen ist, spielt keine Rolle. Anders als in die Definition des Handelsvertreeters nach dem Handelsvertretergesetz 1993 soll in die Definition nicht das Merkmal der **ständigen** Betrauung aufgenommen werden; dieses Begriffsmerkmal würde den Geltungsbereich der §§ 43 ff. gegenüber der bisherigen Rechtslage einschränken und damit auch den Schutz des Versicherungsnehmers, den diese Bestimmungen ihm gewähren.

Es soll auch für das hier geregelte Verhältnis zum Versicherungsnehmer keinen Unterschied machen, ob der Vermittler in einem Dienstverhältnis zum Versicherer steht oder selbständiger Kaufmann ist. Soweit Dienstnehmer des Versicherers für diesen Verträge vermitteln oder schließen, sollen sie den Vertretungsregeln der §§ 43 ff. unterstehen, zumal dem Versicherungsnehmer zumeist gar nicht bekannt ist, in welcher Rechtsbeziehung Versicherer und Vermittler zueinander stehen (oft ist dies sogar zwischen dem Versicherer und dem Agenten unklar und strittig). Allerdings wird durch die Unterstellung des Angestellten unter den Agentenbegriff nicht ausgeschlossen, daß ihm nach seiner organschaftlichen oder sonstigen organisatorischen Stellung weitergehende Vertretungsbefugnisse zukommen (vgl. etwa § 1029 ABGB, §§ 49, 54 HGB).

Abs. 1 dehnt die Vollmachtsregeln des Abs. 2 und die ergänzenden Regeln der §§ 44 bis 48 zusätzlich auf Personen aus, die ohne Betrauung durch den Versicherer, aber unter solchen Umständen wie Agenten auftreten, bei denen der Versicherungsnehmer in seinem Vertrauen auf die Anscheinsvollmacht geschützt wird. Gedacht ist vor allem an den Versicherungsmakler, der im Umgang mit dem Kunden — aus welchen Gründen immer (zB um sich der Reputation des Versicherers zu bedienen) — ein Naheverhältnis zum Versicherer suggeriert. Umgekehrt sollen die Regeln im Verhältnis zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer auch für den gelten, der sich als vom Versicherer unabhängig — etwa als Makler — darstellt, ohne aber wirklich unabhängig zu sein, weil in Wahrheit eine intensive Geschäftsbeziehung zum Versicherer und dadurch ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis besteht und er daher objektiv nicht mehr als Makler im Sinn des Maklergesetzes zu beurteilen ist (unbeschadet der Pflichten, die ihm dieses künftige Gesetz — das derzeit als Entwurf vorliegt — gegenüber dem Versicherer einerseits und dem Versicherungsnehmer andererseits auferlegen wird). Zur Umschreibung der für einen „echten“ Makler (der als neutraler Vermittler auch vertragsrechtlich nicht als Mann des Versicherers gelten kann) geforderten Unabhängigkeit, verwendet Abs. 2 bewußt die im Entwurf des Maklergesetzes vorgesehene Diktion („redliche und sorgfältige Interessenwahrung“).

Zu § 44:

Wesentliches Merkmal des Versicherungsagenten ist es, daß er (gemäß § 43 Z 1) — auch wenn er nur mit der **Vermittlung** von Verträgen betraut ist — unter anderem zur Entgegennahme von Versicherungsanträgen befugt, also Empfangsvertreter des Versicherers ist. Dabei umfaßt die passive Vertretungsmacht auch die Befugnis zur Entgegennahme **mündlicher** Erklärungen oder Anzeigen, die der Versicherungsnehmer im Zusam-

menhang mit dem Vertragsschluß abgibt bzw. macht (zB OGH 5. April 1984, VersR 1985, 603; 15. Februar 1979, VersR 1980, 471; 30. Juni 1977, EvBl. 1979/4; 24. April 1975, VersR 1976, 1195; 20. März 1954, SZ 32/37; 20. März 1934, SZ 16/61).

Überhaupt sollte dem Versicherer all jenes Wissen zuzurechnen sein, das der Agent erlangt, während er mit der Schließung oder Bearbeitung des Vertrags so betraut oder beschäftigt ist, daß ihm die wahrgenommene Tatsache relevant erscheinen muß. Das entspricht der in der Rechtsgeschäftslehre auch sonst geltenden Vertrauenslehre: als (Willens- oder Wissens-)Erklärung des Versicherungsnehmers muß der Versicherer alles gegen sich gelten lassen, was sein Vertreter dem gesamten Verhalten des Vertragspartners und sonstigen Umständen im Zuge der Schließung oder Bearbeitung des Vertrags entnehmen mußte. Die Zurechnung eines zu anderer Zeit und ohne Zusammenhang mit dem betroffenen Vertrag (sozusagen „privat“) erlangten Wissens soll hingegen nur beim Abschlußagenten möglich sein, der im Regelfall höher qualifiziert ist und dem zugesonnen werden kann, daß er auch die Bedeutung zufällig erlangter Kenntnisse für „seinen“ Versicherer richtig erkennt und diesen entsprechend informiert (siehe etwa **Prölls-Martin** Versicherungsvertragsgesetz²⁵ Anm. 2 zu § 44 VersVG und **Bruck-Möller**, Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Einschluß des Versicherungsvermittlerrechts⁸ § 44 Rz. 10).

Die derzeitige österreichische Judikatur zu § 44 VersVG ist jedoch uneinheitlich; teils wird die Bestimmung (im oben dargestellten Sinn) auf außerdienstliche Kenntnisse des Vermittlungsagenten eingeschränkt, teils aber wird jede Kenntnis des Vermittlungsagenten unter § 44 subsumiert, also auch solches Wissen, das der Agent etwa beim vorvertraglichen Kontakt mit dem Kunden erlangt. Durch die Ergänzung des § 44 soll eine Klarstellung in der aufgezeigten Richtung bewirkt werden.

Zu § 47:

Nach der Rechtsprechung (die auch den Wortlaut des § 10 [Abs. 1 erster Satz KSchG] für sich hat) sind die §§ 43 ff. VersVG Spezialbestimmungen über die Vollmacht, die der allgemeinen Regelung des § 10 KSchG vorgehen. Durch den angefügten Satz wird hingegen angeordnet, daß im Geltungsbereich des § 10 KSchG, also bei Verbrauchergeschäften, dessen für den Versicherungsnehmer günstigere Regeln über die Wirksamkeit von Vollmachtsbeschränkungen anzuwenden sind.

Zu § 51:

Die Streichung des letzten Halbsatzes des Abs. 4 betrifft die „Unteilbarkeit der Prämie“ (siehe bei § 40).

Der neue Abs. 5 soll klarstellen, daß die Sonderbestimmungen der Abs. 1 bis 4 eine Irrtumsanfechtung durch den Versicherungsnehmer gemäß den §§ 871 ff. ABGB nicht ausschließen. In der Praxis wird es nicht selten vorkommen, daß der Versicherer (bzw. sein Agent) den in der Überversicherung gelegenen Irrtum des Versicherungsnehmers im Zug der Beratung in contrahendo verursacht hat (vor allem dadurch, daß der Agent bei seiner Einschätzung des Versicherungswerts bewußt oder unbewußt übertreibt). Der Irrtum über die Angemessenheit der Versicherungssumme wird wohl als Geschäftsirrtum zu beurteilen sein; selbst wenn man ihn aber als in den Bereich der — grundsätzlich unbeachtlichen — Motive des Versicherungsnehmers einordnen wollte, wäre dieses Motiv wohl einvernehmlich zum Geschäftsinhalt erhoben und daher nach § 901 ABGB beachtlich.

In aller Regel wird der Irrtum des Versicherungsnehmers ein unwesentlicher sein, der nach § 872 ABGB zur Vertragsanpassung, also im wesentlichen zum selben Ergebnis wie die Anwendung des § 51 VersVG führt. Es ist aber nicht ausgeschlossen, daß der Versicherungsnehmer den Vertrag bei Kenntnis des wahren Versicherungswerts überhaupt nicht geschlossen hätte, etwa weil dieser Wert so weit unter der vereinbarten Versicherungssumme liegt, daß ihm die Schließung eines Versicherungsvertrags entbehrlich erschienen wäre. In diesem Fall soll der Versicherungsnehmer zur Anfechtung des Vertrags nach § 871 ABGB berechtigt sein (§ 51 VersVG bietet dem Versicherungsnehmer keine Möglichkeit, den Vertrag zur Gänze aufzulösen).

Zu § 58:

Das Bestehen einer Doppelversicherung an sich ist für die beteiligten Versicherer im Versicherungsfall nicht wirklich problematisch; sie haben ohnedies nicht mehr als dasjenige zu leisten, was ihnen nach ihrem jeweiligen Vertrag obliegt (§ 59 Abs. 1). Das Gesetz billigt den Versicherern jedoch ein Interesse daran zu, vom Bestehen einer Doppelversicherung informiert zu werden, da eine vom Versicherungsnehmer bewußt herbeigeführte Doppelversicherung unter Umständen den Verdacht eines beabsichtigten Versicherungsbetrugs (genauer: einer vorsätzlichen Herbeiführung des Versicherungsfalls) begründen kann.

Derzeit wird in den Versicherungsbedingungen häufig die mit der Sanktion der Leistungsfreiheit verknüpfte Obliegenheit des Versicherungsnehmers vorgesehen, eine Mehrfachversicherung zu melden. Die Mitteilungspflicht des § 58 Abs. 1 wird also — unter den Bedingungen des § 6 (wohl Abs. 1) —

vertraglich mit dem Damoklesschwert der Leistungsfreiheit abgesichert bzw. verstärkt. Diese Sanktionierung ist einerseits in ihrem Ausmaß übertrieben, andererseits in ihrer Zielrichtung verfehlt. Richtigerweise wäre dem Versicherungsnehmer bei Unterlassung der Meldung der Beweis aufzuerlegen, daß er trotz Doppelversicherung nichts Böses zum Nachteil des Versicherers im Schilde führt. Eine derartige Sanktion entspricht in sinnvoller Weise dem Wesen und Zweck der Mitteilungspflicht, sie wurde daher in den § 58 aufgenommen. Gleichzeitig wurde § 58 — durch Erweiterung des § 68 a — für einseitig zwingend erklärt, sodaß es in Hinkunft nicht mehr möglich sein wird, die Verletzung der Mitteilungspflicht durch Aufnahme einer entsprechenden vertraglichen Obliegenheit in die Versicherungsbedingungen mit der Sanktion der Leistungsfreiheit zu verknüpfen.

Vermutungsbasis ist nur die **vorsätzliche** Unterlassung der Mitteilung einer Doppelversicherung. Außerdem soll die Beweisregel naturgemäß nur dann gelten, wenn die Versicherungssummen zusammen den Verkehrswert erheblich übersteigen. Schließlich ist eine derartige Vermutung nicht angebracht, wenn die Doppelversicherung bloß durch „Überlappung“ mehrerer Versicherungen entstanden ist (etwa durch die Innehabung von Kreditkarten und die Mitgliedschaft in Autofahrerklubs oder anderen Vereinen, die für ihre Mitglieder diverse Versicherungen schließen); dies wird im letzten Satzteil des Abs. 3 klargestellt.

Zu § 59:

Auch diese Änderung betrifft die „Unteilbarkeit der Prämie“ (siehe bei § 40).

Zu § 64:

Durch die EWR-Anpassungsnovelle BGBl. Nr. 90/1993 wurden unter anderem Bestimmungen für die Rechtsschutzversicherung geschaffen (§§ 158 j bis 158 m). § 158 l Abs. 1 ordnet an, daß der Versicherungsvertrag für den Fall von Meinungsverschiedenheiten ein Schiedsgutachterverfahren vorzusehen hat, in dem der Sachverständige oder die Sachverständigen von einem unbeteiligten Dritten oder jeweils in gleicher Anzahl von den Vertragspartnern namhaft gemacht wird bzw. werden (wobei vorgesehen werden kann, daß die Sachverständigen oder ein Dritter einen Vorsitzenden zu bestimmen haben).

Durch die nunmehr vorgesehene Ergänzung des § 64 soll diese objektive Art und Weise der Auswahl des oder der Sachverständigen an zentraler Stelle einheitlich für die gesamte Schadensversicherung festgelegt werden. Dementsprechend konnte die Beschreibung des Bestellungsmodus aus § 158 l eliminiert werden (siehe dort).

Zu § 68.

Auch diese Änderung betrifft die „Unteilbarkeit der Prämie“ (siehe bei § 40).

Die Anordnung, daß der Versicherer seinen Prämienanspruch trotz Wegfalls der Deckungspflicht bis zum Ende der laufenden Versicherungsperiode behält, wird auch für den Fall beseitigt, daß die Deckungspflicht deswegen erlischt, weil der Eintritt des Versicherungsfalls das versicherte Interesse beseitigt hat. Zwar wird von manchen für die Beibehaltung des Prämienanspruchs nach Eintritt des Versicherungsfalls mit der Begründung argumentiert, der Versicherer habe sich die restliche Prämie durch die Erbringung der Versicherungsleistung „verdient“. Dem ist aber entgegenzuhalten, daß die im synallagmatischen Austauschverhältnis stehende (Haupt)Leistung des Versicherers nicht in der Erbringung der Versicherungsleistung, sondern im „Versicherthalten“ seines Vertragspartners besteht. Fällt diese Leistungspflicht — aus welchem Grund immer — weg, so ist es auch nicht mehr zu rechtfertigen, daß der andere Vertragsteil seine vertragliche (Haupt)Leistung erbringen muß. Der Versicherer bietet nach dem Wegfall des versicherten Interesses keine Deckung mehr, der Versicherungsnehmer soll dementsprechend auch keine Prämie mehr zu zahlen haben. Der Interessewegfall wegen Eintritts des Versicherungsfalls wird im übrigen auch ein Verlangen des Versicherers nach einer Konventionalstrafe (vgl. § 40) nicht rechtfertigen, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat den Versicherungsfall durch sein Verhalten veranlaßt.

Zu § 68 a:

Wie schon zu § 58 ausgeführt, wird diese Bestimmung durch die Erweiterung des § 68 a zu einer einseitig (zugunsten des Versicherungsnehmers) zwingenden erklärt. Dies soll es dem Versicherer unmöglich machen, die im neuen Abs. 3 des § 58 angeordnete Rechtsfolge einer Verletzung der Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers (§ 58 Abs. 1) zu verschärfen. Vor allem soll es nicht mehr möglich sein, die gesetzliche Obliegenheit zur Anzeige der Doppelversicherung dadurch mit der Sanktion der (möglichen) Leistungsfreiheit des Versicherers zu verknüpfen, daß diese Obliegenheit (zusätzlich) vertraglich vereinbart und damit dem Regime des § 6 VersVG unterstellt wird.

Zu den §§ 70 und 96:

Diese Änderungen betreffen die „Unteilbarkeit der Prämie“ (siehe bei § 40).

Zu § 71:

Auch hier soll die Leistungsfreiheit als Folge der Verletzung einer — gesetzlichen — Obliegenheit durch die Möglichkeit des Kausalitätsgegenbewei-

ses gemildert werden (vgl. die Änderungen des § 6 und die Erläuterungen dazu). Hier ist im Abs. 1 die Leistungsfreiheit für den Fall vorgesehen, daß dem Versicherer die Veräußerung der versicherten Sache nicht unverzüglich angezeigt wird. Nun wird gerade die Veräußerung in der Mehrzahl der Fälle keinen Einfluß auf das Risiko haben, etwa die Veräußerung eines gegen Feuer- und Leitungswasserschäden versicherten Miethauses; wenn hier einige Zeit nach der — nicht angezeigten — Veräußerung durch ein von außen kommendes Ereignis oder durch das Verhalten eines — unverändert gebliebenen — Mieters ein Schaden entsteht, wäre die Leistungsfreiheit eine überzogene Sanktion.

Unberührt bleibt auch hier das Recht des Versicherers, Kosten und sonstigen Mehraufwand, die ihm durch die Verletzung der Anzeigepflicht erwachsen sind, ersetzt zu verlangen, allenfalls mit einem im Vertrag vereinbarten Pauschalbetrag (§ 1336 ABGB).

Zu § 108:

§ 96 räumt beiden Vertragsteilen ein Kündigungsrecht im Versicherungsfall ein. Die Regelung ist ausgewogen, weil sie die Vertragsparteien im wesentlichen gleich behandelt. Ihre Problematik liegt jedoch darin, daß sie dispositiv ist, weshalb sich in den Versicherungsbedingungen nicht selten abweichende Regelungen finden, nach denen sich der Versicherer im Schadenfall leichter vom Vertrag lösen kann als der Versicherungsnehmer. Um dies für die Zukunft auszuschließen, wurde in den § 108 die Anordnung aufgenommen, daß eine — also weiterhin zulässige — Abweichung von § 96 für beide Teile gleich sein muß. Dieselben Erwägungen gelten für die Ergänzung des § 115 a und des § 158 a.

Zu § 113:

Diese Änderung betrifft die „Unteilbarkeit der Prämie“ (siehe bei § 40).

Zu § 115 a

wird auf die Ausführungen zu § 108 hingewiesen.

Zu § 154:

In Haftpflichtversicherungsbedingungen wird zumeist die Obliegenheit des Versicherungsnehmers festgelegt, ohne Zustimmung des Versicherers keine Zahlungen an den Geschädigten zu leisten und keine Anerkenntnisse abzugeben. Solche Vereinbarungen sind problematisch, weil sie den Versicherungsnehmer daran hindern, auch zu Recht bestehende Forderungen zu erfüllen, also vom Versicherungsnehmer unter Umständen ein rechtswidriges Verhalten verlangen.

§ 154 Abs. 2 in seiner bisherigen Fassung sieht daher die Unwirksamkeit einer solchen Vertragsklausel für den Fall vor, daß der Versicherungsnehmer die Zahlung bzw. das Anerkenntnis nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.

Diese Bestimmung soll durch die vorgesehene Differenzierung zwischen Befriedigung (Zahlung) und Anerkenntnis verschärft werden, nicht zuletzt, um dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit zu nehmen, mit dem — oft vorgeschobenen — Einwand, er könne wegen des bestehenden Versicherungsverhältnisses nicht zahlen, die Befriedigung des gegnerischen Anspruchs hinauszuschieben. Da die bloße Zahlung durch den Versicherungsnehmer dem Versicherer nicht wirklich nachteilig ist (oftmals erleichtert sie sogar die Abwicklung des Versicherungsfalls), soll die mit der Sanktion der Leistungsfreiheit verbundene Vereinbarung ihrer Unzulässigkeit generell unwirksam sein. Selbst die vorbehaltlose Erfüllung der Ansprüche des geschädigten Dritten bedeutet noch kein (konstitutives) Anerkenntnis dieser Ersatzansprüche. Dem Versicherungsnehmer bleibt stets die Möglichkeit der Rückforderung nach § 1431 ABGB.

Bezüglich des (konstitutiven) Anerkenntnisses soll es hingegen bei der bisherigen Rechtslage bleiben. Zwar hat der Versicherer in der Haftpflichtversicherung ohnehin nicht mehr als dasjenige zu zahlen, was der Versicherungsnehmer auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen dem Dritten zu ersetzen hat, ein echtes Anerkenntnis der gegnerischen Forderung schafft aber für den Versicherer eine schwierige Beweislage und soll daher weiterhin dem Versicherungsnehmer untersagt werden dürfen (außer bei „offenbarer Unbilligkeit“).

Zu § 158:

Diese Änderung betrifft die „Unteilbarkeit der Prämie“ (siehe bei § 40).

Zu § 158 a

wird auf die Ausführungen zu § 108 hingewiesen.

Zu 158 j:

Der neue Abs. 1 bringt nunmehr eine Definition der Rechtsschutzversicherung. Es wurde davon Abstand genommen, spezifische Umschreibungen für bestimmte Rechtsschutzsparten (zB Vertragsrechtsschutz, Schadenersatzrechtsschutz, Beratungsrechtsschutz) in das Gesetz aufzunehmen, anstatt dessen enthält Abs. 1 den allgemeinen Hinweis, daß der Bereich, für den Rechtsschutzdeckung gewährt wird, im Vertrag umschrieben sein muß. Die Anführung einzelner (derzeit

angebotener) Sparten wäre einerseits unflexibel, andererseits willkürlich, weil die Aufzählung wohl nicht alle Rechtsschutzsparten abdecken könnte.

Aus Abs. 1 zweiter Satz ergibt sich das gesetzliche Paradigma einer Rechtsschutzversicherung, die nicht bloß die gerichtliche oder verwaltungsbehördliche Rechtsdurchsetzung, sondern auch und vor allem die außerprozessuale Wahrnehmung der Interessen des Versicherungsnehmers übernimmt; die Rechtsschutzversicherung soll nicht nur Streitfördernd, sondern möglichst auch streitschlichtend wirken.

Die im § 158 j Abs. 1 enthaltene Definition ist selbstverständlich keine zwingende Bestimmung (siehe die Änderung des § 158 m [nunmehr § 158 p]); sie kann aber Maßstab für die Prüfung der Rechtsschutzbedingungen durch das Gericht nach den §§ 864 a, 879 Abs. 3 ABGB sein.

§ 158 l:

1. Die Streichung eines Teils des Abs. 1 ist eine redaktionelle Folgeänderung, die wegen der Änderung des § 64 erforderlich wurde (siehe die Erläuterungen zu dieser Bestimmung).

2. Nach der bisherigen Fassung des § 158 l Abs. 2 besteht die in dieser Bestimmung vorgesehene Hinweisobliegenheit des Versicherers bei „Beschränkung oder Ablehnung“ der Leistungspflicht. Nach Einführung dieser Bestimmung (durch das Bundesgesetz, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz zur Anpassung an das EWR-Abkommen geändert wird, BGBl. Nr. 90/1993) wurden Zweifel an der Bedeutung des Wortes „Beschränkung“ geäußert, nämlich dahin gehend, ob etwa auch die bloße (vorläufige) Beschränkung der Deckungszusage auf die Kosten einer bestimmten Entscheidungsinstanz (mit dem Vorbehalt, über die Deckung der Kosten höherer Instanzen nach Vorliegen eines Zwischenergebnisses zu entscheiden) eine solche „Beschränkung“ der Leistungspflicht sei.

Die durchaus sinnvolle Praxis, Deckungszusagen in schwierigen Fällen auf die Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens zu beschränken und erst nach Abschluß dieses Verfahrensstadiums über die weitere Kostendeckung zu entscheiden, soll weiterhin möglich bleiben. Dies soll durch Verwendung der Worte „teilweise Ablehnung“ (der Leistungspflicht) anstatt des (eher in die andere Richtung deutenden) Begriffs „Beschränkung“ (der Leistungspflicht) klargestellt werden. Ein Vorbehalt des Versicherers bezüglich der Entscheidung über die Kosten einer höheren Instanz ist eben keine — auch keine teilweise — „Ablehnung“ der Leistungspflicht, sondern nur ein vorläufiges (teilweises) Aufschieben der Entscheidung bis zu jenem Zeitpunkt, zu dem die Erfolgsaussichten der weiteren Vorgangsweise klarer abzusehen sein werden.

Zu § 158 m.

In praktisch allen Versicherungssparten werden auch solche Obliegenheiten vereinbart, die der Versicherungsnehmer im Interesse des Versicherers nach Eintritt des Versicherungsfalles wahrzunehmen hat. In der Rechtsschutzversicherung sind diese „nachträglichen“ Obliegenheiten allerdings besonders zahlreich (siehe etwa Art. 8 der ARB 1988), was angesichts des erforderlichen engen Zusammenwirkens zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer (gegebenenfalls dessen Vertreter) verständlich ist. Problematisch ist jedoch der Umstand, daß gerade in dieser Sparte dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer — und oft auch seinem Vertreter — diese Obliegenheiten weitgehend unbekannt sind und daher fahrlässige Obliegenheitsverletzungen mit all ihren negativen Konsequenzen für den Versicherungsnehmer besonders häufig vorkommen. Zwar erhält der Versicherungsnehmer ohnedies in den meisten Fällen die Versicherungsbedingungen spätestens mit der Police ausgefolgt (vgl. nunmehr § 5 b), und er hätte daher die Möglichkeit, sich im Versicherungsfall über die nunmehr wahrzunehmenden Pflichten und Obliegenheiten durch die Lektüre der Bedingungen zu informieren. Die Praxis zeigt aber, daß dies in den seltensten Fällen auch wirklich geschieht; vor allem bei schon lange zurückliegendem Vertragsschluß denkt der Versicherungsnehmer oftmals nicht mehr an das Bedingungsmerk.

Zumindest im Verbrauchergeschäft ist es legitim, hier vom Versicherer ein gewisses Maß an Führung und Information zu verlangen, um den Versicherungsnehmer vor den Folgen seiner — oftmals nicht wirklich vorwerfbaren — Unwissenheit zu bewahren. Abs. 1 ordnet daher eine entsprechende Informationspflicht des Versicherers gegenüber solchen Versicherungsnehmern an, die Verbraucher im Sinn des KSchG sind.

Diese Information soll der Versicherer grundsätzlich auch dem Vertreter des Versicherungsnehmers zukommen lassen, der ihm gegenüber für diesen auftritt. Nicht notwendig ist allerdings diese Information des Vertreters einerseits dann, wenn er Rechtsanwalt ist; durch seine Sachkenntnis und auch durch Standespflichten, die ihm besonders gegenüber rechtsschutzversicherten Klienten auferlegt sind, ist sichergestellt, daß der Versicherungsnehmer hier keine Nachteile erleidet. Andererseits soll der Versicherer zu dieser Information nicht verpflichtet sein, wenn nach dem Vertragsinhalt der Versicherer auch die Kosten eines vom Versicherungsnehmer selbst (nicht nur ausgewählten, sondern auch) beauftragten Vertreters zu tragen hat, da hier der Versicherer mit dem Vertreter in keine Rechtsbeziehung tritt.

Die zweiwöchige Frist des Abs. 1 läuft ab Geltendmachung des Deckungsanspruchs und stimmt sohin mit der Frist des § 158 n Abs. 1 überein. Der Versicherer kann also die geforderte Information gleichzeitig mit der in dieser Bestimmung vorgeschriebenen Stellungnahme dem Versicherungsnehmer übermitteln; es ist kein eigenes Informationsschreiben erforderlich.

Verletzt der Versicherer seine Informationspflicht (für deren Erfüllung er beweispflichtig ist), so kann er spätere fahrlässige (naturgemäß nicht auch vorsätzliche) Obliegenheitsverletzungen nicht mehr zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend machen. Wie bei § 6 Abs. 5 (vgl. die Ausführungen zu dieser Bestimmung) kann die Regelung nur für vertragliche Obliegenheiten gelten, nicht auch für solche Bestimmungen des Vertrags, die sich in einer Wiederholung ohnedies bereits gesetzlich festgelegter Obliegenheiten des Versicherungsnehmers erschöpfen.

Zu § 158 n:

Abs. 1 übernimmt im wesentlichen Art. 9 Z 1 der ARB 1988 über die Stellungnahme des Versicherers zum geltend gemachten Deckungsanspruch und legt zusätzlich fest, welchen (Mindest)Inhalt eine ablehnende Begründung des Versicherers aufweisen muß. Die Anforderungen an die Begründung entsprechen wörtlich den im § 12 Abs. 2 vorgesehenen. Auch die Begründungspflicht des § 158 n Abs. 1 ist nicht im Sinn einer Eventualmaxime zu verstehen; selbstverständlich kann der Versicherer in einem allfälligen Deckungsprozeß auch noch solche Gründe für seine Ablehnung anführen, die er in der Stellungnahme nach Abs. 1 nicht genannt hat (vgl. die Ausführungen zu § 12 Abs. 2).

Die Formulierung des ersten Satzes soll eine **teilweise** Ablehnung nicht ausschließen; bei einer solchen Stellungnahme des Versicherers bezieht sich die Begründungspflicht auf den ablehnenden Teil.

Als Sanktion für die Verletzung der Stellungnahmepflicht des Abs. 1 ordnet Abs. 3 an, daß der Versicherer (jedenfalls) all jene Kosten zu decken hat, die zwischen dem Zeitpunkt, in dem er hätte Stellung nehmen müssen, und der verspäteten, jedoch ordnungsgemäßen Ablehnung des Deckungsanspruchs aufgelaufen sind. Benötigt der Versicherungsnehmer die Stellungnahme des Versicherers zum Deckungsanspruch etwa deshalb dringend, weil er eine befristete Verfahrenshandlung durch einen Vertreter zu setzen hat (es läuft zB in einem gerichtlichen Verfahren die Frist zur Klagebeantwortung), so kann er auch bei nicht rechtzeitiger Stellungnahme des Versicherers seinen Vertreter mit der Verfahrenshandlung beauftragen, weil er wegen Abs. 3 jedenfalls einen Dek-

kungsanspruch hat. Dieser vorläufige Anspruch besteht bis zu einer nachträglichen Erklärung des Versicherers gemäß Abs. 1.

Den Versicherer zur vorläufigen Deckung zu verpflichten, ist letztlich für beide Vertragsteile von Vorteil. Wäre eine solche Sanktion nicht vorgesehen, so hätte der Versicherungsnehmer, der wegen nicht rechtzeitiger Stellungnahme des Versicherers auf den rechtlichen Schritt verzichtet und dadurch (möglicherweise) Rechtsnachteile erleidet, Schadenersatzansprüche gegen den Versicherer aus Vertragsverletzung. Die Begründetheit und Höhe eines solchen Ersatzanspruchs hängt naturgemäß davon ab, ob und in welchem Ausmaß die Unterlassung der Rechtshandlung einen Schaden des Versicherungsnehmers verursacht hat. Dies läuft letztlich auf eine Prüfung des hypothetischen Verlaufs der Rechtsstreitigkeit unter der Annahme hinaus, daß die betreffende Rechtshandlung vorgenommen worden wäre. In einem behördlichen Verfahren bedeutet dies die Prüfung eines hypothetischen Verfahrensausgangs.

Daß diese Fragen im Einzelfall schwierig und vor allem aufwendig zu lösen sind, ist einsichtig; im schlimmsten Fall kann eine verspätete Stellungnahme eines Versicherers in einen langwierigen Schadenersatzprozeß mit dem Versicherungsnehmer münden (in dem im übrigen auch noch Mitverschuldensfragen zu klären sind, weil zu fragen ist, inwieweit der Versicherungsnehmer im Rahmen seiner Schadensminderungspflicht auch ohne Deckungszusage verhalten gewesen wäre, die betreffenden rechtlichen Schritte vorzunehmen). Derartige Weiterungen werden durch den vorgesehenen Abs. 3 von vornherein weitgehend vermieden, weil der Versicherungsnehmer seine rechtlichen Interessen nach Ablauf der zweiwöchigen Stellungnahmefrist des Abs. 1 ohnedies unter Versicherungsdeckung wahrnehmen kann.

Der zweite Satz des Abs. 3 schließt allerdings die vorläufige Deckung solcher Kosten aus, die nicht von der vertraglichen Risikoumschreibung erfaßt sind, wobei sich dies sowohl aus der primären Leistungsumschreibung als auch aus Risikoausschlüssen ergeben kann. In einem solchen Fall kann gesagt werden, daß das Dekkungsbegehren des Versicherungsnehmers offenkundig „unschlüssig“ ist. Als Beispiel seien die Kosten eines gerichtlichen Verfahrensschritts genannt, wenn der Versicherungsvertrag bloß Beratungsrechtsschutz bietet. In solch eindeutigen Fällen darf sich der Versicherungsnehmer auch bei unterlassener oder verspäteter Stellungnahme des Versicherers nicht auf eine vorläufige Deckung stützen. Damit soll verhindert werden, daß dem Versicherer - bloß infolge seiner Säumnis - Kosten auferlegt werden, die ganz eindeutig vom konkreten Versicherungsvertrag nicht erfaßt sind.

Zu § 158 o:

Diese Bestimmung enthält eine dem § 151 Abs. 2 (der für die Betriebshaftpflichtversicherung gilt) nachgebildete Bestimmung für die Rechtsschutzversicherung. Es ist nämlich zweifelhaft, ob ein Unternehmen, in dessen Rahmen eine Rechtsschutzversicherung genommen wurde, als „versicherte Sache“ im Sinn des § 69 Abs. 1 angesehen werden kann und daher der dort vorgesehene Übergang der vertraglichen Position des Veräußerers eintritt. § 158 o stellt daher ausdrücklich klar, daß auch die Rechtsschutzversicherung auf den Erwerber eines Unternehmens übergeht.

Zu § 158 p:

§ 158 m mußte wegen der Erweiterung des siebenten Kapitels in „§ 158 p“ umbenannt und seinerseits entsprechend erweitert werden. Die Bestimmung erklärt alle Sonderbestimmungen für die Rechtsschutzversicherung als einseitig zwingend, allerdings mit Ausnahme der im § 158 j Abs. 1 enthaltenen Definition dieser Versicherung. Die disponible Umschreibung der Rechtsschutzversicherung kann aber Maßstab für die Bedingungsprüfung nach den §§ 864 a und 879 Abs. 3 ABGB sein.

Zu den §§ 163 und 164 Abs. 2:

Nach den §§ 16 ff. ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer bei Eingehung des Vertrags alle für die Beurteilung des Risikos maßgebenden Umstände mitzuteilen und spätere Risikoerhöhungen zu vermeiden oder zumindest risikoerhöhende Umstände dem Versicherer anzuzeigen. Eine Verletzung dieser Pflichten hat für den Versicherungsnehmer weitreichende Folgen; im ersten Fall kann der Versicherer zurücktreten, sodaß der Versicherungsvertrag und die Dekkungspflicht rückwirkend wegfallen, im zweiten Fall tritt Leistungsfreiheit ein, und der Versicherer hat ein Kündigungsrecht. Für die Lebensversicherung beschränken nun die §§ 163 und 164 die Geltendmachung dieser Rechtsfolgen auf einen Zeitraum von zehn Jahren ab der Eingehung des Vertrags bzw. ab der Gefahrenerhöhung. Diese Fristen sind sehr lang, zumal sie ja bei Arglist des Versicherungsnehmers ohnedies nicht gelten. Die von österreichischen Versicherern verwendeten Versicherungsbedingungen reduzieren in vielen Fällen diese Frist auf drei Jahre. Für die Krankenversicherung sieht § 178 k für diesen Fall eine Frist von drei Jahren vor. Um zu vermeiden, daß künftig Lebensversicherungsverträge ohne Verkürzung der Fristen der §§ 163 und 164 angeboten werden und dadurch Fehlinformationen von Versicherungsnehmern und Wettbewerbsverzerrungen auftreten, soll auch die gesetzliche Frist der §§ 163 und 164 auf drei Jahre verringert werden.

Zu § 172:

1. Im allgemeinen ist bei der Lebensversicherung der Eintritt des Versicherungsfalles gewiß, es ist nur ungewiß, wann er eintreten wird; bei der reinen Ablebensversicherung überhaupt, bei der Erlebensversicherung ergibt sich diesbezüglich Ungewißheit zumindest durch die Möglichkeit vorzeitigen Ablebens des Versicherten.

Gelegentlich werden jedoch in der Art der Lebensversicherung auch bestimmte Risiken versichert, bei denen nicht nur ungewiß ist, wann sie eintreten werden, sondern auch, ob dies der Fall sein wird, indem etwa die Zahlung einer bestimmten Summe oder einer nach anderen Kriterien bemessenen Versicherungsleistung versprochen wird, falls der Versicherungsnehmer vor Erreichung eines bestimmten Alters stirbt (beispielsweise, weil er rechnet, bis dahin noch keine hinreichend Vorsorge für seine Hinterbliebenen sichergestellt zu haben). Bei diesen der Krankenversicherung ähnlichen Lebensversicherungsverträgen kann der künftige Risikoverlauf nicht zuverlässig abgeschätzt werden. Wie bei der Krankenversicherung kann in diesen Fällen eine Zunahme der Aufwendungen für Versicherungsfälle (etwa durch eine Änderung in der Häufigkeit der Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen) gegenüber der Annahme bei der Kalkulation und dem prospektierten Leistungsaufwand durch eine unvorhergesehene und bei der Prämienkalkulation auch nicht abschätzbare veränderte Entwicklung zu nicht nur vorübergehenden Veränderungen und Verlusten innerhalb des für die Versicherung maßgebenden Abrechnungsverbandes führen, die geeignet sein können, die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen zu gefährden.

Wie in der Krankenversicherung muß daher dem Versicherer — auch bei unveränderter Versicherungssumme — eine Prämienanpassung zugestanden werden. Wie dort erfordert auch hier der Wegfall des Vorbehalts der aufsichtsbehördlichen Genehmigung für die Ausübung vereinbarter Gestaltungsrechte in der Lebensversicherung eine Antwort des Gesetzgebers, weil beide Sparten als „lebenslange“ Vertragsverhältnisse konzipiert sind und ein Wechsel des Versicherungsnehmers zu anderen Versicherern nur schwer möglich ist. Deshalb erscheint in diesen Formen der Lebensversicherung eine inhaltliche Beschränkung der Prämienanpassung erforderlich.

Der Entwurf sieht daher für die beschriebenen Fälle eine sinngemäße Anwendung der Bestimmungen über die Prämienanpassung in der Krankenversicherung (§ 178 f.) vor.

2. § 172 geltender Fassung normiert für den Anspruch des Versicherungsnehmers auf Umwandlung einer Lebensversicherung in eine prämienfreie Versicherung und für die Kündigung zum Rückkaufswert eine gesetzlich bestimmte pauschale

Mindestlaufzeit von drei Jahren. Dabei ging der Gesetzgeber davon aus, daß die Prämienzahlungen neben den Kosten für den laufenden Versicherungsschutz während dieser Anfangslaufzeit zunächst die Abschlußkosten des Versicherers decken sollten. Nach Wegfall der Tarifgenehmigung ist der Versicherer in der Prämiengestaltung grundsätzlich frei. Damit ist für eine gesetzliche Regelung pauschaler Mindestlaufzeiten kein Bedarf mehr, die Wirtschaftlichkeit der Versicherung soll durch andere, im § 174 vorgesehene Regelungen sichergestellt werden.

Zu § 173:

Der neue Abs. 2 verpflichtet den Versicherer, bei der Umwandlung die Berechnung der beitragsfreien Leistung wie eine technische Vertragsrückstellung zu behandeln. Das ist gerechtfertigt, weil bei der Umwandlung beim Versicherer aus der Deckungsrückstellung keine Mittel abfließen. Die für den Vertrag gebildete Deckungsrückstellung kann vielmehr unter der Annahme des Entfalls der Beitragszahlung in eine zu erwartende beitragsfreie Versicherungsleistung umgerechnet werden. Dies hat nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik und in Übereinstimmung mit dem Geschäftsplan des Versicherers zu geschehen. Der zweite Satz des Abs. 2 des § 173 enthält § 174 Abs. 1 des geltenden Rechts, wobei der nicht mehr zu verwendende Begriff der Prämienreserve durch den Begriff „prämienfreie Leistung“ ersetzt wurde.

§ 174 Abs. 2 des geltenden Rechts bestimmte bisher in Satz 2, daß ein in genehmigten Versicherungsbedingungen festgesetzter Betrag für den Abzug als angemessen gilt. Mit Wegfall der Bedingungsgenehmigung wird diese Bestimmung unanwendbar. § 173 Abs. 3 bestimmt nunmehr, daß der Abzug vereinbart und angemessen sein muß. Die Bestimmung greift damit die nach Anhang II Abschnitt A der Dritten Lebensversicherungs-Richtlinie dem Versicherer obliegende Verpflichtung auf, in die Polizze Angaben über die beitragsfreien Leistungen und das Ausmaß, in dem sie garantiert sind, aufzunehmen. Die Vereinbarung über den zulässigen Abzug kann bezüglich dessen Höhe entweder abstrakt oder betragsmäßig konkret getroffen werden.

Zu § 174:

Weil kleine Versicherungssummen kaum wirtschaftlich verwaltet werden können und überproportional hohe Verwaltungskosten verursachen, die den Versicherer und die Versichertengemeinschaft unzumutbar belasten würden, der Versicherer zudem auch die Möglichkeit haben muß, seine Abschlußkosten zu verdienen, hatte das Gesetz den Umwandlungs- und den Rückkaufanspruch in § 172 an eine Mindestlaufzeit geknüpft. Zur Vermeidung einer unwirtschaftlichen Verwaltung geringfügiger Beträge werden schon jetzt in der

Lebensversicherung prämiensfreie Mindestversicherungssummen von derzeit 10 000 S als Voraussetzung für das Umwandlungsrecht vereinbart. Wenngleich mit der nach Umwandlung sich ergebenden Versicherungssumme ein aussagekräftiges Kriterium und ein richtiger Ansatz für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Umwandlung in eine prämiensfreie Versicherung gefunden wurde, ist es dennoch geboten, eine Beschränkung der Privatautonomie in dieser Hinsicht vorzusehen, um zu verhindern, daß durch die Vereinbarung sehr hoher Mindestversicherungssummen das Umwandlungsrecht des Versicherungsnehmers de facto ausgeschlossen wird. Damit wird auch der in § 178 Abs. 2 der geltenden Fassung zugunsten des Versicherungsnehmers normierte einseitig zwingende Charakter des § 173 gewahrt.

Wird die im Rahmen des § 174 gesetzlich zulässigerweise vereinbarte Versicherungssumme nicht erreicht, so wird das Interesse des Versicherungsnehmers durch die Erstattung des nach § 176 Abs. 3 und 4 zu bemessenden Rückkaufwertes gewahrt.

Zu § 175:

Es handelt sich um eine sich aus der Änderung der §§ 173 f ergebende Anpassung.

Zu § 176:

Die Änderung des § 176 hat das zukünftig mögliche Auseinanderfallen von Prämienkalkulation und Berechnung der Deckungsrückstellung zu berücksichtigen. Sie hat weiters dem Umstand Rechnung zu tragen, daß nach den Vorgaben der Dritten Lebensversicherungs-Richtlinie der Versicherer künftig größere Freiheit bei der Wahl der Kapitalanlagen hat, die zu einer Abhängigkeit des Wertes der Versicherung von der Kapitalmarktsituation führt und bei der Ermittlung des Rückkaufwertes zu berücksichtigen ist. Eine an der Summe der angesammelten Sparanteile der Prämien ausgerichtete Berechnung des Rückkaufwertes wird diesen Gegebenheiten nicht gerecht. Sie würde auch die Berechnung der Rückkaufwerte in der fondsgebundenen Lebensversicherung nicht erfassen.

Es ist deshalb erforderlich und entspricht auch dem Interesse des Versicherungsnehmers, die Definition des Rückkaufwertes am Zeitwert der Versicherung zu bemessen. Hierbei sind nach versicherungsmathematischen Grundsätzen einerseits alle künftigen Prämien und andererseits alle zukünftigen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag, zu deren Erbringung der Versicherer vertraglich verpflichtet ist, einzubeziehen und alle Umstände zu berücksichtigen, die den Zeitwert beeinflussen, wie etwa Kapitalmarktsituation und Sterblichkeitsrisiko. Abweichungen von dieser Regel können erforderlich werden, wenn die

zeitliche Verteilung der Gewinne auf den einzelnen Vertrag nicht der tatsächlichen Überschußzielung entspricht (zB vorweggenommene Gewinnbeteiligung zur Reduzierung der Prämie) oder sich ein Zeitwert ergäbe, dessen Herausgabe in voller Höhe den Interessen der im Bestand verbleibenden Versicherten zuwiderläuft (zB bei einer seit Vertragsschluß eingetretenen Verschlechterung der Risikosituation). Nach unten ist der Zeitwert durch den Zeitwert der Garantieleistungen bei Beitragsfreistellung begrenzt. Insgesamt wird durch diese Berechnungsmethode erreicht, daß der Versicherungsnehmer beim Rückkauf seiner Versicherung deren echten Wert erhält.

Da der Begriff des „Rückkaufwertes“ dahingehend interpretiert werden könnte, daß dem Versicherungsnehmer nur angesparte Prämien erstattet werden müssen, soll durch den Begriff „Zeitwert“ — was sich an sich schon aus der Bezugnahme auf die „anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik“ ergibt — betont werden, daß als Rückkaufwert der echte Wert der Versicherung einschließlich allfälliger Gewinnanteile zu ermitteln ist. Darüberhinaus wurde mit dieser Formulierung der Gleichlauf mit § 176 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes gewahrt, sodaß in Hinkunft auch auf deutsche Judikatur und Literatur zu dieser Bestimmung zurückgegriffen werden kann.

Zu § 178:

Diese Aufhebung ergibt sich vor allem aus dem Wegfall der aufsichtsbehördlichen Genehmigung, die Bestimmung ist auch durch die Neufassung der §§ 173 bis 176 überflüssig.

Zu § 178 a:

Die Krankenversicherung ist eine Personenversicherung, bei der es der Versicherer übernimmt, entweder die durch Krankheit entstehenden Kosten des Versicherungsnehmers (seinen konkreten „Schaden“) oder aber im vorhinein abstrakt geschätzte Kosten oder Vermögenseinbußen (etwa durch ein bestimmtes „Taggeld“) zu ersetzen. Sie ist also ihrer Rechtsnatur nach entweder Schadensversicherung oder Summenversicherung.

Abs. 2 soll die überaus unklare Rechtsstellung eines anderen regeln, für den der Versicherungsnehmer die Versicherung — meist zusätzlich zu seiner eigenen Person — genommen hat. Wieweit dieser Dritte (Mit)Versicherter oder nur Gefährsperson (ein in der Lehre entwickelter Begriff) ist, ob er also einen selbständigen Anspruch an den Versicherer hat und woraus sich dieser ergibt, ist in Lehre und Rechtsprechung recht widersprüchlich beantwortet, weitgehend ist diese Frage der Regelung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen überlassen (Wriede in Bruck-Möller,

Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz⁸ VI Lieferung 4 K 446 ff. besonders die dort dargestellte Begriffsverwirrung). Die von Lehre und Rechtsprechung teilweise angewendeten Regeln über die Versicherung für fremde Rechnung (§ 74 ff) passen nur sehr beschränkt; sie sind in erster Linie für Sachversicherungen entwickelt worden, bei denen sich das versicherte Interesse in einem Übergang vom Versicherungsnehmer auf einen anderen befindet, wenn etwa ein Verkäufer die verkaufte Sache vor der Versendung gegen Transportschäden versichert (hier reist die Sache bereits auf Gefahr des Käufers, der Verkäufer hat aber bis zu ihrer Ablieferung noch ein Verfügungsrecht; dieser Rechtslage entsprechen die Bestimmungen über den Versicherungsschein und seine Legitimationswirkung in § 75 Abs. 1 zweiter Satz, Abs. 2, § 76 und § 77). Bei der Krankenversicherung liegt das versicherte Interesse, das Interesse an der Deckung der Kosten einer — gehobenen — Heilbehandlung, beim Erkrankten; selbst wenn der Versicherungsnehmer der Gefahrperson unterhaltspflichtig ist, treffen die Kosten der Heilbehandlung ihn meist nicht einmal mittelbar; bei der in Österreich weit überwiegenden Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung deckt diese den Grundbedarf an medizinischer Behandlung ab, die zusätzlichen Kosten durch eine Behandlung in der Sonderklasse wären für den Unterhaltspflichtigen (ohne Versicherung) meist unerschwinglich, er wäre daher zur Tragung dieser Kosten nicht verpflichtet. Der Gefahrperson soll also grundsätzlich ein unmittelbarer Anspruch an den Versicherer eingeräumt werden, der Krankenversicherungsvertrag wird also insoweit zu einem Vertrag zugunsten eines Dritten (vgl. den Begriff diesen unmittelbaren Anspruchs im § 881 Abs. 2 ABGB); wie bei der vertraglichen Begründung eines Anspruchs des Dritten bleibt es bei der Regelung, daß auch der Vertragspartner, also hier der Versicherungsnehmer, die Leistung verlangen kann, allerdings nicht an sich selbst, sondern an den Versicherten.

Nur bei der Krankenhaustagegeld und bei der Krankengeldversicherung ist es denkbar, daß ausschließlich ein Interesse des Versicherungsnehmers versichert werden soll, wenn sich etwa ein Arbeitgeber gegen die finanziellen Nachteile versichern will, die ihm durch die Erkrankung eines Arbeitnehmers drohen, oder ein Ehemann gegen die finanzielle Belastung durch die Aufnahme einer Haushaltshilfe, die bei Erkrankung der Ehefrau notwendig würde. Für diese Fälle soll eine abweichende Regelung getroffen werden dürfen.

Abs. 3 enthält eine Klarstellung. Da § 1 Abs. 1 zwischen Schadens- und Personenversicherung unterscheidet, die Krankenversicherung im § 178 a Abs. 1 aber als Personenversicherung definiert ist, ist eine gesetzliche Klarstellung

erforderlich, daß auf die Krankenversicherung die allgemeinen Bestimmungen über die Schadensversicherung anzuwenden sind, soweit Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird. Von der Bezugnahme auszunehmen sind aber die spezifischen Bestimmungen für die Sachversicherung. Weiters kommt wegen des Charakters der Krankenversicherung eine Verweisung auf § 61 VersVG (Leistungsfreiheit des Versicherers bei schuldhafter Herbeiführung des Versicherungsfalls) nicht in Betracht; der Entwurf sieht hierfür in § 178 l eine eigenständige Regelung vor. Schließlich sollen die Bestimmungen über die Gefahrerhöhung nicht auf die Krankenversicherung anzuwenden sein; der Versicherungsschutz muß für die jeweiligen Lebensumstände des Versicherungsnehmers geboten werden. Zum Schutz des Versicherungsnehmers soll selbst eine ausdrückliche und schriftliche Fixierung maßgeblicher Gefahrumstände, wie dies § 164 Abs. 1 für die Lebensversicherung erlaubt, nicht zulässig sein.

Zu § 178 b:

Diese Bestimmung definiert Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes in der Krankenversicherung, einschließlich der Pflegekrankenversicherung, in Anlehnung an die derzeitige Bedingungs-lage. Die Definitionen sind dispositiv (siehe § 178 n); sie stellen aber das gesetzliche Leitbild der beschriebenen Zweige der Krankenversicherung dar und können daher Maßstab für die gerichtliche Prüfung Allgemeiner Krankenversicherungsbedingungen nach den §§ 864 a und 879 Abs. 3 ABGB sein.

Zu § 178 c:

Der Versicherer kann eine „Kostendeckungszusage“ naturgemäß nur für einen solchen Zeitraum (wirtschaftlich vernünftig) abgeben, für den er sich mit seinem Vertragspartner, dem Krankenhausträger, darüber einig ist, daß dieser mit den tarifmäßig gewährten Kostenersatzbeträgen das Auslangen findet. Die üblichen Vertragsspitallisten sind in Wahrheit Tatsachenmitteilungen an den Versicherungsnehmer darüber, daß Aufenthalte in diesen Krankenhäusern mit den derzeit vom Versicherer gewährten Ersatzbeträgen (derzeit) kostenmäßig voll abgedeckt sind. Dem Versicherungsnehmer soll dieser Umstand durch die verpflichtend angeordnete (verbindliche) Zusage, bis zu welchem Zeitpunkt der Versicherer die volle Kostendeckung jedenfalls aufrecht erhält, bewußt gemacht werden. Der Versicherungsnehmer soll dadurch in die Lage versetzt werden, den Wert der Zusage richtig beurteilen zu können. Gemäß Abs. 1 zweiter Satz kann der Versicherer die „Garantie“ nicht widerrufen oder einschränken, falls er der Verpflichtung des ersten Satzes nicht entsprochen hat. Für diesen Fall wird also die in der Angabe des Endtermins gelegene Warn- und

Hinweisfunktion durch die gesetzlich vorgeschriebene Aufrechterhaltung der Zusage einerseits sanktioniert, andererseits ersetzt.

Gemäß Abs. 2 wirkt — über Abs. 1 hinaus — ein (zulässiger) Widerruf erst nach entsprechender Mitteilung an den Versicherungsnehmer; dies gilt auch für die Einschränkung der Deckungszusage, etwa — soweit dies nach dem Vertrag zulässig ist — die Einführung eines Selbstbehalts. Zusätzlich stellt Abs. 2 klar, daß solche Krankenhausaufenthalte nicht berührt werden, die noch vor Zugang der Mitteilung an den Versicherungsnehmer begonnen haben; maßgebend ist das Datum der stationären Aufnahme des Versicherungsnehmers. Begibt sich also der Versicherungsnehmer einen Tag vor Erhalt der Änderungsmitteilung für einen längeren Zeitraum in ein Vertragsspital, so ist der gesamte Aufenthalt vom Versicherer kostenmäßig voll zu decken.

Die Feststellung der Einheitlichkeit einer längeren, mehrere Tage dauernden Heilbehandlung ist praktisch nur bei einer stationären Behandlung möglich. Die Regel des Abs. 2, daß ein Wegfall der Kostendeckungszusage für eine bereits laufende Behandlung nicht wirkt, soll daher nur für stationäre Heilbehandlungen gelten. Für ambulante Heilbehandlungen, besonders bei einem niedergelassenen Arzt, gilt nur der Abs. 1.

Zu § 178 d:

Die private Krankenversicherung arbeitet seit jeher mit Wartezeiten, durch die der Versicherer den Versicherungsschutz für solche Krankheiten möglichst ausschließen will, die bei Schließung des Vertrags entdeckt oder unentdeckt, akut oder latent vorhanden sind. Vor allem sollen die Wartezeiten auch verhindern, daß sich Personen angesichts einer heranstehenden Erkrankung, die sie zumindest erahnen, noch rasch versichern und dadurch den Versicherer bezüglich dieser „Vorerkrankungen“ zumindest in Beweisschwierigkeiten bringen.

Die Vereinbarung solcher Zeiträume ist aber dem Versicherungsnehmer insofern äußerst nachteilig, als er von Anfang an die volle Prämie zu bezahlen hat, die Gegenleistung des Versicherers aber erst nach Ablauf eines nicht unerheblichen Zeitraums ab der Vertragsschließung erhält. Angesichts des berechtigten Interesses des Versicherers, Vorerkrankungen möglichst vom Versicherungsschutz auszuschließen (seine Legitimation, für den deckungsfreien Zeitraum die volle Prämie einzuheben, ist allerdings schon deutlich geringer einzustufen), soll die Vereinbarung von Wartezeiten zwar weiterhin zulässig sein, jedoch nur im Rahmen gesetzlicher Höchstfristen. Durch die Begrenzung der zulässigen Dauer von Wartezeiten soll nicht zuletzt der Gefahr vorgebeugt werden, daß — man denke an die Liberalisierung des

Marktes durch den EWR — Versicherungsunternehmen Verträge anbieten, deren Billigstprämie zwar auf den ersten Blick verlockend erscheint, bei denen der Preisvorteil aber durch extrem lange Wartezeiten erkauft wird.

Das Ausmaß der vorgesehenen Höchstfristen orientiert sich an der derzeitigen — durchaus sachgerechten und angemessenen — österreichischen Bedingungslage. Soweit längere Wartezeiten vereinbart werden, sind diese Vereinbarungen (insoweit) unwirksam; es gilt sohin die zulässige Höchstfrist, ab deren Verstreichen der Versicherer volle Deckung zu gewähren hat.

Im Abs. 2 geht es um die Einbeziehung von Krankheiten, die **beiden** Parteien bekannt sind und für die dennoch Versicherungsdeckung vereinbart wird. Die Bestimmung soll es erlauben, die derzeitige Praxis, oftmals längere Wartezeiten für solche Krankheiten zu vereinbaren, aufrecht zu erhalten. Dies ist auch im Interesse des Versicherungsnehmers, der ansonsten für bereits bestehende Krankheiten möglicherweise gar keinen Versicherungsschutz (zu erschwinglichen Prämien) erhalten könnte.

Zu § 178 e:

Weitaus überwiegend ist in Österreich die vertragliche Krankenversicherung nur eine Zusatzversicherung zur gesetzlichen Sozialversicherung. Für die selteneren Fälle, in denen der Versicherungsnehmer keinen Schutz der gesetzlichen Sozialversicherung genießt und deshalb die volle Deckung seiner Krankheitskosten versichert hat, hat er ein berechtigtes Interesse, diesen Versicherungsschutz auch für ein neugeborenes Kind zu erhalten, das ja ebenfalls nicht sozialversichert ist. Für diesen Fall soll dem Versicherer ein Kontrahierungszwang auferlegt werden, er soll verpflichtet werden, das Kind auf Verlangen des Versicherungsnehmers ebenfalls zu versichern.

Um Spekulationen des Versicherungsnehmers zu verhindern, ist das Recht, die Versicherung des Kindes zu verlangen, mit zwei Monaten befristet.

Grundsätzlich hat der Versicherer den Vertrag zu den gleichen Bedingungen und zum gleichen Tarif zu schließen, wie sie dem Vertrag mit dem Versicherungsnehmer zugrundeliegen. Ergibt sich allerdings, daß das Kind durch bereits angeborne Anlagen ein erhöhtes Risiko ist (das Kind ist beispielsweise Bluter), sodaß der Versicherer ohne Kontrahierungszwang eine Versicherung abgelehnt oder nur gegen eine erhöhte Prämie angeboten hätte, so soll ihm ein angemessener Risikozuschlag zur Prämie zustehen. In der Privatversicherung soll ja die Prämie das individuelle Risiko nach versicherungsmathematisch zu erwartenden Durchschnittswerten abdecken. Die Überwälzung des Risikos auf andere Versicherungsnehmer wäre — anders als bei der Solidargemeinschaft der

Sozialversicherung — praktisch kaum durchführbar (eine so kalkulierte Prämie wäre auf dem Markt schwer durchsetzbar) und auch nicht wünschenswert.

Eine — zwingende (§ 178 n) — gesetzliche Regelung soll nur für die volle Krankenversicherung vorgesehen werden. Für die bloße Zusatzversicherung zur gesetzlichen Sozialversicherung ist sie nicht notwendig. Einerseits wird der Versicherer im allgemeinen sogar interessiert daran sein, auch das Kind eines Versicherungsnehmers in diese Versicherung einzubeziehen; in vielen Fällen räumen die Versicherer sogar in ihren Bedingungen dem Versicherungsnehmer ein entsprechendes Recht ein. Andererseits ist der zusätzliche Komfort, den sich der Versicherungsnehmer damit sichern will, kein so wichtiges Bedürfnis, besonders bei einem kleinen Kind, daß zu seiner Wahrung auch die Vertragsabschlußfreiheit eingeschränkt werden müßte.

Zu § 178 f:

Bei der Versicherung auf Prämie übernimmt der Versicherer gegen Zahlung eines im voraus festgesetzten Betrags die Deckung des im Vertrag umschriebenen Risikos. Die Prämie ist nach versicherungsmathematischen Grundsätzen unter Berücksichtigung der Wahrscheinlichkeit eines Versicherungsfalls kalkuliert; bleibt der tatsächliche Schadenverlauf hinter dem vom Versicherer erwarteten zurück, so erhöht sich der vom Versicherer kalkulierte Gewinn, im gegenteiligen Fall (von Rückversicherungsfragen abgesehen) verringert sich der kaufmännische Gewinn, bleibt überhaupt aus oder es entsteht sogar ein Verlust. Eine Anpassung der Prämie an einen unerwarteten Risikoverlauf ist im Gesetz grundsätzlich nicht vorgesehen.

In der Krankenversicherung bereitet die Fixierung der Prämie für die gesamte Laufzeit des Vertrags allerdings Probleme. Diese Versicherung ist — soll sie die ihr innewohnende soziale Komponente erfüllen — als „lebenslanges“ Vertragsverhältnis zu konzipieren, der Versicherer muß daher auf die Möglichkeit einer (ordentlichen) Kündigung verzichten (siehe § 178 i). Während der langen Dauer des Versicherungsverhältnisses kann sich eine Vielzahl von Rahmenbedingungen ändern, die das vom Versicherer übernommene Risiko beeinflussen (siehe den im Abs. 2 enthaltenen Katalog von Anpassungsfaktoren). Vor allem können auch — auf lange Frist schwer abzusehende — Änderungen im Gesundheitssystem enorme Auswirkungen auf die Deckungspflicht des Versicherers haben, sei es, daß neue Behandlungsmethoden eingeführt werden, sei es, daß sich die Kosten bekannter Behandlungsmöglichkeiten ändern.

Bei realistischer Betrachtung dieser Situation ist anzuerkennen, daß es dem Versicherer unmöglich ist, für einen derartigen, auf Jahrzehnte angelegten Versicherungsschutz im Vorhinein eine bestimmte Prämie — oder einen bestimmten Prämienverlauf — endgültig festzusetzen. Es ist grundsätzlich verständlich, daß die Versicherungsunternehmen bisher stets versucht haben, durch die Vereinbarung von Anpassungsklauseln diesem Dilemma zu entinnen und sich über die darin enthaltenen Gestaltungsrechte einen Einfluß auf die künftige Entwicklung der vereinbarten Prämie zu sichern. Legitimiert und aus der Sicht des Versicherungsnehmers entschärft wurden diese Gestaltungsrechte des Versicherers durch den Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Finanzen als Versicherungsaufsichtsbehörde, das jeder Tarifänderung zustimmen mußte.

Wie im Allgemeinen Teil der Erläuterungen bereits dargelegt wurde, wird dieser Genehmigungsvorbehalt ab dem 1. Juli 1994 nicht mehr zulässig sein; es ist daher erforderlich, dem Problem der Anpassung von Krankenversicherungsverträgen an sich ändernde Verhältnisse künftig auf andere Weise Herr zu werden.

Zunächst soll (siehe Abs. 1) klargestellt werden, daß vertragliche Anpassungsklauseln im Anwendungsbereich des KSchG dem § 6 Abs. 1 Z 5 (Prämienänderung) und dem § 6 Abs. 2 Z 3 (Leistungsänderung) dieses Gesetzes unterliegen. Zusätzlich legt Abs. 2 — bei Verbrauchergeschäften in Konkretisierung des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG — diejenigen Anpassungsfaktoren fest, die zulässigerweise in einer Anpassungsklausel enthalten sein dürfen; die Vereinbarung anderer Umstände wäre unwirksam. Durch diese Konkretisierung wird auch die Judizialität von Anpassungsklauseln bedeutend verbessert.

Sollen die Versicherungsprämien anhand eines Index angepaßt werden, so muß die Anwendung dieses Index im Vertrag vereinbart sein (Abs. 2 Z 1). Abs. 2 Z 2 erlaubt es, die durchschnittliche Lebenserwartung der zu diesem Tarif Versicherten als Anpassungsfaktor zu vereinbaren; eine gestiegene Lebenserwartung ist im Regelfall für den Versicherer mit Kostensteigerungen verbunden, weil der Anteil älterer Versicherungsnehmer steigt. Abs. 2 Z 3 erfaßt die Veränderung der Morbiditätsrate, soweit sie sich in geänderter Anspruchnahme der Leistungen des Gesundheits- oder Pflegesystems niederschlägt, aber auch die bloße Veränderung der „Behandlungsfreudigkeit“ oder der Aufwendigkeit bestimmter Behandlungen (zB Computertomographie statt Röntgenbild).

Die in Abs. 2 Z 2 und 3 angeführten Anpassungsfaktoren können nur auf die Gemeinschaft der zum gleichen Tarif (mit seiner Staffelung nach dem Eintrittsalter) Versicherten bezogen werden. Die Umschreibung des Personenkreises, auf die ein

bestimmter Tarif anzuwenden ist, berücksichtigt versicherungsmathematisch erfassbare Unterschiede im durchschnittlichen Risikoverlauf dieser Gruppe gegenüber anderen Teilen der Bevölkerung. So sind etwa die Tarife oft nach Bundesländern unterschiedlich, weil auch die Krankenhauskosten unterschiedlich sind. Unterschiede könnten sich auch für verschiedene Berufsgruppen ergeben. Theoretisch wäre es richtig, nicht nur Veränderungen bei den zu einem bestimmten Tarif tatsächlich versicherten Personen heranzuziehen, sondern bei allen Personen, die — wären sie versichert — unter diesen Tarif fallen würden. Für so umschriebene Personengruppen gibt es aber in den meisten Fällen keine Statistiken, die Bindung der Anpassung an Risikoänderungen bei einem derartigen hypothetischen Personenkreis wären daher praktisch unvollziehbar.

Der letzte Satz des Abs. 2 schreibt dem Versicherer vor, die Prämie in der Krankenversicherung nach dem jeweiligen Eintrittsalter des Versicherungsnehmers zu bemessen; nur nach dem Eintrittsalter darf die Prämie gestaffelt werden, im Laufe des Versicherungsverhältnisses ist die Staffe- lung nach dem Lebensalter dieses Versicherten unzulässig. Unter der Voraussetzung, daß sich die in den Z 1 bis 6 genannten Anpassungsfaktoren nicht verändern, müßte die Prämie während der gesamten Dauer des Versicherungsverhältnisses konstant bleiben.

Diese Bestimmung bedeutet in versicherungsmathematischer Hinsicht zwingend, daß die Krankenversicherung (nach Art der Lebensversicherung) unter Bildung von Rückstellungen zu führen ist, mit der der im Alter (statistisch) auftretende Mehrbedarf des Versicherungsnehmers abgedeckt werden kann; die „Einstiegsprämie“ ist so zu bemessen, daß sie — bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen — die Versicherungsdeckung bis zum Tod des Versicherungsnehmers gewährleistet.

Dieses „Rücklagemodell“ (das im übrigen der derzeitigen österreichischen Versicherungspraxis entspricht) soll deshalb gesetzlich festgeschrieben werden, weil bei einer Risikoprämie (also einer mit dem altersgemäßen Risiko ansteigenden Prämie) der Versicherungsschutz für viele Versicherungsnehmer gerade im Alter, wenn er am dringendsten benötigt wird, nicht mehr erschwinglich wäre; das statistische Krankheitsrisiko steigt nämlich in höherem Lebensalter sprunghaft an. Es wäre außerdem zu befürchten, daß junge Versicherungskunden zwar von extrem niedrigen Anfangsprämien angelockt würden, sie aber die Auswirkungen der altersbedingten Prämiensteigerungen in der erforderlichen langfristigen Perspektive nicht vollständig überblicken könnten. Die von Abs. 2 (indirekt) geforderte Rücklagenbildung wird der besonderen sozialen Komponente der privaten Krankenversicherung hingegen dadurch gerecht,

daß sie den Interessen derjenigen Versicherungsnehmer besonders Rechnung trägt, die am meisten des Versicherungsschutzes bedürfen.

Zu § 178 g:

Derzeit werden die Vertragsanpassungen in der Krankenversicherung jeweils mit Zustimmung der Versicherungsaufsichtsbehörde vorgenommen. Ungeachtet dessen hätte wohl jeder einzelne Versicherungsnehmer, der mit einer Anpassung nicht einverstanden ist, die Möglichkeit, bei Gericht auf Rückzahlung zuviel gezahlter Prämie, allenfalls auf Feststellung der (gegebenenfalls teilweisen) Unwirksamkeit der Anpassung zu klagen (§ 228 ZPO). Eine solche individuelle Feststellungsklage wurde — soweit dies überblickt werden kann — bislang noch nie erhoben; nach dem Wegfall der aufsichtsbehördlichen Genehmigung könnte die Bereitschaft zu einer solchen Klagsführung aber steigen, weil die Prämienanpassung mit der aufsichtsbehördlichen Kontrolle in den Augen der Versicherungsnehmer einen Teil ihrer Autorität verlieren wird.

Eine hinreichend effektive Kontrolle der Gesetz- und Vertragsmäßigkeit von Prämien erhöhungen (oder anderen einseitig erklärten Vertragsänderungen) ist jedoch durch das Vorgehen einzelner Versicherungsnehmer kaum zu erwarten. Die wegfallende Versicherungsaufsicht soll daher durch eine andere Einrichtung ersetzt werden, nämlich eine „Verbandsklage“. Dieses Instrument hat sich etwa bei der Verfolgung von Wettbewerbsverstößen (§ 14 UWG) und bei der Bekämpfung unzulässiger Allgemeiner Geschäftsbedingungen (§§ 28 ff. KSchG) bewährt, und zwar weniger durch die Anzahl der erhobenen Klagen, sondern vor allem dadurch, daß oft unter der Androhung einer Klage die Änderung einer unzulässigen Geschäftspraxis verlangt wird.

Klageberechtigt sollen die im § 29 KSchG aufgezählten Verbände sein, überdies die Versicherungsaufsichtsbehörde (genauer gesagt: der Bund, Bundesministerium für Finanzen, als Träger der Versicherungsaufsicht). Gerade die Versicherungsaufsicht ist für eine derartige Kontrollfunktion geeignet, da sie einerseits einen Überblick über die notwendigen Daten hat und andererseits über Mitarbeiter mit den erforderlichen Fachkenntnissen verfügt.

Ähnlich wie bei der Verbandsklage nach dem KSchG soll der Anspruch auf **Unterlassung** der nach der Behauptung der klagenden Stelle unzulässigen Änderung (in erster Linie der Prämienhöhung, gegebenenfalls auch einer anderen Vertragsänderung) gerichtet sein. Das Wort „insoweit“ stellt klar, daß sich die Klage bei einer teilweise berechtigten, teilweise übermäßigen Prämienhöhung auf den unzulässigen Teil beschränken kann (und schon wegen möglicher Kosten-

folgen sinnvollerweise beschränken wird). Eine einheitlich erklärte Prämienerrhöhung ist also für den Unterlassungsanspruch teilbar, sodaß auch das Gericht einem erhobenen Unterlassungsbegehren bloß teilweise stattgeben kann; erhöht beispielsweise der Versicherer die Prämie um 6% und ist die klagende Stelle der Meinung, nur 4% seien zulässig, so wird sie nur auf Unterlassung der Erhöhung um 2% klagen; kommt das Gericht zu dem Ergebnis, daß eine Erhöhung um 5% berechtigt ist, so wird es dem Klagebegehren bezüglich des einen Prozentpunkts stattgeben, das übrige Klagebegehren wegen des anderen Prozentpunkts wird es abweisen.

Als Unterlassungsurteil, das also dem Beklagten eine Leistung auferlegt, wäre das Urteil auch gegen den Versicherer vollstreckbar.

Ergänzend sieht der erste Satz des Abs. 1 vor, daß den zur Verbandsklage berechtigten Stellen Prämienerrhöhungen mitzuteilen sind. Das soll diesen Stellen zunächst eine Ausübung der Kontrolle ermöglichen, ohne laufend nach Prämienerrhöhungen forschen zu müssen oder auf zufällige Mitteilungen solcher Prämienerrhöhungen angewiesen zu sein. Darüber hinaus ermöglicht der eindeutig feststellbare Zeitpunkt dieser Mitteilung — anders als die zufällige Erlangung von derartigen Kenntnissen — die Möglichkeit, daran eine verhältnismäßig kurze Frist zur gerichtlichen Geltendmachung des Unterlassungsanspruchs knüpfen. Diese im letzten Satz des Abs. 1 vorgesehene Befristung ist im Interesse sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer notwendig, um allzulange Schwebezustände zu vermeiden. Um allerdings Verhandlungen zwischen den potentiellen Prozeßgegnern nicht unter Zeitdruck zu setzen (die ja wie erwähnt bei den bisherigen Fällen der Verbandsklage nach dem UWG und dem KSchG oft erfolgreich sind), sollen sie die Frist einvernehmlich verlängern können.

Abs. 2 erster Satz bestimmt zunächst, daß für derartige Klagen das Handelsgericht Wien zuständig ist, und zwar — ausgedrückt durch das „nur“ — unter Ausschluß des allgemeinen Gerichtsstandes und einer Zuständigkeitsvereinbarung nach § 104 Abs. 1 JN (vgl. die gleiche Wortwahl im § 7 Abs. 1 ASGG). Damit soll eine Konzentration derartiger Verfahren und damit die Sammlung von Erfahrungen durch die damit befaßten Richter sichergestellt werden, darüberhinaus auch die gemeinsame Verhandlung und Entscheidung über Klagen verschiedener klagslegitimierter Verbände über dieselbe Vertragsänderung. Die individuelle Zuständigkeit eines Gerichtshofs ist dadurch gerechtfertigt, daß die wirtschaftliche Bedeutung einer Klage, mag sie auch nur einen ganz geringen Prozentsatz an Prämienerrhöhung betreffen, angesichts der Laufzeit der Erhöhung und der großen

Anzahl von Versicherungsnehmern, die von ihr erfaßt werden, für den Versicherer die Wertgrenze von 100 000 S immer weit übersteigen wird.

Nur bei Versicherern mit Sitz im Ausland war eine Sonderregelung vorzusehen: Zum Geschäftsbetrieb in Österreich sind nur Versicherer mit dem Sitz in einem anderen EWR-Staat berechtigt, nur sie werden daher als ausländische Versicherer hier in Betracht kommen. Für Klagen gegen solche Versicherer wird das Luganer Übereinkommen über die gerichtliche Zuständigkeit und die Vollstreckung gerichtlicher Entscheidung in Zivil- und Handelssachen gelten, allenfalls auch das — gleichlautende — Europäische Gerichtsstands- und Vollstreckungsübereinkommen. Nach dessen Art. 8 Z 2 kann ein Versicherer, der seinen Sitz in einem EWR-Staat hat, in einem anderen nur vor demjenigen Gericht geklagt werden, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat. Diese Zuständigkeit ist allerdings nicht auf Klagen von Versicherungsnehmern beschränkt, auch ein (Mit-)Versicherter oder sonstiger Bezugsberechtigter kann bei diesem Gericht klagen; auf den Wohnsitz des Versicherungsnehmers ist die Zuständigkeit deshalb beschränkt, um sicherzustellen, daß der Versicherer damit rechnen muß, bei diesem Gericht geklagt zu werden, weil dort der ihm jedenfalls bekannte Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat (vgl. **Jenard-Möller**, Bericht zum Luganer Abkommen). Es genügt also auch für die Klage einer Stelle, die für die Versicherungsnehmer auftritt, daß im Sprengel dieses Gerichts zumindest ein Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat. Für den Fall, daß im Sprengel des Handelsgerichtes Wien kein Versicherungsnehmer, der zu dem strittigen Tarif versichert ist, seinen Wohnsitz hat — denkbar wäre dies vor allem bei einem auf ein anderes Bundesland beschränkten Tarif —, muß also die Zuständigkeit eines anderen Landesgerichtes vorgesehen werden, in dessen Sprengel wenigstens ein Versicherungsnehmer wohnt. Um eine einheitliche Behandlung mehrerer dieselbe Prämienerrhöhung betreffender Klagen sicherzustellen, ist die sinngemäße Anwendung des § 31 a Abs. 2 JN vorgesehen: sind mehrere Klagen bei verschiedenen Landesgerichten anhängig, so haben die später angerufenen die Verfahren an das zuerst angerufene zu delegieren.

Inhaltlich soll die Prämienerrhöhung anhand der „allgemeinen Versicherungsbedingungen“ geprüft werden. Entgegen dem Sprachgebrauch des VersVG, das sonst nur von Versicherungsbedingungen spricht, wird hier die Beifügung „allgemein“ verwendet. Das soll ausdrücken, daß der Prüfung nur diejenigen Versicherungsbedingungen zugrunde zu legen sind, die für den betreffenden Tarif allgemein verwendet werden, nicht aber Bedingungen, die nur für einzelne Versicherungsnehmer aus dieser Gruppe gelten, möglicherweise sogar im einzelnen ausgehandelt sind. Diese

Generalisierung des Prüfungsmaßstabs für die Verbandsklage entspricht im übrigen auch der Regelung der Verbandsklage im KSchG.

Um die Prozeßkostenbelastung in Grenzen zu halten und damit ein übermäßiges Kostenrisiko für die Parteien eines solchen Verfahrens zu vermeiden, begrenzt Abs. 3 den Streitwert mit einem Betrag von höchstens 1 000 000 S. Diese Höchstgrenze gilt sowohl für die Bewertung durch den Kläger (§ 56 Abs. 2 JN) als auch für die Festsetzung des Streitwerts nach § 7 RATG durch das Gericht. Für den Ausspruch des Berufungsgerichts, ob der Streitwert 50 000 S übersteigt oder nicht (§ 500 Abs. 2 Z 1 ZPO) und damit für die Zulässigkeit der Revision (§ 502 Abs. 2 ZPO) ist die Bewertung durch den Kläger ohnedies nicht bindend, diesen Betrag wird der Streitwert — wie dargelegt — immer um ein Vielfaches übersteigen.

Zu § 178 h:

Das hier vorgesehene Einsichtsrecht der zur Verbandsklage berechtigten Stellen in die Kalkulationsgrundlagen des Versicherers ist eine unverzichtbare Voraussetzung für eine fundierte Kontrolltätigkeit. Nur auf Basis der vollständigen Kalkulation des Versicherers können sich diese Stellen ein sicheres Urteil über die Angemessenheit einer erklärten Vertragsanpassung bilden und ihr weiteres Vorgehen danach ausrichten.

Da die Klagefrist sehr kurz bemessen ist, soll sie nach Abs. 2 vom Begehren auf Einsicht bis zu deren Gewährung gehemmt sein.

Zu § 178 i:

Diese Bestimmung verwirklicht das bereits mehrfach angesprochene Konzept eines lebenslangen Vertragsverhältnisses, das vor allem auch die Vorsorge für die altersbedingte Erhöhung des versicherten Risikos bezweckt (vgl. § 178 f Abs. 2 letzter Satz). Dieser Zielvorstellung entsprechend werden Befristungen grundsätzlich für unwirksam erklärt (ausgenommen sind Verträge mit maximal einjähriger Laufzeit) und es wird — was schon derzeit in den Krankenversicherungsbedingungen vorgesehen ist — das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen. Dadurch soll verhindert werden, daß der Versicherer jahrelang Prämien (einschließlich eines Zuschlags für die Rücklagenbildung) einhebt, ohne wesentliche Leistungen erbringen zu müssen, später sich aber des — aus welchem Grund immer — krankheitsanfällig gewordenen Versicherungsnehmers gerade dann durch Kündigung entledigt, wenn dieser besonders auf den Versicherungsschutz angewiesen ist. Als notwendige Ergänzung zum Ausschluß des ordentlichen Kündigungsrechts nach § 8 Abs. 2 wurde noch klargestellt, daß eine Kündigung wegen Eintritts des Versicherungsfalls sowie überhaupt auf Grund eines sonst im Vertrag vorgese-

henen Kündigungsrechts unzulässig, die Vereinbarung eines solchen Kündigungsrechts daher unwirksam ist.

Zu § 178 j:

Nach § 178 a Abs. 1 kann die Krankenversicherung auch auf die Person eines anderen als des Versicherungsnehmers genommen werden; dieser andere ist Versicherter (§ 178 a Abs. 2). Naturgemäß besonders verbreitet ist die Krankenversicherung naher Angehöriger.

§ 178 j gewährt den Versicherten ein Fortsetzungsrecht nach dem Versicherungsnehmer, wenn das Vertragsverhältnis zwischen diesem und dem Versicherer endet (so soll zB die „mitversicherte“ Ehefrau die Versicherung auf Basis ihres ursprünglichen Einstiegsalters fortsetzen können, wenn der Ehemann den Vertrag kündigt). Im Interesse des Versicherers steht dieses Fortsetzungsrecht dem Versicherten jedoch dann nicht zu, wenn der Vertrag aus einem von ihm selbst oder vom Versicherungsnehmer zu vertretenden Grund aufgelöst wird.

Zu § 178 k:

Nach § 16 Abs. 2 kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer bei der Vertragsschließung schuldhaft (siehe § 16 Abs. 3) einen erheblichen Umstand nicht angezeigt hat. § 17 sieht ein Rücktrittsrecht des Versicherers vor, wenn der Versicherungsnehmer in contrahendo eine unrichtige Anzeige gemacht hat.

§ 178 k läßt den Vertragsrücktritt jedoch nur noch in den ersten drei Jahren nach der Vertragsschließung zu (vgl. § 163 für die Lebensversicherung). Damit soll zunächst der Erwägung Rechnung getragen werden, daß der Rücktritt wegen Verletzung einer Anzeigepflicht in Wahrheit ein Sonderfall der Irrtumsanfechtung nach § 871 ABGB ist, die (abgesehen vom Fall der listigen Irreführung) nach Ablauf dreier Jahre ab der Vertragsschließung verjährt (siehe § 1487 ABGB). Weiters ist im Regelfall anzunehmen, daß ein Risiko, das sich drei Jahre lang nicht verwirklicht hat (weshalb der Versicherer in den ersten drei Jahren auch nicht zum Rücktritt veranlaßt wurde) für die übernommene Deckungspflicht nicht mehr allzu große Bedeutung hat. Schließlich ist zu bedenken, daß das Rücktrittsrecht des Versicherers bei jedem Verschulden des Versicherungsnehmers besteht, diesem also bereits leichte Fahrlässigkeit schadet. Gerade in der Krankenversicherung ist es für den Versicherungsnehmer oft schwierig zu überblicken, welche Umstände für den Versicherer relevant sind oder diesem vernachlässigbar erscheinen; hier kann dem Versicherungsnehmer eine fahrlässige Fehlbeurteilung besonders leicht unterlaufen.

Angesichts dieser Umstände erscheint eine „Sanierung“ der Anzeigepflichtverletzung nach Ablauf einer gewissen Vertragsdauer gerechtfertigt, ja sogar geboten, um dem Versicherungsnehmer — jedenfalls nach längerer Vertragslaufzeit — die Gewißheit zu geben, daß der Versicherungsschutz für alle Fälle gesichert ist. Selbstverständlich ausgeschlossen ist jedoch die „Heilung“ einer arglistigen Verletzung der Anzeigepflicht (siehe etwa § 16 Abs. 2 zweiter Satz und § 18). Bei Arglist des Versicherungsnehmers bleibt der Versicherer sohin während der gesamten Dauer des Vertragsverhältnisses zum Rücktritt berechtigt (siehe § 20 Abs. 1); ein Schutzbedürfnis des Versicherungsnehmers ist in diesem Fall nicht gegeben.

Das Prämienhöhungsrecht des Versicherers nach § 41 Abs. 1 bleibt in jedem Fall bestehen.

Zu § 178 l:

Im Bereich der Krankenversicherung — auch soweit sie Schadensversicherung ist — soll nur die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalls Leistungsfreiheit des Versicherers bewirken (vgl. § 61, der für die Schadensversicherung schon bei grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers die Leistungsfreiheit vorsieht). Wegen des „Entbindungsrisikos“ war es überdies erforderlich, auch in sprachlicher Hinsicht von § 61 abzuweichen; es kann in der Krankenversicherung naturgemäß nicht generell auf die Herbeiführung „des Versicherungsfalls“ abgestellt werden.

Festzuhalten ist, daß der zivilrechtliche Vorsatz eine Form des Verschuldens ist, die auch das Unrechtsbewußtsein des Handelnden umfassen muß (siehe § 1324 ABGB: „böse Absicht“; Reischauer in Rummel, ABGB 2. Bd² Rz 22 zu § 1294 ABGB). Dem Vorsatz als Verschuldensform ist also das Element der Vorwerfbarkeit immanent. Eine in diesem Sinn schuldhaft Herbeiführung des Versicherungsfalls würde zB nicht vorliegen, wenn sich der Versicherungsnehmer in persönliche Gefahr begibt (damit den Eintritt eines Versicherungsfalls zumindest in Kauf nimmt), um einen in Not befindlichen Menschen zu retten.

Anders als nach § 61 soll es im übrigen nur auf den Vorsatz des Versicherten ankommen, nicht auf den des Versicherungsnehmers. Eine mitversicherte Frau oder ein mitversichertes Kind, die vom Versicherungsnehmer „krankenhausreif geprügelt“ worden sind, sollen also den Anspruch auf Deckung der Krankenhauskosten nicht verlieren. Analog § 67 soll jedoch der Schadenersatzanspruch des Versicherten gegen den Versicherungsnehmer auf den Versicherer übergehen, sodaß sich also der Versicherer beim Versicherungsnehmer — etwas unexakt ausgedrückt — regressieren kann.

§ 67 Abs. 2 (Ausschluß des Ersatzanspruchs gegen Familienangehörige) ist hier nicht anwendbar, weil ja vorsätzliche Schadenszufügung vorausgesetzt ist.

Zu § 178 m:

Ein Gruppenversicherungsvertrag kann (auch) vom Versicherer jährlich gekündigt werden (siehe § 178 i Abs. 2). Der einzelne Gruppenversicherte hat diese Kündigung, die gegenüber dem „Gruppenführer“ ausgesprochen wird, ebenso zu akzeptieren wie beispielsweise auch eine zwischen dem Versicherer und dem Gruppenführer vereinbarte Änderung oder Aufhebung des Gruppenversicherungsvertrags, er soll aber berechtigt sein, das bisherige Vertragsverhältnis als (gleichartige) Einzelversicherung ohne (allenfalls neuerliche) Risikoprüfung und Wartezeiten fortzusetzen. Einzige Voraussetzung dafür ist, daß der Versicherte bei Eintritt in den Gruppenvertrag nach den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig war. Aus dem Umstand, daß bloß das bisherige Vertragsverhältnis fortgeführt wird, ergibt sich zwingend, daß all jene (Vor)Erkrankungen in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind, die in der Gruppenversicherung eingeschlossen waren. Der Deckungsumfang bleibt also gleich; im wesentlichen ändert sich nur die Prämie.

Das Fortsetzungsrecht des Versicherten soll auch dann bestehen, wenn dieser aus dem versicherten Personenkreis ausscheidet, etwa weil die Gruppenversicherung vereinbarungsgemäß nur die aktiven Angehörigen eines Unternehmens umfaßt und der Versicherte in den Ruhestand tritt oder weil der Versicherer nur hinsichtlich des einzelnen Versicherten kündigt.

Der Versicherte hat sein Recht auf Fortsetzung durch Erklärung gegenüber dem Versicherer binnen eines Monats geltend zu machen, wobei diese Frist gehemmt ist, solange der Versicherer nicht auf die Fortsetzungsmöglichkeit hingewiesen hat.

Abs. 3 sieht vor, daß die Prämie der gemäß Abs. 1 und 2 fortgesetzten Versicherung nach dem Alter zu bemessen ist, mit dem der Versicherte (nunmehrige Versicherungsnehmer) in die Gruppe eingetreten ist; es muß also die in der Gruppenversicherung zurückgelegte Zeit vollständig auf den Einzelvertrag angerechnet werden. Dies bedeutet im Zusammenhalt mit Abs. 1 das Ende der herkömmlichen Gruppenversicherung; es wird künftig als „Gruppenversicherung“ wohl nur noch eine Gesamtheit von Einzelversicherungen mit Mengenrabatt angeboten werden. Die Rücklagenbildung muß in Hinkunft in der Gruppenversicherung in etwa die gleiche wie in der Einzelversicherung sein, um den geforderten nahtlosen Übertritt in diese Versicherung gewährleisten zu können.

Diese einschneidende gesetzliche Maßnahme ist erforderlich, um den ehemals Gruppenversicherten beim Umstieg in die Einzelversicherung vor Nachteilen zu bewahren, die ihm sonst bei der (derzeit vom Versicherer weitgehend frei kalkulierten) Einstufung in das Schema der Einzelversicherung drohen. Die Berechnung der neuen Prämie unter (nur teilweiser) Berücksichtigung der in der Gruppenversicherung zurückgelegten Zeit ist für den Versicherungsnehmer praktisch undurchschaubar, gerade in diesem Bereich gab es in letzter Zeit häufige und vehemente Beschwerden von Versicherungsnehmern, die sich bei der Anrechnung ihrer „Vorzeiten“ ungerecht behandelt fühlten. Diese Probleme werden durch die zwingende Anrechnung aller Vorzeiten vermieden; selbstverständlich verliert der Versicherte beim Umstieg aber einen allfälligen Prämienrabatt, der speziell für die Gruppenversicherung gewährt wurde.

Abs. 4 schließt das Fortsetzungsrecht naturgemäß für den Fall aus, daß der Versicherte deshalb aus der Gruppe ausscheiden muß, weil er sich vertragswidrig verhalten, etwa eine Obliegenheit verletzt hat und der Versicherer daher die (außerordentliche) Kündigung ausspricht.

Abs. 5 schließt die Anwendung der §§ 178 g und 178 h auf die Gruppenversicherung aus; die Bestimmungen über die Kontrolle der Vertragsanpassung passen naturgemäß nicht für ein Vertragsverhältnis, bei dem dem Versicherer ohnehin nur ein einziger Versicherungsnehmer gegenübersteht. Grundsätzlich anzuwenden sind jedoch die Bestimmungen über die Anpassungsklausel (§ 178 f.); als zusätzlicher Anpassungsfaktor muß jedoch auch eine Änderung bestimmter Umstände bloß bei der in der Gruppe zusammengeschlossenen Versicherungsgemeinschaft genannt werden (und nicht nur wie in § 178 f Abs. 2 Z 2 und 3 für alle zum selben Tarif Versicherten, das wären alle Gruppen, die zum selben Tarif versichert sind), da sich die Risiken in verschiedenen, zum selben Tarif versicherten Gruppen unterschiedlich entwickeln können. Einer Schutzbestimmung dagegen, daß dadurch Prämien in einer Gruppe übermäßig anwachsen, bedarf es nicht, da ja zumindest dann, wenn die Prämie höher wird als die Individualprämie, der Versicherungsnehmer in die Individualversicherung überwechseln kann und dies wohl auch tun wird.

Nach § 191 b Abs. 2 Z 6 ist § 178 m auf „Altverträge“ nicht anzuwenden, dies auf Grund der Erwägung, daß die bestehenden Gruppenversicherungsverträge noch nicht unter Berücksichtigung des Fortsetzungsrechts kalkuliert sind. Diese Ausnahme soll allerdings nur für Versicherte gelten, die vor dem Inkrafttreten der Novelle in die Gruppe eingetreten sind; würde die gesamte Gruppe, einschließlich der neu Eingetretenen, nach dem alten Recht behandelt, so könnten Gruppen-

versicherungsverträge nach der alten, eben unzureichenden Regelung praktisch auf unbegrenzte Zeit weitergeführt werden. Soweit tatsächlich die Erfüllung der hier vorgesehenen Rechte der neuen Gruppenmitglieder nach der bisherigen Kalkulation nicht gedeckt werden können, ist eben der Versicherer gezwungen, Neuaufnahmen in die alte Gruppenversicherung abzulehnen, er kann statt dessen für den gleich umschriebenen Personenkreis eine andere, nach der neuen Rechtslage kalkulierte Gruppenversicherung anbieten.

Zu § 178 n:

Diese Bestimmung erklärt die meisten Sonderregeln für die Krankenversicherung als einseitig (zugunsten des Versicherungsnehmers) zwingend. Nicht zwingend sind der einleitende § 178 a (Abs. 1) und die Definitionen des § 178 b.

Zu § 191 b:

Abs. 1 sieht das Inkrafttreten der neuen und geänderten Bestimmungen mit 1. Juli 1994, also mit dem Ablauf der Umsetzungsfrist der dritten Richtliniengeneration der EU vor (siehe den Allgemeinen Teil der Erläuterungen).

Die neuen oder geänderten Bestimmungen sollen grundsätzlich auch für Versicherungsverträge gelten, die vor dem Datum des Inkrafttretens geschlossen worden sind, die Abs. 2 und 3 enthalten jedoch Ausnahmen von diesem Grundsatz; es sind hier im wesentlichen jene Bestimmungen angeführt, deren Neufassung mit so großen Auswirkungen auf die Kalkulation des Versicherers verbunden ist, daß eine Rückwirkung auf bestehende Verträge nicht vertretbar wäre.

Während die Z 1 bis 6 des Abs. 2 diejenigen Bestimmungen enthalten, deren Neugestaltung keine allzu aufwendigen Umstellungs- und Anpassungsmaßnahmen im Bereich der Versicherungswirtschaft erfordert, und die daher für alle ab dem Inkrafttreten geschlossenen Verträge anwendbar sein sollen (Z 2 bis 5 behandeln spezielle Rückwirkungsprobleme), sehen die Z 7 und 8 für die darin angeführten Bestimmungen eine Übergangsfrist bis zum 1. Jänner 1995 vor. Die Neugestaltung dieser Bestimmungen (siehe etwa gleich die §§ 1 a und 5 b) erfordert nämlich umfangreiche Umstellungsarbeiten der Versicherer, etwa den Neudruck von Antragsformblättern und Versicherungsbedingungen oder Änderungen im Bereich der EDV. Diese Anpassungsschritte könnte die Versicherungswirtschaft innerhalb der — voraussichtlich äußerst kurzen — Legisvakanz der neuen Bestimmungen nicht vornehmen, weshalb eine Übergangsfrist erforderlich ist.

Abs. 3 sieht eine zeitliche Staffelung des (vollen) Wirksamwerdens des § 8 Abs. 3 (Kündbarkeit von Versicherungsverträgen nach dreijähriger Dauer) vor. Uneingeschränkt anzuwenden ist die Bestim-

mung auf solche Verträge, die nach der auch in Abs. 2 Z 7 und 8 vorgesehenen Übergangsfrist geschlossen werden. Davor bis zum 31. März 1994 geschlossene Verträge können frühestens fünf Jahre, Verträge die danach bis zum 31. Dezember 1994 geschlossen werden, frühestens vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes (1. Juli 1994) gekündigt werden. Die Lösung soll einen angemessenen Ausgleich bringen zwischen einerseits den Interessen der Versicherungsnehmer, nicht noch auf viele Jahre, allenfalls bis zum Jahr 2004, an alte Verträge gebunden zu sein, und andererseits dem Interesse der Versicherer, bestehende Verträge unverändert aufrecht zu erhalten, vor allem um mit diesen Verträgen die Provisionen zu verdienen, die sie schon bezahlt haben oder noch schulden. Vertreter der Versicherungsnehmer haben hingegen sogar eine Rückwirkung der Regelung verlangt, weil sich zeige, daß Versicherer versuchten, noch rasch vor Inkrafttreten dieses Gesetzes 10-Jahres-Verträge zu akquirieren, vor allem durch eine Verlängerung bereits laufender Verträge. Die Vertreter der Versicherer verlangten eine längere Übergangsfrist, während deren noch längerfristige Verträge geschlossen werden dürften, weil erst die Provisionsregelungen durch Verhandlungen und Vereinbarungen mit den Interessenvertretern der provisionsberechtigten Vertreter geändert werden müßten. Die Übergangsregelung gewährt nun den Versicherern einen gewissen Schutz ihres Vertrauens auf den Bestand ihrer „Altverträge“, indem diese nicht schon nach drei Jahren, sondern erst nach fünf Jahren kündbar werden; bei einigermaßen gleicher Verteilung des

Beginns aller zehnjährigen „Altverträge“ ist etwa die Hälfte nach diesen fünf Jahren ohnedies ausgelaufen, ein erheblicher Teil der noch nicht ausgelaufenen Verträge hat anders geendet, etwa durch Interessewegfall, Veräußerung oder Kündigung durch den Versicherer (solche Fälle vorzeitiger Beendigung mußte der Versicherer in seiner Kalkulation ohnedies berücksichtigen); fünf Jahre nach dem Inkrafttreten der Neuregelung können also nur noch ganz wenige „Altverträge“ laufen, von denen auch wieder nicht gesagt werden kann, ob sie nicht vor der ursprünglich vereinbarten Laufzeit geendet hätten. Eine dem Versicherungsnehmer eingeräumte Möglichkeit, auch Altverträge wenigstens fünf Jahre nach dem Inkrafttreten der Neuregelung zu kündigen, kann also den Versicherer nicht allzu sehr beeinträchtigen. Eine mittlere Lösung, die Kündigungsmöglichkeit nach vier Jahren ab dem Inkrafttreten der Neuregelung, ist für Verträge vorgesehen, die nach Bekanntwerden der bevorstehenden Neuregelung und innerhalb einer Übergangsfrist von sechs Monaten akquiriert worden sind; in diesem Zeitraum mußten die Versicherer mit der Neuregelung bereits rechnen. Sie konnten sich zumindest vorläufig auch in ihrer Akquisitionspraxis darauf einstellen, andererseits soll die Übergangszeit von einem halben Jahr bis zum vollen Inkrafttreten der Regelung ermöglichen, die Provisionsregelungen der neuen Rechtslage anzupassen.

Abs. 4 paßt bestehende Anpassungsklauseln in Krankenversicherungsverträgen an die neue Rechtslage an.

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung:

Bundesgesetz vom 2. Dezember 1958 über den Versicherungsvertrag

Entwurf:

Bundesgesetz, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz geändert wird

1. Nach § 1 wird folgender § 1 a eingefügt:

„§ 1 a. (1) Stellt der Versicherungsnehmer seinen Antrag auf Schließung eines Versicherungsvertrags auf einem vom Versicherer verwendeten Formblatt, so ist eine Erklärung, während einer bestimmten Frist an den Antrag gebunden zu bleiben, insoweit unwirksam, als diese Frist sechs Wochen übersteigt. Die Vereinbarung einer längeren Bindungsfrist ist nur rechtswirksam, wenn sie im einzelnen ausgehandelt worden ist.

(2) Stellt der Versicherungsnehmer seinen Antrag auf Schließung eines Versicherungsvertrags auf einem vom Versicherer verwendeten Formblatt, so ist er — soweit nicht vorläufige Deckung gewährt worden ist — darauf hinzuweisen, daß der Versicherungsvertrag erst mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustande kommt und vor diesem Zeitpunkt kein Versicherungsschutz besteht. Kann der Versicherer einen solchen Hinweis nicht beweisen, so hat er den beantragten Versicherungsschutz ab Zugang des Antrags bis zum Zustandekommen des Vertrags zu gewähren, es sei denn, daß der Versicherer dieses Risiko nach seinem Geschäftsplan überhaupt nicht versichert; ist ein späterer Beginn der Versicherung beantragt, so besteht diese Deckungspflicht frühestens ab diesem Zeitpunkt. Kommt der Vertrag nicht zustande, so endet die Deckungspflicht mit dem Ablauf der Bindung des Versicherungsnehmers an seinen Antrag. Dem Versicherer gebührt für diese Deckungspflicht die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten nicht, wenn der Versicherungsnehmer Unternehmer (§ 1 Abs. 1 Z 1 KSchG) ist.

2. Im § 2 Abs. 2 zweiter Satz wird der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und der letzte Halbsatz aufgehoben.

§ 2. [Vereinbarte Rückwirkung] (1) Die Versicherung kann in der Weise genommen werden, daß sie in einem vor dem Abschluß des Vertrages liegenden Zeitpunkt beginnt.

(2) ¹ Weiß in diesem Fall der Versicherer beim Abschluß des Vertrages, daß die Möglichkeit des Eintrittes des Versicherungsfalles schon ausgeschlossen ist, so hat er keinen Anspruch auf die Prämie. ² Weiß der Versicherungsnehmer beim Abschluß des Vertrages, daß der Versicherungsfall schon eingetreten ist, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei; dem Versicherer

Geltende Fassung:

gebührt, sofern er nicht beim Abschluß Kenntnis vom Eintritt des Versicherungsfalles hatte, die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in der er diese Kenntnis erlangt.

(3) Wird der Vertrag durch einen Bevollmächtigten oder einen Vertreter ohne Vertretungsmacht geschlossen, so kommt in den Fällen des Abs. 2 nicht nur die Kenntnis des Vertreters, sondern auch die des Vertretenen in Betracht.

§ 6. [Obliegenheitsverletzung] (1) ¹ Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. ² Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist

Entwurf:

40

3. Nach § 5 a wird folgender § 5 b eingefügt:

„§ 5 b. (1) Gibt der Versicherungsnehmer seine schriftliche Vertragserklärung dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich ab, so hat der Versicherer jenem unverzüglich eine Durchschrift dieser Vertragserklärung auszuhändigen.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung oder entgegen Abs. 1 keine Durchschrift seiner Vertragserklärung erhalten, so kann er binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten; der Beweis der rechtzeitigen Ausfolgung dieser Urkunden obliegt dem Versicherer. Die Rücktrittsfrist beginnt erst zu laufen, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist. Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang der Polizza einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht, überdies spätestens mit der Zahlung der ersten Prämie. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(3) Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer Unternehmer (§ 1 Abs. 1 Z 1 KSchG) ist oder wenn die Vertragslaufzeit weniger als ein Jahr beträgt.“

4. Im § 6 wird nach dem Abs. 1 folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen

1553 der Beilagen

Geltende Fassung:

kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist.
³ Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) ¹ Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. ² Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

§ 8. [Stillschweigende Verlängerung; dauernde Versicherung] (1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert gilt, wenn es nicht vor dem Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstreckt.

Entwurf:

bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.“

5. § 6 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber — unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a — zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.“

6. Im § 6 Abs. 3 hat der zweite Satz zu lauten:

„Wird die Obliegenheit nicht in der Absicht verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.“

7. Dem § 6 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Der Versicherer kann aus einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder die Obliegenheit ihm durch eine andere Urkunde — etwa im Antrag — mitgeteilt worden ist.“

8. Dem § 8 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich

Geltende Fassung:

(2) ¹ Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. ² Die Kündigungsfrist muß für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. ³ Auf das Kündigungsrecht können die Parteien einverständlich bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.

§ 11. [Fälligkeit der Geldleistungen des Versicherers] (1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.

(2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

(3) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

(4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

§ 12. [Verjährung; Klagefrist] (1) ¹ Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. ² Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

Entwurf:

kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum Ersatz von Vorteilen, besonders Prämiennachlässen, die ihm wegen einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrags gewährt worden sind, bleibt unberührt.“

9. Dem § 11 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.“

10. Im § 11 Abs. 3 werden nach dem Wort „Frist“ die Worte „des Abs. 2“ eingefügt.

11. Nach § 11 wird folgender § 11 a eingefügt:

„§ 11 a. Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung des Versicherungsnehmers oder eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person der Auskunfterteilung beziehungsweise der Einsichtgewährung zustimmt.“

12. § 12 hat zu lauten:

„§ 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Ist ein Dritter bezugsberechtigt, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Bezugsberechtigten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach Ablauf von zehn Jahren.“

Geltende Fassung:

(3) ¹ Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. ² Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.

§ 15 a. [Schutz des Versicherungsnehmers] Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften des § 3 Abs. 3, § 5 Abs. 1 bis 3, § 6 Abs. 1 bis 3, § 8 Abs. 2, § 11 Abs. 2, § 12 und § 14 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

§ 16. [Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers] (1) ¹ Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluß des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. ² Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. ³ Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) ¹ Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. ² Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

Entwurf:

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung der der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsachen begründet ist. Nach Ablauf von zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch gehemmt. Die Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs ohne sein Verschulden gehindert war.“

13. § 15 a hat zu lauten:

„§ 15 a. Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften des § 1 a, § 3 Abs. 3, § 5 Abs. 1 bis 3, § 5 b, § 6 Abs. 1 bis 3 und Abs. 5, § 8 Abs. 2 und 3, § 11, § 11 a, § 12 und § 14 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.“

14. § 16 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.“

Geltende Fassung:

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist.

§ 18. [Rücktritt des Versicherers] Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an der Hand schriftlicher, vom Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 21. [Leistungspflicht trotz Rücktritt] Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 25. [Leistungsfreiheit wegen Gefahrerhöhung] (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.

(2) ¹ Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. ² Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, daß ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

Entwurf:

15. Im § 18 wird nach dem Wort „ausdrücklich“ die Wortfolge „und genau umschrieben“ eingefügt.

16. § 21 hat wie folgt zu lauten:

„§ 21. Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.“

17. § 25 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.“

Geltende Fassung:

§ 27. [Ungewollte Gefahrerhöhung] (1) ¹ Tritt nach dem Abschluß des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. ² Die Vorschriften des § 24 Abs. 2 sind anzuwenden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 28. [Leistungsfreiheit wegen unterlassener Anzeige] (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) ¹ Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. ² Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 38. [Verspätete Zahlung der ersten Prämie] (1) ¹ Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. ² Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Entwurf:

18. § 27 Abs. 1 zweiter Satz hat zu lauten:

„Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.“

19. Dem § 27 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.“

20. § 28 Abs. 2 zweiter Satz hat zu lauten:

„Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.“

21. Vor § 35, nach der Überschrift „Prämie“ wird folgender § 34 b eingefügt:

„§ 34 b. Der Versicherer darf neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlaßt worden sind; die Vereinbarung anderer Nebengebühren ist unwirksam.“

22. § 38 hat wie folgt zu lauten:

„§ 38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.“

Geltende Fassung:

§ 39. [Fristbestimmung für Folgeprämie] (1) ¹ Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. ² Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. ³ Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) ¹ Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. ² Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. ³ Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung

Entwurf:

46

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Soweit die in den Abs. 1 bis 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, daß Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Aufforderung zur Prämienzahlung die Höhe der Zinsen und der Kosten angibt.“

23. Im § 39 Abs. 2 wird der Punkt durch einen Beistrich ersetzt, und es wird folgender Satzteil angefügt:

„es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.“

24. Nach § 39 wird folgender § 39 a eingefügt:

„§ 39 a. (1) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit einem Teil der Prämie einschließlich geschuldeter Zinsen oder Kosten im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nur im Verhältnis des nicht gezahlten Betrags zur geschuldeten Prämie einschließlich Zinsen oder Kosten ein.

(2) Die Leistungsfreiheit tritt jedoch in voller Höhe ein, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Hinweis auf diese Rechtsfolge schriftlich eine — weitere — Nachfrist von mindestens zwei Wochen bestimmt und die Prämie einschließlich geschuldeter Zinsen oder Kosten auch binnen dieser weiteren Frist nicht vollständig bezahlt wird.“

1553 der Beilagen

Geltende Fassung:

verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Soweit die in Abs. 2 und 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, daß Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 40. (1) ¹ Wird das Versicherungsverhältnis wegen Verletzung einer Obliegenheit oder wegen Erhöhung der Gefahr durch Kündigung oder Rücktritt aufgehoben oder wird der Versicherungsvertrag durch den Versicherer angefochten, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in der er von der Verletzung der Obliegenheit, der Erhöhung der Gefahr oder vom Anfechtungsgrund Kenntnis erlangt hat. ² Wird die Kündigung erst in der folgenden Versicherungsperiode wirksam, so gebührt ihm die Prämie bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

(2) ¹ Wird das Versicherungsverhältnis wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie nach § 39 gekündigt, so gebührt dem Versicherer die Prämie bis zum Ende der laufenden Versicherungsperiode. ² Tritt der Versicherer nach § 38 Abs. 1 zurück, so kann er nur eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. ³ Ist mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen ein bestimmter Betrag für die Geschäftsgebühr festgesetzt, so gilt dieser als angemessen.

(3) Endet das Versicherungsverhältnis nach § 13 oder wird es vom Versicherer auf Grund einer Vereinbarung nach § 14 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

§ 41. [Höhere Prämie] (1) ¹ Ist die dem Versicherungsnehmer beim Abschluß des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, das Rücktrittsrecht des Versicherers aber ausgeschlossen, weil dem anderen Teil kein Verschulden zur Last fällt, so kann der Versicherer vom Beginn der laufenden Versicherungsperiode an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf die höhere Gefahr angemessen ist. ² Das gleiche gilt, wenn beim Abschluß des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem anderen Teil nicht bekannt war.

Entwurf:

25. § 40 hat wie folgt zu lauten:

„§ 40. Wird der Versicherungsvertrag während der Versicherungsperiode oder sonst vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer die Prämie nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit, soweit nicht Sonderbestimmungen anderes vorsehen. Die Möglichkeit für den Versicherer, sich für diesen Fall die Zahlung einer angemessenen Konventionalstrafe (Geschäftsgebühr) auszubedingen (§ 1336 ABGB), bleibt unberührt.“

26. § 41 Abs. 2 zweiter Satz wird aufgehoben.

Geltende Fassung:

(2) ¹ Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen. ² § 40 Abs. 1 gilt sinngemäß.

(3) ¹ Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt. ² Das gleiche gilt von dem Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraumes ausgeübt wird.

§ 43. [Vollmacht des Agenten] Ein Versicherungsagent gilt, auch wenn er nur mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betraut ist, als bevollmächtigt in dem Versicherungszweig, für den er bestellt ist:

1. Anträge auf Abschluß, Verlängerung oder Änderung eines Versicherungsvertrages sowie den Widerruf solcher Anträge entgegenzunehmen;
2. die Anzeigen, welche während der Dauer des Versicherungsverhältnisses zu machen sind, sowie Kündigungs- und Rücktrittserklärungen oder sonstige das Versicherungsverhältnis betreffende Erklärungen vom Versicherungsnehmer entgegenzunehmen;
3. die vom Versicherer ausgefertigten Versicherungsscheine oder Verlängerungsscheine auszuhändigen;
4. Prämien nebst Zinsen und Kosten anzunehmen, sofern er sich im Besitz einer vom Versicherer unterzeichneten Prämienrechnung befindet; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift.

§ 44. [Kenntnis des Vermittlungsagenten] Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis des Versicherers erheblich ist, steht die Kenntnis eines nur mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Agenten der Kenntnis des Versicherers nicht gleich.

§ 47. [Beschränkung der Vertretungsmacht] ¹ Eine Beschränkung der dem Versicherungsagenten nach den Vorschriften der §§ 43 bis 46 zustehenden Vertretungsmacht braucht ein Dritter nur dann gegen sich gelten zu lassen, wenn er die Beschränkung bei der Vornahme des Geschäftes oder der Rechtshandlung kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte. ² Auf eine abweichende Vereinbarung kann sich der Versicherer nicht berufen.

Entwurf:

48

27. Im § 43 erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung „(2)“, und es wird folgender Abs. 1 eingefügt:

„(1) Versicherungsagent ist, wer von einem Versicherer damit betraut ist, für diesen Versicherungsverträge zu vermitteln oder zu schließen. Die §§ 43 bis 48 gelten überdies für den, der mit Wissen und — nach den Umständen anzunehmender — Billigung des Versicherers als Versicherungsagent auftritt oder der in einer solchen Beziehung zum Versicherer steht, die es zweifelhaft erscheinen läßt, ob er in der Lage ist, die Interessen des Versicherungsnehmers unabhängig von dieser Beziehung redlich und sorgfältig zu wahren.“

28. Dem § 44 wird folgender Satz angefügt:

„Dies gilt nicht für Erklärungen des Versicherungsnehmers, zu deren Entgegennahme für den Versicherer er gemäß § 43 bevollmächtigt ist.“

29. Dem § 47 wird folgender Satz angefügt:

„§ 10 KSchG bleibt unberührt.“

1553 der Beilagen

Geltende Fassung:

§ 51. [Übersicherung] (1) Wenn die Versicherungssumme den Wert des versicherten Interesses (Versicherungswert) erheblich übersteigt, kann sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer verlangen, daß zur Beseitigung der Übersicherung die Versicherungssumme unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie mit sofortiger Wirkung herabgesetzt wird.

(2) Ist die Übersicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlaß eines Krieges verursacht oder ist sie die unvermeidliche Folge eines Krieges, so kann der Versicherungsnehmer das Verlangen nach Abs. 1 mit Wirkung vom Eintritt der Übersicherung abstellen.

(3) In den Fällen der Abs. 1 und 2 sind die dem Versicherungsnehmer zurückzuerstattenden Prämienteile erst am Schluß der Versicherungsperiode zu zahlen.

(4) Schließt der Versicherungsnehmer den Vertrag in der Absicht ab, sich aus der Übersicherung einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Vertrag nichtig; dem Versicherer gebührt, sofern er nicht beim Abschluß des Vertrages von der Nichtigkeit Kenntnis hatte, die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in welcher er diese Kenntnis erlangt.

§ 58. [Mehrere Versicherungen] (1) Wer für ein Interesse gegen dieselbe Gefahr bei mehreren Versicherern Versicherung nimmt, hat jedem Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich Mitteilung zu machen.

(2) In der Mitteilung ist der Versicherer, bei welchem die andere Versicherung genommen worden ist, zu bezeichnen und die Versicherungssumme anzugeben.

§ 59. [Doppelversicherung] (1) Ist ein Interesse gegen dieselbe Gefahr bei mehreren Versicherern versichert und übersteigen die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert oder übersteigt aus anderen Gründen die Summe der Entschädigungen, die von jedem einzelnen Versicherer ohne Bestehen der anderen Versicherung zu zahlen wären, den Gesamtschaden (Doppelversicherung), so sind die Versicherer in der Weise zur ungeteilten Hand verpflichtet, daß dem Versicherungsnehmer jeder Versicherer für den

Entwurf:

30. Im § 51 wird im Abs. 4 der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt, der letzte Halbsatz aufgehoben, und es wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Das Recht des Versicherungsnehmers, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.“

31. Dem § 58 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Es wird vermutet, daß der Versicherungsnehmer die Doppelversicherung in der Absicht genommen hat, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen (§ 59 Abs. 3), es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Mitteilung nicht vorsätzlich unterlassen, oder die Versicherungssummen übersteigen zusammen den Versicherungswert nicht erheblich, oder die Doppelversicherung ist nur durch die Überschneidung mehrerer Versicherungen im übrigen unterschiedlicher Risiken entstanden.“

32. Im § 59 Abs. 3 wird der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und der letzte Halbsatz aufgehoben.

Geltende Fassung:

Betrag haftet, dessen Zahlung ihm nach seinem Vertrag obliegt, der Versicherungsnehmer aber im ganzen nicht mehr als den Betrag des Schadens verlangen kann.

(2) ¹ Die Versicherer sind nach Maßgabe der Beträge, deren Zahlung ihnen dem Versicherungsnehmer gegenüber vertragsmäßig obliegt, untereinander zum Ersatz verpflichtet. ² Ist auf eine der Versicherungen ausländisches Recht anzuwenden, so kann der Versicherer, für den das ausländische Recht gilt, vom anderen Versicherer nur dann Ersatz verlangen, wenn er selbst nach dem für ihn maßgebenden Recht zum Ersatz verpflichtet ist.

(3) Hat der Versicherungsnehmer eine Doppelversicherung in der Absicht genommen, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig; dem Versicherer gebührt, sofern er nicht beim Abschluß des Vertrages von der Nichtigkeit Kenntnis hatte, die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in welcher er diese Kenntnis erlangt.

§ 64. [Feststellungen durch Sachverständige] (1) ¹ Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder die Höhe des Schadens durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. ² Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch Urteil. ³ Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(2) ¹ Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so ist für die Bestellung das Bezirksgericht zuständig, in dessen Sprengel der Schaden entstanden ist. ² Durch eine ausdrückliche Vereinbarung der Beteiligten kann die Zuständigkeit eines anderen Bezirksgerichtes begründet werden. ³ Der Beschluß, durch den dem Antrag auf Bestellung der Sachverständigen stattgegeben wird, ist nicht anfechtbar.

(3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

§ 68. [Mangel des Interesses] (1) Besteht das versicherte Interesse beim Beginn der Versicherung nicht oder gelangt, falls die Versicherung für ein künftiges Unternehmen oder sonst für ein künftiges Interesse genommen ist, das

Entwurf:

33. Im § 64 erhalten die bisherigen Absätze die Absatzbezeichnungen „(2)“ bis „(4)“, davor wird folgender Abs. 1 eingefügt:

„(1) Eine Vereinbarung, daß einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder die Höhe des Schadens in einem Schiedsgutachterverfahren durch Sachverständige festgestellt werden sollen, ist nur wirksam, wenn vorgesehen ist, daß der Sachverständige oder die Sachverständigen von einem unbeteiligten Dritten oder jeweils in gleicher Anzahl vom Versicherer und vom Versicherungsnehmer namhaft gemacht werden, wobei vorgesehen werden kann, daß diese Sachverständigen oder ein unbeteiligter Dritter einen Vorsitzenden zu bestimmen haben.“

34. § 64 Abs. 2 (neu) erster Satz hat zu lauten:

„Die von dem oder den Sachverständigen getroffene Feststellung ist nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht.“

35. § 68 Abs. 5 wird aufgehoben.

Geltende Fassung:

Interesse nicht zur Entstehung, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Zahlung der Prämie frei; der Versicherer kann eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, so gebührt dem Versicherer die Prämie, die er hätte erheben können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, in welchem der Versicherer vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt.

(3) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlaß eines Krieges weg oder ist der Wegfall des Interesses die unvermeidliche Folge eines Krieges, so gebührt dem Versicherer nur der Teil der Prämie, welcher der Dauer der Gefahrtragung entspricht.

(4) In den Fällen der Abs. 2 und 3 sind die dem Versicherungsnehmer zurückzuerstattenden Prämienteile erst nach Kriegsende zu zahlen.

(5) Fällt das versicherte Interesse weg, weil der Versicherungsfall eingetreten ist, so gebührt dem Versicherer die Prämie für die laufende Versicherungsperiode.

§ 68 a. [Schutz des Versicherungsnehmers] Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften des § 51 Abs. 1 und 2 und der §§ 62 und 68 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

§ 70. [Kündigungsrecht] (1) ¹ Der Versicherer ist berechtigt, dem Erwerber das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. ² Das Kündigungsrecht erlischt, wenn der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er von der Veräußerung Kenntnis erlangt hat.

(2) ¹ Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen; die Kündigung kann nur mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluß der laufenden Versicherungsperiode erfolgen. ² Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb ausgeübt wird; Hatte der Erwerber von der Versicherung keine Kenntnis, so bleibt das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen, in welchem der Erwerber von der Versicherung Kenntnis erlangt hat.

Entwurf:

36. Im § 68 a wird nach dem Ausdruck „§ 51 Abs. 1 und 2“ der Ausdruck „, des § 58“ eingefügt.

37. Im § 70 Abs. 3 entfällt die Wortfolge „, jedoch nicht über die zur Zeit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses laufende Versicherungsperiode hinaus“.

Geltende Fassung:

(3) Wird das Versicherungsverhältnis auf Grund dieser Vorschriften gekündigt, so hat der Veräußerer dem Versicherer die Prämie zu zahlen, jedoch nicht über die zur Zeit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses laufende Versicherungsperiode hinaus; der Erwerber haftet in diesen Fällen für die Prämie nicht.

§ 71. [Anzeige der Veräußerung] (1) ¹ Die Veräußerung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. ² Wird die Anzeige weder vom Erwerber noch vom Veräußerer unverzüglich erstattet, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) ¹ Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt bestehen, wenn ihm die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. ² Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist.

§ 96. [Kündigung nach Versicherungsfall] (1) Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen.

(2) ¹ Die Kündigung ist nur bis zum Ablauf eines Monats seit dem Abschluß der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig. ² Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. ³ Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

(3) Kündigt der Versicherungsnehmer, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode, kündigt der Versicherer, so gilt das gleiche in Ansehung desjenigen Teiles der Prämie, welcher auf den dem Schaden entsprechenden Betrag der Versicherungssumme entfällt; von der auf den Restbetrag der Versicherungssumme entfallenden Prämie gebührt dem Versicherer nur der Teil, welcher der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.

Entwurf:

38. Im § 71 Abs. 2 wird dem ersten Satz folgende Wortfolge angefügt:

„, oder wenn die Veräußerung und die Unterlassung der Anzeige keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt haben“,

39. § 96 Abs. 3 wird aufgehoben.

Geltende Fassung:

§ 108. [Hypothek des Versicherungsnehmers] Die durch die Vorschriften der §§ 101 bis 107 b begründeten Rechte können nicht zugunsten solcher Hypotheken geltend gemacht werden, die dem Versicherungsnehmer zustehen.

§ 113. [Kündigung nach Versicherungsfall] ¹ Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen, der Versicherer nur für den Schluß der Versicherungsperiode, in welcher der Versicherungsfall eingetreten ist, der Versicherungsnehmer spätestens für diesen Zeitpunkt. ² Kündigt der Versicherungsnehmer für einen früheren Zeitpunkt, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode.

§ 115 a. [Schutz des Versicherungsnehmers] (1) Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften des § 110 zum Nachteil des Versicherungsnehmers, der §§ 114 und 115 zum Nachteil des Erwerbers oder der im § 115 genannten Personen abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

(2) Die Frist zur Erhebung des Widerspruches nach § 5 Abs. 1 kann herabgesetzt werden; sie darf jedoch nicht weniger als eine Woche betragen.

§ 154. [Fälligkeit der Entschädigung] (1) ¹ Der Versicherer hat die Entschädigung binnen zwei Wochen von dem Zeitpunkte an zu leisten, in welchem der Dritte vom Versicherungsnehmer befriedigt oder der Anspruch des Dritten durch rechtskräftiges Urteil, durch Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden ist. ² Soweit gemäß § 150 Kosten zu ersetzen sind, ist die Entschädigung binnen zwei Wochen von der Mitteilung der Berechnung an zu leisten.

(2) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt oder dessen Anspruch anerkennt, ist unwirksam, falls nach den Umständen der Versicherungsnehmer die Befriedigung oder die Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.

§ 158. [Kündigung nach Versicherungsfall] (1) ¹ Hat nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles der Versicherer seine Verpflichtung zur Leistung der Entschädigung dem Versicherungsnehmer gegenüber anerkannt oder die

Entwurf:

40. Im § 108 erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung „(2)“, und es wird folgender Abs. 1 eingefügt:

„(1) Von § 96 darf durch Vereinbarung nur in der Weise abgewichen werden, daß das Kündigungsrecht für beide Teile gleich ist.“

41. § 113 zweiter Satz wird aufgehoben.

42. Dem § 115 a wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Von § 113 darf durch Vereinbarung nur in der Weise abgewichen werden, daß das Kündigungsrecht für beide Teile gleich ist.“

43. § 154 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt, ist unwirksam. Eine Vereinbarung, nach der eine derartige Leistungsfreiheit für den Fall vorgesehen ist, daß der Versicherungsnehmer den Anspruch des Dritten anerkennt, ist unwirksam, falls nach den Umständen der Versicherungsnehmer die Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.“

44. § 158 Abs. 3 wird aufgehoben.

Geltende Fassung:

Leistung der fälligen Entschädigung verweigert, so ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen. ² Das gleiche gilt, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Weisung erteilt, es über den Anspruch des Dritten zum Rechtsstreit kommen zu lassen.

(2) ¹ Die Kündigung ist nur innerhalb eines Monats seit der Anerkennung der Entschädigungspflicht oder der Verweigerung der Entschädigung oder seit Eintritt der Rechtskraft des im Rechtsstreit mit dem Dritten ergangenen Urteiles zulässig. ² Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. ³ Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

(3) ¹ Kündigt der Versicherungsnehmer, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode. ² Kündigt der Versicherer, so gebührt ihm nur derjenige Teil der Prämie, welcher der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.

§ 158 a. [Schutz des Versicherungsnehmers] Auf Vereinbarungen, die von den Vorschriften des § 153, des § 154 Abs. 1 und des § 156 Abs. 2 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweichen, kann sich der Versicherer nicht berufen.

§ 158 j. [Gesonderte Ausweisung von Umfang der Deckung und Prämie]
¹ Werden Gefahren aus dem Bereich der Rechtsschutzversicherung neben anderen Gefahren versichert, so müssen im Versicherungsschein der Umfang der Deckung in der Rechtsschutzversicherung und die hierfür zu entrichtende Prämie gesondert ausgewiesen werden. ² Beauftragt der Versicherer mit der Schadenregulierung ein anderes Unternehmen (§ 12 Abs. 1 Z 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes), so ist dieses im Versicherungsschein zu bezeichnen.

§ 158 l. [Schiedsgutachterverfahren] (1) Für den Fall von Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer über das Vorgehen zur Beilegung des Streitfalls, für den Deckung begehrt wird, besonders über die Erfolgsaussichten der Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung, hat der Versicherungsvertrag vorzusehen, daß der Versicherungs-

Entwurf:

45. Im § 158 a wird der Ausdruck „Abs. 1“ gestrichen, es erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung „(1)“, und es wird folgender Abs. 2 angefügt:

„(2) Von § 158 darf durch Vereinbarung nur in der Weise abgewichen werden, daß das Kündigungsrecht für beide Teile gleich ist.“

46. Im § 158 j erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung „(2)“, davor wird folgender Abs. 1 eingefügt:

„(1) Bei der Rechtsschutzversicherung sorgt der Versicherer für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers in den im Vertrag umschriebenen Bereichen und trägt die dem Versicherungsnehmer dabei entstehenden Kosten. Wenn sich aus dem Vertrag nichts anderes ergibt, umfaßt die Versicherung sowohl die Wahrnehmung der Interessen in einem gerichtlichen oder sonstigen behördlichen Verfahren als auch außerhalb eines solchen.“

47. Im § 158 l Abs. 1 entfällt die Wortfolge „, in dem der Sachverständige oder die Sachverständigen von einem unbeteiligten Dritten oder jeweils in gleicher Anzahl vom Versicherer und vom Versicherungsnehmer namhaft gemacht werden, wobei vorgesehen werden kann, daß diese Sachverständigen oder ein unbeteiligter Dritter einen Vorsitzenden zu bestimmen haben“.

Geltende Fassung:

nehmer ein Schiedsgutachterverfahren (§ 64) in Anspruch nehmen kann, in dem der Sachverständige oder die Sachverständigen von einem unbeteiligten Dritten oder jeweils in gleicher Anzahl vom Versicherer und vom Versicherungsnehmer namhaft gemacht werden, wobei vorgesehen werden kann, daß diese Sachverständigen oder ein unbeteiligter Dritter einen Vorsitzenden zu bestimmen haben.

(2) ¹ Der Versicherer beziehungsweise das andere Unternehmen (§ 158 j zweiter Satz) hat den Versicherungsnehmer bei Beschränkung oder Ablehnung der Leistungspflicht schriftlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, ein Verfahren nach Abs. 1 in Anspruch zu nehmen. ² Sieht der Versicherungsvertrag kein solches Verfahren vor oder wird der Hinweis unterlassen, so gilt das Rechtsschutzbedürfnis des Versicherungsnehmers im Einzelfall als anerkannt.

(3) Nimmt der Versicherungsnehmer das Verfahren nach Abs. 1 binnen der im Versicherungsvertrag vorgesehenen Frist in Anspruch, so wird die Frist des § 12 Abs. 3 bis zum Abschluß dieses Verfahrens, längstens jedoch für einen Zeitraum von zwei Monaten, gehemmt.

Entwurf:

48. Im § 158 l Abs. 2 erster Satz werden die Worte „Beschränkung oder“ durch die Worte „gänzlicher oder teilweiser“ ersetzt.

49. Nach § 158 l werden folgende §§ 158 m bis 158 o eingefügt:

„§ 158 m. (1) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so ist der Versicherer verpflichtet, jenen binnen zweier Wochen ab Geltendmachung des Deckungsanspruchs über seine Pflichten und Obliegenheiten aus der Rechtsschutzversicherung zu informieren. Wird der Deckungsanspruch namens des Versicherungsnehmers durch einen Vertreter geltend gemacht, der nicht Rechtsanwalt ist, und ist der Versicherungsnehmer nach dem Vertrag nicht berechtigt, den Vertreter selbst zu beauftragen, so ist diese Information auch diesem zu übermitteln.

(2) Kann der Versicherer die Erfüllung der im Abs. 1 genannten Verpflichtungen nicht beweisen, so kann er dem Versicherungsnehmer gegenüber aus der späteren fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit keine Rechte ableiten.

§ 158 n. (1) Der Versicherer hat binnen zweier Wochen ab Geltendmachung des Deckungsanspruchs dem Versicherungsnehmer schriftlich den Versicherungsschutz grundsätzlich zu bestätigen oder diesen abzulehnen; die Ablehnung

Geltende Fassung:

Entwurf:

56

ist zumindest mit der Anführung der ihr derzeit zugrunde gelegten Tatsachen zu begründen. Der Versicherer ist berechtigt, binnen dieser Frist deren Verlängerung um höchstens zwei weitere Wochen zu verlangen.

(2) Hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer nicht sämtliche zur Prüfung des Deckungsanspruchs erforderlichen Unterlagen übermittelt, so kann dieser binnen der im Abs. 1 genannten Frist jenen auffordern, die Unterlagen nachzureichen. In diesem Fall beginnt die Frist des Abs. 1 erster Satz neu zu laufen; die Möglichkeit einer Fristverlängerung gemäß Abs. 1 zweiter Satz entfällt.

(3) Kann der Versicherer die Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Verpflichtungen nicht beweisen, so ist er jedenfalls zur Deckung all jener Kosten verpflichtet, die zwischen dem Zeitpunkt, in dem er zum Deckungsanspruch hätte Stellung nehmen müssen, und der verspäteten, im übrigen jedoch dem Abs. 1 entsprechenden Ablehnung des Deckungsanspruchs aufgelaufen sind. Dies gilt jedoch nicht für die Deckung solcher Kosten, die nach der vertraglichen Risikoumschreibung nicht vom Versicherungsschutz umfaßt sind.

§ 158 o. Ist die Versicherung für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen aus einem geschäftlichen Betrieb des Versicherungsnehmers genommen und wird das Unternehmen an einen Dritten veräußert oder auf Grund eines Fruchtnießungsrechts, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen, so tritt an Stelle des Versicherungsnehmers der Dritte in die während der Dauer seiner Berechtigung sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten ein. § 69 Abs. 2 und 3 und die §§ 70 und 71 sind entsprechend anzuwenden.“

§ 158 m. [Abweichende Vereinbarungen] Auf eine Vereinbarung, durch die von den §§ 158 j bis 158 l zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.

Dritter Abschnitt. Lebensversicherung

§ 159. [Versicherte Person] (1) Die Lebensversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden.

50. § 158 m erhält die Bezeichnung „§ 158 p.“, nach dem Zitat „158 j“ wird der Ausdruck „Abs. 2“ eingefügt und es wird das Zitat „§ 158 l“ auf „§ 158 o“ geändert.

51. In der Überschrift des Dritten Abschnitts wird das Wort „Lebensversicherung“ durch die Worte „Lebens- und Krankenversicherung“ ersetzt.

52. Im Dritten Abschnitt wird vor § 159 folgende Zwischenüberschrift eingefügt:

1553 der Beilagen

Geltende Fassung:

(2) ¹ Wird die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen genommen und übersteigt die vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich. ² Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten.

(3) Nimmt der Vater oder die Mutter die Versicherung auf die Person eines minderjährigen Kindes, so bedarf es der Einwilligung des Kindes nur, wenn nach dem Vertrag der Versicherer auch bei Eintritt des Todes vor der Vollendung des siebenten Lebensjahres zur Leistung verpflichtet sein soll und die für diesen Fall vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten übersteigt.

(4) Soweit die Aufsichtsbehörde einen bestimmten Höchstbetrag für die gewöhnlichen Beerdigungskosten festgesetzt hat, ist dieser maßgebend.

§ 163. [Verletzung der Anzeigepflicht] ¹ Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluß des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit dem Abschluß zehn Jahre verstrichen sind. ² Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

§ 164. [Gefahrerhöhung] (1) Als Erhöhung der Gefahr gilt nur eine solche Änderung der Gefahrumstände, welche nach ausdrücklicher Vereinbarung als Erhöhung der Gefahr angesehen werden soll; die Erklärung des Versicherungsnehmers bedarf der Schriftform.

(2) ¹ Eine Erhöhung der Gefahr kann der Versicherer nicht mehr geltend machen, wenn seit der Erhöhung zehn Jahre verstrichen sind. ² Der Versicherer bleibt jedoch zur Geltendmachung befugt, wenn die Pflicht, seine Einwilligung einzuholen oder ihm Anzeige zu machen, arglistig verletzt worden ist.

§ 172. [Dreijähriges Bestehen der Versicherung] Ist die Prämie für einen Zeitraum von drei Jahren bezahlt, so gelten die besonderen Vorschriften der §§ 173 bis 176.

Entwurf:

„Erstes Kapitel.

Lebensversicherung.“

53. In den §§ 163 und 164 Abs. 2 wird jeweils die Frist „zehn Jahre“ durch die Frist „drei Jahre“ ersetzt.

54. Die §§ 172 bis 174 haben zu lauten:

„§ 172. Bietet eine Lebensversicherung Versicherungsschutz für ein Risiko, bei dem ungewiß ist, ob und wann der Versicherungsfall eintreten wird, so darf sich der Versicherer für den Fall einer nicht nur vorübergehenden nicht

Geltende Fassung:

§ 173. [Umwandlung in prämienfreie Versicherung] (1) Der Versicherungsnehmer kann jederzeit für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangen.

(2) Wird die Umwandlung verlangt, so tritt mit dem bezeichneten Zeitpunkt an die Stelle des vereinbarten Kapital- oder Rentenbetrages der Betrag, der sich für das Alter desjenigen, auf dessen Person die Versicherung genommen ist, als Leistung des Versicherers ergibt, wenn die auf die Versicherung entfallende Prämienreserve als einmalige Prämie angesehen wird.

§ 174. [Berechnung der Prämienreserve] (1) ¹ Die Prämienreserve ist für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode zu berechnen. ² Prämienrückstände sind vom Betrag der Prämienreserve abzuziehen.

(2) ¹ Der Versicherer ist zu einem angemessenen Abzug berechtigt. ² Ist für den Abzug mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen ein bestimmter Betrag festgesetzt, so gilt dieser als angemessen.

§ 175. [Umwandlung durch Kündigung des Versicherers] (1) ¹ Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis nach § 39, so wandelt sich mit der Kündigung die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung um. ² Die Vorschriften des § 173 Abs. 2 und des § 174 sind auf die Umwandlung anzuwenden.

(2) Im Falle des § 39 Abs. 2 ist der Versicherer zu der Leistung verpflichtet, die ihm obliegen würde, wenn sich mit dem Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt hätte.

(3) Die im § 39 vorgesehene Bestimmung einer Zahlungsfrist muß einen Hinweis auf die eintretende Umwandlung der Versicherung enthalten.

Entwurf:

vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie eine Erhöhung der Prämie in sinngemäßer Anwendung des § 178 f ausbedingen.

§ 173. (1) Der Versicherungsnehmer kann jederzeit für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangen.

(2) Wird die Umwandlung verlangt, so tritt mit dem bezeichneten Zeitpunkt an die Stelle des vereinbarten Kapital- oder Rentenbetrags derjenige Betrag, der sich nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Grund der Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation ergibt. Die prämienfreie Versicherungsleistung ist für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode unter Berücksichtigung von Prämienrückständen zu berechnen.

(3) Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn dieser vereinbart und angemessen ist.

§ 174. Im Vertrag kann vorgesehen werden, daß statt der begehrten Umwandlung der Rückkaufswert (§ 176 Abs. 3 und 4) zu erstatten ist, wenn die sich nach der Umwandlung ergebende Versicherungssumme oder Rente einen vereinbarten Betrag unterschreiten würde. Der Betrag ist unter Bedachtnahme auf das Verhältnis zwischen dem Betrag der Versicherungsleistung und den Kosten festzusetzen, die dem Versicherer mit der Weiterführung der Versicherung entstehen würden.“

55. § 175 Abs. 1 zweiter Satz hat zu lauten:

„§ 173 und gegebenenfalls § 174 sind anzuwenden.“

Geltende Fassung:

§ 176. [Herausgabe der Prämienreserve] (1) Wird eine Kapitalversicherung für den Todesfall, die in der Art genommen ist, daß der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung des vereinbarten Kapitals gewiß ist, durch Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung aufgehoben, so hat der Versicherer den Betrag der auf die Versicherung entfallenden Prämienreserve zu erstatten.

(2) ¹ Das gleiche gilt bei einer Versicherung der im Abs. 1 bezeichneten Art auch dann, wenn nach dem Eintritt des Versicherungsfalles der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung des vereinbarten Kapitals frei ist. ² Im Falle des § 170 Abs. 1 ist jedoch der Versicherer zur Erstattung der Prämienreserve nicht verpflichtet.

(3) Bei der Ermittlung des zu erstattenden Betrages ist die Prämienreserve für den Schluß der Versicherungsperiode zu berechnen, in deren Lauf das Versicherungsverhältnis endet.

(4) ¹ Der Versicherer ist zu einem angemessenen Abzug berechtigt. ² Ist für den Abzug mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen ein bestimmter Betrag festgesetzt, so gilt dieser als angemessen.

§ 178. [Schutz des Versicherungsnehmers]

(1) ¹ Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften der §§ 162 bis 164, der §§ 165, 165 a und 169 oder des § 171 Abs. 1 Satz 2 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen. ² Jedoch kann für die Kündigung, zu der nach § 165 der Versicherungsnehmer berechtigt ist, die Schriftform ausbedungen werden.

(2) ¹ Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften der §§ 172 bis 177 zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder des Eintrittsberechtigten abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen. ² In den Versicherungsbedingungen kann jedoch mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde eine andere als die in den §§ 173 bis 175 vorgesehene Art der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung sowie eine andere als die im § 176 vorgesehene Berechnung des zu erstattenden Betrages bestimmt werden.

Entwurf:

56. § 176 hat zu lauten:

„§ 176. (1) Wird eine Kapitalversicherung für den Todesfall, die in der Art genommen ist, daß der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung des vereinbarten Kapitals gewiß ist, durch Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung aufgehoben, so hat der Versicherer den auf die Versicherung entfallenden Rückkaufswert zu erstatten.

(2) Das gleiche gilt bei einer Versicherung der in Abs. 1 bezeichneten Art auch dann, wenn nach dem Eintritt des Versicherungsfalles der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung des vereinbarten Kapitals frei ist. Im Fall des § 170 Abs. 1 ist jedoch der Versicherer zur Erstattung des Rückkaufswerts nicht verpflichtet.

(3) Der Rückkaufswert ist nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode als Zeitwert der Versicherung zu berechnen. Prämienrückstände werden vom Rückkaufswert abgesetzt.

(4) Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn dieser vereinbart und angemessen ist.“

57. § 178 Abs. 2 zweiter Satz wird aufgehoben.

Geltende Fassung:

Entwurf:

58. Nach § 178 wird folgendes neues Kapitel eingefügt:

„Zweites Kapitel.

Krankenversicherung.

§ 178 a. (1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden.

(2) Ist die Versicherung auf die Person eines anderen genommen, so hat dieser als Versicherter an den Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf diejenigen Leistungen, die bei einem Versicherungsfall in seiner Person zu erbringen sind. Dieser unmittelbare Anspruch kann nur bei einer Krankentagegeldversicherung und einer Krankengeldversicherung sowie nur dann ausgeschlossen werden, wenn durch die Versicherungsleistung Nachteile gedeckt werden sollen, die dem Versicherungsnehmer selbst durch den Versicherungsfall entstehen. Im übrigen sind die §§ 74, 75 Abs. 1, 78 und 79 entsprechend anzuwenden.

(3) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind — neben dem Ersten Abschnitt — die §§ 49 bis 60 und 62 bis 68 a entsprechend anzuwenden. Die Bestimmungen über die Gefahrerhöhung (§§ 23 bis 30) sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden.

§ 178 b. (1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich medizinischer Betreuung und Behandlung bei Schwangerschaft und Entbindung im vereinbarten Umfang zu ersetzen.

(2) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankentagegeld zu leisten.

(3) Bei der Krankengeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankengeld zu ersetzen.

Geltende Fassung:

Entwurf:

(4) In der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit die Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen, im vereinbarten Umfang zu ersetzen (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung).

§ 178 c. (1) Sagt der Versicherer vertraglich zu, bestimmte medizinische Leistungen zur Gänze zu vergüten (Kostendeckungszusage), so hat diese Zusage die Angabe zu umfassen, bis zu welchem Endtermin die volle Kostendeckung jedenfalls gilt. Wird diese Angabe unterlassen, so gilt die Kostendeckungszusage für die gesamte Laufzeit des Vertrags.

(2) Eine Einschränkung oder der Widerruf der Kostendeckungszusage ist für solche stationären Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor Empfang der entsprechenden schriftlichen Mitteilung durch den Versicherungsnehmer begonnen haben.

§ 178 d. (1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankengeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate, als besondere Wartezeit für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate und für Entbindung sowie damit im Zusammenhang stehende Heilbehandlungen neun Monate nicht überschreiten. In der Pflegeversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.

(2) Soweit Versicherungsschutz ausdrücklich für solche Krankheiten oder Unfallfolgen vereinbart wird, die beiden Vertragsteilen bei Vertragsabschluß bereits bekannt sind, dürfen auch längere als die im Abs. 1 genannten Wartezeiten vereinbart werden.

(3) Tritt eine Krankheit vor Ablauf der Wartezeit auf, so ist der Versicherer zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, daß die Krankheit erst nach Vertragsabschluß für ihn erkennbar wurde.

§ 178 e. (1) Ist ein Versicherungsnehmer im vollen Umfang des § 178 b Abs. 1 und nicht bloß für zusätzliche Aufwendungen zu den Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung versichert, so ist der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers verpflichtet, dessen neugeborenes Kind mit Wirkung ab der Geburt ohne Wartezeiten zu versichern; dieses Verlangen ist spätestens zwei Monate nach der Geburt zu stellen. Der Versicherungsschutz hat den

gleichen Umfang wie der des Versicherungsnehmers. Bedeutet das Kind ein erhöhtes Risiko, so kann der Versicherer einen angemessenen Prämienzuschlag verlangen.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption eines Minderjährigen gleich.

§ 178 f. (1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluß einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist — unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG — nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinn des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung der zu diesem Tarif Versicherten,
3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die auf die zu diesem Tarif Versicherten,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bloß vom Alterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Altersrückstellung zu ersetzen.

(3) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

§ 178 g. (1) Der Versicherer hat eine Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes unverzüglich der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft, der Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte, dem Österreichischen Landarbeiterkammertag, der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs, dem Österreichischen Gewerkschaftsbund, dem Bund (Bundesministerium für Finanzen) und dem Verein für Konsumenteninformation mitzuteilen. Insoweit eine vom Versicherer erklärte Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes unwirksam ist, besonders weil sie dem § 178 f und den allgemeinen Versicherungsbedingungen, nach denen die Versicherungsverträge geschlossen sind, widerspricht, sind diese Stellen berechtigt, vom Versicherer die Unterlassung dieser Änderung zu verlangen. Dieser Anspruch erlischt, wenn er nicht binnen dreier Monate nach Erhalt der Verständigung gerichtlich geltend gemacht wird; der Versicherer und die betreffende Stelle können die Klagefrist einvernehmlich verlängern.

(2) Für die Klage ist nur das Handelsgericht Wien zuständig. Hat jedoch der Versicherer seinen Sitz im Ausland und keiner der von der umstrittenen Änderung betroffenen Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz im Sprengel dieses Gerichts, so ist nach Wahl des Klägers jedes die Gerichtsbarkeit in Handelssachen ausübende Landesgericht zuständig, in dessen Sprengel der Wohnsitz wenigstens eines betroffenen Versicherungsnehmers liegt; klagt außerdem eine andere der im Abs. 1 genannten Stellen denselben Versicherer bei einem anderen Gericht, so ist § 31 a Abs. 2 JN sinngemäß anzuwenden.

(3) Der Wert des Streitgegenstands beträgt höchstens 1 Million Schilling.

§ 178 h. (1) Der Versicherer ist verpflichtet, den im § 178 g Abs. 1 genannten Stellen auf Verlangen unverzüglich Einsicht in sämtliche Kalkulationsgrundlagen zu gewähren, die eine erklärte Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes begründen können. Die genannten Stellen sind berechtigt, auf ihre Kosten erforderlichenfalls Ablichtungen herzustellen.

(2) Verlangt eine im § 178 g Abs. 1 genannte Stelle binnen der dort vorgesehenen dreimonatigen Klagefrist die Einsichtnahme gemäß Abs. 1, so ist diese Frist bis zur Gewährung der Einsicht gehemmt.

§ 178 i. (1) Krankenversicherungsverträge dürfen nur auf unbestimmte Zeit geschlossen werden, ausgenommen kurzfristige Versicherungen, die auf weniger als ein Jahr befristet sind; andere Befristungen sind unwirksam.

Geltende Fassung:

Entwurf:

64

(2) Eine Kündigung durch den Versicherer gemäß § 8 Abs. 2 oder auf Grund einer Vertragsbestimmung (ordentliche Kündigung) ist nur bei Gruppenversicherungsverträgen, Krankengeldversicherungsverträgen und Zahnversicherungsverträgen zulässig.

(3) Das Recht der außerordentlichen Kündigung, insbesondere bei Verletzung von Obliegenheiten, bleibt von Abs. 1 unberührt. Eine Kündigung auf Grund des Eintritts des Versicherungsfalles ist ausgeschlossen.

§ 178 j. Endet das Versicherungsverhältnis anders als durch Rücktritt des Versicherers gemäß § 16 oder § 38 oder durch dessen Kündigung (§ 178 i Abs. 3), so sind die Versicherten berechtigt, binnen zweier Monate die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach dem Versicherungsnehmer zu erklären.

§ 178 k. Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluß des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit dem Abschluß drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt jedoch bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

§ 178 l. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherte die Krankheit oder den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall eines anderen Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch des Versicherten an den Versicherungsnehmer geht jedoch in sinngemäßer Anwendung des § 67 auf den Versicherer über.

§ 178 m. (1) Scheidet ein Gruppenversicherter aus dem versicherten Personenkreis, etwa durch Kündigung des Versicherers oder infolge Eintritts in den Ruhestand, aus oder wird der gesamte Gruppenversicherungsvertrag aufgelöst, so ist der Gruppenversicherte berechtigt, die Fortsetzung als gleichartige Einzelversicherung nach Maßgabe der für die Einzelversicherung geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen ohne Wartezeiten und Risikoprüfung zu erklären, sofern er bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig war. Der Versicherer hat die Gruppenversicherten auf dieses Fortsetzungsrecht hinzuweisen.

1553 der Beilagen

Geltende Fassung:

Entwurf:

(2) Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung erlischt, wenn der Versicherte die im Abs. 1 vorgesehene Erklärung nicht binnen eines Monats ab dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis beziehungsweise der Auflösung des Gruppenversicherungsvertrags abgibt. Die Frist ist gehemmt, solange der Versicherer der im Abs. 1 angeordneten Hinweispflicht nicht entsprochen hat; der Beweis der Erfüllung dieser Pflicht obliegt dem Versicherer.

(3) Gibt der Versicherungsnehmer die im Abs. 1 vorgesehene Erklärung ab, so ist die Einzelversicherungsprämie nach demjenigen Eintrittsalter zu bemessen, mit dem der Versicherte in den Gruppenversicherungsvertrag eingetreten ist.

(4) Das Recht auf Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses als Einzelversicherung besteht jedoch nicht, wenn der Versicherte aus dem versicherten Personenkreis infolge außerordentlicher Kündigung des Versicherers wegen einer Vertragsverletzung ausscheidet.

(5) Die §§ 178 g und 178 h gelten für Gruppenversicherungsverträge nicht. Als Grund für eine Prämienhöhung darf auch eine Änderung der im § 178 f Abs. 2 Z 2 und 3 genannten Umstände bloß bei den zu dieser Gruppe gehörenden Versicherten vereinbart werden, auch infolge einer Änderung des Durchschnittsalters der Gruppe.

§ 178 n. Auf eine Vereinbarung, die von § 178 a Abs. 2 und 3 und von den §§ 178 c bis 178 m zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder des Versicherten abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.“

59. Nach § 191 a wird folgender § 191 b eingefügt:

„**§ 191 b.** (1) § 1 a, § 2 Abs. 2 zweiter Satz, § 5 b, § 6, § 8 Abs. 3, § 11 Abs. 1 und 3, § 11 a, § 12, § 15 a, § 16 Abs. 3, § 18, § 21, § 25 Abs. 3, § 27, § 28 Abs. 2 zweiter Satz, § 34 b, § 38, § 39 Abs. 2, § 39 a, § 40, § 41 Abs. 2, § 43, § 44, § 47, § 51 Abs. 4 und 5, § 58 Abs. 3, § 59 Abs. 3, § 64, § 68, § 68 a, § 70 Abs. 3, § 71, § 96, § 108, § 113, § 115 a, § 154 Abs. 2, § 158, § 158 a, § 158 j, § 158 l, §§ 158 m bis 158 p, § 163, § 164 Abs. 2, §§ 172 bis 176, § 178 Abs. 2 und §§ 178 a bis 178 n in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. . . . treten mit 1. Juli 1994 in Kraft.

(2) Nicht in der neuen Fassung anzuwenden sind

Geltende Fassung:

Entwurf:

66

1. § 16 Abs. 3 und 4, § 18, § 21, § 38, § 51 Abs. 4, § 108, § 115 a, § 158 a, § 176 Abs. 4, § 178 Abs. 2, § 178 d, § 178 e, § 178 i Abs. 1 und § 178 k auf Versicherungsverträge, die vor dem 1. Juli 1994 geschlossen worden sind,
2. § 12, wenn die dort genannten Fristen vor dem 1. Juli 1994 zu laufen begonnen haben,
3. § 43, § 44 und § 47 auf Rechtshandlungen, die von dem Versicherungsagenten oder ihm gegenüber vor dem 1. Juli 1994 vorgenommen worden sind,
4. § 158 o, wenn das Unternehmen vor dem 1. Juli 1994 veräußert beziehungsweise übernommen worden ist,
5. § 178 c auf Kostendeckungszusagen, die vor dem 1. Juli 1994 abgegeben worden sind,
6. § 178 m auf Gruppenversicherungsverträge, sofern der Gruppenversicherte vor dem 1. Juli 1994 in die Gruppenversicherung aufgenommen worden ist,
7. § 1 a Abs. 2, § 2 Abs. 2, § 34 b, § 40, § 41 Abs. 2, § 58 Abs. 3, § 59 Abs. 3, § 64, § 68, § 70 Abs. 3, § 96 Abs. 3, § 113, § 158 Abs. 3 und §§ 172 bis 176 auf Versicherungsverträge, die vor dem 1. Jänner 1995 geschlossen worden sind, und
8. § 1 a Abs. 1 und § 5 b, wenn der Antrag des Versicherungsnehmers vor dem 1. Jänner 1995 erklärt worden ist.

1553 der Beilagen

(3) § 8 Abs. 3 ist in der im Abs. 1 bezeichneten Fassung auf Versicherungsverträge anzuwenden, die nach dem 31. Dezember 1994 geschlossen worden sind. Verträge, die vor dem 1. April 1994 geschlossen worden sind, kann der Versicherungsnehmer nach § 8 Abs. 3 jedenfalls ab dem 1. Juli 1999 kündigen, Verträge, die zwischen dem 31. März 1994 und dem 1. Jänner 1995 geschlossen worden sind, ab dem 1. Juli 1998; § 8 Abs. 3 zweiter Satz ist in diesen Fällen auf Verträge, die vor dem 1. Juli 1994 geschlossen worden sind, mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Versicherer auch die Differenz zwischen der vereinbarten Prämie und der Prämie für Verträge mit einer Laufzeit, die der tatsächlich verstrichenen Laufzeit entspricht, verlangen kann, falls er zur Zeit der Eingehung des Versicherungsvertrags in seinem Tarif eine Prämie für derartige Verträge mit kürzerer Laufzeit vorgesehen hatte.

(4) Ist in einem Krankenversicherungsvertrag die Zulässigkeit einer Prämienhöhung oder einer Änderung des Versicherungsschutzes an die Zustimmung der Versicherungsaufsichtsbehörde gebunden, so sind an Stelle

Geltende Fassung:

Entwurf:

dieser Anpassungsbestimmung die §§ 178 f bis 178 h anzuwenden, wobei eine Anpassung nach den in § 178 f Abs. 2 genannten Anpassungsfaktoren als vereinbart gilt.“