

**BUNDESMINISTERIUM**
für Gesundheit, Sport und KonsumentenschutzA-1031 Wien, Radetzkystraße 2
Telefon: 0222/711 72
DVR: 0649856

• GZ 114.112/9-I/D/14a/93

Bundesministerium
für Justiz
Museumstraße 7
1010 Wien

MIT GESETZENTWURF	
Zl.	GE/19. 1993
Datum:	16. FEB. 1994
Verteilt	18. Feb. 1994

J. Bauer

Das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz nimmt zu dem mit Schreiben vom 6. Dezember 1993, GZ 10.213/70-I 2/1993, übermittelten Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Versicherungsvertragsgesetz geändert wird, Stellung wie folgt:

Grundsätzlich wird der gegenständliche Entwurf begrüßt, weil er eine Anhebung des Verbraucherschutzes mit sich bringt.

Obwohl wesentliche Forderungen des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz berücksichtigt wurden, blieben viele der in die Verhandlungen zum Versicherungsvertragsgesetz eingebrachten Textvorschläge unbeachtet. Es wird daher ersucht, diese in gesonderter Beilage übermittelten Vorschläge einer erneuten Überprüfung zu unterziehen.

Insbesondere darf auf das aus Sicht des Konsumentenschutzes dringende Erfordernis eines Instruments zur Inhaltskontrolle im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der 3. EG-Versicherungs-Richtliniengeneration und dem Wegfall der Genehmigung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) durch die Aufsichtsbehörde hingewiesen werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es unerlässlich, den Versicherer an jene Kundenerwartungen zu binden, die er selbst durch Produktbezeichnungen und Werbeaussagen geweckt hat.

Besonders hervorgehoben sei daher die Notwendigkeit der Verankerung einer Inhaltskontrolle gemäß § 879 Abs 3 (siehe Textvorschlag § 1a BMGSK vom 15.6.1993). Wie vor allem Fenyves und auch andere (Fenyves, in: Krejci, Handbuch zum KSchG 582ff; oder vergl. Schauer, Versicherungsvertragsrecht², 62 ff oder Heiss, Treu und Glauben im Versicherungsvertragsrecht, 113 ff) dargestellt haben, könnte der § 879 Abs 3 ABGB auf die Risikobeschreibungen in den AVB angewendet werden. Diese Möglichkeit sollte gesetzlich verankert werden. Ebenso unberücksichtigt blieb bisher die Forderung nach einer gesetzlichen Umschreibung von Kernrisikobereichen.

Zu den Bestimmungen im einzelnen:

ad § 1a:

Abs 1:

Die Festlegung von Höchstfristen für die Bindung des Versicherungsnehmers (VN) an den Antrag auf Schließung eines Versicherungsvertrages wird grundsätzlich begrüßt.

Daß die im Entwurf vorgesehenen Fristen (allgemeine Frist 4 Wochen, für Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung 6 Wochen) den Bedürfnissen der Versicherer entsprechen und praktikabel sind, ergibt sich auch aus den Versicherungsbedingungen der einzelnen Sparten (MBKV 1984 sowie ALB 1987), die ebenfalls Höchstfristen bis zu 6 Wochen vorsehen.

Abs 2:

Aufgrund der Ausführungen zu Abs 1 erscheint die Einführung der im Absatz 2 vorgesehenen Möglichkeit, durch einseitige Erklärung des Versicherers die Frist zu erstrecken, nicht notwendig.

- 3 -

Aus der diesbezüglichen Diskussion im Rahmen des Arbeitskreises war zu entnehmen, daß sich eine allfällige Notwendigkeit für eine längere Bindungsfrist im Bereich des Massengeschäfts nicht ergibt. Da jedoch durch die nachträgliche Hinzufügung des Abs 4 (Anwendungsbeschränkung auf Verbraucher) diese Bestimmung für das Unternehmergeschäft ohnedies nicht zur Anwendung gelangt, besteht keine Veranlassung, eine Verlängerungsmöglichkeit mittels einseitiger Erklärung vorzusehen.

Vielmehr wird befürchtet, daß der Versicherer die Auftragsformulare nutzt, sich durch Erklärung des Versicherungsnehmers jedenfalls das Recht zur Verlängerung dieser Frist einräumen zu lassen.

Das Ergebnis dieser Bestimmung, die ja für den Ausnahmefall Vorsorge treffen soll, wäre, daß eine Überschreitung der 4- bzw. 6-wöchigen Frist zur Regel wird, was nicht akzeptiert werden kann.

Da die Erklärung der Verlängerung an kein Begründungs- oder Formerfordernis gebunden ist, wird auch der in den EB erwähnte manipulative Aufwand so geringfügig sein, daß der Versicherer sich jedenfalls und von vornherein auf eine 8 bzw 12 wöchige Frist einstellt und diese auch ausnützt.

Es wird daher vorgeschlagen, den Abs 2 ersatzlos zu streichen.

Durch gesonderte Vereinbarung im Einzelfall wäre eine allfällig notwendige Erstreckung der Frist jederzeit möglich.

ad § 5b:

Abs 1:

Zu kritisieren ist, daß die Pflicht zur Ausfolgung einer Durchschrift der Vertragserklärung nur dann besteht, wenn der Versicherungsnehmer diese dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich abgibt.

Die Intention dieser Bestimmung wird zwar begrüßt, die Regelung des Abs 1 dürfte sich aber für inländische Versicherungsunternehmen diskriminierend auswirken, da diese im Gegensatz zu ausländischen Anbietern ihre Produkte meist in Form der persönlichen Kontaktaufnahme vertreiben.

Es wird daher folgender Textvorschlag - als Erweiterung des Abs 1 - vorgeschlagen:

"Gibt der Versicherungsnehmer seine schriftliche Vertragserklärung nicht persönlich ab, so ist das Vertragsformular drucktechnisch so zu gestalten, daß dem Versicherungsnehmer ein Antragsformular in Durchschrift verbleibt."

Somit könnte auch bei einer postalischen Übermittlung der Antragserklärung gesichert werden, daß der Versicherungsnehmer eine solche besitzt, was in Zusammenhang mit den künftig zu erwartenden Auslandsangeboten erforderlich ist.

Abs 2

Die Einführung eines Rücktrittsrechtes, das an die Aushändigung der Vertragsbedingungen sowie an die Aushändigung des Antrages geknüpft ist, wird ausdrücklich begrüßt. Daß dem VN als Kompensation zur mangelnden Information vor Eingehung des Vertrages ein Rücktrittsrecht zukommt, kann als Mindestschutz akzeptiert werden.

Wenn aber die Rücktrittsfrist ihrem Zweck als Überlegungsfrist gerecht werden soll, ist die Frist von einer Woche zu kurz. Im Vergleich dazu steht die deutsche Regelung, die eine Widerrufsfrist unabhängig von der Aushändigung des Antrags oder der Versicherungsbedingungen von 2 (!) Wochen vorsieht. Eine einwöchige Frist kann dem Anspruch der Kompensation der mangelnden Information vor Antragsstellung durch den Versicherer nicht gerecht werden. Es ist offensichtlich, daß sich ein

- 5 -

Versicherungsnehmer innerhalb einer Woche kaum einen rechtskundigen Rat einholen kann.

Der vom BMGSK in die Verhandlungen am 2.3.1993 eingebrachte Vorschlag, der leider unberücksichtigt geblieben ist (und im Anhang nochmals beigefügt wird), sieht zusätzlich eine Belehrungspflicht über den wesentlichen Inhalt des Vertrages, verbunden mit einer 4-wöchigen Rücktrittsfrist vor.

Es wird nach wie vor die Notwendigkeit einer Belehrungspflicht über den wesentlichen Vertragsinhalt, zumindest aber eine Erstreckung der Rücktrittsfrist auf 2 Wochen, gesehen; sollte dem VN nicht eine Rücktrittsfrist von mind. 2 Wochen eingeräumt werden, wäre der bedingungslosen Überlegungsfrist mit Rücktrittsrecht nach deutschem Vorbild der Vorzug zu geben.

Wie auch im Arbeitskreis Versicherungsvertragsrecht bereits diskutiert, sollte unter dem Begriff der allgemeinen Vertragsbedingungen auch eine Information über die Tarifstruktur enthalten sein.

Abs 3:

Es sollte beachtet werden, daß die Beschränkung des Geltungsbereiches auch für Verträge, deren Vertragslaufzeit genau ein Jahr beträgt, gelten würde. Damit wären auch die KFZ-Haftpflicht-Versicherungsverträge vom Geltungsbereich dieser Bestimmung ausgeschlossen, was wohl nicht bezweckt war.

Zudem erscheint es nicht akzeptabel, daß durch Abs 3 bei unterjährigen Versicherungsverträgen nicht gewährleistet ist, daß der Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen ausgehändigt bekommt.

Zwar mag von Seiten der Versicherungswirtschaft wegen der oftmals gegebenen prämiemäßigen Geringfügigkeit bei kurzfristigen Verträgen eine Forderung nach Aushändigung der Versicherungsbedingungen als überschießend betrachtet werden. Das Informationsbedürfnis des Versicherungsnehmers besteht

jedoch unabhängig von der Dauer des Versicherungsvertrages. Ein Ausschluß der Informationspflicht des Versicherers (Vers) ist sachlich nicht zu rechtfertigen. Man denke etwa an den VN, der während seines Auslandsurlaubes schwer erkrankt und sich über das Bestehen der Rückholversicherung schnell und dringend informieren muß.

Es wäre daher in Anlehnung an den Abs 1, der eine ausdrückliche Pflicht zur Aushändigung des Antrages postuliert, ebenso - unabhängig von der Vertragsdauer - eine positive Verpflichtung des Versicherers zur Aushändigung der Versicherungsbedingungen vorzusehen.

Die Sanktion der Rücktrittsmöglichkeit könnte aus praktischen Überlegungen auf die Verträge beschränkt werden, die nicht mit unterjähriger Laufzeit abgeschlossen werden.

ad § 6:

Abs 1:

Es wird begrüßt, daß mit Zufügung des Satzes 2 in Abs 1 für diejenigen sachlichen Obliegenheiten, die Ausdruck der Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie sind, eine gleitende Entschärfung der Sanktion bei Verletzung der Obliegenheit möglich geworden ist.

Um die Effektivität dieses Korrektivs zu sichern, wäre dafür Sorge zu tragen, daß ein Versicherer, der angibt, daß das dem Versicherungsfall zugrundeliegende Risiko nicht versichert werden kann bzw. in seinem Unternehmen ein Tarif hierfür nicht vorgesehen ist (und damit die Anwendung des Satzes 2 ausschließt), die diesbezügliche Beweislast auferlegt und dies in den EB klargestellt wird.

Unbefriedigend ist, daß von der Neugestaltung die

- 7 -

Sanktionsmöglichkeit bezüglich der nicht dem Satz 2 zu subsumierenden Obliegenheiten unberührt geblieben ist. Das BMGSK ersucht folgenden Lösungsvorschlag einzuarbeiten:

Die Verletzung von Obliegenheiten, die in erster Linie Melde- oder Anzeigepflichten darstellen, sollte nur dann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen können, wenn sie vorsätzlich verletzt worden sind.

Ausgangspunkt für diesen Lösungsansatz wäre die der Neufassung des § 58 zugrundeliegende in den EB ausgeführte Motivation, die ja gerade versucht, die unmäßigen Rechtsfolgen des § 6 (1) bei Verletzung einer Meldepflicht nicht zur Anwendung gelangen zu lassen.

Zur weiteren Korrektur der überzogenen Sanktionen des § 6 wären außerdem die Vorschläge des BMGSK, eine Interessenabwägung anhand des Kriteriums der Wesentlichkeit der Beeinträchtigung der Interessen des Versicherers durch die Obliegenheitsverletzung vorzunehmen, sowie ein richterliches Mäßigungsrecht einzuführen, erforderlich. Die Einführung dieser Korrektive wird erneut vorgeschlagen (siehe Anhang).

ad § 8:

Begrüßt wird die Einführung eines ordentlichen Kündigungsrechtes nach einer Laufzeit von 3 Jahren.

Die Einführung dieser Kündigungsmöglichkeit entschärft viele Probleme aus Versicherungsnehmersicht, sodaß durch diese Regelung der Handlungsbedarf auf anderen Gebieten abgeschwächt wurde.

Aus konsumentenpolitischer Sicht war es jedoch nicht das Ziel, den Abschluß längerfristiger Verträge (länger als drei Jahre Laufzeit) nicht zu ermöglichen; vielmehr ist es beabsichtigt, bei längerfristigen Verträgen für den Versicherungsnehmer eine

- 8 -

Kündigungsmöglichkeit zu schaffen. Die Formulierung in den EB: "§ 8 Abs 3 begrenzt daher die höchstzulässige vertragliche Bindung des Versicherungsnehmers auf drei Jahre" mag dazu geeignet sein, Verwirrung bzgl. der künftig möglichen Vertragsdauer hervorzurufen.

Es wird daher angeregt, eine diesbezügliche Klarstellung in den EB vorzunehmen.

Eine weitere Klarstellung sollte in den EB bezüglich der Pflicht des Versicherungsnehmers zur Zurückstellung der gewährten Rabatte getroffen werden.

Zunächst wäre festzuhalten, daß nur solche Rabatte zurückgefordert werden können sollen, die aus dem Grund der längerfristigen Laufzeit des Vertrages - und nicht aus einem anderen Grund - gewährt worden sind.

Außerdem ist davon auszugehen, daß unter dem Aspekt einer zukünftigen vielfältigeren Produktgestaltung Rabatte auch in anderer Form als in der derzeit bekannten, aliquoten jährlichen Berücksichtigung eingeräumt werden können:

So ist durchaus vorstellbar, daß z.B. die Rabatte über die Vertragslaufzeit ungleich hoch verteilt sind, oder daß ein Bonus am Schluß der Laufzeit z.B. in Form einer "Gratis-" Versicherungsperiode gewährt wird.

- 9 -

Sollte es in einem solchen Fall zu einer Kündigung des Versicherers (z.B. im Schadensfall) kommen, so müßte sichergestellt sein, daß auch der Versicherer eine aliquote Rückverrechnung der in Aussicht gestellten, jedoch eben aufgrund der besonderen (unregelmäßigen) Rabattgewährung noch nicht zum Tragen gekommenen Vergünstigungen vorzunehmen hätte, um die "Prämienwahrheit" herzustellen.

Es wird die Anfügung des folgenden Satzes an den Abs 3 vorgeschlagen:

"Kostenvorteile, die aufgrund der Laufzeit des Vertrages zugesagt werden und deren Verteilung nicht gleichmäßig - sowohl im Bezug auf die Höhe als auch auf die einzelnen Versicherungsperioden - erfolgt, sind bei vorzeitiger Kündigung durch den Versicherer in Form einer anteilmäßigen Prämienverrechnung zu berücksichtigen. Prämienvorteile sind hierbei auf die gesamte vereinbarte Laufzeit umzulegen".

Weiters sollte die Bestimmung dahingehend verbessert werden, daß der Versicherungsnehmer darüber informiert wird, ob er bei einer vorzeitigen Kündigung einen Rabatt zurückzuzahlen hätte.

Ein wesentlicher Punkt wurde zur Gleichstellung der Rechte des Versicherers und des Versicherungsnehmers im vorliegenden Entwurf nicht berücksichtigt:

Gemäß des Vorschlages des BMGSK zu § 8 (Abs x, siehe Anhang) sollte die Kündigungsmöglichkeit im Versicherungsfall für die Vertragspartner sowohl im Hinblick auf die Kündigungsgründe als auch auf die Ausübung des Kündigungsrechtes gleichgestellt werden.

- 10 -

Beispiel für die derzeit unbilligen Regelungen in den AVB sind die Kündigungsrechte bei Eintritt des Versicherungsfalles z.B. in der Kasko- (AFIB 1986 Art 8) und Rechtsschutzversicherung (ARB 1988 Art 15).

Während in den gesetzlichen Kündigungsrechten eine relativ ausgewogene Regelung zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer vorliegt, sind in den Versicherungsbedingungen für den Versicherungsnehmer die Bedingungen für eine Kündigung erschwert, was zu einer ungerechtfertigten Schlechterstellung des Versicherungsnehmers führt.

Deshalb soll eine Regelung geschaffen werden, die den Kündigungsregelungen in den AVB Schranken setzt. Ein dem Versicherer eingeräumtes Kündigungsrecht soll unter gleichen Voraussetzungen stets auch dem Versicherungsnehmer zustehen.

Ein unberührtes Problem ist die sog. Bündelversicherung, insbesondere im Bereich der KFZ-Versicherungen, wo Kasko- und Haftpflichtversicherungen in einem Paket angeboten werden und der Versicherungsnehmer, auch aufgrund der falschen Information, die er vom Vertreter erhält, davon ausgeht, daß er - ebenso wie die Haftpflichtversicherung - auch die Kaskoversicherung nach einem Jahr kündigen kann.

Durch die Einführung einer ordentlichen Kündigungsmöglichkeit nach dreijähriger Laufzeit ist für diesen Bereich, in dem Handlungsbedarf bestünde, eine Entschärfung vorgenommen worden, sodaß auf eine diesbezügliche Regelung nicht bestanden werden muß.

ad § 11:

Abs 1:

Es wird begrüßt, daß für die Abwicklung des Versicherungsfalles eine Höchstfrist eingeräumt wird, mit deren Ablauf jedenfalls die Fälligkeit des Leistungsanspruches eintritt.

In der vorliegenden Fassung ist jedoch der Beginn des Fristenlaufes abhängig von einem "Begehren des Versicherungsnehmers nach einer Geldleistung".

Erst wenn dieses Begehren gestellt wird, kann der VN nach Ablauf zweier Monate eine Erklärung des Vers verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten.

Daraus ergibt sich, daß die bloße Anzeige des Versicherungsfalles - wie auch in den EB ausdrücklich angeführt - nicht als "Begehren nach einer Geldleistung" gilt. Der Fristenlauf für die Fälligkeit des Leistungsanspruches würde also nicht in Gang gesetzt.

Das BMGSK spricht sich gegen die Unterscheidung zwischen der Anzeige des Schadensfalles und der Forderung nach einer Geldleistung aus, da sie für den Versicherungsnehmer wohl nicht nachzuvollziehen ist und auch sachlich nicht gerechtfertigt erscheint.

Gerade wenn in den EB ausgeführt wird, daß die Forderung des VN nach dem "Ersatz seines Schadens" ausreiche, ist nicht verständlich, wieso die Anzeige des Schadens nicht als Anknüpfungspunkt dienen kann.

Ausgehend von der Gestaltung des Entwurfes wird der Versicherungsnehmer allein wegen eines formalen Fehlers weiterhin ohne konkrete zeitliche Begrenzung für die Abwicklung des Versicherungsfalles auskommen müssen, was nicht befriedigend ist.

- 12 -

Es wird daher als notwendig und im Verhältnis zu den Absätzen 2 und 3 bzw. im Verhältnis zum § 12 als systematisch richtig angesehen, den Beginn des Fristenlaufes an die Schadensmeldung bzw. an die Kenntnisnahme des Versicherers vom Versicherungsfall anzuknüpfen.

In diesem Zusammenhang sei auf die gleichlautende Formulierung des § 11 verwiesen, der in Abs 2 die Möglichkeit zur Forderung der Abschlagszahlung an den Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles knüpft.

Die Auskunftspflicht des Versicherers gegenüber dem Versicherungsnehmer bezüglich der Gründe für die Verzögerung wird begrüßt; allerdings erscheint diese Begründungspflicht nicht zielführend, wenn nicht gemäß des Vorschlages des BMGSK (siehe Anhang) eine gesetzlich taxative Festlegung der die Verzögerung rechtfertigenden Gründe ebenfalls festgelegt wird.

Weiters ist die Formfreiheit für die Mitteilung des Versicherers abzulehnen, da eine nach den EB offenbar ausreichende telefonische Auskunft des Versicherers nicht geeignet erscheint, dem Zweck der Regelung Rechnung zu tragen.

ad § 11a:

Begrüßt wird die Einführung eines Anspruches zur Einsichtnahme in ärztliche Gutachten.

Gleichzeitig wird aber kritisiert, daß diese Ansprüche des Versicherungsnehmers nicht auf andere Gutachten, die der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht erstellt, angewendet werden soll. Die richtige Argumentation der EB, daß der VN über die Entscheidungsgrundlagen des Versicherers möglichst nicht im unklaren gelassen werden sollte, gilt auch für die nicht-medizinischen Gutachten. Diese Möglichkeit der Einsichtnahme sollte zumindest für Verbraucher vorgesehen

- 13 -

werden. Eine Erweiterung der Bestimmung in diesem Sinne wäre wünschenswert.

ad § 12:

Begrüßt wird die Erstreckung der 2-Jahres-Frist auf die Verjährungsfrist des ABGB, ebenso die besondere Regelung für die Lebensversicherung.

Kritisiert wird nach wie vor, daß die Präklusivfrist des Abs 3 nicht aufgehoben wurde, da sie eine in der ganzen Systematik des ABGB nicht vorzufindende Sonderbestimmung darstellt, die den Versicherungsnehmer erheblich benachteiligt und eine Bevorzugung des Versicherers darstellt, die - wie sich auch in der diesbezüglich im Arbeitskreis geführten Diskussion herausstellte - sachlich nicht gerechtfertigt werden kann.

Eine ersatzlose Streichung des Abs 3 wäre daher neuerlich zu prüfen.

ad §§ 16, 17, 18:

Die im gegenständlichen Entwurf durchgeführten Maßnahmen zur dringend notwendigen Entschärfung der Obliegenheitssanktionen sind zu wenig weitreichend.

Nach wie vor steht das BMGSK auf dem Standpunkt, daß der VN nicht weiß, welche Umstände erheblich und daher anzeigepflichtig i. S. des § 16 VersVG sind.

Wie im Textvorschlag des BMGSK zu § 16 dokumentiert, wäre daher einer Erkundungspflicht des Versicherers der Vorzug einzuräumen.

Zwar wird durch den Entwurf der Versicherer wohl angehalten, "genau umschrieben", zu fragen, da nur in diesem Fall auch

leichte Fahrlässigkeit dem VN schadet.

Allerdings muß bei der Unbestimmtheit, für den unbefangenen Leser sogar Widersprüchlichkeit der Formel "genau umschrieben" befürchtet werden, daß schon allgemeine Fragestellungen als "genau umschrieben" qualifiziert werden.

Der Sorgfaltsmaßstab der leichten Fahrlässigkeit kann umso leichter toleriert werden, je genauer die Formel "genauer umschrieben" umschrieben wird.

Es wäre daher unbedingt erforderlich in den EB eine Konkretisierung dieser maßgeblichen Formel vorzunehmen. Es sollte ausdrücklich auf die in Anträgen derzeit üblichen Fragestellungen Bezug genommen werden:

Ist z.B. eine Frage nach "Krankheiten, Störungen oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren (z.B. Herz oder Kreislauf, Atmungs-, Verdauungs-, Harn- oder Geschlechtsorgane, Gehirn, Rückenmark, Nerven, Sinnesorgane, etc.)" hinreichend bestimmt i. S. des neuen § 16 Abs (3)?

Verwiesen wird auf das Urteil des OGH vom 29.10.1992, 7 Ob 21/92, wo auf die Frage des Vers, ob die Antragstellerin sonstige Krankheiten, Gebrechen oder Beschwerden hat oder hatte, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde, diese nicht mit dem von der ständigen Rechtsprechung geforderten notwendigen Sorgfaltsmaßstab antwortete und daher die eingewandte Leistungsfreiheit des Versicherers als rechtens beurteilt wurde.

Diese OGH-Entscheidung muß als Beispiel für eine überschießende Handhabung des Sorgfaltsmaßstabes bei der vorvertraglichen Anzeigepflicht gewertet werden und es müßte sichergestellt sein, daß eine derartig rigide Sanktion mit der neuen gesetzlichen Regelung zu vermeiden wäre.

Zusätzlich wird angeregt, die jetzige Bestimmung in den Allgemeinen Lebensversicherungsbedingungen (ALB), wonach nach Ablauf von 3 Jahren der Anspruch des Versicherers auf Sanktionierung einer Obliegenheitsverletzung verwirkt ist, in

- 15 -

§ 163 zu übernehmen.

ad § 34b:

Die Regelung dient der Erhöhung der Transparenz und der Vergleichbarkeit der Versicherungsprämien und ist daher zu begrüßen.

ad § 38:

Die vorgesehene Regelung wird als Entschärfung der Verzugsfolgen begrüßt.

Allerdings wäre es zu bevorzugen, wenn die Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeprämie überhaupt aufgegeben und die Regelung des § 39 VersVG mit einigen Verbesserungen auf jede Art von Prämienzahlungsverzug erstreckt würde.

Die dem gegenständlichen Entwurf zugrundeliegende Lösung durch Einführung einer erweiterten Einlöseklausel, wodurch dem VN durch rechtzeitige Zahlung auch rückwirkend Versicherungsschutz gewährleistet wird, kann aber als Mindestschutz des VN akzeptiert werden.

Allerdings wird kritisiert, daß die Frist von 14 Tagen - sowohl im § 38 als auch im § 39 - jedenfalls als zu kurz erscheint (man denke nur an die Urlaubszeit) und auf vier Wochen ausgedehnt werden sollte.

Kritisiert wird weiters, daß die Regelung nicht den Vorschlag des BMGSK, der sich an allgemeinen zivilrechtlichen Grundsätzen orientiert, berücksichtigt, sondern dem Versicherer die Möglichkeit eröffnet, für Zeiträume Prämien zu verlangen, in denen er selbst nicht zur Risikotragung verpflichtet ist. Eine Regelung, wonach vor Rücktritt des Versicherers und somit vor Auflösung des Vertrages eine Leistungsfreiheit des

- 16 -

Versicherers nicht eintritt (siehe Textvorschlag des BMGSK vom 2.3.1993), wäre zu bevorzugen.

Abs 4:

Anknüpfend an die letzten Forderungen kann der Abs 4 - die Verlängerung der Frist für den "Schwebezustand" des Versicherungsvertrages - nicht akzeptiert werden.

Bei Nichtzahlung der Versicherungsprämie besteht der Vertrag weiterhin, obwohl kein Versicherungsschutz gewährt wird, d.h., daß der Versicherungsnehmer weiterhin zur Zahlung der Prämie verpflichtet ist, obwohl er keine Leistung in Anspruch nehmen kann. Eine Beendigung dieses Zustandes ist nach der derzeitigen Gesetzeslage nach dem Verstreichen von drei Monaten vorgesehen. Warum nun diese Frist für den selbsttätigen Rücktritt des Vers auf ein Jahr erstreckt wurde, kann nicht nachvollzogen werden. Insbesondere kann die Argumentation, daß ja der Versicherungsnehmer einen Vorteil aus dieser Regelung ziehe, weil er den Versicherungsschutz jederzeit durch Einzahlen der Prämie aufleben lassen kann, wenig überzeugen. Vielmehr erscheint eines der unbilligsten Prinzipien des Versicherungsvertragsrechtes, nämlich daß der Versicherungsnehmer, obwohl er keinen Versicherungsschutz genießt, zur Prämienzahlung verpflichtet ist - dem mit Hilfe der pro rata temporis-Regel im Entwurf nun entgegengetreten worden ist - weiterhin gefördert.

Abs 5:

Der Abs 5 wird als Verschlechterung der Position des VN kritisiert.

Bisher waren die Folgen des § 38 auf den Verzug mit Zinsen und Kosten nicht anwendbar. Es ist nicht einsichtig, wieso eine Ausweitung der Verzugsfolgen auch auf diese Nebengebühren notwendig ist.

- 17 -

ad § 39:

Auf das zu § 38 Ausgeführte wird verwiesen.

Nach Ansicht des BMGSK ist der Inhalt der Zahlungsaufforderung zu wenig ausführlich:

Lediglich die Verpflichtung zum Hinweis auf die Rechtsfolgen, die nach Abs 2 und 3 mit dem Ablauf der Nachfrist verbunden sind, erscheint zur Information des VN ungenügend.

Vor allem wäre (gemäß dem Vorschlag des BMGSK vom 2.3.1993) die Fristbestimmung nur als wirksam zu betrachten, wenn die genaue Angabe des Betrages der zu zahlenden rückständigen Prämie und die datumsmäßige Bezeichnung jenes Tages, bis zu dem die Zahlung noch erfolgen kann, ohne daß für den Versicherungsnehmer nachteilige Rechtsfolgen eintreten, aufscheinen.

ad § 39a:

Die vorgenommene Ausdehnung der Abschwächung des Alles-oder-Nichts-Prinzip auf die Prämienverzugsfolgen entspricht den Forderungen des BMGSK und wird begrüßt.

In Anlehnung an § 39 wird jedoch kritisiert, daß im Absatz 2 der Versicherungsnehmer darüber informiert werden müßte, welche Kosten noch ausständig sind und bis zu welchem genauen Datum er diese berichtigen muß.

ad § 40:

Begrüßt wird die Eliminierung des Prinzipes der Unteilbarkeit der Prämie und die Einführung der pro-rata temporis-Regel. Allerdings sollte die Angemessenheit der Geschäftsgebühr

zumindest in den EB näher bestimmt werden.

ad ehemaliger § 41b:

Die Kündigungsmöglichkeit bei Prämienerrhöhung über dem Verbraucherpreisindex, die im Vorentwurf enthalten war, sollte erhalten bleiben.

ad § 43:

Die Ausdehnung der Anwendung der §§ 43 ff auf Personen, die als "Pseudomakler oder -agenten" auftreten, ist grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings scheint der zweite Fall des neuen Absatzes 2, der um eine Abgrenzung des Versicherungsagenten vom Versicherungsmakler bemüht ist, seiner Intention nicht entsprechen zu können.

Die Verflechtung mit dem Maklergesetz durch Einführung der Diktion "redliche und sorgfältige Interessenwahrung" scheint nicht als Abgrenzungskriterium geeignet, da sie lediglich auf die allgemeine Pflicht eines Maklers verweist.

Aufgrund der Problematik, objektive Kriterien für die Abgrenzung zu finden, ist zu befürchten, daß es dem Versicherungsnehmer wohl kaum gelingen wird, nachzuweisen, daß z.B. ein Makler ihm gegenüber als Agent aufgetreten ist. Nur wenn dieser Nachweis möglich ist, wird jedoch der Versicherungsnehmer, wie in den EB ausgeführt ist, neben den Ansprüchen, die sich aus dem Maklervertrag ergeben, auch die für ihn günstige Zurechnung des Agenten zum Versicherer in Anspruch nehmen können.

Weiters erscheint es unbedingt erforderlich, daß im VersVG zumindest in den EB, im MaklerG ausdrücklich, die jeweiligen Rechtsfolgen für einen Vertrag, der von einem "Pseudo"-Makler

- 19 -

vermittelt worden ist, festzulegen.

Es erscheint notwendig, daß sowohl dem Versicherungsagenten als auch dem Versicherungsmakler die Pflicht zur Offenlegung ihrer Rechtsstellung zum Versicherer auferlegt wird.

Gedacht ist an eine Regelung, wie sie in Großbritannien erfolgreich praktiziert wird:

Zu Beginn des Vermittlungsgesprächs sollte der Agent oder Makler dem potentiellen Versicherungsnehmer nachweislich eine Information zukommen lassen, wodurch dem Versicherungsnehmer klargemacht wird, daß es grundsätzlich zwei Arten von Vermittlung eines Versicherungsvertrages gibt: Den unabhängigen Makler oder den gebundenen Versicherungsagenten. Der Makler/Agent müßte deklarieren, zu welcher Gruppe er gehört und welche Folgen damit verbunden sind. Diese Offenlegungspflicht könnte z.B. durch einen Aufdruck auf dem Antragsformular erfüllt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz bietet folgende Lösungsansätze für die gesetzlich festzuschreibende Formulierung an:

Formulierungsvorschlag für die Ausübung der Offenlegungspflicht durch den Maklers:

"Der Versicherungsmakler wird im Auftrag des Versicherungskunden tätig und ist verpflichtet, aus dem gesamten Angebot am Markt das bestmögliche zu empfehlen."

Formulierungsvorschlag für die Ausübung der Offenlegungspflicht des Agenten:

"Namen und Adresse des Versicherungsunternehmens, in dessen Auftrag der Agent tätig ist:

Der Agent handelt im Namen des Unternehmens und bietet nur Produkte an, die von diesem Unternehmen angeboten werden."

Noch einmal sei betont, daß eine präventive Lösung der sich in Zukunft häufenden Probleme im Zusammenhang mit der Unwissenheit des Versicherungsnehmers über eine tatsächliche Nahebeziehung des angeblichen Maklers zum Versicherer und damit eine Täuschung des Versicherungsnehmers über die Qualität des Angebots, durch diese Offenlegungspflicht unaufwendig geregelt werden könnte. Insbesondere entspräche diese Regelung der EU-Verbraucherpolitik, den Informationsstand des Versicherungsnehmers zu erhöhen und aufgrund der somit bewirkten Stärkung dessen Position eine eigene Entscheidung des Versicherungsnehmers zu ermöglichen.

ad § 44:

Die Regelung wird begrüßt.

Allerdings wäre es angebracht, zuerst die allgemeine Regel, daß das Wissen um alle Erklärungen, die der Versicherungsnehmer abgibt und die vom Rahmen der Vollmacht des § 43 umfaßt sind, dem Versicherer zugerechnet werden kann, anzuführen.

ad § 51:

Der Vorschlag des BMGSK (siehe Anhang) blieb unberücksichtigt.

Das BMGSK erlaubt sich daher, erneut auf die vorgelegte Forderung hinzuweisen:

Aus einer Überversicherung muß der Versicherer keinerlei Nachteile befürchten, da ihm die Prämie gebührt, auch wenn die Leistung nicht oder nur aliquot zu erbringen ist. Eine Beseitigung der Überversicherung sollte für den Versicherungsnehmer nicht nur mit sofortiger Wirkung, sondern auch rückwirkend möglich sein. Insbesondere dann, wenn die Überversicherung beim Abschluß des Vertrages dem

- 21 -

Versicherungsnehmer nicht bewußt war (oft wegen mangelnder Aufklärung durch den Versicherungsvertreter), wäre diese Regelung im Sinne eines Interessenausgleiches notwendig. Im umgekehrten Fall ist der Versicherer gemäß § 56 VersVG ebenfalls berechtigt, den Unterversicherungseinwand rückwirkend geltend zu machen!

ad § 58:

Abs 3:

Grundsätzlich begrüßenswert ist die Intention, die Sanktionen, die an eine Verletzung der Meldepflicht bei Doppelversicherung durch vertragliche Vereinbarung im Rahmen des § 6 Abs 1 geknüpft werden könnten, zu beschränken.

Allerdings wird die gegenständliche Vorgangsweise insofern kritisiert, als eine gesetzliche Betrugsfiktion, von der sich der Versicherungsnehmer frei zu beweisen hätte, nicht akzeptiert werden kann.

Die Fiktion wonach Betrugsabsicht vorliegt, wenn die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert erheblich übersteigen, ist nicht zumutbar.

Diese Regelung könnte zu besonderen Härtefällen führen und es ist zu befürchten, daß die Versicherer diese gesetzliche Fiktion als Druckmittel gegen die VN mißbräuchlich in Anwendung bringen könnten.

Obwohl die zugrundeliegende Schutzabsicht gewürdigt wird, kann eine derartige Regelung nicht akzeptiert werden.

ad § 60:

- 22 -

Verwiesen wird auf den Vorschlag des BMGSK (siehe Anhang), womit auch bei der Doppelversicherung die Prämienanpassung oder Aufhebung des Vertrages eingeführt werden soll. Wenn aber nachweislich ein Aufklärungsfehler des Vers die Ursache für das Eingehen der Doppelversicherung ist, so sollte auch eine rückwirkende Aufhebung/Anpassung möglich sein.

ad § 64:

Derzeit ist im § 64 vorgesehen, daß der Versicherungsnehmer an die im Rahmen eines Schiedsgutachterverfahrens getroffenen Feststellungen gebunden ist, es sei denn, daß diese offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweichen.

Diese Bestimmung trifft keinerlei Regelungen bezüglich der Gestaltung des Verfahrens. In den Versicherungsbedingungen wird derzeit ein relativ ausgewogenes Verfahren vereinbart (z.B. siehe die AUVB, wo ein Vertreter des Versicherungsnehmers, sowie ein Vertreter des Versicherers einen dritten Gutachter bestimmen).

Angesichts der neuen Situation nach Wegfall der Genehmigung der AVB durch die Aufsichtsbehörde, erscheint es bedenklich, daß eine solche Regelung, die keinerlei Ansprüche i.S. eines "fair trial" erhebt, weiterhin bestehen soll.

Inbesondere, nachdem im Bereich der Rechtenschutzversicherung im § 158 1 durch die kleine EWR-Anpassungsnovelle eine diesbezüglich durchaus sinnvoll erscheinende Lösung gefunden worden ist, wäre es angebracht, diese spartenspezifische Regelung als allgemeine gesetzliche Regelung in Form der Novellierung des § 64 zu übernehmen.

ad §§ 108, 115a, 158a:

Die relative Zwingendstellung der Kündigungsbestimmungen wird

- 23 -

begrüßt.

In diesem Zusammenhang muß aber darauf hingewiesen werden, daß für den Fall der Kündigung im Schadenfall zwar in den Sparten Feuerversicherung, Hagelversicherung und Haftpflichtversicherung ein Kündigungsrecht besteht, das durch Analogie auf die übrigen Sparten der Sachversicherung erstreckt wird (Schauer¹, 264). Es sollte aber - auf die Ausführungen zu § 8 wird diesbezüglich verwiesen - auch für die vertraglichen Kündigungsmöglichkeiten und -modi eine gesetzliche Verankerung, die die Gleichberechtigung von Vers und VN gewährleistet, geschaffen werden.

ad § 158m:

Die Informationspflicht des Vers gegenüber dem VN betreffend dessen Pflichten und Obliegenheiten wird begrüßt, allerdings erscheint sie nicht ausreichend, um dem VN die notwendige Aufklärung zukommen zu lassen.

Zur Konkretisierung sei folgendes Beispiel aus der Beschwerdeerfahrung des BMGSK kurz dargestellt:

Ausgangspunkt ist die Regelung, wonach in der Rechtsschutzversicherung aus Erb- und Familienrecht der Versicherungsschutz gemäß Art 25 ARB 1988 die Wahrnehmung rechtlicher Interessen vor österreichischen Gerichten aus dem Bereich des Erbrechtes umfaßt.

Außergerichtliche Interessenswahrnehmung ist also - im Gegensatz zum allgemeinen Risikoumfang der Rechtsschutzversicherung (Art 6 Z 4 ARB) - nicht umfaßt.

In der betreffenden Causa steht dem VN im Rahmen eines Rechtsschutz-Versicherungspaketes auch der Rechtsschutz für Erb- und Familienrecht zu und er erhält nach Schadensanzeige (Erbstreitigkeiten mit der Schwester des VN) die Deckungszusage des Vers, der erklärt, "im Rahmen des Rechtsschutzversicherungsvertrages" für den betreffenden Versicherungsfall Rechtsschutz

zu gewähren.

Der vom VN gewählte Anwalt wird vom Versicherer prompt beauftragt. In der Folge wird ausgiebig mit dem Rechtsanwalt der Gegenseite korrespondiert sowie eine Kommission mit einem Notar einberufen. Als Ergebnis dieser Bemühungen kann eine außergerichtliche Streitbeilegung bewirkt werden.

Der VN ist während des gesamten Verfahrens, das über 1 Jahr dauert, der Ansicht, im Rahmen der Rechtschutz-Versicherung für alle (ausschließlich außergerichtlichen) Tätigkeiten des Anwalts Deckung zu genießen. Er erhält schließlich eine Honorarnote über S 80.000,--, die er selbst berichtigen muß.

Für die Unterscheidung in gerichtliches/außergerichtliches Tätigwerden war er nicht sensibilisiert. Ein Verstoß gegen Aufklärungs- und Sorgfaltspflichten kann aus Lehre und Rechtsprechung nicht eindeutig abgeleitet werden, was aus der Sicht des Laien (Versicherungsnehmer) nicht einzusehen ist.

Eine Aufklärung gemäß § 158m, die lediglich die Pflichten und Obliegenheiten des VN erfaßt, würde auch in diesem Fall keine prohibitive Wirkung entfalten können, noch deren Verletzung durch den Vers gem. Abs (2) eine Entlastung des VN bewirken.

Es wird daher gefordert, die Informationspflicht auch auf den Umfang des Versicherungsschutzes zu erstrecken.

- 25 -

KrankenversicherungZunächst zum Prämienanpassungsverfahren:

Vor dem Hintergrund, daß im Bereich der Krankenversicherung die Prämiengestaltung aufgrund der mangelnden Wettbewerbssituation nicht allein den Unternehmen überlassen werden kann, begrüßt das BMGSK die Einführung eines Korrektivs und betont die Notwendigkeit einer diesbezüglichen Maßnahme.

Von Seiten des BMGSK wird insbesondere gutgeheißen, daß im Begutachtungsverfahren der bisher bestehende Entwurf zu den §§ 178 ff, der eine Regelung in Form der Einführung eines Kurators vorsieht, neuerlich zur Diskussion gestellt wird.

Wie im Arbeitskreis bereits mitgeteilt wurde, bestehen nämlich gegen diese Kuratorlösung massive Bedenken. Aufgrund der erwarteten Neugestaltung wird das BMGSK auf die Detailregelungen des Entwurfes, die die Kuratorlösung betreffen, nicht mehr eingehen (diesbezüglich wird auf die schriftliche Eingabe des BMGSK im Rahmen der Vorbegutachtung verwiesen).

Die im Begleitschreiben des BMJ aufgezeigte Alternative b) zum Kuratormodell, die die Möglichkeit einer Verbands(feststellungs)klage vorsieht, scheint am ehesten geeignet, die Anpassung der Versicherungsprämien transparent zu machen.

Das Instrument der Verbandsklage - wenn man davon ausgeht, daß die in § 28 KSchG genannten Institutionen klagslegitimiert wären - ist eine bewährte Institution, die auch in das Versicherungsvertragsrecht übernommen werden könnte.

Zudem erscheint diese Lösung naheliegend, da es sich beim Krankenversicherungsvertrag wohl fast immer um ein Verbrauchergeschäft im Sinne des KSchG handeln wird.

Ein weiterer Vorteil der Verbandsklagenlösung bestünde darin, daß - im Gegensatz zu einem Kurator - die klagslegitimierten Verbände bei Untätigkeit unter den Druck der öffentlichen Meinung gerieten und somit deren Tätigwerden mit großer Wahrscheinlichkeit als gesichert gelten kann.

Das BMGSK erlaubt sich, einige unerläßliche Elemente einer potentiellen "Verbandsklagenlösung" anzuführen:

- * Zweckmäßig erschiene es, den Kreis der Klagslegitimierten über § 28 KSchG hinaus auf die Aufsichtsbehörde zu erstrecken. Dies vor allem deshalb, weil die Aufsichtsbehörde aufgrund ihrer Fachkompetenz in einer Prämienanpassungsdiskussion einen wesentlichen Beitrag leisten könnte.
- * Voraussetzung für das Funktionieren dieses Modells ist weiters eine Offenlegungspflicht der Versicherungsunternehmen im Bezug auf die Kalkulation und der Berechnungsunterlagen gegenüber den klagslegitimierten Verbänden, die eine Anpassung in der verlangten Höhe erforderlich machen.

Zu anderen möglichen Verfahrensmodellen:

Da es sich bei der privaten Krankenversicherung aufgrund der mangelnden Wettbewerbssituation um ein Produkt handelt, das im allgemeinen Sinne mit Produkten wie Strom, Gas, Telekommunikationen etc. verglichen werden könnte, wäre ein Verfahren, wie in diesen Bereichen vorhanden, nämlich in Form einer Kommission, naheliegend.

- 27 -

Weil aber eine bescheidmäßige Feststellung der Preise (Prämien) durch diese Kommission nicht in Frage kommt, wäre deren Effektivität stark beeinträchtigt.

Außerdem soll nicht übersehen werden, daß das Produkt Krankenversicherung zwar unter dem Gesichtspunkt des mangelnden Wettbewerbes mit den oben erwähnten Produkten vergleichbar ist, daß aber die Krankenzusatzversicherung gewissermaßen ein "Luxusprodukt" darstellt und somit ein Unterschied in der Notwendigkeit der Bedürfnisbefriedigung besteht.

Zu den einzelnen Bestimmungen des Abschnittes "Krankenversicherung":

§ 178 b:

Nachdem diese Definitionen nicht von § 178p erfaßt und somit nicht zwingend sind, ist vorzusehen, daß der Versicherer bei einem Abweichen von den hier festgelegten Inhalten der Versicherungsleistung in besonders geregelter Weise darauf aufmerksam machen muß.

§ 178 c:

Durch die Formulierung "bestimmte medizinische Leistungen" wird der Eindruck erweckt, daß es sich eben gerade nicht um eine volle Kostendeckung handelt. Die Formulierung "bestimmte" wäre durch das Wort "alle" zu ersetzen. Ebenso ist im Abs 2 terminologische Unklarheit gegeben, da in keiner Weise erklärt wird, inwiefern Einschränkung bzw. Widerruf der Kostendeckungszusage zur Anwendung gelangen können und welche Rechtsfolgen damit verbunden sind.

§ 178 f:**Abs.1:**

Eine vertragliche Pflicht des Versicherers sollte postuliert werden, in bestmöglicher Weise darauf hinzuwirken, daß für den VN die Prämienhöhung geringfügig und nur bei dringender Notwendigkeit vorgenommen werden.

Abs.2:

Unerläßlich ist die Bestimmung in den Z. 2 und 3 des Abs. 2, daß sich diese Anpassungsfaktoren auf die Gesamtbevölkerung beziehen. In den EB (Seite 41) allerdings wird der Begriff der "Gesamtbevölkerung" etwas widersprüchlich definiert: Einerseits sei damit "jener Teil der Bevölkerung gemeint, aus dem sich die vom Anpassungsbegehren betroffene Versicherungsnehmerschaft rekrutiert". Dies steht im Widerspruch zur Intention dieser Vorschrift - wie im darauffolgenden Satz ausdrücklich zum Ausdruck gebracht wird -, daß die Bezugnahme auf die Gesamtbevölkerung gerade die Einschränkung auf die Entwicklung innerhalb einer bestimmten Versichertengemeinschaft verhindern will.

Das BMGSK fordert daher in den EB eine Klarstellung des Begriffes "Gesamtbevölkerung" insofern, als darunter nicht der Teil der Bevölkerung, der einer Versichertengemeinschaft angehört gemeint ist, sondern die "allgemeine" Bevölkerung, unabhängig von einer Versicherungsnehmereigenschaft.

§ 178 f bis j:

Verwiesen wird auf die Ausführungen der Vorbegutachtung

- 29 -

§ 178 1:

Hier ist zu normieren, daß der Versicherte auf seine Möglichkeit zum Eintritt in die Einzelversicherung hingewiesen werden muß.

25 Ausfertigungen dieser Stellungnahme wurden dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.

15. Februar 1994
Für den Bundesminister:
SEMP

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

Windwandler

ANHANG:

Textvorschläge BMGSK:

§ 1a

§ 5a

§ 6

§ 8

§ 11

§ 16 ff

§ 38

§ 39

§ 51

§ 60

Inhaltskontrolle

§ 1a

§ 879 Abs. 3 ABGB ist auch auf Risikobeschreibung in Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Vertragsformblättern anzuwenden. Dabei sind jedenfalls solche Risikobegrenzungen nichtig, die unter Bedachtnahme auf das durch die Bezeichnung und Werbung geprägte Erscheinungsbild des Versicherungsvertrages und unter Berücksichtigung aller Umstände des Falles die berechtigten Deckungserwartungen des Versicherungsnehmers gröblich beeinträchtigen.

BMGS: 15.6.1993

Belehrungspflicht/Aushändigung des Antrages und der AVB

§ 5a

(1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer beim Abschluß des Vertrages die allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen sowie eine Kopie der vom Versicherungsnehmer abgegebenen schriftlichen Vertragserklärung auszuhändigen. Weiters hat der Versicherer vor Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers diesen nachweislich über die wesentlichen Punkte des abzuschließenden Vertrages, insbesondere über die wichtigsten ursächlichen, gegenständlichen, inhaltlichen, umfangmäßigen, personellen, örtlichen und zeitlichen Komponenten des Versichertenrisikos einschließlich der damit zusammenhängenden Risikoausschlüsse, die vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden Obliegenheiten sowie die bei Verletzung eintretenden Rechtsfolgen, die Kündigungsmöglichkeiten, die zu zahlenden Prämien und allfälligen Zuschläge, die Prämienfälligkeiten und die Verzugsfolgen zu belehren.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Aushändigung der Versicherungsbedingungen oder der Antragsdurchschrift unterblieben, oder ist der Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluß nicht gemäß Abs 1 belehrt worden, so kann der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht kann binnen 4 Wochen ausgeübt werden. Die Frist beginnt erst zu laufen, wenn dem Versicherungsnehmer die gemäß Abs 1 fehlenden Unterlagen überlassen und Informationen gegeben worden sind und er über sein Rücktrittsrecht durch gesonderte schriftliche Mitteilung belehrt worden ist.

Vertragliche Obliegenheiten

§ 6

(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. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung der Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen. Der Versicherer kann sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles und den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.

(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 gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles und den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) 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. Der Versicherer bleibt, außer im Falle der Arglist des Versicherungsnehmers, zur Leistung verpflichtet, sowie die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.

(4) Die Rechtsfolgen der Abs 1 bis 3 treten nicht ein, wenn die Obliegenheitsverletzung unwesentlich ist. Dies ist der Fall, wenn unter Berücksichtigung aller Umstände die Interessen des Versicherers nicht so stark beeinträchtigt sind, daß ihm die Fortsetzung des Vertrages beziehungsweise die Aufrechterhaltung seiner Leistungspflicht unzumutbar erscheint. Soweit sich der Versicherer auf Leistungsfreiheit berufen kann und diese Rechtsfolge vom Versicherungsnehmer wegen Vorliegens besonderer Umstände als übermäßig erwiesen wird, hat der Richter das Ausmaß der Leistungsfreiheit nach Billigkeit einzuschränken.

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

(6) Knüpft ein vereinbarter Risikoausschluß an ein Verhalten des Versicherungsnehmers an, das eine Verminderung der Gefahr oder die Verhütung einer Erhöhung der Gefahr bewirken oder dem Versicherer vor, bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles Informationen über das zu tragende Risiko verschaffen soll, so sind die Abs. 1 bis 5 entsprechend anzuwenden.

Kündigungsrechte bei Eintritt des Versicherungsfalles

§ 8

....

(x) Ist vereinbart, daß der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles das Versicherungsverhältnis kündigen kann, gilt ein gleiches Kündigungsrecht auch für den Versicherungsnehmer. Die Kündigungsfrist darf für den Versicherungsnehmer nicht länger, die Frist zur Ausübung des Kündigungsrechtes nicht kürzer sein als für den Versicherer.

BMGSK 15.6.1993

Abwicklung des Versicherungsfalles

§ 11

(1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen, spätestens jedoch mit Ablauf von drei Monaten ab Kenntnisnahme des Versicherers vom Eintritt des Versicherungsfalles 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) Die Fristen gemäß Abs. 1 und 2 laufen nicht ab, solange
1. die Beendigung der Erhebung infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist,

2. ein nicht der Sphäre des Versicherers zurechenbarer Umstand vorliegt, der den Abschluß der Erhebungen unmöglich macht, oder

3. ein besonders vereinbartes Sachverständigenverfahren durchzuführen ist, solange bei diesem keine ungerechtfertigten Verzögerungen eintreten.

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

BMGSK 27.5.1993

Vorvertragliche Anzeigepflicht

§ 16

(1) Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei Abschluß des Vertrages nach allen für die Übernahme der Gefahr typischerweise erheblichen Umständen zu fragen. Die Fragestellung hat klar und unzweideutig zu sein, sodaß der Versicherungsnehmer zu ausreichender und richtiger Auskunft über die in Betracht kommenden Punkte veranlaßt wird. Erheblich sind Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluß auszuüben.

(2) Der Versicherungsnehmer hat jene Umstände nach denen gemäß Abs 1 gefragt wurde, anzuzeigen. Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes, nach dem der Versicherungsnehmer gefragt worden ist, grob fahrlässig unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Der Versicherungsnehmer hat jene Umstände nach denen gemäß Abs 1 nicht zu fragen war, von denen er aber weiß, oder wissen mußte, daß sie gefahreneheblich sind, anzuzeigen. Auf diese Anzeigepflicht ist der Versicherungsnehmer vom Versicherer hinzuweisen. Kommt der Versicherungsnehmer seiner Anzeigepflicht nicht nach, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(4) Die Rechtsfolgen der Abs 2 und 3 gelten auch, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(5) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn dem Versicherer unter Berücksichtigung aller Umstände trotz Verletzung der Anzeigepflicht die Fortsetzung des Vertrages zugemutet werden kann."

§ 17

"(1) Der Versicherer kann vom Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand grob fahrlässig eine unrichtige Anzeige gemacht ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder dem Versicherer unter Berücksichtigung aller Umstände trotz Verletzung der Anzeigepflicht die Fortsetzung des Vertrages zugemutet werden kann."

§ 18 entfällt

Prämienverzug

§ 38

(1) Wird eine vor oder bei Beginn des Versicherungsschutzes zu entrichtende Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, unter Setzung einer mindestens vierzehntägigen Nachfrist vom Vertrag zurücktreten. Wird die Prämie bis zum Ende der Nachfrist eingezahlt, tritt der Versicherungsschutz rückwirkend in Kraft.

(2) Der Rücktritt ist nur wirksam, wenn die Rücktrittserklärung des Versicherers

1. nach Eintritt der Fälligkeit der Prämie schriftlich erfolgt, wobei zur Unterzeichnung eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift genügt,

2. jenen Tag datumsmäßig festlegt, bis zu dem die Prämie gezahlt werden kann, um den Rücktritt abzuwenden und den Versicherungsschutz in Kraft zu setzen,

3. den Betrag der vertragsgemäß zu zahlenden Prämie genau bezeichnet und

4. eine ausdrückliche Belehrung darüber enthält, daß nur durch rechtzeitige Einzahlung des rückständigen Prämienbetrages bis zu dem gemäß Z 2 bestimmten Endtermin der Rücktritt abgewendet und der Versicherungsschutz rückwirkend in Kraft gesetzt werden kann.

(3) Ist die Prämie vereinbarungsgemäß in Raten zu bezahlen, gelten die Abs 1 und 2 nur für die vor oder bei Beginn des Versicherungsschutzes zu entrichtende Prämienrate.

§ 39

(1) Wird eine nach Beginn des Versicherungsschutzes zu entrichtende Prämie oder Prämienrate aus dem Versicherungsnehmer zu vertretenden Gründen nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens einem Monat bestimmen. Diese Fristbestimmung bedarf zu ihrer Wirksamkeit

1. der genauen Angabe des Betrages der vertragsgemäß zu zahlenden rückständigen Prämie oder Prämienrate,
2. der datumsmäßigen Bezeichnung jenes Tages, bis zu dem die Zahlung noch erfolgen kann, ohne daß für den Versicherungsnehmer nachteilige Rechtsfolgen eintreten und
3. der Angabe der Rechtsfolgen, die gemäß Abs 2 bis 4 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind, wenn der Versicherungsnehmer bis dahin den rückständigen Betrag nicht eingezahlt hat.

(2) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist schriftlich kündigen, solange der Versicherungsnehmer aus von ihm zu vertretenden Gründen in Verzug ist. Die Kündigungserklärung bedarf zu ihrer Wirksamkeit

1. einer ausdrücklichen Bezugnahme auf die unterlassene Prämienzahlung,
2. der genauen Angabe des Betrages der vertragsgemäßen Prämien oder Prämienrate, mit der der Versicherungsnehmer zur Zeit der Abgabe der Kündigungserklärung im Rückstand war und
3. einer Belehrung über die in Abs 4 enthaltenen weiteren Rechtsfolgen.

(3) Vor Auflösung des Vertrages tritt wegen des Prämienzahlungsverzuges eine Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

(4) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Zugang der Kündigung die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Der vertragsmäßige Versicherungsschutz beginnt ab Einzahlung der rückständigen Prämie mit sofortiger Wirkung.

(5) Für die schriftlichen Erklärung des Versicherers gemäß Abs 1 und 2 genügt zur Unterzeichnung eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift.

Übersicherung

§ 51

(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) Der Versicherungsnehmer kann die Beseitigung der Übersicherung auch rückwirkend begehren, wenn ihm diese bei Abschluß des Vertrages nicht bewußt war und er das Verlangen unverzüglich stellt, nachdem ihm die Übersicherung bewußt geworden ist.

(3) Ist die Übersicherung durch ein Kriegereignis oder durch eine behördliche Maßnahmen 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 ab stellen.

(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.

Der bisherige Abs. 2 erhält die Bezeichnung Abs "3", der bisherige Abs 3 entfällt.

BMGSK 15.6.1993

Doppelversicherung

§ 60

(1) Sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer kann verlangen, daß der die Doppelversicherung begründende spätere Vertrag aufgehoben oder die Versicherungssumme unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie auf den Teilbetrag herabgesetzt wird, der durch die frühere Versicherung nicht gedeckt ist. Die Aufhebung oder Herabsetzung wird, sofern im folgenden nichts anderes bestimmt ist, erst mit dem Ablauf der Versicherungsperiode wirksam, in der sie verlangt wird.

(2) Der Versicherungsnehmer kann die Beseitigung der Doppelversicherung gemäß Abs. 1 mit sofortiger Wirkung begehren, wenn ihm das Entstehen der Doppelversicherung nicht bewußt war und er das Verlangen unverzüglich stellt, nachdem ihm bewußt geworden ist, daß eine Doppelversicherung vorliegt.

(3) Liegen die Voraussetzungen des Abs. 2 vor und kann dem Versicherer das Entstehen der Doppelversicherung, insbesondere wegen unzureichender Aufklärung des Versicherungsnehmers, zum Vorwurf gemacht werden, kann der Versicherungsnehmer die Beseitigung der Doppelversicherung auch rückwirkend verlangen.

(4) Ist die Doppelversicherung dadurch entstanden, daß nach Abschluß der mehreren Versicherungsverträge der Versicherungswert gesunken ist, gilt Abs. 1 mit der Maßgabe, daß der Versicherungsnehmer die Aufhebung oder Herabsetzung mit Wirkung ab Geltendmachung verlangen kann.

Stellt er das Verlangen unverzüglich, nachdem ihm die Doppelversicherung bewußt geworden ist, kann er die Aufhebung oder Herabsetzung auch rückwirkend begehren. Sind die mehreren Versicherungsverträge gleichzeitig oder im Einvernehmen der Versicherer abgeschlossen worden, kann keine Vertragsaufhebung, sondern nur die verhältnismäßige Herabsetzung der Versicherungssummen und der Prämie verlangt werden.

BMGSK 15.6.1993