

## 1722 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII. GP

# Bericht des Justizausschusses

### über die Regierungsvorlage (1553 der Beilagen): Bundesgesetz, mit dem das Versicherungsgesetz geändert wird

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.

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

Der Justizausschuß hat diese Regierungsvorlage in seiner Sitzung am 12. April 1994 in Verhandlung genommen. Im Anschluß an die Ausführungen des Berichterstatters Abgeordneter Dr. Michael Graff wurde einstimmig beschlossen, zur Vorbehandlung der gegenständlichen Materie einen Unterausschuß einzusetzen, dem von der Sozialdemokratischen Parlamentsfraktion die Abgeordneten Dr. Elisabeth Hlavac, Mag. Elfriede Krismanich, DDr. Erwin Niederwieser, Hilde Seiler und Kurt Wallner, vom Parlamentsklub der Österreichischen Volkspartei die Abgeordneten Dr. Gerfrid Gaigg, Edeltraud Gatterer, Dr. Michael Graff und Johann Hofer, vom Parlamentsklub der Freiheitlichen Partei Österreichs die Abgeordneten Her-

mann Böhacker und Edith Haller, vom Klub der Grün-Alternativen Abgeordneten die Abgeordnete Mag. Terezija Stojsits und vom Parlamentsklub Liberales Forum der Abgeordnete Mag. Thomas Barmüller angehörten.

Zur Obfrau des erwähnten Unterausschusses wurde die Abgeordnete Dr. Elisabeth Hlavac, zum Stellvertreter der Abgeordnete Johann Hofer und zur Schriftführerin die Abgeordnete Edith Haller gewählt.

Dieser Unterausschuß beschäftigte sich in seiner Sitzung am 8. Juni 1994 mit der gegenständlichen Vorlage, wobei Dr. Sven Teichmeister von der Wiener Städtischen Versicherung, Dr. Jutta Repl von der Arbeiterkammer Wien, Mag. Helene Kanta vom Versicherungsverband, Dr. Roland Koppler von der Oberösterreichischen Versicherung, Univ.-Prof. Dr. Attila Fenyves von der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Graz und Dr. Gottfried Zandl den Beratungen als Experten beigezogen wurden.

Über das Ergebnis seiner Beratungen berichtete der Unterausschuß durch dessen Obfrau Dr. Elisabeth Hlavac in der Sitzung des Justizausschusses am 9. Juni 1994. An der sich an den Bericht anschließenden Debatte beteiligten sich die Abgeordneten Dr. Michael Graff, Edith Haller, Johann Hofer, Dr. Gottfried Feurstein, Peter Schieder, Walter Murauer, Mag. Elfriede Krismanich, Dr. Elisabeth Hlavac und Dr. Harald Ofner sowie der Bundesminister für Justiz Dr. Nikolaus Michalek.

Bei der Abstimmung wurde die Regierungsvorlage unter Berücksichtigung eines umfassenden Abänderungsantrags der Abgeordneten Dr. Elisabeth Hlavac und Dr. Michael Graff sowie eines Abänderungsantrags der Abgeordneten Edith Haller, Dr. Elisabeth Hlavac und Johann Hofer in der diesem Bericht angeschlossenen Fassung einstimmig angenommen.

Zum Berichterstatter für das Haus wurde der Abgeordnete DDr. Erwin Niederwieser gewählt.

Zu den vom Ausschuß vorgenommenen Änderungen ist folgendes zu bemerken:

#### Zu § 1 a:

1. Zu Abs. 1 letzter Satz (diese Bestimmung wurde gegenüber der RV nicht verändert) ist klarzustellen, daß eine im einzelnen ausgehandelte (längere) Bindungsfrist im Geltungsbereich des KSchG der Prüfung nach dessen § 6 Abs. 1 Z 1 unterliegt; die ausgehandelte Frist darf also nicht unangemessen lang oder unzureichend bestimmt sein.

2. Die Regierungsvorlage sah vor, daß der vorläufige Versicherungsschutz wegen Verletzung der Hinweispflicht (Abs. 2 zweiter Satz) „ab Zugang des Antrags“ bestehen sollte. Die Erläuterungen zur RV (S. 4) führen dazu aus, Zugang an den Versicherer bedeute wegen § 43 Abs. 1 Z 1 (alt) in der Regel Empfangnahme durch den Versicherungsagenten. In diesem Regelfall (in dem der Agent Empfangsvertreter des Versicherers ist) bewirkt die vorgesehene vorläufige Deckung tatsächlich, daß — was nach den Erläuterungen angestrebt ist — der Versicherungsnehmer in seinem Vertrauen geschützt wird, nach Übergabe des Antrags an den „Versicherungsvertreter“ versichert zu sein.

Für den Fall jedoch, daß der Agent nicht empfangsbevollmächtigt ist (§ 43 Abs. 1 Z 1 ist keine zwingende Bestimmung, vgl. § 47) ergibt sich eine Deckungslücke bis zu demjenigen Zeitpunkt, in dem der Antrag tatsächlich dem Versicherer zugeht. Diese Lücke soll dadurch geschlossen werden, daß der vorläufige Versicherungsschutz jedenfalls (auch) mit Zugang des Antrags an den Versicherungsagenten (auch an den nicht empfangsbevollmächtigten) beginnen soll. Durch eine begleitende Änderung des § 43 Abs. 1 (neu) zweiter Satz („Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes“ anstatt „Die §§ 43 bis 48“) wurde sichergestellt, daß auch die Übergabe des Antrags an den „Gelegenheitsagenten“ und den „Pseudoagenten“ die vorläufige Deckung auslösen kann.

3. Die RV sah den Ausschluß der vorläufigen Deckung für den Fall vor, daß der Versicherer das zur Deckung beantragte Risiko „nach seinem Geschäftsplan“ überhaupt nicht versichert. Nach der Liberalisierung der Versicherungsaufsicht infolge der Anpassung des österreichischen Aufsichtsrechts an die dritte Richtliniengeneration der EU wird der „Geschäftsplan“ über die Art der Risiken, zu deren Übernahme der Versicherer bereit ist, keine Auskunft mehr geben, jedenfalls nicht mehr geben müssen. Die Verweisung auf den Geschäftsplan kann sohin ins Leere gehen, es wurde daher der Ausschluß der vorläufigen Dek-

kung — entsprechend der Diktion des § 41 Abs. 2 — allgemein an die „für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätze“ angeknüpft. Ob diese Grundsätze aus dem Geschäftsplan oder aus anderen Unterlagen hervorgehen, soll irrelevant sein.

4. Nach der RV soll die vorläufige Deckungspflicht des Versicherers „mit dem Ablauf der Bindung des Versicherungsnehmers an seinen Antrag“ enden. Das ist sinnvoll, weil nach dem Verstreichen der Bindungsfrist keine (vor)vertragliche Beziehung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer mehr besteht und dieser daher auch nicht mehr auf eine provisorische Deckung seines Risikos vertrauen kann. Die Formulierung „Ablauf der Bindung“ berücksichtigt aber nicht den Fall, daß nicht bloß die Bindungsfrist ungenützt (also ohne rechtzeitige Annahmeerklärung) verstreicht, sondern der Versicherer den Antrag des Versicherungsnehmers innerhalb der Antragsbindungsfrist ausdrücklich ablehnt. Selbstverständlich muß auch (und besonders) in diesem Fall die vorläufige Deckung enden. Der Ausschuß wählte daher die allgemeinere Formulierung, daß „der Versicherungsnehmer nicht mehr an seinen Antrag gebunden ist“, die Bindung des Versicherungsnehmers wird ja auch durch eine ausdrückliche Ablehnung des Antrags beseitigt.

5. Abs. 3 wurde zur Gänze gestrichen, die Beschränkung des § 1 a auf Verbrauchergeschäfte entfällt daher. Dafür war die Erwägung maßgebend, daß auch viele — vor allem kleinere — Unternehmer in Versicherungsangelegenheiten äußerst unerfahren sind und sich in ihrer Schutzbedürftigkeit vom durchschnittlichen Verbraucher kaum unterscheiden. Außerdem enthält das Versicherungsvertragsgesetz bisher keine Unterscheidung zwischen Verbraucher- und Unternehmergeschäften, eine derartige Differenzierung wäre in gewisser Weise ein Fremdkörper im System dieses Gesetzes.

Die selben Überlegungen gelten für die Streichung eines Teils des § 5 b Abs. 3 und des ersten Satzteils des § 158 m Abs. 1. Die Einschränkung des § 8 Abs. 3 auf Verbrauchergeschäfte wurde hingegen beibehalten und hier ein Eingriff in das überkommene System des VersVG in Kauf genommen, weil — wie die Erläuterungen der RV zu § 8 zutreffend ausführen — von einem Unternehmer doch erwartet werden kann, daß er die Bedeutung eines längerfristigen Vertrags richtig einschätzt. In aller Regel ist im betrieblichen Bereich niemand mit der Entscheidung überfordert, ob für seine Zwecke ein kurzfristiger Versicherungsvertrag mit entsprechend hoher Prämie oder aber eine längere Bindung mit entsprechendem Prämienvorteil günstiger ist.

## 1722 der Beilagen

3

## Zu § 5 b:

1. Im Abs. 1 wurden nur kleinere sprachliche Korrekturen vorgenommen, die keine inhaltliche Veränderung der RV bewirken.

2. Abs. 2 in der Fassung der RV ordnete an, daß dem Versicherungsnehmer ua. die „Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie“ auszufolgen sind. Gedacht war dabei vor allem an die Prämienfestsetzung im „Bonus-Malus-System“ der Kfz-Haftpflichtversicherung. Die Formulierung könnte aber den — unzutreffenden — Eindruck erwecken, daß dem Versicherungsnehmer stets die Unterlagen über die einschlägige Prämiengestaltung des Versicherers zu übergeben sind. Es wurde daher klargestellt, daß bei einer ohnedies im Vertrag bestimmten Prämie die Grundsätze deren Berechnung nicht mitgeteilt werden müssen. Nur dann, wenn die Prämie (noch) nicht festgelegt ist, etwa weil bei der Einstufung in einen „Bonus-Malus-Vertrag“ der bisherige Schadenverlauf noch nicht genau bekannt ist, ist — um die Prämie für den Versicherungsnehmer bestimmbar zu machen — die Übergabe der Bestimmungen über deren Festlegung erforderlich.

3. Die RV sah vor, daß das Rücktrittsrecht nach § 5 b Abs. 2 (überdies) spätestens mit der Zahlung der ersten Prämie erlischt. Dahinter stand der Gedanke, daß ein Versicherungsnehmer, der den Vertrag durch die Prämienzahlung bekräftigt, zu erkennen gibt, an diesem festhalten zu wollen. Er soll sich dann nicht nachträglich über das Rücktrittsrecht doch noch von seinem Vertragspartner lösen können.

Der Ausschuß vertritt hingegen die Auffassung, daß der bloßen Prämienzahlung keine so weitreichende Wirkung zugemessen werden soll. Aus der Zahlung des Versicherungsnehmers kann nicht stets ein schlüssiger Verzicht auf den Vertragsrücktritt abgeleitet werden, zumal dann nicht, wenn über einen Abbuchungs- oder Einziehungsauftrag gezahlt wird, den der Versicherungsnehmer oft schon gleichzeitig mit dem Versicherungsantrag unterschreibt. Häufig wird es auch so sein, daß der Versicherungsnehmer zunächst die Prämie zahlt, von den Umständen, die ihm einen Rücktritt nahelegen, aber erst nach diesem Zeitpunkt erfährt, was vor allem dann praktisch sein kann, wenn die Zahlungsfrist früher endet als die Rücktrittsfrist. Wird dem Versicherungsnehmer zB zunächst nur der Versicherungsschein (samt der Aufforderung zur Prämienzahlung — siehe § 38 Abs. 1) übersendet, dann läuft zwar die 14tägige Frist zur Prämienzahlung, mangels Übersendung der Bedingungen und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht hat aber die Rücktrittsfrist noch nicht zu laufen begonnen (§ 5 b Abs. 2 zweiter Satz). Zahlt nun der Versicherungsnehmer binnen der 14tägigen Frist, um nicht in Prämienverzug zu geraten, so wäre es unbillig, ihm den allfälligen Vertrags-

rücktritt zu verweigern, wenn er später — anhand der nachträglich übermittelten Bedingungen — erkennt, daß der konkrete Vertrag zB eine große Deckungslücke aufweist.

Um in solchen oder ähnlichen Fällen unangemessene Ergebnisse zu vermeiden, wurden die Worte „ , überdies spätestens mit der Zahlung der ersten Prämie“ gestrichen.

4. Zur Streichung der Beschränkung des § 5 b auf Verbrauchergeschäfte (Abs. 3) wird auf die Darlegungen zu § 1 a Abs. 3 hingewiesen.

5. Weiters hegt der Ausschuß Zweifel, ob es sachgerecht ist, unterjährige Verträge aus dem Anwendungsbereich des § 5 b zur Gänze auszunehmen. Auch kurzfristige Versicherungsverträge können von großer wirtschaftlicher Bedeutung sein, daher sollen nur solche Kurzverträge nicht dem § 5 b unterliegen, bei denen die Erfüllung der in dieser Bestimmung normierten Verpflichtungen des Versicherers schon aus der Natur der Sache nicht möglich ist (zB weil zwischen Vertragsschließung und Beginn und Ende des zu deckenden Risikos eine sehr kurze Zeitspanne liegt, zu denken wäre etwa an Reiseversicherungen, deren Antragsformulare an Flughäfen aufliegen und die durch bloßes Einzahlen der Prämie genommen werden können). Eine derartige Grenzziehung im Anwendungsbereich des § 5 b würde allerdings bei ihrer Anwendung im Einzelfall große Probleme aufwerfen, sodaß von einer solchen Differenzierung letztlich abgesehen wurde; um den Anwendungsbereich praktisch möglichst dieser Grenze anzupassen, ihn aber doch einfach zu umschreiben, wurde die in der RV vorgesehene einjährige Frist auf sechs Monate verkürzt.

## Zu § 6:

1. Abs. 3 in der Fassung der RV beschränkt nun die vertragliche Sanktionierung der Verletzung nachträglicher Obliegenheiten des Versicherungsnehmers in maßvoller Weise; dem Versicherungsnehmer soll der Kausalitätsgegenbeweis stets dann offen stehen, wenn er die Obliegenheit nicht in Betrugs- oder Verschleierungsabsicht verletzt hat. Dies wird es dem Versicherer künftig unmöglich machen, bloße Formalverstöße seines Vertragspartners als Begründung für seine Leistungsfreiheit heranzuziehen. Allerdings erscheint dem Ausschuß das Kriterium der **Absicht** doch etwas zu strikt, es soll der (auch bloß bedingte) Schädigungs- oder Verschleierungsvorsatz ausreichen, um dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit des Einwands der mangelnden Kausalität zu nehmen.

2. Durch die Textänderung im Abs. 5 soll klargestellt werden, daß nur die Übermittlung eines solchen Schriftstücks die Anwendung dieser Bestimmung ausschließt, das beim Versicherungsnehmer verbleibt (zB soll die bloße Mitteilung einer

2

Obliegenheit in einem Antragsformular, das nicht — als Zweitschrift — beim Versicherungsnehmer bleibt, nicht ausreichen).

#### Zu § 12:

1. Im Abs. 1 soll abweichend von der Regierungsvorlage anstatt vom „Bezugsberechtigten“ allgemeiner davon gesprochen werden, daß der Anspruch einem Dritten zusteht. Diese Änderung soll dem unzutreffenden Eindruck entgegenwirken, daß die Abweichung beim Fristenlauf nur für den Bezugsberechtigten in der Lebensversicherung gilt, wo dieser Ausdruck speziell verwendet wird (vgl. etwa § 166). Die Neuformulierung soll klarstellen, daß der zweite Satz des Abs. 1 in all jenen Fällen gilt, in denen die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag einer vom Versicherungsnehmer (also dem Vertragspartner des Versicherers) verschiedenen Person zustehen.

2. Im Abs. 2 wurden die Anforderungen an den Inhalt der schriftlichen Entscheidung des Versicherers dadurch erweitert, daß (zumindest) eine der Ablehnung zugrundegelegte rechtliche Bestimmung gesetzlicher oder vertraglicher Natur anzuführen ist. Der Versicherer soll also auch darauf hinweisen, aus welchem rechtlichen Grund er den Anspruch seines Vertragspartners als nicht bestehend erachtet.

Um wirklich völlig klarzustellen, daß die Begründungspflicht des Versicherers nicht im Sinne einer Eventualmaxime zu verstehen ist (vgl. die Erläuterungen zur Regierungsvorlage) und daß auch die Anführung einer unrichtigen Bestimmung die Wirkung der Ablehnung nicht beeinträchtigt, wurde Abs. 2 so formuliert, daß die Entscheidung durch Anführung einer derzeit zugrundegelegten Tatsache und rechtlichen Bestimmung zu begründen ist.

3. Abs. 3 letzter Satz wurde in den zweiten Halbsatz des zweiten Satzes eingebaut und im Sinn einer Fortlaufshemmung umformuliert. Die einjährige Präklusivfrist ab Ablehnung des Anspruchs durch den Versicherer soll so lange gehemmt sein, als der Versicherungsnehmer schuldlos an der gerichtlichen Geltungsmachung des Anspruchs gehindert war.

#### Zu § 15 a:

Hier wurde in die Aufzählung einseitig zwingender Gesetzesbestimmungen der § 5 a aufgenommen. Dieser ist durch das Bundesgesetz, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz zur Anpassung an das EWR-Abkommen geändert wird, BGBl. Nr. 90/1993, in das VersVG eingefügt worden. Bei dieser Novellierung ist § 5 a nicht in den Katalog des § 15 a aufgenommen worden, weil sich nach der Auffassung des Gesetzgebers schon aus dem Wortlaut jener Bestimmung ihre Unabdingbarkeit ergibt. In den Beratungen zur

vorliegenden Novellierung des Versicherungsvertragsgesetzes wurden daran aber Zweifel geäußert, sodaß eine Klarstellung zweckmäßig erscheint.

#### Zu § 34 b der RV:

Die Bestimmung wurde — inhaltlich unverändert — als § 41 b angesiedelt, um nicht das dritte Kapitel des ersten Abschnitts mit einem Paragraphen beginnen zu lassen, der nach seiner Numerierung eigentlich noch ins zweite Kapitel gehören müßte (dieses Kapitel endet mit § 34 a).

Die Übergangsbestimmung (§ 191 b) wurde entsprechend angepaßt.

#### Zu den §§ 38, 39 und 39 a:

1. In diesen Bestimmungen soll eine weitere Besserstellung des Versicherungsnehmers dadurch erreicht werden, daß sämtliche Bezugnahmen auf (nicht gezahlte) Zinsen oder Kosten gestrichen werden. Der Verzug bloß mit Zinsen oder Kosten soll keine Auswirkungen auf die Leistungspflicht des Versicherers haben, es genügt der — ohnehin bestehende — zivilrechtliche Anspruch des Versicherers auf Zahlung dieser Beträge.

2. § 39 a in der Fassung der RV sah eine Aliquotierung der Leistungsfreiheit des Versicherers bei (bloß) teilweisem Prämienverzug des Versicherungsnehmers vor. Diese Bestimmung wurde durch eine „Bagatellregelung“ ersetzt, die an eine bestehende oberstgerichtliche Judikatur zum geringfügigen Prämienverzug anknüpft (siehe zB OGH 19. Oktober 1989, VersRdSch 1990, 155). Ein Verzug mit nicht mehr als 10 % der Jahresprämie und höchstens 800 S soll künftig überhaupt keine (auch keine aliquote) Leistungsfreiheit des Versicherers bewirken können. Bei einem derart geringfügigen Prämienverzug soll die Leistungspflicht des Versicherers nicht berührt werden, es soll — genauso wie bei der Nichtzahlung bloß von Zinsen oder Kosten — die zivilrechtliche Zahlungsverpflichtung genügen, wobei darauf hinzuweisen ist, daß die Einbringung der offenen Prämienforderung gerade im Versicherungsfall kein Problem ist, weil diese — siehe § 35 b — von der Versicherungsleistung abgezogen werden kann.

Die Bagatelllösung für den Teilverzug wird vor allem deshalb vorgeschlagen, weil eine bloß teilweise Bezahlung der Prämie in der Praxis vor allem dann vorkommt, wenn die bisherige (anstandslos gezahlte) Prämie auf Grund einer Anpassungsklausel erhöht wird; nicht selten kommt es vor, daß der Versicherungsnehmer — etwa weil er einen bestehenden Dauerauftrag zu spät ändert oder auf den für die Nachzahlung vorgesehenen Erlagschein vergißt — die Erhöhungsbeträge nicht rechtzeitig bezahlt. Der größte Teil dieser Fälle

wird durch den nunmehr vorgeschlagenen § 39 a erfaßt und damit dem Versicherungsnehmer die volle Versicherungsleistung gesichert werden.

Die Nichtzahlung größerer Prämienteile, etwa die Bezahlung bloß der halben geschuldeten Prämie, für die die Aliquotierungsregel der RV eine Besserstellung vorgesehen hätte, kommt einerseits in der Praxis nicht allzu häufig vor, andererseits wäre auch nicht einzusehen, warum ein Versicherungsnehmer, der schuldhaft (vgl. die schon in der RV vorgesehenen Änderungen im § 38 Abs. 2 und § 39 Abs. 2!) seine Zahlungspflicht in größerem Ausmaß verletzt, im Vergleich zur derzeitigen Rechtslage bessergestellt werden sollte.

#### Zu § 43 und § 43 a:

1. Nach Abs. 1 erster Satz der Regierungsvorlage gilt als Versicherungsagent jeder, der von einem Versicherer mit der Vermittlung oder der Schließung von Versicherungsverträgen betraut ist. Die Erläuterungen zur RV führen dazu aus, es spiele keine Rolle, ob diese Betrauung für eine Mehrzahl von Fällen oder nur für den konkreten Einzelfall vorgenommen wurde, für den die Rechtsstellung des Agenten zu beurteilen ist. Das Merkmal der **ständigen** Betrauung sei in die Definition des Agenten nicht aufgenommen worden, weil dadurch der Geltungsbereich der §§ 43 ff. gegenüber der bisherigen Rechtslage (die Judikatur sieht auch den vom Versicherer beauftragten Gelegenheitsvermittler als Versicherungsagenten an) zu sehr eingeschränkt würde.

Der Ausschuß stimmt im Ergebnis mit dieser Ansicht überein; auch für diejenigen, der nur im konkreten Einzelfall vom Versicherer betraut wurde, sollen die Zurechnungsregeln für den Versicherungsagenten gelten. Um allerdings den Begriff mit dem des Versicherungsmaklers im Sinn des derzeit ebenfalls in Vorbereitung befindlichen Maklergesetzes abzustimmen, soll das Merkmal der Ständigkeit der Betrauung zumindest in die Definition des Agentenbegriffs (Abs. 1 erster Satz) eingebaut werden. Für den Versicherungsagenten ist eben eine ständige Betrauung typisch, während dieses Merkmal beim Versicherungsmakler nicht vorliegt. Damit aber inhaltlich an der Regierungsvorlage insoweit nichts geändert wird, soll der bloße vom Versicherer beauftragte „Gelegenheitsvermittler“ in den Kreis der dem Agenten gleichgestellten Personen (Satz 2) aufgenommen werden, hier findet sich nun also ausdrücklich die Erwähnung derjenigen Person, **die auch nur im Einzelfall** vom Versicherer betraut ist.

2. Wie schon den Ausführungen zu der im § 1 a Abs. 2 vorgenommenen Änderung entnommen werden kann, mußte die Einleitung des zweiten Satzes des § 43 Abs. 1 geändert bzw. dahin erweitert werden, daß „Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes“ (und zwar diejenigen, die an den

Agentenbegriff anknüpfen, also etwa auch § 1 a Abs. 2) für die gleichgestellten Vermittler gelten. Auf den § 1 a Abs. 2 bezogen bedeutet dies, daß etwa die Übergabe des Antrags an einen vom Versicherer beauftragten bloßen Gelegenheitsvermittler (über § 43 Abs. 2 Z 1) die vorläufige Dekkung auslösen kann.

3. Die Regierungsvorlage sah vor, daß die Bestimmungen über den Versicherungsagenten auch für diejenigen gelten sollen, „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“. Damit ist der „Pseudomakler“ gemeint, also der Vermittler, der sich dem Kunden gegenüber zwar als unabhängiger Makler gebärdet, tatsächlich aber einem bestimmten Versicherer so nahe steht, daß er vorwiegend am Verkauf der Produkte dieses Versicherers interessiert ist. Nach den Intentionen der RV soll dieser „Mann des Versicherers“ auch wie dessen Agent behandelt werden.

Der Ausschuß vertritt jedoch die Ansicht, daß es nicht gerechtfertigt ist, die Regeln des VersVG über die Zurechnung von Kenntnissen und Erklärungen des Agenten zu einem Versicherer auf eine Person auszudehnen, die nach außen gar nicht den Anschein erweckt, für einen bestimmten Versicherer tätig zu sein. Ein Kunde, der mit einem solchen Vermittler in Kontakt tritt, erwartet eine solche Zurechnung nicht; er vertraut mangels eines entsprechenden Rechtsscheins nicht darauf, daß etwa dem Vermittler abgegebene Erklärungen sogleich als dem Versicherer zugegangen gelten. Gerade dieses Vertrauen auf ein Mindestmaß an Vollmachten eines für den Versicherer auftretenden Vermittlers sollen aber die §§ 43 ff. VersVG schützen. Wo ein solches Vertrauen nicht vorliegt, wäre die Anwendung dieser Bestimmungen verfehlt. Die Anführung des Scheinmaklers in § 43 Abs. 1 wurde daher gestrichen.

4. Wenn auch eine gesetzliche Anordnung über die Zurechnung von Erklärungen und Wissen eines derartigen „Pseudomaklers“ zum Versicherer nicht getroffen werden soll, so ist doch darauf hinzuweisen, daß der Versicherer schon nach derzeitiger Rechtslage für allfällige Fehlhandlungen eines solchen Vermittlers schadenersatzpflichtig werden kann. So hat der OGH in seiner Entscheidung vom 19. Dezember 1991, 7 Ob 30/91, SZ 64/189, ausgesprochen, daß der Versicherer dem Versicherungsnehmer für die Verletzung vorvertraglicher Aufklärungspflichten durch einen provisionsberechtigten selbständigen freien Mitarbeiter, also für dessen culpa in contrahendo, nach § 1313 a ABGB selbst dann haftet, wenn dieser als Versicherungsmakler (als unabhängiges Versicherungsbüro) auftritt. Der Ausschuß hält eine solche Zurechnung zum Versicherer im Bereich des

Haftungsrechts für wünschenswert und gerechtfertigt und schlägt daher vor, diese Rechtslage — in einem § 43 a — festzuschreiben. Die entworfene Formulierung dieser Bestimmung setzt sich aus Elementen der „Pseudomaklerregelung“ der RV und aus Elementen des § 1313 a ABGB zusammen. Abweichend von der RV wird die Beziehung des Pseudomaklers zum Versicherer, die seine Unabhängigkeit von diesem in Frage stellt, konkret benannt; es muß sich um ein wirtschaftliches Naheverhältnis handeln.

Dem Tatbestandsmerkmal der (wirtschaftlichen Nahe-)Beziehung ist naturgemäß immanent, daß auch dem Versicherer erkennbar sein muß; diese Beziehung zum Makler könnte bereits dessen Fähigkeit zur überwiegenden Wahrung der Interessen des Versicherungsnehmers (so die Umschreibung der — besonderen — Pflichten des Versicherungsmaklers im Entwurf eines Maklergesetzes) beeinträchtigen. Für diese Erkennbarkeit reicht das Wissen um die eigenen Geschäftskontakte zu dem Makler unter Umständen nicht aus; im Regelfall ist wohl eine zumindest ungefähre Kenntnis des Versicherers darüber erforderlich, in welchem Umfang der Vermittler auch noch für andere Versicherer tätig ist; erst in dieser Gesamtschau kann die (potentielle) Abhängigkeit oder Unabhängigkeit des Vermittlers von dem einen oder anderen Versicherer beurteilt werden.

Schließlich sei klargestellt, daß die allfällige haftungsmäßige Zurechnung des Verhaltens eines Vermittlers zu einem Versicherer nichts an seiner eigenen Maklerhaftung ändert, die sich schon aus dem Vertragsverhältnis zum Versicherungsnehmer ergibt; ebenso kann der Vermittler weiterhin aus der Verletzung seiner Vertragspflichten dem Versicherer gegenüber haftbar werden.

#### Zu § 58 und § 68 a:

Die RV sah in einem neuen Abs. 3 des § 58 unter bestimmten Voraussetzungen eine Vermutung vor, daß der Versicherungsnehmer die Doppelversicherung in Schädigungsabsicht genommen hat. Die Erläuterungen führen dazu aus, derzeit werde in AVB häufig die Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Meldung einer Mehrfachversicherung (siehe § 58 Abs. 1) über eine entsprechende vertragliche Obliegenheit abgesichert, die mit der Sanktion der Leistungsfreiheit des Versicherers verknüpft sei. Diese Sanktion sei in ihrem Ausmaß übertrieben und in ihrer Zielrichtung verfehlt, es müsse vielmehr dem Versicherungsnehmer bei (vorsätzlicher) Unterlassung der Meldung der Beweis auferlegt werden, daß er nichts Böses zum Nachteil des Versicherers im Schilde führt. Diese — über eine gesetzliche Vermutung — vorgesehene Sanktion werde durch die Erweiterung des § 68 a (Aufnahme des § 58)

für zwingend erklärt, die Versicherer könnten daher künftig keine Leistungsfreiheit bei Verletzung der Meldepflicht mehr vorsehen.

Der Ausschuß teilt die geschilderten Bedenken gegen eine Leistungsfreiheit des Versicherers bei Verletzung der Meldepflicht, dies nicht zuletzt in der Erwägung, daß — worauf auch die Erläuterungen zur RV zutreffend hinweisen — jeder Versicherer ohnehin nur für denjenigen Betrag haftet, dessen Zahlung ihm nach seinem Vertrag obliegt, und der Versicherungsnehmer im ganzen nicht mehr als den tatsächlichen Schadenbetrag verlangen kann (§ 59 Abs. 1). Es bestehen aber Bedenken gegen eine gesetzliche „Betrugsvermutung“, auch wenn sie in der RV an relativ strenge Voraussetzungen geknüpft ist. Die Z 31 der RV soll daher entfallen; es muß genügen, den § 58 — durch Erweiterung des § 68 a — für einseitig zwingend zu erklären und damit zu verhindern, daß der Versicherer zum Nachteil des Versicherungsnehmers an die Verletzung der Meldepflicht des § 58 Abs. 1 die Sanktion der Leistungsfreiheit knüpft.

#### Zu § 71:

Die RV sah vor, daß ein Versicherungsnehmer, der die Veräußerung der versicherten Sache nicht angezeigt hat, der Leistungsfreiheit des Versicherers (Abs. 1 zweiter Satz) den Einwand der mangelnden Kausalität (der Veräußerung und der Verletzung der Anzeigepflicht) entgegenhalten kann.

Der Ausschuß hält diese Besserstellung des Versicherungsnehmers im Vergleich zur bisherigen Rechtslage für grundsätzlich gerechtfertigt, allerdings soll sie auf die **fahrlässige** Anzeigepflichtverletzung eingeschränkt werden (die in der Praxis nicht selten vorkommt, weil dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer die Bestimmungen über die Veräußerung der versicherten Sache zumeist nicht bewußt sind). Außerdem soll es nur auf die (mangelnde) Kausalität der **Veräußerung**, nicht auch der Unterlassung der Anzeige, ankommen; dem Versicherer soll also nicht zB der Einwand offenstehen, er hätte bei Kenntnis der Veräußerung die Kündigung gemäß § 70 Abs. 1 ausgesprochen und daher den Schaden bei rechtzeitiger Anzeige der Veräußerung nicht decken müssen.

#### Zu § 108 und § 115 a:

Der Ausschuß hält die in der RV vorgeschlagenen Änderungen dieser beiden Bestimmungen für im Interesse des Versicherungsnehmers gerechtfertigt. Wie die Erläuterungen zur RV ausführen, soll es dem Versicherer künftig zwar weiterhin möglich sein, das in den §§ 96 bzw. 113 vorgesehene Kündigungsrecht abzuändern, allerdings darf er dabei den Versicherungsnehmer nicht schlechter stellen als sich selbst. Es wird also zB zulässig

bleiben, daß der Versicherer eine Bagatellgrenze für die Ausübung des Kündigungsrechts einzieht, etwa dergestalt, daß Versicherungsfälle bis zu einer bestimmten Größenordnung den Versicherungsnehmer nicht zur Kündigung berechtigen. Allerdings darf der Versicherer dann auch sich selbst für diese „Bagatellfälle“ keine Kündigungsmöglichkeit vorbehalten.

#### Zu § 158 m:

Zum Entfall des ersten Satzteils wird auf die Darlegungen zur Streichung des § 1 a Abs. 3 hingewiesen.

#### Zu § 158 n:

Neben kleineren sprachlichen Korrekturen in den Abs. 1 und 2 wurde im Abs. 3 die Nennung des zweiten Absatzes gestrichen, und zwar in der Erwägung, daß dieser Absatz keine (selbständigen) Verpflichtungen des Versicherers enthält. Weiters wurde vor dem Wort „Erfüllung“ zur Klarstellung das Adjektiv „rechtzeitige“ eingefügt.

#### Zur Streichung der Z 52 der RV:

Die RV sah vor, den derzeit Dritten Abschnitt des VersVG (Lebensversicherung) in zwei Kapitel (nämlich Lebensversicherung und Krankenversicherung) aufzugliedern. Dem Ausschuss erscheint es jedoch nicht zielführend, diese beiden Versicherungszweige in ein und demselben Abschnitt zu führen, weil die vorhandenen Gemeinsamkeiten zu gering sind, um diese Gleichsetzung zu rechtfertigen. Die Krankenversicherung weist zB auch Ähnlichkeit mit der Unfallversicherung auf; dies könnte die (berechtigte) Frage aufwerfen, warum sie dann nicht gemeinsam mit dieser im Vierten Abschnitt geführt wird.

Es wurde daher dem Umstand, daß die Krankenversicherung ein eigenständiger Versicherungszweig ist, durch Schaffung eines eigenen Abschnitts Rechnung getragen. Demgemäß mußten der derzeit Vierte und Fünfte Abschnitt (Unfallversicherung bzw. Schlußvorschriften) entsprechend umnummeriert werden.

#### Zu § 178 c:

In der Bestimmung über die Kostendeckungszusage des Versicherers wird zunächst abweichend von der RV einleitend definiert, daß der Versicherer **allgemein** (RV: vertraglich) zusagt, bestimmte medizinische Leistungen zur Gänze zu vergüten. Damit soll klargestellt werden, daß es sich nicht um eine Deckungszusage an einen bestimmten Versicherungsnehmer anlässlich eines schon eingetretenen konkreten Versicherungsfalles handelt, sondern um eine — eben allgemeine — Zusage an alle Versicherungsnehmer für mögliche künftige Behandlungsfälle. Weiters wurde nunmehr vorgesehen, daß die Wirksamkeit der Zusage durch

(schriftlichen) Widerruf beendet werden muß. Nach der RV hätte der Versicherer von vornherein einen bestimmten Endtermin für die Zusage setzen können. Dabei bestünde aber die Gefahr, daß der Versicherungsnehmer diesen frühzeitig fixierten Endtermin nicht evident hält und ihm später der tatsächliche Ablauf der Kostendeckungszusage nicht bewußt ist. Der nunmehr geforderte schriftliche Widerruf des Versicherers hat also insofern Warnfunktion.

Die RV enthielt eine äußerst strenge Sanktion für die Verletzung der Verpflichtung zur Angabe der Mindestdauer der Kostendeckungszusage, nämlich die gesetzlich angeordnete Wirkung der Zusage für die gesamte Laufzeit des Vertrags. Diese Rechtsfolge erscheint dem Ausschuss überzogen, es wurde daher vorgesehen, daß die Zusage vor Ablauf zweier Jahre (nach ihrer Erklärung) nicht widerrufen werden kann.

Im Abs. 2 soll zugunsten des Versicherungsnehmers abweichend von der RV angeordnet werden, daß ein Widerruf der Kostendeckungszusage erst nach Ablauf von sechs Monaten (ab Zugang an den Versicherungsnehmer) wirksam wird und daß solche Spitalsaufenthalte noch voll zu decken sind, die noch vor dem Wirksamwerden des Widerrufs (also nicht schon vor dem Erhalt der Widerrufserklärung) begonnen haben.

#### Zu § 178 d:

Im Abs. 3 wurde richtiggestellt, daß es (naturgemäß) auf den Eintritt des Versicherungsfalles, also der erforderlichen Heilbehandlung, ankommt, und nicht auf das — womöglich lange Zeit noch unbemerkte — Auftreten der zugrundeliegenden Krankheit.

Die Streichung der Worte „für ihn“ (erkennbar), bedeutet, daß nunmehr auf die **objektive** Erkennbarkeit der Krankheit abgestellt wird; schon die objektive Feststellbarkeit der Krankheit vor Vertragsabschluß, insbesondere durch einen Arzt, soll den Deckungsanspruch des Versicherungsnehmers ausschließen. Durch diese Änderung der RV soll verhindert werden, daß sich der Versicherer bei Versicherungsfällen, die bereits kurz nach Vertragsabschluß eintreten, so wie im Rahmen der Bestimmungen über die Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers (die von § 178 d grundsätzlich unberührt bleiben) in beweismäßiger Hinsicht mit schwer feststellbaren inneren Vorgängen des Versicherungsnehmers auseinandersetzen muß.

Schließlich wurde § 178 d Abs. 3 um eine Regelung für die Schwangerschaft (die ja keine „Krankheit“ ist) ergänzt, wobei auf den tatsächlichen Beginn der Schwangerschaft (und nicht auf deren Erkennbarkeit) abgestellt werden konnte. Der Eintritt einer Schwangerschaft kann im Gegensatz zum Eintritt einer Krankheit nämlich aus medizinischer Sicht eindeutig fixiert werden.

**Zu § 178 e:**

Die Gleichstellung der Adoption (eines Minderjährigen) mit der Geburt eines Kindes (Abs. 2) wurde gestrichen, um — nicht völlig auszuschließende — Manipulationen zum Nachteil des Versicherers zu verhindern.

**Zu § 178 f:**

1. Im Einleitungssatz des Abs. 2 wurden die Worte „im Sinn des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG“ gestrichen, dies ua. in der Erwägung, daß die Krankenversicherung nicht immer ein Verbrauchergeschäft sein muß. Schließt nämlich ein Unternehmer für seine Betriebsangehörigen eine Gruppenversicherung (für die § 178 f auch gilt — siehe § 178 m Abs. 5), so liegt ein Geschäft zwischen Unternehmern im Sinn des KSchG vor, auf das dieses Gesetz nicht anzuwenden ist. Die Bezugnahme auf § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG paßt also nicht für alle Krankenversicherungen.

2. Die Streichung der Worte „der zu diesem Tarif Versicherten“ in Abs. 2 Z 2 bewirkt, daß nunmehr auf die Entwicklung der allgemeinen Lebenserwartung (der Gesamtbevölkerung) abzustellen ist. Eine von dieser abweichende Entwicklung im konkreten Versichertenbestand soll den Versicherer nicht zu Anpassungen berechtigen.

3. In der derzeitigen Praxis der österreichischen Krankenversicherer ist es üblich, die Prämien von Kindern und Jugendlichen, die mit ihren Eltern „mitversichert“ sind, speziell, besonders ohne Alterungsrückstellung, zu kalkulieren, sodaß sie nur einen Bruchteil der „Erwachsenenprämie“ beträgt. Dies ist ua. darin begründet, daß nicht von vornherein abzusehen ist, ob das Kind nach Ende der „Mitversicherung“ weiterhin privat krankenversichert bleiben will. Häufig entscheiden sich Jugendliche angesichts der doch recht hohen Prämien dafür, auf eine solche Krankenversicherung zu verzichten (oder einen anderen Versicherer zu wählen), für diese Fälle ist eine Alterungsrückstellung naturgemäß nicht erforderlich.

Aus sozial- und familienpolitischen Gründen soll die Möglichkeit dieser prämiengünstigen Mitversicherung erhalten bleiben. Dem § 178 f Abs. 2 der RV soll daher eine entsprechende Ausnahmeregelung für jüngere Versicherte angefügt werden. Sie würde eine Vereinbarung ermöglichen, daß der Versicherte erst ab einem bestimmten Lebensalter, das von vornherein festzusetzen ist und 20 Jahre nicht übersteigen darf, in das „normale Prämienschema“ übernommen wird. Mit Erreichen dieses Lebensalters muß der Versicherte also einen Prämiensprung hinnehmen, der nicht durch die Veränderung der in Abs. 2 Z 1 bis 6 genannten Kriterien gerechtfertigt werden kann, er (bzw. der

zahlende Versicherungsnehmer) hat dafür bis zu diesem Zeitpunkt den Vorteil einer besonders geringen „Kinderprämie“.

Eine gemäß dieser Regelung getroffene Vereinbarung schlägt auch auf das Fortsetzungsrecht nach § 178 m durch, hier ist für diesen Fall keine Sonderregelung nötig: Tritt der Fortsetzungsfall ein, bevor das Kind die festgelegte Altersgrenze erreicht hat, so besteht bis zu diesem Alter noch die geringere Prämie, kommt es erst nach dem Erreichen der Altersgrenze zur Fortsetzung der Gruppen- als Einzelversicherung, so ist als Einzelversicherungsprämie naturgemäß die Erwachsenenprämie zu zahlen, so, wie wenn der betreffende Versicherte schon ursprünglich als Einzelversicherter aufgenommen worden und der „Prämiensprung“ eingetreten wäre.

4. Zusätzlich zur RV wurde (im nunmehrigen Abs. 3) vorgesehen, daß dem Versicherungsnehmer auf Verlangen die Wahl zu ermöglichen ist, ob er eine erforderliche Prämienhöhung akzeptiert oder aber bei (höchstens) gleichbleibender Prämie eine angemessene Verminderung des Leistungsumfangs in Kauf nimmt. Dadurch soll verhindert werden, daß ein Versicherungsnehmer, der Prämienhöhungen finanziell nicht mehr verkraften kann, dadurch zur Kündigung des Vertrags gezwungen wird und damit auch sämtliche während der bisherigen Vertragsdauer erworbenen Rechte (vor allem die Alterungsrückstellung) verliert. Dem Versicherungsnehmer soll zumindest ermöglicht werden, die Prämien in der bisherigen Höhe weiter zu zahlen und dafür auf einem niedrigeren Leistungsniveau — aber immerhin — weiter versichert zu bleiben. Da sich nicht immer ein reduziertes Leistungspaket zusammenstellen läßt, für das genau die bisherige Prämie angemessen ist, kann das Alternativangebot auch eine etwas geringere Prämie vorsehen.

Eine besondere Sanktion kann für die Verletzung dieser Pflicht zu einem Alternativangebot nicht vorgesehen werden.

**Zu § 178 g:**

1. Im Abs. 1 erster Satz soll abweichend von der RV vorgesehen werden, daß Prämien- oder andere Vertragsänderungen nicht dem Bundesministerium für Finanzen, sondern der Finanzprokuratur mitzuteilen sind. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, daß der Bund mit einer allfälligen Verbandsklage nach dem zweiten Satz des Abs. 1 als Träger von Privatrechten tätig werden würde, in welcher Eigenschaft er von der Finanzprokuratur vertreten wird.

2. Weiters ist zu dieser Bestimmung der RV klarzustellen, daß eine Verbandsklage — wie auch die Klage nach § 28 KSchG — dem einzelnen



Versicherungsnehmer nicht die Möglichkeit nimmt, gegen eine Prämienhöhung oder Änderung des Versicherungsschutzes eine individuelle Klage zu erheben (etwa eine Klage auf Rückzahlung zu viel bezahlter Prämie oder auf Feststellung der — allenfalls teilweisen — Unwirksamkeit einer Anpassung). Es ist jedoch damit zu rechnen, daß die gerichtliche Entscheidung über eine Verbandsklage eine gewisse Autoritätswirkung entfalten wird, die manchen Versicherungsnehmer von der Geltendmachung weitergehender Ansprüche abhalten wird. Zu Recht gehen die Erläuterungen der RV davon aus, daß die Verbandsklage (bzw. schon die bloße Möglichkeit ihrer Erhebung) die „Legitimationswirkung“ der aufsichtsbehördlichen Überprüfung von Vertragsanpassungen wird ersetzen können.

#### Zu § 178 i:

Im Abs. 1 wurde zur Verdeutlichung an die Stelle der Wendung „auf unbestimmte Zeit“ die Wortfolge „auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers“ gesetzt. Damit soll auch für den nicht juristisch geschulten Leser das Gemeinte klar zum Ausdruck gebracht werden. Aus der Formulierung der RV („auf unbestimmte Zeit“), die auch in den derzeitigen Versicherungsbedingungen verwendet wird, ist das Konzept eines lebenslangen Vertragsverhältnisses nur im Zusammenhalt mit dem Ausschluß der Kündigung des Versicherers nach Abs. 2 zu erschließen.

Im Abs. 2 wurde an der Bezugnahme auf § 8 Abs. 2 nichts geändert, weil im Versicherungsvertragsrecht auch ein auf Lebenszeit geschlossener Versicherungsvertrag ein auf „unbestimmte Zeit“ eingegangener (und damit dem § 8 Abs. 2 unterliegender) Vertrag ist (siehe etwa **Bruck-Möller**, Kommentar zum VVG I<sup>8</sup> [1961] § 8 Anm. 15).

Weiters wurde aus Abs. 2 die Ausnahme für Zahnversicherungsverträge eliminiert; auch diese Verträge sollen künftig vom Versicherer — abgesehen von den Fällen des Abs. 3 — nicht gekündigt werden können. Die Zahnversicherung ist für den Versicherungsnehmer kaum weniger bedeutsam als die „normale“ Krankenversicherung, außerdem wird auch sie allenfalls unter Bildung von Alterungsrückstellungen geführt, die bei einer Kündigung durch den Versicherer für den Versicherungsnehmer verloren wären.

Aus Abs. 3 wurde der aus der deutschen Rechtsterminologie stammende, in Österreich nicht in dieser Bedeutung geläufige Begriff der „außerordentlichen Kündigung“ eliminiert, statt dessen soll von der „Kündigung aus wichtigem Grund“ gesprochen und es sollen Beispielsfälle

angeführt werden, in denen der Versicherer auch bei Krankenversicherungsverträgen zu einer solchen — in der Regel fristlosen — Kündigung berechtigt ist. Es ist dies zB die Kündigung wegen Obliegenheitsverletzung durch den Versicherungsnehmer, wegen Prämienverzugs und bei unverschuldeter Verletzung der Anzeigepflicht (bei der also der Versicherer nicht zum Rücktritt nach § 16 berechtigt ist), wenn das höhere Risiko nach den Geschäftsgrundsätzen des Versicherers auch gegen höhere Prämie nicht übernommen wird (die Kündigung des Versicherers nach § 41 Abs. 2 ist allerdings durch § 178 k zeitlich begrenzt).

Schließlich wurde der zweite Satz des Abs. 3 der RV gestrichen, weil ein gesetzliches Kündigungsrecht des Versicherers bei Eintritt des Versicherungsfalls ohnedies nicht besteht. Ein derartiges Kündigungsrecht wird allerdings meist vertraglich vereinbart, weshalb es in Abs. 2 nun als Beispiel eines nicht (mehr) zulässigen vertraglichen Kündigungsrechts angeführt wird.

#### Zu § 178 k:

Der Ausschluß der Folgen einer (nicht arglistigen) Anzeigepflichtverletzung nach dreijähriger Vertragsdauer wurde auf das Kündigungsrecht nach § 41 Abs. 2 ausgedehnt, die „Sanierungswirkung“ also insofern erweitert. Die Kündigung durch den Versicherer ist ja für den Versicherungsnehmer genauso von Nachteil wie ein Vertragsrücktritt, weil er auch bei jener die angesparte Prämienrücklage verliert.

#### Zu § 178 l:

§ 178 l in der Fassung der RV verwendete den Begriff „Versicherter“ in einem weiten Sinn, es wurde darunter (arg: „eines anderen Versicherten“) auch der Versicherungsnehmer selbst, also der Vertragspartner des Versicherers, verstanden, der auch für seine Person Versicherungsschutz genießt. Das VersVG verwendet aber an anderer Stelle — nämlich bei den Bestimmungen über die Versicherung für fremde Rechnung (§§ 74 bis 80) — den Begriff „Versicherter“ im Sinn des „Mitversicherten“, der vom Versicherungsnehmer verschieden ist (siehe etwa § 76 Abs. 1). Die Diktion des § 178 l wurde an diese Verwendung der Begriffe angepaßt, es wird also vom „Versicherungsnehmer oder Versicherten“ gesprochen. Weiters wurden die klarstellenden Pronomina „seine“ (Krankheit) und „seinen“ (Unfall) eingefügt.

#### Zu § 178 m:

In diese Bestimmung soll — zusätzlich zur RV, und zwar in einem neuen Abs. 6 — eine

Verpflichtung des Versicherers aufgenommen werden, jeden, der in eine Gruppenversicherung eintritt, darauf hinzuweisen, unter welchen Voraussetzungen seine (Gruppen)Versicherung endet; dem Versicherten soll also zB bewußt gemacht werden, daß die Gruppenversicherung etwa nur für aktive Betriebsangehörige gilt und er daher mit dem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis auch aus der Gruppenversicherung ausscheiden muß. Weiters muß der Gruppenversicherte darüber informiert werden, wie sich die Prämie verändern wird, wenn die Versicherung nach dem Ausscheiden aus der Gruppe als Einzelversicherung fortgesetzt wird. Wie die Erläuterungen zur RV zutreffend ausführen, werden die Versicherer in Hinkunft auch bei der „Gruppenversicherung“ (die in Wahrheit keine solche im herkömmlichen Sinn mehr sein wird) ähnlich hohe Alterungsrückstellungen wie bei der Einzelversicherung bilden müssen, um das Fortsetzungsrecht nach § 178 m gewährleisten zu können; es wird daher beim Übertritt in die Einzelversicherung künftig zu keinem großen Prämiensprung mehr kommen, der Versicherungsnehmer wird im wesentlichen nur noch den für die Gruppenversicherung gewährten „Mengenrabatt“ oder gewisse Prämiennachlässe verlieren, die wegen der einfacheren Verwaltung der Gruppenversicherung gewährt werden konnten.

#### **Zu § 191 b (Inkrafttreten und Übergangsbestimmung):**

1. Abweichend von der RV sollen die Bestimmungen der Novelle generell mit 1. Jänner 1995 in Kraft treten, da ja auch die versicherungsaufsichtsrechtliche Liberalisierung nicht zum 1. Juli 1994 in Kraft treten kann. Dies hat auch den Vorteil, die Unterscheidung zwischen solchen Bestimmungen, die gleich mit dem Inkrafttreten des Gesetzes anzuwenden sind (§ 191 b Abs. 2 Z 1 der RV) und solchen, für die eine halbjährige Übergangsfrist bis zum 1. Jänner 1995 gilt (Abs. 2 Z 7 der RV), überflüssig zu machen, weil die „Übergangsfrist“ nunmehr durch die Legisvakanz ohnedies gewährleistet ist; damit ist sogleich der volle vertragsrechtliche Schutz des Versicherungsnehmers gesichert.

2. Im Abs. 1 war auf die systematische Umstellung des § 34 b der RV (nunmehr § 41 b) Bedacht zu nehmen.

3. Der von der Regierungsvorlage vorgeschlagene § 8 Abs. 3 soll es dem Versicherungsnehmer ermöglichen, sich nach mindestens dreijähriger Vertragsdauer von einem langfristigen Versicherungsvertrag zu lösen. Der Ausschuß hält diese Bestimmung für wichtig und teilt die in den Erläuterungen zur Regierungsvorlage dargelegten Erwägungen.

Eben wegen der besonderen Bedeutung, die das Kündigungsrecht nach dreijähriger Vertragsdauer für den Versicherungsnehmer hat, wurde versucht, eine noch größere Anzahl von bestehenden Versicherungsverhältnissen von der Neuregelung zu erfassen, als dies in dem — außerdem doch recht komplizierten — § 191 b Abs. 3 der Regierungsvorlage vorgesehen ist. Für Verträge, die nach dem 1. April 1994 geschlossen wurden, soll § 8 Abs. 3 uneingeschränkt gelten, dh., diese Verträge können drei Jahre nach ihrer Schließung vom Versicherungsnehmer gekündigt werden. Diese Rückwirkung auf vor dem Inkrafttreten des Gesetzes geschlossene Verträge ist durch die Annahme zu rechtfertigen, daß die Versicherer etwa ab Anfang April mit der kommenden Neuregelung gerechnet haben. Die innerhalb dieser „Verdachtsfrist“ geschlossenen Verträge sollen daher bereits von der Neuregelung erfaßt sein.

Für vor dem 1. April 1994 geschlossene Verträge soll vorgesehen werden, daß sie ab dem 1. Jänner 2000 — also fünf Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes — gekündigt werden können (soweit die vereinbarte Vertragsdauer nicht schon vorher abläuft), allerdings mit einer von § 8 Abs. 3 abweichenden (längeren) Kündigungsfrist von sechs Monaten.

4. Weiters wurde die Übergangsbestimmung für § 178 m erweitert, deshalb der in der Regierungsvorlage vorgesehene § 191 b Abs. 2 Z 6 gestrichen und dafür dem § 191 b ein Abs. 5 angefügt: Die RV sah vor, daß § 178 m (insbesondere das volle Fortsetzungsrecht als Einzelversicherung) uneingeschränkt für Gruppenversicherte gilt, die nach dem Inkrafttreten der Novelle in einen bestehenden Gruppenversicherungsvertrag aufgenommen werden; dazu mußte es aber dem Versicherer dem Gruppenführer gegenüber ermöglicht werden, für diese Gruppenversicherten einen anderen als den bisher im Gruppenvertrag vereinbarten Tarif vorzusehen, um den späteren nahtlosen Umstieg auf die lebenslange Einzelversicherung mit der Prämie finanzieren zu können.

Es soll aber auch bisherigen Gruppenmitgliedern bei Beendigung ihrer Mitgliedschaft durch den Versicherer die Fortsetzung als Einzelversicherung mit möglichst geringem Prämiensprung ermöglicht werden. Derzeit wird in den Bedingungen ein Umstieg in die Einzelversicherung (ohne Wartezeit und Risikoprüfung) zugesichert. Dieses Fortsetzungsrecht soll nicht nur durch die Anwendung des § 178 m zwingend werden, sondern es soll auch die derzeit verwendete Formulierung, daß „die im Gruppenversicherungsvertrag erworbenen Rechte“ zu berücksichtigen sind (das betrifft eben vor allem die Prämienbemessung), zugunsten der Versicherungsnehmer konkretisiert und klargestellt werden, daß bei der Bemessung der Einzelversicherungsprämie die in der Gruppenversicherung angesparte

## 1722 der Beilagen

11

Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Außerdem sollen die „Altversicherten“ vom Versicherer verlangen können, daß er ihnen eine Fortsetzung des Vertrags zwar zu höherer Prämie, aber unter voller (künftiger) Anwendung des § 178 m anbietet.

Als Ergebnis seiner Beratung stellt der Justizausschuß den Antrag, der Nationalrat wolle dem angeschlossenen Gesetzesentwurf die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen. %

Wien, 1994 06 09

**DDr. Erwin Niederwieser**  
Berichterstatter

**Dr. Michael Graff**  
Obmann

/

### 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 zustandekommt 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 an ihn selbst oder an seinen Versicherungsagenten bis zum Zustandekommen des Vertrags zu gewähren, es sei denn, daß er dieses Risiko nach den für seinen Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen 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, sobald der Versicherungsnehmer nicht mehr an seinen Antrag gebunden ist. Dem Versicherer gebührt für diese Deckungspflicht die ihrer Dauer entsprechende Prämie.“

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 dieser ihm unverzüglich eine Kopie dieser Vertragserklärung auszuhändigen.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit sie nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung oder hat er entgegen Abs. 1 keine Kopie 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 des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(3) Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate 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 Versicherungsfalls 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 mit dem Vorsatz 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 Versicherungsfalls 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 ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.“

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 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. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach 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 einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach 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 und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.“

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 a, § 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. § 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) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.“

22. Im § 39 Abs. 2 wird die Wortfolge „oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten“ gestrichen, weiters wird der Punkt durch einen Beistrich ersetzt und folgender Satzteil angefügt:

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

## 23. § 39 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.“

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

„§ 39 a. Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 800 S im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.“

## 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. Nach § 41 a wird folgender § 41 b eingefügt:

„§ 41 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.“

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

„(1) Versicherungsagent ist, wer von einem Versicherer ständig damit betraut ist, für diesen Versicherungsverträge zu vermitteln oder zu schließen. Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gelten überdies für den, der auch nur im Einzelfall vom Versicherer betraut ist, sowie für den, der mit nach den Umständen anzunehmender Billigung des Versicherers als Versicherungsagent auftritt.“

29. Nach § 43 wird folgender § 43 a eingefügt:

„§ 43 a. Fällt ein Vermittler zwar nicht unter § 43 Abs. 1, steht er aber zum Versicherer in einem solchen wirtschaftlichen Naheverhältnis, das es zweifelhaft erscheinen läßt, ob er in der Lage ist, überwiegend die Interessen des Versicherungsnehmers zu wahren, so haftet der Versicherer dem Versicherungsnehmer für das Verschulden eines solchen Vermittlers wie für sein eigenes.“

30. Dem § 44 wird folgender Satz angefügt:

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

31. Dem § 47 wird folgender Satz angefügt:

„§ 10 KSchG bleibt unberührt.“

32. 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.“

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

34. 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.“

35. § 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.“

36. § 68 Abs. 5 wird aufgehoben.

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

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

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

„, oder wenn die Anzeige nicht vorsätzlich unterlassen worden ist und die Veräußerung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat“.

40. § 96 Abs. 3 wird aufgehoben.

41. 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.“

42. § 113 zweiter Satz wird aufgehoben.

43. 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.“

44. § 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.“

45. § 158 Abs. 3 wird aufgehoben.

46. 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.“

47. 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.“

48. 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“.

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

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

„§ 158 m. (1) Der Versicherer ist verpflichtet, den Versicherungsnehmer 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 abzulehnen; die Ablehnung ist zumindest mit der Anführung einer ihr derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung 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 der Versicherer ihn binnen der im Abs. 1 genannten Frist 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 rechtzeitige Erfüllung der in Abs. 1 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.“

51. § 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.

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

53. 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 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 prämiensfreie 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.“

54. § 175 Abs. 1 zweiter Satz hat zu lauten:

„§ 173 und gegebenenfalls § 174 sind anzuwenden.“

55. § 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 Versicherungsfalls 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 auf Grund der Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation 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.“

56. § 178 Abs. 2 zweiter Satz wird aufgehoben.

57. Nach § 178 wird folgender neuer Abschnitt samt Überschrift eingefügt:

#### „Vierter Abschnitt.

##### 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 Verdienstaufschlag 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 allgemein zu, bestimmte medizinische Leistungen zur Gänze zu vergüten (Kostendeckungszusage), so endet die Wirksamkeit dieser Zusage nicht vor ihrem schriftlichen Widerruf. Die Zusage hat die Angabe zu umfassen, zu welchem Termin sie frühestens widerrufen werden kann; unterläßt der Versicherer diese Angabe, so kann er die Kostendeckungszusage vor Ablauf zweier Jahre nicht widerrufen.

(2) Der Widerruf der Kostendeckungszusage wird nach Ablauf von sechs Monaten wirksam. Ein Widerruf ist für solche stationären Heilbehandlungen

gen ohne Wirkung, die vor dem Wirksamwerden der entsprechenden Mitteilung des Versicherers 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 ein Versicherungsfall vor Ablauf der Wartezeit ein, so ist der Versicherer zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, daß die Krankheit erst nach Vertragsabschluß erkennbar wurde beziehungsweise daß die Schwangerschaft erst nach diesem Zeitpunkt begonnen hat.

§ 178 e. 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.

§ 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 dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,

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 Älterwerden 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 Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, daß eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen.

(3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

(4) 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, der Finanzprokuratur und dem Verein für Konsumenteninformation mitzuteilen. Insoweit eine vom Versicherer erklärte Änderung der Prämie oder 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 Lebenszeit des Versicherungsnehmers 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, etwa für den Versicherungsfall, ist nur bei Gruppenversicherungsverträgen und Krankengeldversicherungsverträgen zulässig.

(3) Das Recht der Kündigung aus wichtigem Grund, insbesondere bei Verletzung von Obliegenheiten (§ 6), bei Prämienverzug (§ 39) und bei unverschuldeter Verletzung der Anzeigepflicht (§ 41), bleibt unberührt.

§ 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 oder den

Vertrag kündigen, 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 Versicherungsnehmer oder der Versicherte seine Krankheit oder seinen Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall eines 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.

(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.

(6) Der Versicherer hat jeden Gruppenversicherten bei Eintritt in den Gruppenversicherungsvertrag nachweislich darauf hinzuweisen, unter welchen Voraussetzungen seine Versicherung endet und welche Folgen sich für die Höhe der Prämie bei der Fortsetzung als Einzelversicherung ergeben würden.

§ 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.“

58. Der bisherige Vierte Abschnitt (Unfallversicherung) erhält die Überschrift „Fünfter Abschnitt“ und der bisherige Fünfte Abschnitt (Schlußvorschriften) die Überschrift „Sechster Abschnitt“.

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, § 38, § 39 Abs. 2, § 39 a, § 40, § 41 Abs. 2, § 41 b, § 43, § 43 a, § 44, § 47, § 51 Abs. 4 und 5, § 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. Jänner 1995 in Kraft.

(2) Nicht in der neuen Fassung anzuwenden sind

1. § 1 a Abs. 2, § 2 Abs. 2, § 16 Abs. 3, § 18, § 21, § 40, § 41 Abs. 2, § 41 b, § 58 Abs. 3, § 59 Abs. 3, § 64, § 68, § 70 Abs. 3, § 96 Abs. 3, § 108, § 113, § 115 a, § 158 Abs. 3, § 158 a, § 172, § 173, § 174, § 175, § 176, § 178 Abs. 2, § 178 d, § 178 e, § 178 i Abs. 1 und § 178 k

auf Versicherungsverträge, die vor dem 1. Jänner 1995 geschlossen worden sind,

2. § 12, wenn die dort genannten Fristen vor dem 1. Jänner 1995 zu laufen begonnen haben,
3. § 43, § 44 und § 47 auf Rechtshandlungen, die von dem Versicherungsagenten oder ihm gegenüber vor dem 1. Jänner 1995 vorgenommen worden sind,
4. § 158 o, wenn das Unternehmen vor dem 1. Jänner 1995 veräußert beziehungsweise übernommen worden ist,
5. § 178 c auf Kostendeckungszusagen, die vor dem 1. Jänner 1995 abgegeben worden sind,

6. § 178 i Abs. 2

auf Zahnversicherungsverträge, die vor dem 1. Jänner 1995 geschlossen worden sind,

7. § 1 a Abs. 1 und § 5 b,

wenn der Antrag des Versicherungsnehmers vor dem 1. Jänner 1995 erklärt worden ist, und

8. §§ 38, 39 und 39 a,

wenn der Verzug vor dem 1. Jänner 1995 eingetreten ist.

(3) § 8 Abs. 3 ist in der im Abs. 1 bezeichneten Fassung auf Versicherungsverträge anzuwenden, die nach dem 31. März 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. Jänner 2000 mit einer Frist von sechs Monaten kündigen. § 8 Abs. 3 zweiter Satz ist auf Verträge, die vor dem 1. Jänner 1995 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 Z 2 bis 6 genannten Anpassungsfaktoren als vereinbart gilt.

(5) Für § 178 m gilt folgendes:

1. Er gilt unbeschränkt für Gruppenversicherte, die nach dem 31. Dezember 1994 in einen zu diesem Zeitpunkt bereits bestehenden Gruppenversicherungsvertrag aufgenommen werden. Für solche Gruppenversicherte kann der Versicherer einen anderen als den im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Tarif vorsehen.

2. Auf Gruppenversicherte, die vor dem 1. Jänner 1995 in eine Gruppenversicherung eingetreten sind, ist er mit der Maßgabe anzuwenden, daß bei der Berechnung der Einzelversicherungsprämie die Versicherungsdauer im Gruppenversicherungsvertrag nur im Ausmaß der in der Prämienkalkulation der Gruppenversicherung enthaltenen Alterungsrückstellung zu berücksichtigen ist. Diese Versicherten haben überdies nach dem 31. Dezember 1994 das Recht, die volle Anwendung des § 178 m gegen Zahlung einer höheren Prämie zu verlangen, die für diese Fälle vom Versicherer in seinem Tarif angemessen festzusetzen ist.“