

Abschlussbericht

der Kommission

zur Reform des Versicherungsvertragsrechts

vom 19. April 2004

1.2.2.7.1	Beginn und Ende.....	28
1.2.2.7.2	Kündigung.....	28
1.2.2.7.3	Festlaufzeit.....	29
1.2.2.8	Prämie bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsvertrags.....	31
1.2.2.9	Zahlungsverzug.....	33
1.2.2.9.1	Nichtzahlung der Erstprämie.....	34
1.2.2.9.2	Nichtzahlung kleiner Teilbeträge.....	34
1.2.2.9.3	Gerichtliche Geltendmachung der Erstprämie.....	35
1.2.2.9.4	Nichtzahlung einer Folgeprämie.....	36
1.2.2.10	Verletzung der vertraglichen Verpflichtungen des Versicherungsnehmers; Gefahrerhöhung.....	36
1.2.2.10.1	Anzeige von Gefahrumständen durch den Versicherungsnehmer.....	38
1.2.2.10.2	Kenntnis des Versicherers.....	40
1.2.2.10.3	Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss.....	40
1.2.2.10.4	Vertragliche Obliegenheiten.....	42
1.2.2.11	Einseitige Vertragsänderung durch den Versicherer.....	44
1.2.2.11.1	Prämienänderungsklauseln.....	44
1.2.2.11.2	Bedingungsänderung.....	45
1.2.2.12	Verjährung.....	47
1.2.2.13	Vorläufige Deckung.....	48
1.2.2.13.1	Vorläufige Deckung als gesonderter Versicherungsvertrag.....	48
1.2.2.13.2	Inhalt des Vertrags.....	50
1.2.2.13.2.1	Umfang des Versicherungsschutzes.....	50
1.2.2.13.2.2	Geltung der AVB.....	50
1.2.2.13.2.3	Prämie für die vorläufige Deckung.....	51
1.2.2.13.3	Beginn des Versicherungsschutzes.....	51
1.2.2.13.4	Beendigung des Versicherungsschutzes.....	52
1.2.2.13.4.1	Abschluss des Hauptvertrags mit demselben Versicherer.....	52
1.2.2.13.4.2	Abschluss eines Hauptvertrags mit einem anderen Versicherer.....	53
1.2.2.13.4.3	Scheitern der Verhandlungen über den Hauptvertrag.....	53
1.2.2.13.4.4	Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	54
1.2.2.13.4.5	Kündigung durch den Versicherer.....	54
1.2.2.13.4.6	Widerruf des Versicherungsnehmers (§ 8 E).....	55
1.2.2.13.5	Kein rückwirkender Wegfall des Versicherungsschutzes bei Prämienverzug.....	55
1.2.2.14	Laufende Versicherung.....	56
1.2.2.15	Versicherungsvermittler.....	58
1.2.2.15.1	Begriff des Versicherungsvermittlers.....	58
1.2.2.15.2	Mitteilungspflichten des Versicherungsvermittlers.....	60

1.2.2.15.3	Beratungsgrundlage des Versicherungsvermittlers	61
1.2.2.15.4	Beratung des Versicherungsnehmers	61
1.2.2.15.5	Schadensersatzpflicht bei Beratungsfehlern	63
1.2.2.15.6	Gesetzliche Vollmacht und Kenntnis des Versicherungsvertreters	64
1.2.3	Grundsätze für die Schadenversicherung	66
1.2.3.1	Neugliederung der allgemeinen Vorschriften	66
1.2.3.2	Unterversicherung	67
1.2.3.3	Schuldhaftes Herbeiführen des Versicherungsfalles	69
1.2.3.4	Rettungspflicht	71
1.2.3.5	Übergang von Ersatzansprüchen	72
1.2.4	Allgemeine Grundsätze für die Sachversicherung	74
1.2.4.1	Neugliederung	74
1.2.4.2	Erweiterter Aufwendungsersatz (§ 92 E)	74
1.2.4.3	Kündigung nach Versicherungsfall	75
1.2.4.4	Veräußerung der versicherten Sache	76
1.2.4.5	Verzicht auf Sonderregelungen für die Feuer-, Gebäude-, Hagel und Tierversicherung	76
1.3	Vorschriften für einzelne Versicherungszweige	78
1.3.1	Haftpflicht-, Rechtsschutz- und Transportversicherung	78
1.3.1.1	Haftpflichtversicherung	78
1.3.1.1.1	Freistellungsanspruch	78
1.3.1.1.2	Anerkenntnisverbot	79
1.3.1.1.3	Abtretungsverbot	80
1.3.1.1.4	Mindestversicherungssumme in der Pflichtversicherung	81
1.3.1.1.5	Direktanspruch des Geschädigten in der Pflichtversicherung	82
1.3.1.2	Rechtsschutzversicherung	83
1.3.1.2.1	Gesetzliches Leitbild	84
1.3.1.2.2	Versicherungsfall	84
1.3.1.2.3	Rettungskosten	85
1.3.1.2.4	Kündigung nach Versicherungsfall	86
1.3.1.2.5	Freie Anwaltswahl	87
1.3.1.3	Transportversicherung	88
1.3.1.3.1	Ausgangslage	88
1.3.1.3.2	Regelungsnotwendigkeit	89
1.3.1.3.3	Gesetzliches Leitbild und Inhaltskontrolle	90
1.3.2	Personenversicherung	91
1.3.2.1	Lebensversicherung	91
1.3.2.1.1	Trennung von Versicherungsschutz und Sparvorgang; Aufteilung der Prämie	93
1.3.2.1.2	Leitbilder für die einzelnen Formen der Lebensversicherung;	

	betriebliche Altersversorgung.....	95
1.3.2.1.3	Überschussbeteiligung.....	97
	1.3.2.1.3.1 Gegenwärtige Rechtslage.....	98
	1.3.2.1.3.2 Die für die Ermittlung des Ergebnisses maßgebende Kapitalanlage des Versicherers.....	100
	1.3.2.1.3.3 Bewertungsreserven.....	102
	1.3.2.1.3.4 Neuregelung.....	105
1.3.2.1.4	Rückkaufswert bei Kündigung; Umwandlung.....	107
	1.3.2.1.4.1 Rückkaufswert bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	108
	1.3.2.1.4.2 Stornoabzug.....	110
	1.3.2.1.4.3 Sonderregelung für Frühstornofälle.....	112
	1.3.2.1.4.4 Herabsetzung des Rückkaufswertes in besonderen Fällen.....	114
	1.3.2.1.4.5 Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung.....	116
1.3.2.1.5	Information des Versicherungsnehmers.....	117
	1.3.2.1.5.1 Mindestinhalt des Lebensversicherungsvertrags.....	118
	1.3.2.1.5.2 Information über den Vertrag.....	119
	1.3.2.1.5.3 Modellrechnung.....	121
	1.3.2.1.5.4 Informationen während der Vertragslaufzeit.....	123
1.3.2.1.6	Widerrufsrecht.....	125
1.3.2.1.7	Neufestsetzung der Prämie.....	127
1.3.2.1.8	Anzeigepflicht.....	129
1.3.2.2	Berufsunfähigkeitsversicherung.....	130
	1.3.2.2.1 Regelungsbedarf.....	130
	1.3.2.2.2 Begriff der Berufsunfähigkeit.....	131
	1.3.2.2.3 Anerkenntnis der Leistungspflicht.....	133
	1.3.2.2.4 Leistungsfreiheit nach Anerkenntnis.....	134
	1.3.2.2.5 Ähnliche Versicherungsverträge.....	135
1.3.2.3	Unfallversicherung.....	135
	1.3.2.3.1 Gesetzliches Leitbild.....	136
	1.3.2.3.2 Invalidität.....	136
	1.3.2.3.3 Gefahrerhöhung.....	136
	1.3.2.3.4 Hinweispflichten des Versicherers.....	137
1.3.2.4	Krankenversicherung.....	138
	1.3.2.4.1 Ausgangslage.....	138
	1.3.2.4.1.1 Krankenversicherungssystem.....	138
	1.3.2.4.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der PKV.....	139
	1.3.2.4.1.3 Reformbedarf.....	139
	1.3.2.4.1.3.1 Versicherungsvertragsrecht.....	139
	1.3.2.4.1.3.2 Gesundheitsreformen.....	140
	1.3.2.4.2 Alterungsrückstellung.....	141

1.3.2.4.2.1	Kalkulationsprinzipien der PKV	141
1.3.2.4.2.2	Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung	143
1.3.2.4.2.2.1	Ausgangssituation	143
1.3.2.4.2.2.2	Bundesgerichtshof	143
1.3.2.4.2.2.3	Stellungnahmen von Sachverständigen- kommissionen	144
1.3.2.4.2.2.4	Voraussetzungen und Grenzen einer Übertragung	146
1.3.2.4.2.3	Übertragungsmodelle	147
1.3.2.4.2.3.1	Kalkulierte Alterungsrückstellung	147
1.3.2.4.2.3.2	Individuelle prospektive Alterungsrück- stellung	148
1.3.2.4.2.3.3	Wirtschaftstheoretisches Übertragungs- modell	150
1.3.2.4.2.3.4	Praktische Umsetzung bisheriger Übertragungsmodelle	152
1.3.2.4.2.3.5	Weitergehende Wechselmodelle	153
1.3.2.4.3	Gesetzlicher Beitragszuschlag	156
1.3.2.4.3.1	Übertragbarkeit des Beitragszuschlags	156
1.3.2.4.3.1.1	Ausgangssituation	156
1.3.2.4.3.1.2	Übertragung auf das neue PKV-Unternehmen	158
1.3.2.4.3.1.3	Fortführung durch das bisherige PKV-Unternehmen	159
1.3.2.4.3.1.4	Fortgeltung der bisherigen Rechtslage	160
1.3.2.4.3.1.5	Schlussfolgerung	162
1.3.2.4.3.2	Verwendung des Beitragszuschlags	163
1.3.2.4.4	Managed Care	164
1.3.2.4.4.1	Ausgangslage	164
1.3.2.4.4.2	Begriff „Managed Care“	164
1.3.2.4.4.3	Regelungsbedarf	165
1.3.2.4.5	Einzelne Themen und Vorschriften	166
1.3.2.4.5.1	Terminologie	166
1.3.2.4.5.1.1	Anwendungsbereich Krankenversicherung	166
1.3.2.4.5.1.2	Einheitliche Begriffe im VVG und VAG	166
1.3.2.4.5.2	Sonderregelungen für Vorschriften des Allgemeinen Teils	167
1.3.2.4.5.2.1	Rettungskosten	167
1.3.2.4.5.2.2	Versicherung für fremde Rechnung	167
1.3.2.4.5.3	Erweiterung des Bereicherungsverbots	168
1.3.2.4.5.4	Befristung von Krankenversicherungsverträgen in Sonderfällen	169

1.3.2.4.5.4.1	Beihilfetarife	169
1.3.2.4.5.4.2	Krankentagegeldversicherung	170
1.3.2.4.5.4.3	Krankenversicherungsverträge von Personen mit befristeter Aufenthaltserlaubnis	171
1.3.2.4.5.4.4	Nicht substitutive Krankenversicherungen	172
1.3.2.4.5.5	Medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeitsgebot	172
1.3.2.4.5.6	Kindernachversicherung	173
1.3.2.4.5.7	Tarifwechsel	174
1.3.2.4.5.7.1	Verschmelzung und Bestandsübertragung	174
1.3.2.4.5.7.2	Erstreckung auf Gesellschaften eines Konzernes	175
1.3.2.4.5.8	Beitragsanpassungen	176
1.3.2.4.5.8.1	Ausgangslage	176
1.3.2.4.5.8.2	Allgemeine Grundsätze der Beitragsrechnung und Beitragsanpassung	177
1.3.2.4.5.8.3	Einzelne Rechnungsgrundlagen	178
1.3.2.4.5.8.3.1	Schadenregulierungskosten	178
1.3.2.4.5.8.3.2	Sterbewahrscheinlichkeiten	179
1.3.2.4.5.8.3.3	Rechnungszins	180
1.3.2.4.5.8.4	Auslösende Faktoren	181
1.3.2.4.5.8.4.1	Obligatorische Überprüfung	181
1.3.2.4.5.8.4.2	Untergrenze für Überprüfung	182
1.3.2.4.5.8.5	Bestandswirksamkeit	182
1.3.2.4.5.9	Anpassung von Selbstbehalten und Risikozuschlägen	182
1.3.2.4.5.10	Unabhängiger Treuhänder	182
1.3.2.4.5.11	Nachweis für den Eintritt der Versicherungspflicht	185
1.3.2.4.5.12	Fortsetzung des Versicherungsvertrags durch mit-versicherte Personen	185
1.3.2.4.5.13	Vertragsfortführung bei Wegzug innerhalb der EU	185
1.3.2.4.5.14	Abweichende Vereinbarungen	186
1.3.2.4.6	Versicherungsvertragsrecht außerhalb des VVG	186
1.3.2.4.6.1	Sozialrecht	186
1.3.2.4.6.2	Versicherungsvertragsrecht im VAG	187
1.4	Informationspflichtenverordnung	188
1.4.1	Beachtung der gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben	188
1.4.2	Informationspflichten für alle Versicherungszweige	189
1.4.3	Bestimmtheit der Informationspflichten	189
1.4.4	Muster für die Widerrufsbelehrung	190
1.5	Inkrafttreten; Übergangsvorschriften	190
1.5.1	Allgemeines Inkrafttreten	190
1.5.2	Vorzeitiges Inkrafttreten einzelner Vorschriften	191

1.5.3	Erstreckung der Neuregelungen auf Altverträge.....	191
1.5.3.1	Sonderregelung für Altverträge der Lebensversicherung.....	192
1.5.3.2	Sonderregelung für Altverträge der Krankenversicherung.....	192
1.5.3.3	Sonderregelung für Pflichtversicherungen.....	193
1.5.4	Regelungen für einzelne neue Vorschriften.....	193
1.5.5	Ergänzende Überlegungen.....	193
1.5.6	Einseitige AVB-Änderungen und -Ergänzungen durch Versicherer.....	194
2	Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts.....	195
2.1	Artikel 1 Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertrags- gesetz 2006 – VVG 2006).....	195
	Kapitel 1 Allgemeiner Teil.....	195
	Abschnitt 1 Vorschriften für alle Versicherungszweige.....	195
	Titel 1 Allgemeine Vorschriften.....	195
	Titel 2 Anzeigepflicht, Gefahrerhöhung, Obliegenheiten.....	204
	Titel 3 Prämie.....	211
	Titel 4 Versicherung für fremde Rechnung.....	215
	Titel 5 Vorläufige Deckung.....	217
	Titel 6 Laufende Versicherung.....	219
	Titel 7 Versicherungsvermittler.....	221
	Untertitel 1 Mitteilungspflichten, Beratung.....	221
	Untertitel 2 Vertretungsmacht des Versicherungsvertreters.....	224
	Abschnitt 2 Schadenversicherung.....	226
	Titel 1 Allgemeine Vorschriften.....	226
	Titel 2 Sachversicherung.....	232
	Kapitel 2 Einzelne Versicherungszweige.....	235
	Abschnitt 1 Haftpflicht-, Rechtsschutz- und Transport- versicherung.....	235
	Titel 1 Haftpflichtversicherung.....	235
	Untertitel 1 Allgemeine Vorschriften.....	235
	Untertitel 2 Vorschriften für die Pflichtversicherung.....	240
	Titel 2 Rechtsschutzversicherung.....	245
	Titel 3 Transportversicherung.....	246
	Abschnitt 2 Personenversicherung.....	251
	Titel 1 Lebensversicherung.....	251
	Titel 2 Berufsunfähigkeitsversicherung.....	260
	Titel 3 Unfallversicherung.....	262
	Titel 4 Krankenversicherung.....	265
	Kapitel 3 Schlussvorschriften.....	276

2.2	Artikel 2	Änderung des Einführungsgesetzes zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag.....	277
2.3	Artikel 3	Informationspflichtenverordnung.....	277
2.4	Artikel 4	Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs.....	278
2.5	Artikel 5	Änderung des Handelsgesetzbuchs.....	278
2.6	Artikel 6	Änderung des Pflichtversicherungsgesetzes.....	278
2.7	Artikel 7	Änderung der Kraftfahrzeug-Pflichtversicherungsverordnung.....	280
2.8	Artikel 8	Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes.....	280
2.9	Artikel 9	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	283
2.10	Artikel 10	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	284
2.11	Artikel 11	Änderung des Sozialgerichtsgesetzes.....	284
2.12	Artikel 12	Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang.....	284
2.13	Artikel 13	Inkrafttreten, Außerkrafttreten.....	284
3	Begründung des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts		286
3.1	Zu Artikel 1	Gesetz über den Versicherungsvertrag.....	286
3.2	Zu Artikel 2	Änderung des Einführungsgesetzes zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag.....	417
3.3	Zu Artikel 3	Informationspflichtenverordnung.....	418
3.4	Zu Artikel 4	Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs.....	418
3.5	Zu Artikel 5	Änderung des Handelsgesetzbuchs.....	418
3.6	Zu Artikel 6	Änderung des Pflichtversicherungsgesetzes.....	419
3.7	Zu Artikel 7	Änderung der Kraftfahrzeug-Pflichtversicherungsverordnung.....	420
3.8	Zu Artikel 8	Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes.....	420
3.9	Zu Artikel 9	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	424
3.10	Zu Artikel 10	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	424
3.11	Zu Artikel 11	Änderung des Sozialgerichtsgesetzes.....	425
3.12	Zu Artikel 12	Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang.....	425
3.13	Zu Artikel 13	Inkrafttreten, Außerkrafttreten.....	425
	Anhang 1	Mitgliederverzeichnis	427
	Anhang 2	Synopse VVG - VVG 2006 (E)	430
	Anhang 3	Synopse VVG 2006 (E) – VVG	497

Abkürzungsverzeichnis

a.A.	anderer Ansicht
a.a.O.	am angegebenen Ort
ABl.	Amtsblatt
Abs.	Absatz
AF	Auslösender Faktor
AGBG	Gesetz zur Regelung des Rechts der allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB-Gesetz) i.d.F. der Bekanntmachung vom 29.6.2000 (BGBl. I S. 946); aufgehoben seit 1.1.2002
AHB	Allgemeine Bedingungen für die Haftpflichtversicherung
Alt.	Alternative
Altersvermögensgesetz	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögens (Altersvermögensgesetz - AVmG) vom 26.6.2001 (BGBl. I S. 1310)
AltZertG	Gesetz über die Zertifizierung von Altersvorsorgeverträgen (Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz – AltZertG) vom 26.6.2001 (BGBl. I 2001 S. 1310, 1322)
ARB	Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung
Art.	Artikel
AUB	Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
AVB BUZ	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung
AVB Vermögen	Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Haftpflichtversicherung für Vermögensschäden
AVB-WB	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Vermögensschadenshaftpflichtversicherung von Rechtsanwälten und von Angehörigen der wirtschaftsprüfenden sowie wirtschafts- und steuerberatenden Berufe
Az.	Aktenzeichen
BAFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BAV	Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vom 20.12.1990 (BGBl. I S. 2954)
BerVersV	Verordnung über die Berichterstattung von Versicherungsunternehmen gegenüber dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (VerVersV) vom 14.6.1995 (BGBl. I. S. 858)
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch i.d.F. der Bekanntmachung vom 2.1.2002 (BGBl. I S. 42)
BGB-InfoV	Verordnung über Informations- und Nachweispflichten nach bürgerlichem Recht vom 2.2.2002 (BGBl. I S. 342)

BGBI.	(deutsches) Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen
BK	Berliner Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz, 1999
BlgNR	Beilage(n) zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates (Österreich)
BNotO	Bundesnotarordnung (BNotO) vom 13.2.1937 (BGBI. I 1961 S. 97)
BPfIV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BPfIV) vom 26.9.1994 (BGBI. I S. 2750)
BR-Drs.	Bundesratsdrucksache
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BTX	Bildschirmtext
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DeckRV	Verordnung über die Rechnungsgrundlagen für die Deckungsrückstellung vom 6. Mai 1996 (BGBI. I S. 670)
Dritte Richtlinie Lebensversicherung	Richtlinie 92/96/EWG des Rates vom 10.11.1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 79/267/EWG und 80/619/EWG (Dritte Richtlinie Lebensversicherung), ABl. EG Nr. L 360 S. 1
Dritte Richtlinie Schadenversicherung	Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18. 6.1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG und 88/357/EWG (Dritte Richtlinie Schadenversicherung), ABl. EG Nr. L 228 S. 1
Drittes Durchführungsge- setz/EWG zum VAG	Drittes Gesetz zur Durchführung versicherungsrechtlicher Richtlinien des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 21.7.1994 (BGBI. I, S. 1630)
E	Entwurf der Kommission für ein neues Versicherungsvertragsgesetz
EG	Europäische Gemeinschaft
EGVVG	Einführungsgesetz zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30.5.1908 (BGBI. S. 305)
EU	Europäische Union
evtl.	eventuell
f.	folgend
Fernabsatzrichtlinie II	Richtlinie 2002/65/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen an Verbraucher und zur Änderung der Richtlinie 90/619/EWG des Rates und der Richtlinien 97/7/EG und 98/27/EG, ABl. EG L 271/16 vom 9.10.2002
ff.	folgende

Formvorschriften- anpassungsgesetz	Gesetz zur Anpassung der Formvorschriften und anderer Vorschriften an den modernen Rechtsgeschäftsverkehr (Formvorschriftenanpassungsgesetz) vom 13.7.2001 (BGBl. I S. 1542)
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.5.1979 (BGBl. S. 1)
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte vom 18.3.1965 (BGBl. I S. 89)
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18.3.1965 (BGBl. I S. 123)
HGB	Handelsgesetzbuch vom 10.5.1897 (RGGBl. S. 219)
HWiG	Gesetz über den Widerruf von Haustürgeschäften vom 16.1.1986 (BGBl. I S. 122), aufgehoben seit 1.1.2002
i.d.F.	in der Fassung
i.d.R.	in der Regel
i.e.S.	im engeren Sinne
i.S.	im Sinne
i.V.m.	in Verbindung mit
insbes.	insbesondere
KaIV	Kalkulationsverordnung vom 18.11.1996 (BGBl. I S. 1783)
KapAustV	Verordnung über die Kapitalausstattung von Pensionsfonds (Pensionsfonds-Kapitalausstattungsverordnung) vom 20.12.2001 (BGBl. I S. 4180)
Kfz	Kraftfahrzeug
KfzPflVV	Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung (Kraftfahrzeug-Pflichtversicherungsverordnung – KfzPflVV) vom 29.7.1994 (BGBl. I S. 1837)
KStG	Körperschaftsteuergesetz vom 31.8.1976 (BGBl. I S. 2597, 2599)
m.Anm.	mit Anmerkung
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
n.rkr.	nicht rechtskräftig
NVersZ	Neue Zeitschrift für Versicherung und Recht
ÖBGBl.	(österreichisches) Bundesgesetzblatt
OLG	Oberlandesgericht
ÖVVG	(österreichisches) Bundesgesetz vom 2.Dezember 1958 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz) (ÖBGBl. 1953/133)
PflVG	Gesetz über die Pflichtversicherung für Kraftfahrzeughalter (Pflichtversicherungsgesetz) vom 5.4.1965 (BGBl. I S. 213)
PKV	Private Krankenversicherung
Prölss/Martin	Versicherungsvertragsgesetz, 26. Auflage 1998
RabelsZ	Zeitschrift für ausländisches und internationales Privatrecht

RfB	Rückstellung für Beitragsrückerstattung
RGBl.	Reichsgesetzblatt
Richtlinie über den elektronischen Geschäftsverkehr	Richtlinie 2000/31/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 8. Juni 2000 über bestimmte rechtliche Aspekte der Dienste der Informationsgesellschaft, insbesondere des elektronischen Geschäftsverkehrs, im Binnenmarkt („Richtlinie über den elektronischen Geschäftsverkehr“), ABl. EG Nr. L 178 S. 1
RL	Richtlinie
Rn.	Randnummer
Römer/Langheid	Versicherungsvertragsgesetz, 1997
S.	Seite
s.o.	siehe oben
SGB V	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988, BGBl. I S. 2477)
SGB X	Das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch – Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten – (Artikel 1 des Gesetzes vom 4.11.1982, BGBl. I S. 1450)
SGB XI	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26.5.1994, BGBl I s. 1014)
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
StGB	Strafgesetzbuch (StGB) i.d.F. der Bekanntmachung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322)
u.a.	unter anderem
ÜbschV	Verordnung zur Ermittlung und Verteilung von Überzins und Überschuss in der Krankenversicherung (Überschussverordnung) vom 8.11.1996 (BGBl S. 1887)
u.U.	unter Umständen
Urt.	Urteil
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
VAG	Gesetz über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungsunternehmen und Bausparkassen (Versicherungsaufsichtsgesetz) i.d.F. der Bekanntmachung vom 17.12.1992 (BGBl. 1993 I S. 2)
VerBAV	Veröffentlichungen des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen
VerbrKrG	Verbraucherkreditgesetz (Artikel 1 des Gesetzes über Verbraucherkredite, zur Änderung der Zivilprozessordnung und anderer Gesetze) vom 17.12.1990 (BGBl. I 2840), aufgehoben seit 1.1.2002
Vermittlerrichtlinie	Richtlinie 2002/92/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Dezember 2002 über Versicherungsvermittlung, ABl. EG L 9/3 vom 15.1.2003
VersR	Versicherungsrecht (Zeitschrift)

vgl.	vergleiche
VN	Versicherungsnehmer
VR	Versicherer/Versicherungsunternehmer
VVaG	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30.5.1908 (RGBl. 263)
VVG-neu	Gesetz über den Versicherungsvertrag in der von der Kommission vorgesehenen Fassung
WAP	Wireless Application Protocol
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
ZfB	Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung
Ziff.	Ziffer
ZPO	Zivilprozessordnung in der Fassung vom 12.9.1950 (BGBl. S. 533)
ZRQuotenV	Verordnung über die Mindestleistungsrückerstattung in der Lebensversicherung (ZRQuotenV) vom 23.7.1996 (BGBl. I S. 1190)

1 Vorschläge für ein neues Versicherungsvertragsrecht

1.1 Tätigkeit der Kommission

1.1.1 Auftrag

Am 7. Juni 2000 hat das Bundesministerium der Justiz die Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts eingesetzt und deren Mitglieder (vgl. Anhang 1) berufen.

Die in der Sache umfassende Aufgabe der Kommission wurde dabei ohne inhaltliche Vorgaben in der Weise umschrieben, dass die Kommission Vorschläge erarbeiten soll, die es dem Gesetzgeber erlauben, das Versicherungsvertragsrecht in seinen allgemeinen Bestimmungen wie auch das Vertragsrecht der einzelnen Versicherungszweige unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Rechtsprechung und der Vertragspraxis zeitgemäß und übersichtlich zu gestalten.

Die Bundesministerin der Justiz, Frau Prof. Dr. Herta Däubler-Gmelin, erklärte in der konstituierenden Sitzung der Kommission am 7. Juni 2000, eine Reform des Versicherungsvertragsgesetzes sei dringend erforderlich. Das 1910 in Kraft getretene Gesetz beruhe auf dem damaligen Denken und Rechtsgefühl und sei nicht mehr zeitgemäß. Punktuelle Änderungen oder Ergänzungen reichten nicht aus, gebraucht werde eine Gesamtreform des Gesetzes.

In einer Mitteilung des Bundesministeriums der Justiz vom 7. Juni 2000 an die Presse (Nr. 40/00) ist dazu weiter ausgeführt, drängende vertragsrechtliche Probleme stellten sich in allen Versicherungszweigen. In der Lebensversicherung erwarte die Öffentlichkeit Lösungen zur Überschussbeteiligung. Auch im Recht der privaten Krankenversicherung sollten Probleme wie die Mitnahme der Alterungsrückstellungen beim Wechsel des Krankenversicherers diskutiert werden. Wichtige Bereiche der Kommissionsarbeit seien u. a. die Neubestimmung der Beratungs-, Aufklärungs- und Informationspflichten der Versicherer, die Schaffung gesetzlicher Mindeststandards für die einzelnen Versicherungszweige (z.B. die Rechtsschutz- und die Pflichtversicherung), die Überprüfung der bestehenden Regelungen zu Laufzeit, Widerruf und Rücktrittsrechten sowie die Aufarbeitung der Probleme, die mit den neuen technischen Möglichkeiten zusammenhängen (z.B. Gentests, elektronischer Abschluss von Versicherungsverträgen).

Die Kommission soll ihre Arbeitsergebnisse in einem Bericht vorlegen, der mit einem Gesetzesvorschlag einschließlich Begründung abschließt. Diesen Auftrag erfüllt die Kommission mit dem folgenden Abschlussbericht.

1.1.2 Durchführung

Die Kommission hat zunächst das gesamte geltende Versicherungsvertragsrecht auf denkbare Änderungen und Ergänzungen durchgesehen und Einzelvorschläge für eine zukünftige Regelung diskutiert. Bei dieser Arbeit ist sie nicht davon ausgegangen, sie müsse „das Rad noch einmal neu erfinden“. Sie hat sich insbesondere dann gegen die Neuregelung einzelner Punkte ausgesprochen, wenn sich die bisherige Regelung insgesamt bewährt hat und Vorteile einer anderen Regelung nicht ersichtlich sind. Umgekehrt hat die Kommission aber auch nicht die Beibehaltung einer wenig befriedigenden Regelung allein deswegen empfohlen, weil „wir es immer schon so gemacht haben“. Voraussetzung für eine Änderung war dann allerdings ein Vorschlag, der gegenüber der bisherigen Regelung systematisch und inhaltlich überzeugende Vorteile bringt.

Es hat sich bald gezeigt, dass die Zahl der vorzuschlagenden Neuregelungen recht groß sein würde. Ihre Einarbeitung in das geltende Versicherungsvertragsgesetz wäre sehr schwierig geworden und hätte eine erhebliche Unübersichtlichkeit des reformierten Gesetzes zur Folge gehabt. Dazu kommt, dass die Kommission einige Änderungen der grundsätzlichen Gliederung für erforderlich (vgl. Ziff. 1.2.1) und einzelne Titel für bestimmte Versicherungszweige für entbehrlich hält (vgl. Ziff. 1.3.1). Deshalb schlägt die Kommission jetzt eine Neufassung des Gesetzes vor, die allerdings in vielen Punkten bewährte Regelungen teils wörtlich, teils inhaltlich unverändert übernimmt.

Ein wichtiges Ziel einer Neuregelung muss es sein, das Versicherungsvertragsrecht mit der rechtspolitischen und -tatsächlichen Entwicklung der letzten Jahrzehnte wieder in Einklang zu bringen. Abweichungen vom allgemeinen, in wesentlichen Punkten durch das Schuldrechtsmodernisierungsgesetz am 1. Januar 2002 reformierten Schuldrecht sollen auf diejenigen Punkte beschränkt bleiben, bei denen sachliche Unterschiede dies rechtfertigen. Berücksichtigt werden muss aber auch die Reduzierung der Regulierung aller Versicherungszweige, insbesondere durch die dritte Generation der Versicherungsrichtlinien der Europäischen Union, unter Betonung der Entscheidungsfreiheit der Versicherungsnehmer, deren notwendige Information bei Vertragsschluss allerdings sicherzustellen ist.

Die Kommission ist von der Zweckmäßigkeit einer sehr weitgehenden Harmonisierung des Versicherungsvertragsrechts innerhalb der Europäischen Gemeinschaft überzeugt. Solange sich die weitgehend zwingend ausgestalteten Versicherungsvertragsrechte der Mitgliedstaaten wesentlich unterscheiden, sind die Versicherungsunternehmen einerseits nicht in der Lage, einheitliche Produkte und Prämien für die Versicherungsnehmer in allen Mitgliedstaaten anzubieten. Andererseits kann im Versicherungswesen kaum darauf verzichtet werden, dass der Versicherer das Vertragsrecht und insbesondere die Verbraucherschützenden Vorschriften desjenigen Mitgliedstaats zu beachten hat, in dem der Versicherungsnehmer wohnt.

Da eine deutsche Sachverständigenkommission kein Mandat für die Harmonisierung innerhalb der Europäischen Gemeinschaft haben kann, muss sich die Kommission insoweit auf zwei Gesichtspunkte beschränken. Zunächst kann ein modernisiertes deutsches Versicherungsvertragsrecht eher als Ansatzpunkt für die spätere Harmonisierung dienen, als ein jetzt schon fast 100 Jahre altes Gesetz, das durch die Rechtsprechung vielfach über den Wortlaut hinaus interpretiert und ergänzt worden ist. Vor allem soll aber der Weg zu einem einheitlichen europäischen Versicherungsvertragsrecht nicht durch eine deutsche Neuregelung erschwert werden. Deshalb sollten Regelungen unterbleiben, von denen jetzt schon ersichtlich ist, dass sie bei einer späteren Harmonisierung keinen Bestand haben können.

Unter diesen Umständen war es für die Kommission unumgänglich, sich einen Überblick über das in den anderen Mitgliedstaaten geltende Versicherungsvertragsrecht zu verschaffen. Von besonderer Bedeutung sind dabei diejenigen Länder, in denen erst in letzter Zeit eine Neuregelung vorgenommen worden ist. Das Bundesministerium der Justiz hat deshalb das Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Privatrecht in Hamburg mit einem rechtsvergleichenden Gutachten zum Versicherungsvertragsrecht in Europa beauftragt, welches der Kommission seit September 2001 vorliegt; es ist inzwischen in einer wesentlich erweiterten Fassung veröffentlicht worden (Europäisches Versicherungsvertragsrecht, herausgegeben von Jürgen Basedow und Till Fock, bisher erschienen zwei Bände, Tübingen 2002). Die Themenschwerpunkte dieses Gutachtens sind in den vorausgehenden Beratungen der Kommission entwickelt worden.

1.1.3 Bereits erstattete Berichte

1.1.3.1 Verwendung von Gentests durch Versicherer

Die Kommission hat im Dezember 2001 dem Bundesministerium der Justiz eine Stellungnahme zur Frage der zukünftigen Regelung der Verwendung von Gentests durch Versicherer zugeleitet; dieser Bericht ist später in dem Zwischenbericht (Ziff. 1.1.3.2) als dessen Teil C wiedergegeben. Er ist von der Kommission mit einer Gegenstimme verabschiedet worden; das abweichend votierende Kommissionsmitglied befürwortete ein an der österreichischen Regelung orientiertes gesetzliches Verbot der Verwendung von Gentests durch Versicherer.

1.1.3.2 Zwischenbericht

Die Kommission hat am 30. Mai 2002 einen Zwischenbericht über ihre Arbeit verabschiedet und anschließend dem Bundesministerium der Justiz zugeleitet, das ihn im September 2002 veröffentlicht und den interessierten Kreisen zur Verfügung gestellt hat. Neben der Unterrichtung des auftraggebenden Ministeriums sollte dieser Bericht jedermann einen Einblick in den Stand der Überlegungen der Kommission und damit die Möglichkeit zu Gegenäußerungen geben, bevor die Kommission zu ihren endgültigen Vorschlägen kommt. Davon ist vielfach Gebrauch gemacht worden. Die Kommission hat daraufhin ausführliche Diskussionen insbesondere mit interessierten Verbänden geführt. Allen, die sich dieser Mühe unterzogen haben, sei an dieser Stelle ausdrücklich gedankt; die Diskussionen haben viel zu der endgültigen Meinungsbildung der Kommission beigetragen.

1.1.3.3 Stellungnahme zur Richtlinienumsetzung

Die Kommission hat am 2. Juni 2003 eine Stellungnahme zur Umsetzung der Richtlinien 2002/65/EG (Fernabsatz-Richtlinie II) und 2002/92/EG (Vermittler-Richtlinie) verabschiedet und dem Bundesministerium der Justiz zugeleitet, das diese Stellungnahme interessierten Kreisen zur Verfügung gestellt hat. Beide Richtlinien müssen vor einer grundlegenden Reform im deutschen Versicherungsvertragsrecht umgesetzt werden. Die Kommission wollte die Bundesregierung noch rechtzeitig vor Beginn der Arbeiten an der unvermeidlichen Zwischenlösung darüber unterrichten, wie diese und die anschließende endgültige Lösung im Rahmen der Reform nach Auffassung der Kommission gestaltet werden sollte.

Inzwischen hat die Bundesregierung am 28. Januar 2004 zur Umsetzung der Richtlinie 2002/65/EG den Gesetzentwurf zur Änderung von Vorschriften über Fernabsatzverträge über Finanzdienstleistungen beschlossen und dem Bundesrat zugeleitet (Bundesratsdrucksache 84/04). Die Arbeiten an dem Gesetzentwurf zur Umsetzung der Richtlinie 2002/92/EG sind noch nicht abgeschlossen; die Kommission hat durch ihren Vorsitzenden zu einem vorbereitenden Diskussionspapier des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit Stellung genommen. Die Vorschläge zur endgültigen Regelung im Rahmen der Reform enthält der hiermit vorgelegte Gesetzentwurf der Kommission; sie werden durch die von der Bundesregierung vorgesehene Zwischenlösung zum Fernabsatz nicht in Frage gestellt.

1.1.4 Verabschiedung dieses Berichtes

Der unter Ziff. 2 wiedergegebene Vorschlag eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts wird von den Mitgliedern der Kommission insgesamt getragen. Er enthält aber auch von der Kommissionsmehrheit gebilligte Regelungen, zu denen einzelne Kommissionsmitglieder eine von der Mehrheit abweichende Auffassung vertreten haben und auch weiterhin vertreten. So legt ein Mitglied Wert darauf, den Begriff der „Versicherung“ grundsätzlich anders, und zwar im Sinne des Entwurfs von 1997 (dazu Ziff. 1.3.2.1.1) zu gestalten und zumindest im Zusammenhang mit einem Entwurf eines neuen Versicherungsvertragsgesetzes eine ausdrückliche aufsichtsrechtliche Regelung für die „dritte Organisationsform“ der Versicherung (vgl. dazu Ziff. 1.2.2.1.1, letzter Absatz, und 1.3.2.1.1 – jeweils zur Geschäftsbesorgung) einschließlich der Rechnungslegung vorzusehen; dazu und zu den Bereichen Lebensversicherung und Krankenversicherung hat dieses Mitglied dem Bundesministerium der Justiz nach der letzten Arbeitssitzung der Kommission konkrete Vorschläge zugeleitet, die hier nicht mehr berücksichtigt werden konnten. Ein anderes Mitglied hat sich für die Weitergabe der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung beim Versichererwechsel ohne weitere Eingriffe in das System der privaten Krankenversicherung ausgesprochen (dazu Ziff. 1.3.2.4.2). Die bei Einzelpunkten ohne Unterstützung oder in der Minderheit gebliebenen Mitglieder stellen damit das Reformprojekt insgesamt nicht in Frage. Die Kommission hat allerdings nach Möglichkeit auch vermieden, Vorschläge zu machen, die gerade noch von einer rechnerischen Mehrheit der Kommissionsmitglieder gebilligt worden wären.

1.1.5 Unterstützung der Kommission durch das Bundesministerium der Justiz

Das im Bundesministerium der Justiz für Versicherungsvertragsrecht zuständige Referat III A 6 (Leitung: Ministerialrat Volker Schöfisch) hat die Kommission bei ihrer Arbeit unterstützt. Jeweils ein Mitarbeiter dieses Referats

Frau Regierungsdirektorin Ute Höfeld (bis 30.09.2001)

Frau Regierungsdirektorin Christel Jagst (1.10.2001 bis 30.11.2002)

Herr Richter am Landgericht Dr. Lars Schmidt (seit 1.12.2002)

hat insbesondere bei der Vorbereitung und bei der Umsetzung von Kommissionsbeschlüssen auch die Aufgaben eines Sekretariats wahrgenommen. Die Kommission dankt ihnen für die gute kollegiale Zusammenarbeit.

Seit 1. November 2002 hat Herr Ministerialrat i.R. Jörg Ankele, früher Leiter des Referats III A 5 des Bundesministeriums der Justiz, die Kommission in vielfältiger Form zusätzlich unterstützt. Er hat insbesondere in weiten Bereichen die Umsetzung der Einzelbeschlüsse der Kommission in einen Gesetzentwurf vorbereitet. Ohne seinen Einsatz wäre ein ausformulierter Vorschlag, wie er jetzt in Ziff. 2 dieses Abschlussberichts vorgelegt wird, einschließlich Begründung (Ziff. 3) innerhalb der letztlich zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich gewesen. Die Kommission dankt Herrn Ankele für seinen unermüdlichen Einsatz.

Die Kommission war bei ihren mehrtägigen Arbeitssitzungen Gast der Friedrich-Ebert-Stiftung, von Ausnahmen abgesehen in der Akademie Frankenwarte in Würzburg. Für diese Unterstützung dankt die Kommission der Stiftung, besonders auch den Mitarbeitern der Frankenwarte unter der Leitung von Herrn Rosenthal.

1.2 Grundsätze für ein neues VVG

1.2.1 Gliederung des Gesetzes

Die Gliederung des Entwurfs weicht zum Teil erheblich von dem bisherigen Versicherungsvertragsgesetz ab.

An erster Stelle eines Allgemeinen Teiles (Kapitel 1) stehen - wie bisher – als Abschnitt 1 die für alle Versicherungszweige geltenden Vorschriften. Titel 1 enthält Allgemeine Vorschriften (§§ 1 bis 20 E), Titel 2 umfasst nunmehr neben Anzeigepflicht und Gefahrerhöhung auch vertragliche Obliegenheiten (§§ 21 bis 35 E), während Titel 3 die Regelungen zur Prämie enthält (§§ 36 bis 45 E). Neu aufgenommen sind die die Versicherung für fremde Rechnung betreffende Titel 4 (§§ 46 bis 51 E) sowie die Titel 5 zur Vorläufigen Deckung (§§ 52 bis 55 E) und 6 zur Laufenden Versicherung (§§ 56 bis 59). Titel 7 betrifft schließlich die Versicherungsvermittler, und zwar mit Untertiteln Mitteilungspflichten und Beratung des Versicherungsnehmers (§§ 60 bis 68 E) sowie Vertretungsmacht des Versicherungsvertreters (§§ 69 bis 74 E).

An der zweiten Stelle des Allgemeinen Teiles stehen als Abschnitt 2 die Vorschriften der §§ 75 bis 100 E über die Schadenversicherung. Sie sind in einen Titel 1 Allgemeine Vorschriften (§§ 75 bis 89 E) und einen Titel 2 für die Sachversicherung (§§ 90 bis 100 E) gegliedert.

Es folgen in einem Kapitel 2 die Vorschriften für einzelne Versicherungszweige, untergliedert in einen Abschnitt 1 für die Haftpflicht-, Rechtsschutz- und Transportversicherung und einen Abschnitt 2 für die Personenversicherung.

1.2.2 Grundsätze für alle Versicherungsverträge

1.2.2.1 Anwendungsbereich

1.2.2.1.1 Versicherungsvertrag

Die Regelung für Versicherungsverträge ist ein Teil des besonderen Schuldrechts und muss deshalb durch Bestimmung des Anwendungsbereichs von dem allgemeinen Schuldrecht und anderen Sonderregelungen abgegrenzt werden.

Dies geschieht im bisherigen § 1 VVG allein durch die Verwendung des nicht näher umschriebenen Begriffes „Versicherung“. Auch in § 1 Abs. 1 VAG wird entsprechend der Begriff „Versicherungsgeschäft“ ohne weitere Umschreibung verwendet. Auf der einen Seite wird dadurch vermieden, dass durch eine nähere Umschreibung, die von den aktuellen Versiche-

rungsformen ausgeht, zukünftige Entwicklungen der Versicherungsprodukte ausgeschlossen werden. Auf der anderen Seite ist der Anwendungsbereich auf diese Weise nicht einmal ansatzweise bestimmt.

Um die Bestimmung des Anwendungsbereichs nicht ausschließlich der Auslegung zu überlassen, bestimmt § 1 E als Kern jeder Versicherung, dass der Versicherer - bei wirtschaftlicher Betrachtung - ein bestimmtes Risiko übernimmt. Da dieses Risiko in aller Regel aber rechtlich nicht übertragbar ist, kann es der Versicherer nur durch das Versprechen einer bestimmten Leistung im vereinbarten Versicherungsfall absichern. Dies geschieht entgeltlich, indem sich der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer für die Absicherung die vereinbarte Prämie zu bezahlen.

Durch diese Umschreibung wird keine Erweiterung des Anwendungsbereichs gegenüber dem bisherigen Gesetz vorgenommen. Auch der Gleichklang mit dem sachlichen Umfang der Versicherungsaufsicht bleibt gewahrt. Es gibt auch andere Methoden und Vorgehensweisen als die Versicherung, um bestimmte Risiken abzusichern. So kann z.B. ein Währungs- oder Kapitalmarktrisiko durch ein Termin- oder Optionsgeschäft mit einem Dritten abgesichert werden, das bei Fälligkeit bestimmte Leistungen vorsieht; in Kaufverträgen kann der Verkäufer weit über die Gewährleistung hinaus Garantien für die technische Nutzbarkeit oder wirtschaftliche Verwertbarkeit der gelieferten Ware übernehmen. Dabei handelt es sich aber weder nach geltendem Recht um „Versicherung“, noch um einen Versicherungsvertrag bzw. um einen Versicherungsfall im Sinne des § 1 E.

Indem § 1 E die typische Kernleistung aus dem Versicherungsvertrag beschreibt, werden weitere Leistungsschwerpunkte, die in gemischten Verträgen anzutreffen sind, und Nebenleistungen nicht ausgeschlossen. Dies gilt insbesondere für Versicherungsverträge mit einer bedeutenden Sparkomponente, wie sie z.B. bei der kapitalbildenden Lebensversicherung, der Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr oder der mit Alterungsrückstellungen kalkulierten Krankenversicherung anzutreffen sind. Andere Mischformen sind in der Krankenversicherung auf dem Gebiet von Managed-Care-Produkten denkbar (vgl. Ziff. 1.3.2.4.4).

§ 1 E und damit das Gesetz insgesamt umfassen beide grundsätzlichen Formen der Versicherung - den zweiseitigen Versicherungsvertrag mit Leistungsaustausch zwischen zwei rechtlich und wirtschaftlich selbständigen Vertragspartnern ebenso wie den Versicherungsschutz im Zusammenhang mit der Zugehörigkeit des Versicherungsnehmers zu einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG). Im zweiten Fall (VVaG) können die relevanten Bestimmungen über den Versicherungsschutz auf die Vereinssatzung und den zweiseitigen

Einzelvertrag VVaG/Versicherungsnehmer unterschiedlich verteilt werden. Die Anwendung des Gesetzes im Allgemeinen und der Begriff Versicherungsvertrag bzw. Versicherungsverhältnis im Besonderen bleiben davon unberührt.

Falls eine dritte denkbare Form der Versicherung - ein Geschäftsbesorgungsvertrag vieler Versicherungsnehmer mit einem Dritten, verbunden mit einer rechtlichen Vergemeinschaftung der Risiken und Chancen aller beteiligten Versicherungsnehmer untereinander - in Zukunft realisiert werden sollte, würden auch derartige Verträge in den Anwendungsbereich des Gesetzes fallen. § 1 E soll durch die Formulierung „... ein bestimmtes Risiko ... abzuschließen...“ sicherstellen, dass auch diese Versicherungsorganisation erfasst wird, die deutliche Parallelen zur VVaG-Versicherung aufweist.

1.2.2.1.2 Einschränkungen

1.2.2.1.2.1 Ausschluss der Sozialversicherung

Auf die Versicherungsverhältnisse der Sozialversicherung ist das Versicherungsvertragsrecht nicht anwendbar, denn deren Leistungen werden nicht auf der Grundlage eines (privatrechtlichen) Vertrags erbracht. Es ist deshalb nicht erforderlich, in § 1 E die Sozialversicherung ausdrücklich auszuschließen (anders § 1 Abs. 1 VAG).

Die Träger der Sozialversicherung sind aber nicht schon deswegen, weil sie juristische Personen des öffentlichen Rechts sind, von der Anwendung des Vertragsrechts ausgeschlossen. Sollten sie in Zukunft außerhalb der Sozialversicherung zusätzliche Versicherungsleistungen auf vertraglicher Grundlage erbringen, wäre das Versicherungsvertragsgesetz darauf anwendbar.

1.2.2.1.2.2 Ausschluss der Rückversicherung

Nach § 186 VVG findet das bisherige Gesetz keine Anwendung auf die Rückversicherung. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass Vertragspartner auf beiden Seiten Versicherungsunternehmen sind, wobei der eine Vertragspartner ein als Erstversicherer übernommenes Risiko ganz oder teilweise bei dem anderen Vertragspartner in Rückdeckung gibt. Die Regelungen des Entwurfs erfassen ebenso wie die bisherigen Regelungen nur die Verträge der

Erstversicherung. Deshalb wird die Rückversicherung weiterhin ausgeschlossen (§ 202 E). Sie den vertragsrechtlichen Regelungen für Versicherungsverträge zu unterwerfen, besteht ebenso wenig Anlass wie bei dem gesellschaftsrechtlichen Innenverhältnis von Mitversicherungsgemeinschaften und Versicherungspools.

1.2.2.1.2.3 Einbeziehung der Seeversicherung

Nach § 186 VVG findet das bisherige Gesetz keine Anwendung auf die Seeversicherung. Ausgangspunkt für diesen Ausschluss ist die Tatsache, dass die Seeversicherung bisher durch die Bestimmungen der §§ 778 bis 900 HGB ausführlich geregelt ist. Inzwischen ist aber das voll dispositive HGB-Recht durch AVB, die branchenweit und auch international einheitlich verwendet werden, verdrängt worden; es gilt weitgehend als überholt und soll insgesamt aufgegeben werden. Für gesetzliche Sonderregelungen der Seeversicherung besteht auch kein Anlass mehr.

Damit entfällt die Grundlage für die Ausnahmeregelung des § 186 VVG. Die daraus folgende Einbeziehung der Seeversicherung in den Anwendungsbereich des neuen Gesetzes hat aber kaum praktische Auswirkungen, denn die Seeversicherung ist immer und ausnahmslos Großrisiko im Sinne des Art. 10 Abs. 1 EGVVG. Infolgedessen sind Beschränkungen der Vertragsfreiheit durch zwingende oder halbzwingende Vorschriften des Entwurfs wie bisher durch § 203 E ausgeschlossen. Abweichende AVB können also für die Seeversicherung wie bisher beibehalten werden. Sie müssen nur wie bisher der Inhaltkontrolle der §§ 307 ff. BGB standhalten, wenn deutsches Recht überhaupt anwendbar ist; insoweit wäre es nicht zu rechtfertigen, für die Seeversicherung eine Ausnahmeregelung zu treffen. Allerdings werden die Besonderheiten des Seetransports so weit gehen, dass erhebliche Abweichungen der AVB für die Seeversicherung von den Vorschriften des Entwurfs zum Teil notwendig, zum Teil zumindest gerechtfertigt sind.

1.2.2.2 Information des Versicherungsnehmers vor Vertragsschluss

Ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen Versicherern setzt voraus, dass die Versicherungsnehmer ihre Entscheidung auf der Grundlage einer rationalen Auswahl aus den unterschiedlichen Versicherungsangeboten treffen können. Dazu benötigen sie Informationen über das jeweils angebotene Versicherungsprodukt. Deshalb hat der Gesetzgeber bereits mit dem Dritten Durchführungsgesetz/EWG zum VAG vom 21. Juli 1994 (BGBl. I

S. 1630, 1667) § 10a VAG in das deutsche Aufsichtsrecht eingefügt und die Versicherer verpflichtet, die Versicherungsnehmer über die dort näher festgelegten Umstände zu unterrichten.

§ 10a VAG als Grundlage für die Verbraucherinformation ist durch seine Stellung im Aufsichtsrecht als öffentlich-rechtliche Vorschrift und damit als öffentlich-rechtliche Pflicht des Versicherers gegenüber der Aufsichtsbehörde gekennzeichnet. Da die Verbraucherinformation aber bezweckt, den Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrags und während dessen Laufzeit über das Versicherungsprodukt zu informieren, war es von Anfang an umstritten, ob nicht auch eine entsprechende zivilrechtliche Pflicht des Versicherers gegenüber dem Versicherungsnehmer vorgesehen werden soll. Die erst im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens eingefügte Vorschrift des § 5a VVG bestätigt bereits ausdrücklich die vertragsrechtliche Relevanz der Vorschriften über die Verbraucherinformation.

Der Entwurf regelt nunmehr in § 7 E die Informationspflicht des Versicherers gegenüber allen Versicherungsnehmern insgesamt und unmittelbar im Vertragsrecht. Damit wird nicht nur § 10a VAG abgelöst, sondern zugleich werden die Vorgaben des Gemeinschaftsrechts erfüllt, soweit sie sich auf alle Versicherungszweige erstrecken. Dabei handelt es sich zum einen um die sehr beschränkten Vorgaben nach Art. 31 der Richtlinie 92/49/EWG (3. Schadensrichtlinie). Zum anderen handelt es sich um die umfangreichen Informationspflichten, die den Versicherern nach den Artikeln 3 und 5 der Richtlinie 2002/65/EG (Fernabsatzrichtlinie für Finanzdienstleistungen – kurz: Fernabsatzrichtlinie II) obliegen. Diese Verpflichtungen gelten zwar nur für Fernabsatzverträge. Der überwiegende Teil dieser Informationen ist aber für die Versicherungsnehmer unabhängig von der Vertriebsform von Bedeutung. Außerdem würde es einem Versicherer schwer fallen, bei der Informationserteilung zuverlässig zu unterscheiden, in welcher Form ein Vertrag zu Stande gekommen ist. Daher verzichtet der Entwurf bei den Informationspflichten auf eine Differenzierung nach der Art des Zustandekommens und nach dem Inhalt des Vertrags und sieht einheitliche Informationspflichten des Versicherers vor; nur die weitgehend gemeinschaftsrechtlich vorgegebenen Informationspflichten bei der Lebensversicherung werden teilweise gesondert geregelt (vgl. Ziff. 1.3.2.1.5).

Die Informationspflichten nach § 7 E gelten grundsätzlich für alle Versicherungsnehmer; ausgenommen sind lediglich Verträge über Großrisiken nach Maßgabe des § 7 Abs. 5 E. Eine Beschränkung auf Verbraucher im Sinne des § 13 BGB, wie sie bezüglich der Informationen nach der Fernabsatzrichtlinie möglich wäre, ist nicht sachgerecht. Zu den Personen, die einen Versicherungsvertrag in Ausübung der gewerblichen oder selbständigen berufli-

chen Tätigkeit abschließen, gehören auch kleine Unternehmer und Freiberufler; ihr Schutzbedürfnis ist in aller Regel nicht geringer als dasjenige eines Verbrauchers, da sie wenig Erfahrung im Abschluss von Versicherungsverträgen haben und bei den Vertragsverhandlungen nur zum Teil von unabhängigen sachkundigen Personen beraten werden. Der Entwurf verzichtet außerdem auf eine in der 3. Schadensrichtlinie angelegte Differenzierung zwischen natürlichen und juristischen Personen, da die Rechtsform kein geeignetes Kriterium für die Beurteilung des Schutzbedürfnisses darstellt; die gewerbliche und freiberufliche Tätigkeit wird heute vielfach auch bei kleineren Betriebsgrößen in gesellschaftsrechtlichen Formen ausgeübt.

Der Inhalt der Informationen soll im Einzelnen durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums der Justiz bestimmt werden. Damit folgt der Entwurf dem inzwischen bewährten Vorbild der BGB-Informationspflichten-Verordnung mit der Abweichung, dass die Verordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen zu erlassen ist (§ 7 Abs. 2 E); dieses Bundesressort ist für die Versicherungsaufsicht federführend. Inhaltlich wird die Ermächtigungsvorschrift und damit die zukünftige Informationspflicht der Versicherer weitgehend durch die Fernabsatzrichtlinie II bestimmt, die durch sehr detaillierte Regelungen den Rahmen der Informationspflicht bei im Wege des Fernabsatzes geschlossenen Verträgen bestimmt. Die Rechtsverordnung soll sich aber auch auf die besonderen Informationen erstrecken, die für bestimmte einzelne Versicherungszweige vorzusehen sind. Der Mindestumfang der Informationen wird durch die betreffenden Richtlinien bestimmt, der Verordnungsgeber kann aber auch weitergehende Informationen vorschreiben, soweit sie für die Entscheidung des Versicherungsnehmers, einen bestimmten Versicherungsvertrag abzuschließen, von Bedeutung sind.

Der Entwurf sieht davon ab, über die Regelung der konkreten Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 E hinaus eine allgemeine Informationspflicht des Versicherers z.B. über alle für die Entscheidung des Versicherungsnehmers wichtigen Einzelheiten des angebotenen Vertrags vorzusehen. Darauf kann verzichtet werden, da jetzt in § 6 E eine Beratung vorgesehen ist. Sie wird auch die Information des Versicherungsnehmers sicherstellen, wenn im Einzelfall Zweifel daran entstehen können, ob der angebotene Vertrag seinem mitgeteilten Bedarf an Versicherungsschutz entspricht. Außerdem schließt die Regelung des § 7 E es nicht aus, weiterhin besondere Informationspflichten in den Fällen anzuerkennen, in denen die Rechtsprechung schon bisher besondere Belehrungspflichten des Versicherers angenommen hat.

Maßgeblicher Zeitpunkt, zu dem die Informationen spätestens erteilt werden müssen, ist die Bindung des Versicherungsnehmers an seinen Vertragsantrag oder an seine Annahmeerklä-

zung. Diese Regelung übernimmt im Wesentlichen die Formulierung der Fernabsatzrichtlinie II (Artikel 5 Abs. 1). Bei der Frage, wann die Bindung des Versicherungsnehmers eintritt, ist zu berücksichtigen, dass im Grundsatz jedem Versicherungsnehmer nach § 8 E ein Widerrufsrecht zusteht; § 8 Abs. 1 Satz 2 E stellt klar, dass der Versicherungsnehmer vor Ablauf der Widerrufsfrist an seine Vertragserklärung nicht gebunden ist. Verletzt der Versicherer seine Informationspflicht, so ergibt sich aus § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 E die Sanktion, dass die Widerrufsfrist nicht zu laufen beginnt und der Versicherungsnehmer somit weiterhin zum Widerruf seiner Vertragserklärung berechtigt bleibt.

1.2.2.3 Beratung des Versicherungsnehmers

Das geltende VVG enthält keine Vorschriften über die Beratung des Versicherungsnehmers vor Abschluss eines Versicherungsvertrags. Der Versicherer und die in seinen Vertrieb eingeschalteten Vermittler schulden deshalb dem Versicherungsnehmer nicht schon deswegen, weil sie ihm einen Versicherungsvertrag anbieten, einen umfassenden, sachkundigen und bedarfsorientierten Rat. Allerdings wird sich insbesondere ein Verbraucher vielfach an einen Versicherungsvermittler mit der Bitte um eine fachkundige Beratung wenden; lässt sich der Vermittler darauf ein, wird es schon bisher zu einer vertraglichen Beratungspflicht kommen, für dessen Erfüllung derjenige Versicherer haftet, der den Vermittler mit der Vermittlung beauftragt hat. Umgekehrt kann auch der Vermittler von sich aus die Beratung anbieten, da dies bei komplexen und aufwendigen Versicherungsverträgen ein wesentliches Verkaufsargument sein wird (vgl. zuletzt BGH, Urteil vom 31. 10. 2003, V ZR 423/02, ZIP 2003, 2367 ff. – für den Immobilienverkauf). Bei Versicherungsmaklern, die nicht in die Vertriebsorganisation eines Versicherers integriert, sondern Dienstleister für die Versicherungsnehmer sind, steht deren Beratung sogar im Vordergrund, und zwar unabhängig davon, ob im Einzelfall ein selbständiger Beratungsvertrag oder eine Beratungsverpflichtung im Rahmen des die Vermittlung einschließenden Maklervertrags anzunehmen ist.

Mit dem Erlass der Richtlinie 2002/92/EG über Versicherungsvermittlung (im Folgenden: Vermittlerrichtlinie) und ihrer bevorstehenden Umsetzung ist insoweit eine neue rechtliche Situation entstanden. Nach Art. 12 Abs. 3 dieser Richtlinie ist nicht nur der Versicherungsmakler, sondern auch der Versicherungsvertreter verpflichtet, dem Versicherungsnehmer einen Rat zu erteilen, die dafür maßgeblichen Gründe zu nennen und vorher dessen Wünsche und Bedürfnisse zu erfragen. Diese nicht klar formulierte Pflicht der Vermittler soll, wie die Kommission schon in der gesonderten Stellungnahme vom 2. Juni 2003 vorgeschlagen hat, durch § 64 Satz 1 E in das deutsche Recht eingefügt werden. Dadurch wird eine be-

dingte Nachfragepflicht des Vermittlers („... soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, sowie nach der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht“), eine Begründungspflicht („... die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat“) und eine Dokumentationspflicht (§ 64 Satz 2, § 65 E) des Vermittlers eingeführt (vgl. dazu Ziff. 1.2.2.15.2.4).

Die Vermittlerrichtlinie und ihre Umsetzung führen einerseits vertragsrechtliche Pflichten des Versicherungsvertreters gegenüber dem Versicherungsnehmer ein, obwohl der Vertreter nicht Vertragspartei des vermittelten Versicherungsvertrags ist. Andererseits ist der bei den Vertragsverhandlungen, möglicherweise sogar bei dem Vertragsabschluss durch den Versicherungsvertreter vertretene Versicherer nicht selbst Adressat der in der Richtlinie festgelegten Pflichten. Deshalb hat die Richtlinie für sich allein nur die Konsequenz, dass Versicherer als Unternehmer, die Versicherungsvertreter mit der Vermittlung betraut haben (§ 84 Abs. 1, § 92 Abs. 1 HGB), zwar für deren Pflichtverletzungen einstehen müssen, selbst aber die Beratung nicht schulden; das gilt insbesondere dann, wenn sie Versicherungsverträge ohne Einschaltung eines selbständigen Vertreters abschließen.

Diese Konsequenz kann die Richtlinie hinnehmen, da sie nur Regeln für die Versicherungsvermittlung, nicht für den Vertrieb von Versicherungsprodukten insgesamt aufstellt. Der Entwurf regelt jedoch anders als die Richtlinie die vertraglichen Beziehungen zwischen Versicherern und Versicherungsnehmern insgesamt und ohne Rücksicht darauf, wie der einzelne Versicherer seinen Vertrieb gestaltet hat. Deshalb orientiert sich der Entwurf zwar an der Vorgabe der Richtlinie für die Vermittler, legt aber in § 6 E auch dem Versicherer eigene entsprechende Pflichten auf. Dies gilt nicht nur für Versicherer, die mit selbständigen Vertretern zusammenarbeiten, sondern für alle Versicherer, also auch dann, wenn sie ohne Außendienst oder mit einem aus Arbeitnehmern bestehenden Außendienst arbeiten. Jede Beschränkung der Beratungspflicht z.B. der Direktversicherer würde dazu führen, dass die Rechte der Versicherungsnehmer von der unternehmerischen Entscheidung des einzelnen Versicherers über seine Vertriebsorganisation abhängen. Dies ist unter dem Gesichtspunkt des Schutzes der Versicherungsnehmer nicht zu rechtfertigen.

Die dem Versicherer neben dem Vermittler obliegende Frage- und Beratungspflicht ist nur einmal zu erfüllen. Nimmt der Versicherer für den Vertrieb die Dienste eines Versicherungsvertreters in Anspruch, so erfüllt dieser mit seiner Pflicht zugleich diejenige des Versicherers, da er auf Grund des Vertretervertrags mit dem Versicherer für diesen handelt; einer gesetzlichen Regelung bedarf es insoweit nicht. Etwas anderes gilt im Falle einer Vermittlung durch einen Versicherungsmakler (§ 60 Abs. 3 E); dieser wird auch hinsichtlich der Beratung nicht

als Vertreter des Versicherers, sondern im eigenen Namen und auf eigene Rechnung für den Versicherungsnehmer tätig. Der Versicherer darf jedoch im Falle der Einschaltung eines Versicherungsmaklers davon ausgehen, dass dieser seine gegenüber dem Versicherungsnehmer obliegende Frage- und Beratungspflicht nach § 64 E erfüllt. Unter diesen Umständen ist eine zusätzliche, entsprechende Pflicht des Versicherers nicht erforderlich. § 6 Abs. 1 Satz 3 E schließt daher die Verpflichtung des Versicherers nach Satz 1 aus, sofern der Vertrag mit dem Versicherungsnehmer von einem Versicherungsmakler vermittelt wird.

Die Einführung der Pflichten des Vermittlers in § 64 E ist im Wesentlichen durch die Richtlinie ohne Spielraum für den nationalen Gesetzgeber vorgegeben. Um sachlich nicht vertretbare Unterschiede, die nur zu Unklarheiten führen können, zu vermeiden, werden auch die entsprechenden Pflichten des Versicherers an der Richtlinie orientiert. Da der Gesetzgeber insoweit aber nicht an die Richtlinie gebunden ist, sind Abweichungen nicht ausgeschlossen.

So sieht § 6 Abs.1 Satz 2 E die Möglichkeit vor, dass der Versicherungsnehmer auf eine Beratung durch den Versicherer verzichtet; dadurch entfällt auch die Fragepflicht des Versicherers, die ausschließlich den Zweck hat, eine sachgerechte Beratung des Versicherungsnehmers zu ermöglichen. Damit soll einem praktischen Bedürfnis entsprochen werden, wenn der Versicherungsnehmer sich mit einem eindeutigen Antrag zum Abschluss einer bestimmten Versicherung an den Versicherer wendet; dies wird insbesondere beim Abschluss eines Versicherungsvertrags mit einem Direktversicherer häufig der Fall sein. Da durch einen Verzicht des Versicherungsnehmers auf Beratung ein Schadensersatzanspruch wegen Falschberatung ausgeschlossen ist (§ 6 Abs. 4 Satz 2 E), ist im Interesse des Versicherungsnehmers für die Verzichtserklärung allerdings die Textform vorgesehen.

Weiterhin wird nach § 6 Abs. 2 Satz 3 E auf die Dokumentationspflicht des Versicherers verzichtet, wenn der bei der Beratung in Aussicht genommene Versicherungsvertrag nicht zu Stande kommt. In diesem Falle besteht keine Notwendigkeit, den Versicherer zu verpflichten, dem Kunden die Dokumentation auch noch nach dem Scheitern der Vertragsanbahnung nachzureichen.

In einem Punkt soll die Verpflichtung des Versicherers jedoch auch weiter gehen als die des Vermittlers. Der Versicherungsnehmer hat unter Umständen ein erhebliches Interesse daran, während der Laufzeit des mit dem Versicherer geschlossenen Vertrags durch eine Nachfrage und Beratung des Versicherers auf Umstände hingewiesen zu werden, die Anlass zu einer Vertragsänderung bzw. zum Abschluss eines neuen Versicherungsvertrags sein können. Zu denken ist z. B. an die Fälle, in denen eine Kapitallebensversicherung zum Zwecke der

Ablösung eines Baudarlebens abgeschlossen wird und sich infolge des unerwarteten Rückganges der Überschüsse eine Finanzierungslücke abzeichnet. § 6 Abs. 3 Satz 1 E sieht daher vor, dass dem Versicherer die Pflicht zur Nachfrage und Beratung auch während der Dauer des Vertragsverhältnisses obliegt, soweit hierfür objektiv ein Anlass besteht. Der Versicherungsnehmer kann auch hier auf eine Beratung in Textform verzichten. Dann entfällt auch die Pflicht des Versicherers zur Nachfrage.

Nach § 6 Abs. 4 E wird als Sanktion einer schuldhaften Verletzung der eigenen Pflichten des Versicherers ein Schadensersatzanspruch des Versicherungsnehmers vorgesehen. Neben dem Versicherer haftet der Vertreter, der seine eigenen Pflichten nach § 64 E verletzt, gesamtschuldnerisch.

1.2.2.4 Leitbilder für bestimmte Versicherungsverträge

Die Kommission hat ursprünglich in Betracht gezogen, in die Vorschriften über die Verträge der einzelnen Versicherungszweige Grundsätze über die Vertragsgestaltung im Sinne eines gesetzlichen Leitbildes aufzunehmen.

Ansatzpunkte für solche Leitbilder finden sich derzeit in den Vorschriften der §§ 1, 108, 116, 129 und 149 VVG. Die Ausformulierung eines gesetzlichen Leitbildes für bestimmte Versicherungsverträge würde aber darüber hinaus voraussetzen, wenigstens die wichtigsten Elemente des einzelnen Versicherungsvertragstyps im Gesetz inhaltlich so präzise zu beschreiben, dass die Leitbildregelung Vertragsinhalt werden kann; ein lückenhaftes „Teilleitbild“ mit breitem Ergänzungsbedarf, der immer vom Versicherer ausgefüllt würde, führt nicht weiter. Der Umfang einer solchen Regelung und die Anforderungen an die Formulierung einzelner Vertragsbestandteile würden noch größer, wenn an die Stelle eines bloßen Leitbildes ein Standardvertrag treten würde, der in einem eigenen Unterabschnitt gesondert für den Fall beschrieben wird, dass ihn die Vertragsparteien als Grundlage ihres Versicherungsvertrags wählen oder jedenfalls nicht ausdrücklich ausschließen.

Ein solches Leitbild könnte nicht verbindlich ausgestaltet werden, da anderenfalls die Produktgestaltungsfreiheit der Versicherer aufgehoben würde; das gilt erst recht für einen Standardvertrag. Jeder Versicherer müsste also berechtigt sein, nicht nur das Leitbild bzw. den Standardvertrag insgesamt durch ein eigenes Vertragswerk zu ersetzen, sondern auch in Einzelpunkten abweichende Regelungen vorzusehen. Unterstellt man einerseits eine weitgehend an Verbraucherschutzüberlegungen orientierte Fassung und geht man andererseits

von einer Fortsetzung der bisherigen Geschäftspolitik der Versicherer aus, muss mit der Möglichkeit gerechnet werden, dass vollkommen leitbildgerechte Verträge überhaupt nicht, aber auch weitgehend leitbildgerechte Verträge kaum abgeschlossen werden. Etwas anderes wird nur gelten, wenn etwa der Steuergesetzgeber oder das Sozialrecht Förderregelungen davon abhängig macht, dass der Vertrag bestimmte Elemente des gesetzlichen Leitbildes oder dieses insgesamt übernimmt.

Unter diesen Umständen werden die Überlegungen zum Leitbild und zum Standardvertrag nicht aufgegriffen. Stattdessen werden - wie bisher schon, aber auch darüber hinaus - Regelungen für einzelne Elemente des Inhaltes von Versicherungsverträgen und für deren Abschluss getroffen.

1.2.2.5 Abschluss von Versicherungsverträgen

1.2.2.5.1 Allgemeine Grundsätze

Der Entwurf enthält wie schon das geltende Gesetz - von § 5 E (unten Ziff. 1.2.2.5.2) sowie von der besonderen Regelung des Widerrufs (unten Ziff. 1.2.2.5.4) und von § 24 E abgesehen - keine Vorschriften über den Abschluss von Versicherungsverträgen. Es bleibt also bei der Anwendbarkeit der §§ 116 ff. BGB über die Willenserklärung und der §§ 145 ff. BGB über den Vertrag. Gründe für eine abweichende Regelung bestehen nicht.

Demnach kann der Versicherungsvertrag in der Weise abgeschlossen werden, dass der Versicherungsnehmer einen Antrag im Sinne des § 145 BGB erklärt, den der Versicherer anschließend innerhalb der regelmäßig nach § 148 BGB bestimmten Frist annimmt oder ablehnt. Diese Vorgehensweise wird von den deutschen Versicherern insbesondere bei Standardverträgen weitgehend praktiziert. Wenn in dem Antrag des Versicherungsnehmers alle für die Annahmeentscheidung des Versicherers notwendigen Angaben enthalten sind und der Versicherungsnehmer vorher bereits alle vorgeschriebenen Informationen erhalten hat, kommt der Vertrag auf diese Weise relativ einfach und möglicherweise auch schnell zu Stande; üblicherweise wird dies als Vertragsschluss nach dem „Antragsmodell“ bezeichnet.

Allerdings erhält der Versicherungsnehmer für ihn wichtige Informationen und Versicherungsbedingungen in der Praxis meist erst mit der Annahmeerklärung des Versicherers, d.h. regelmäßig mit dem Versicherungsschein; unter dieser Voraussetzung wird das als Ver-

tragsschluss nach dem „Policenmodell“ bezeichnet. Versicherungsnehmer, die ein knapp formuliertes Vertragsangebot abgeben, gehen damit das Risiko ein, an einen Vertrag gebunden zu sein, der erst durch den Inhalt der Annahmeerklärung des Versicherers und die damit verbundenen Anlagen näher bestimmt wird. Dies ist ein Problem, das aber auch in anderen Wirtschaftsbereichen auftritt; es hat weder dort noch in dem Versicherungsbereich solches Gewicht, dass derartige Vertragspraktiken insgesamt verhindert werden müssten. Insbesondere bei den Versicherungsverträgen der privaten Verbraucher und anderer wenig erfahrener Versicherungsnehmer muss allerdings sichergestellt werden, dass diesen nach der vollständigen Information und noch vor dem endgültigen Inkrafttreten des Vertrags eine angemessene Überlegungsfrist zur Verfügung steht (vgl. Ziff. 1.2.2.5.4).

Der Versicherungsvertrag kann auch durch eine Angebotserklärung des Versicherers und die anschließende Annahme des Versicherungsnehmers zu Stande kommen. Dies wird in der Regel voraussetzen, dass dem Versicherer vor seinem Angebot bereits alle für seine Entscheidung notwendigen Angaben des Versicherungsnehmers zur Verfügung stehen. Deswegen ist diese Art des Vertragsschlusses überwiegend zeitaufwendiger. Sie hat für den Versicherungsnehmer allerdings den Vorteil, dass ihm immer spätestens mit dem verbindlichen Vertragsangebot des Versicherers alle Informationen und Vertragsdetails vorliegen; er erklärt dann dem Versicherer innerhalb der Bindungsfrist seine Zustimmung in denkbar einfacher Weise und ist daran anschließend endgültig gebunden. Die anschließende Zusendung des Versicherungsscheins dient nur noch der Dokumentation.

Der Entwurf sieht erstmals ausdrückliche Pflichten des Versicherers zur Aufklärung und Beratung (§ 6 E) und zur Information (§ 7 Abs. 1 E) vor, die vor dem Vertragsschluss zu erfüllen sind. Verletzt der Versicherer diese Pflichten, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, Schadensersatz zu verlangen; die Wirksamkeit des Vertrags und damit der Versicherungsschutz wird aber dadurch allein nicht in Frage gestellt.

Versicherungsverträge unterliegen weiterhin keinen Formvorschriften. Sie können also auch mündlich, insbesondere auch durch den Austausch von aufgezeichneten, aber nicht unterschriebenen Erklärungen geschlossen werden. Für den Versicherungsschein wird die unzutreffende Bezeichnung in § 3 Abs. 3 Abs. 1 VVG als „unterzeichnete Urkunde“ nicht übernommen, da schon bisher „eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift genügt“ (a.a.O. Satz 2).

1.2.2.5.2 Billigung einer geänderten Vertragsannahme

Wenn ein Versicherungsvertrag durch Antrag des Versicherungsnehmers und Annahme des Versicherers geschlossen wird, kommt es relativ häufig vor, dass die Annahmeerklärung des Versicherers von dem Vertragsangebot des Versicherungsnehmers abweicht. Beispiele sind Risikozuschläge und -ausschlüsse, die der Versicherer erst aufgrund der Angaben des Versicherungsnehmers in seinem Antrag oder nach einer Prüfung des konkreten Risikos vorsieht. Nach § 150 Abs. 2 BGB allein würde die Vertragserklärung des Versicherers als Ablehnung verbunden mit einem neuen Antrag gelten. Erst die anschließende Annahme durch den Versicherungsnehmer, die allerdings auch konkludent z.B. durch Bezahlung der Erstprämie erklärt werden kann, würde zu einem Versicherungsvertrag führen.

Um die insbesondere hier schwer tolerierbare Unsicherheit, ob ein Versicherungsvertrag überhaupt zu Stande gekommen ist und folglich Versicherungsschutz besteht, zu vermeiden, soll die besondere Billigungsregelung des § 5 Abs. 1 bis 3 VVG in § 5 E beibehalten werden. Da der vom Antrag abweichende Versicherungsschein Vorrang haben soll, muss der Versicherungsnehmer die Möglichkeit haben, das Zustandekommen eines von ihm nicht gewollten Vertrags zu verhindern. Seine Zustimmung zum abweichenden Versicherungsschein wird nur dann unwiderleglich fingiert, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach dem Empfang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht. In diesem Fall löst er sich nicht etwa von einem bereits abgeschlossenen Vertrag, sondern er verhindert den Vertragsschluss wegen des Dissenses zwischen Angebot und Annahme.

Die weitgehende Hinweispflicht des Versicherers bleibt in § 5 Abs. 2 E ebenso erhalten wie die Sanktion nach § 5 Abs. 3 E. Widerspricht der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats, kommt der Vertrag nicht zu Stande ohne Rücksicht darauf, ob der Versicherer ihn ausreichend belehrt hat. Fehlt die Belehrung oder ist sie unzureichend, kommt der Vertrag nach dem Inhalt des Antrags, d.h. ohne die im Versicherungsschein enthaltenen Abweichungen zu Stande.

1.2.2.5.3 Gemeinschaftsrechtliche Vorgaben zum Schutz des Versicherungsnehmers

Für den Abschluss von Versicherungsverträgen besteht eine Reihe von gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben, die jedoch eine systematische Regelung vermissen lassen, da sie jeweils nur einige Fallgruppen herausgreifen.

Die Richtlinie 85/577/EWG über Haustürgeschäfte gilt nicht beim Abschluss von Versicherungsverträgen (Artikel 3 Abs. 2 Buchstabe d dieser Richtlinie), obwohl auch hier oft die typische „Haustürsituation“ vorliegt, wenn der Versicherungsvertreter in die Wohnung des Interessenten kommt.

Für Lebensversicherungen schreibt Artikel 36 der konsolidierten Richtlinie 2002/83/EG vor, dass dem Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrags die in Anhang III Buchstabe A aufgeführten Angaben mitzuteilen sind; darüber hinaus dürfen nur Angaben vorgeschrieben werden, „die für das tatsächliche Verständnis der wesentlichen Bestandteile der Versicherungspolice durch den Versicherungsnehmer notwendig sind“ (Artikel 36 Abs. 3 dieser Richtlinie). Außerdem müssen die Mitgliedstaaten nach Artikel 35 dieser Richtlinie vorsehen, dass der Versicherungsnehmer binnen einer Frist von 30 Tagen (Fassung nach Artikel 17 der Richtlinie 2002/619/EG) von dem Vertrag zurücktreten kann; er ist dann für die Zukunft von allen aus dem Vertrag resultierenden Verpflichtungen befreit (Artikel 35 Abs. 1 Unterabsatz 2 der Richtlinie). Beide Regelungen gelten nur für „individuelle“ Lebensversicherungen. Diese Einschränkung dürfte jedoch keine praktische Bedeutung haben; „kollektive“ Rahmenregelungen, die z.B. ein Arbeitgeber für die Lebensversicherungsverträge seiner Arbeitnehmer mit einem Versicherer trifft, sind als solche keine Versicherungsverträge; die Verträge, die der Versicherer auf dieser Grundlage mit den Arbeitnehmern schließt, sind immer „individuelle“ Lebensversicherungsverträge .

Für andere Versicherungsverträge schreibt Artikel 31 der Richtlinie 92/49/EWG (Dritte Richtlinie Schadenversicherung) nur vor, dass der Versicherungsnehmer über das anwendbare Recht und über die Bestimmungen zur Bearbeitung von Beschwerden der Versicherungsnehmer zu informieren ist. Diese Regelung gilt nur, wenn Versicherungsnehmer eine natürliche Person ist. Damit werden auch andere Personen als Verbraucher erfasst; die typischen gesellschaftsrechtlichen Organisationsformen der Gewerbetreibenden und der Freiberufler bleiben jedenfalls dann ausgenommen, wenn es sich um juristische Personen und gleichgestellte Gesellschaften handelt. Bestimmte Rechtsfolgen einer Verletzung der Informationspflicht sieht die Richtlinie ebenso wenig vor wie die nachträgliche Lösung von einem Versicherungsvertrag innerhalb einer bestimmten Überlegungsfrist.

Die Richtlinie 2002/92/EG über Versicherungsvermittlung sieht umfangreiche Regelungen für die Angaben, die der Versicherungsvermittler über seine Person dem Interessenten zu machen hat, und über dessen Beratung vor (vgl. Ziff. 1.2.2.15.2 und 4). Regelungen für den Abschluss des Vertrags zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer, vermit-

telt von einem Vertreter oder Makler, und über Rückwirkungen von Pflichtverletzungen des Vermittlers auf den vermittelten Versicherungsvertrag sieht die Richtlinie nicht vor.

Die Richtlinie 2002/65/EG über den Fernabsatz für Finanzdienstleistungen sieht u. a. für Versicherungsverträge, soweit sie im Rahmen eines für den Fernabsatz organisierten Vertriebssystems geschlossen werden, weit reichende Unterrichtungen des Versicherungsnehmers (Artikel 3 und 5 dieser Richtlinie) und ein Widerrufsrecht (Artikel 6 und 7 dieser Richtlinie) vor; diese Vorgaben gelten aber nur für Verträge mit Verbrauchern. Die Vorgaben dieser Richtlinie sind bis zum 9. Oktober 2004 unabhängig von diesem Entwurf zunächst in das geltende VVG einzuarbeiten (vgl. Regierungsentwurf, BR-Drucksache 84/04).

1.2.2.5.4 Regelungskonzept des Entwurfes

Nur wenige Versicherungsnehmer verfügen über Kenntnisse und Erfahrungen, die ihnen die Beurteilung eines angebotenen Versicherungsvertrags unter Berücksichtigung ihrer wirtschaftlichen Lage und ihres Bedarfs an Versicherungsschutz ermöglichen. Sie werden auch nur selten durch unabhängige, fachkundige Personen beraten. Grundsätzlich anders ist die Situation nur bei der Versicherung von Großrisiken, da die betreffenden Versicherungsnehmer regelmäßig entweder über eigene Sachkunde oder über unabhängige Berater verfügen.

Es ist deshalb erforderlich, nicht nur für den Inhalt von Versicherungsverträgen zum Teil zwingende Regelungen vorzusehen, von denen der Versicherer nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweichen kann, sondern auch den Vertragsabschluss zu regeln. Dies geschieht in dem Entwurf in zweifacher Weise: Einerseits wird sichergestellt, dass der Versicherungsnehmer ein Mindestmaß an Informationen über den abzuschließenden Vertrag erhält (vgl. Ziff. 1.2.2.2). Andererseits wird dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit eingeräumt, den Abschluss eines Versicherungsvertrags innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins noch einmal zu überdenken und den Vertragsabschluss dann endgültig abzulehnen oder sogar rückgängig zu machen; zu diesem Zweck wird dem Versicherungsnehmer in der Schlussphase des Vertragsschlusses ein Widerrufsrecht eingeräumt (§ 8 E).

Der Entwurf beschränkt diese Regelungen nicht auf Verbraucher, sondern erstreckt sie auf alle Versicherungsnehmer, soweit es nicht um die Versicherung von Großrisiken im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 EGVVG geht. Allerdings tritt die Schutzbedürftigkeit bei Verbrauchern besonders hervor, da der Einzelne nur sehr selten Versicherungsverträge einer bestimmten

Art schließt und in aller Regel keinen unabhängigen Berater hat. Zwischen Verbrauchern einerseits und Gewerbetreibenden und Freiberuflern andererseits besteht aber insoweit kein grundsätzlicher Unterschied, der es rechtfertigen würde, der letztgenannten Gruppe von Versicherungsnehmern gerade die Chance einer nochmaligen Prüfung des Versicherungsvertrags nach Vorlage aller Informationen und Unterlagen vorzuenthalten. Zumindest die Mehrzahl der Gewerbetreibenden und Freiberufler verfügt nicht über sehr viel mehr Kenntnisse und Erfahrungen bei Versicherungsverträgen als die privaten Verbraucher.

Der Entwurf sieht deshalb auch grundsätzlich für alle Versicherungsverträge (Ausnahmen § 8 Abs. 3 E) ein Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers binnen einer Frist von zwei Wochen vor, die erst beginnt, wenn ihm der Versicherungsschein zugeht (hinsichtlich der weiteren Voraussetzungen des Fristbeginns vgl. unten Ziff. 1.2.2.5.4.2). Damit soll dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit gegeben werden, zu einem relativ späten Zeitpunkt noch einmal den endgültigen Vertragsschluss zu bedenken und dabei alle inzwischen vom Versicherer zur Verfügung gestellten Unterlagen zu berücksichtigen. Da er keinen Grund für den Widerruf geltend machen muss, kann er von dem endgültigen Vertragsschluss schon dann Abstand nehmen, wenn er nachträglich auch nur Zweifel an der Zweckmäßigkeit des angebotenen Vertrags bekommen hat.

Damit werden die nur für einzelne Fallgruppen bisher bestehenden Widerrufs-, Widerspruchs- und Rücktrittsregelungen nach § 5a und § 8 Abs. 4 und 5 VVG durch eine umfassende Regelung abgelöst. Zugleich werden die gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben für einzelne Vertragsarten (insbesondere für die Lebensversicherung) und Vertriebsformen (insbesondere für Fernabsatzverträge) zusammengefasst. Für den Versicherer entfällt die Notwendigkeit, sich für die verschiedenen denkbaren Fallgruppen auf unterschiedliche Regelungen einzustellen, den einzelnen Vertrag der richtigen Fallgruppe zuzuordnen und den Versicherungsnehmer zutreffend zu belehren. Der Versicherungsnehmer erhält auf diese Weise ein Widerrufsrecht auch für Verträge, bei denen er bisher kein entsprechendes Lösungsrecht hatte; das gilt z.B. für die nach dem Antragsmodell abgeschlossenen Verträge und für Verträge, bei denen der Vermittler die notwendigen Informationen und die Versicherungsbedingungen bereits vor der Unterzeichnung des Antrags durch den Verbraucher bei einem Besuch in dessen Wohnung ausgehändigt hat.

Für Lebensversicherungsverträge ist nach dem Wortlaut des Artikels 35 der Richtlinie 2002/83/EG ein Rücktrittsrecht des Versicherungsnehmers vorgesehen. Die rechtliche Ausgestaltung ist aber dem nationalen Gesetzgeber überlassen. Er muss die Befreiung des Versicherungsnehmers von den Vertragsverpflichtungen mit Wirkung für die Zukunft vorsehen,

kann aber auch die rückwirkende Abwicklung des Vertrags nach Bereicherungsrecht anordnen, als wäre er nie wirksam geschlossen worden. Deshalb erfüllt die vorgesehene allgemeine Regelung des Widerrufsrechts auch diese gemeinschaftsrechtliche Vorgabe. Das gilt entsprechend für im Fernabsatz abgeschlossene Versicherungsverträge im Rahmen des Artikels 7 der Richtlinie 2002/65/EG, der ebenfalls nur eine eingeschränkte Unwirksamkeit desjenigen Vertrags vorsieht, den der Verbraucher fristgerecht widerrufen hat. Für Versicherungsverträge ist nach Artikel 7 Abs. 2 dieser Richtlinie die Kündigung zugelassen mit der Rechtsfolge, dass der Verbraucher „keinen Betrag schuldet“; ob sich dies nur auf die zukünftig fälligen Prämien oder auch auf die vor dem Widerruf bereits bezahlte Prämie bezieht, kann dahinstehen.

1.2.2.5.4.1 Ausgestaltung des Widerrufsrechts

Bei der Ausgestaltung des Widerrufsrechts folgt der Entwurf der allgemeinen Regelung des § 355 BGB, die der Gesetzgeber insbesondere für diejenigen Verbraucherverträge eingeführt hat, für die nach gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben ein Widerrufsrecht des Verbrauchers besteht. Es gibt keine hinreichenden Gründe, für Versicherungsverträge von diesem Modell prinzipiell abzuweichen. Insbesondere schreiben die für Versicherungsverträge geltenden Richtlinien keine von den anderen Richtlinien abweichende Umsetzung des im Gemeinschaftsrecht nur grundsätzlich eingeführten Lösungsrechts vor.

Solange der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht nach § 8 Abs. 1 Satz 1 E noch ausüben kann, ist er nach Satz 2 dieser Vorschrift „an seine auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung nicht gebunden“. Liegt zum Zeitpunkt des Widerrufs nur die Vertragserklärung des Versicherungsnehmers vor, kann sich diese Rechtsfolge nur auf diese Erklärung beziehen; es kommt auch dann nicht zu einem Vertrag, wenn der Versicherer doch noch seine Annahme erklären sollte. Hat der Versicherer seine entsprechende Vertragserklärung vor dem Widerruf bereits abgegeben, entfällt mit der Bindungswirkung der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers nachträglich die Grundlage des zunächst zu Stande gekommenen Vertrags, der dann nach der Regelung des § 9 E abzuwickeln ist.

Damit ist die Einführung des Widerrufsrechts nach § 8 E ambivalent. Einerseits schließt es nicht aus, vor dem Fristablauf bereits einen Vertrag anzunehmen; darauf ist der Verbraucher bei den Versicherungsverträgen tatsächlich angewiesen, da sein Versicherungsschutz nicht davon abhängen darf, ob das Widerrufsrecht noch besteht. Andererseits kann der Verbraucher sich innerhalb der Frist noch von seiner Vertragserklärung lossagen; er ist also wie bei

einer auflösenden Bedingung, die er selbst herbeiführen kann, oder wie bei einem Rücktrittsrecht, das ihm ohne besondere Voraussetzungen zusteht, an seine Vertragserklärung und damit gegebenenfalls an den Vertrag tatsächlich noch nicht gebunden.

1.2.2.5.4.2 Widerrufsfrist

Die Widerrufsfrist beträgt nach § 8 Abs. 2 Satz 1 E zwei Wochen; nach Satz 2 Halbsatz 2 genügt zur Fristwahrung die - vom Versicherungsnehmer zu beweisende - Absendung. Dieser Zeitraum reicht in aller Regel aus, um dem Versicherungsnehmer eine nochmalige Überprüfung seiner Entscheidung zu ermöglichen; dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Frist erst mit dem Zugang des Versicherungsscheins, also auch bei einem Vertragsschluss nach dem Antragsmodell meist erst einige Zeit nach Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers beginnt. Die Bestimmung einer längeren Frist würde eine Sonderregelung für Versicherungsverträge im Fernabsatz, für die eine Frist von 14 Tagen gemeinschaftsrechtlich abschließend vorgegeben ist, notwendig machen. Für Lebensversicherungen muss die Frist allerdings ohne Rücksicht darauf, in welcher Weise sie abgeschlossen werden, auf 30 Tage verlängert werden (§ 144 Abs. 1 E); Artikel 35 der Richtlinie 2002/83/EG enthält insoweit einen Redaktionsfehler, als Artikel 17 der Richtlinie 2002/65/EG vorher bereits die Fristen des Artikels 15 Abs. 1 Unterabsatz 1 der Richtlinie 90/619/EWG einheitlich auf 30 Tage festgelegt hat.

Nach § 8 Abs. 2 Satz 3 E beginnt die Widerrufsfrist frühestens mit dem Zugang des Versicherungsscheins in Textform. Damit ist sichergestellt, dass die Frist erst in der letzten Phase des Vertragschlusses beginnen kann, wenn auch die Vertragserklärung des Versicherers bereits vorliegt. Üblicherweise leitet der Versicherer den Versicherungsschein frühestens zusammen mit seiner Annahmeerklärung dem Versicherungsnehmer zu. Von Ausnahmen abgesehen wird also zwischen der ersten Vertragserklärung, meist der Antrag des Versicherungsnehmers, und dem Fristbeginn ein nicht unerheblicher Zeitraum liegen, den der Versicherungsnehmer für weitere Überlegungen nutzen kann.

Durch die Wahl des Zuganges des Versicherungsscheins als Fristbeginn stimmt die neue Regelung mit der gemeinschaftsrechtlichen Vorgabe für Lebensversicherungsverträge überein. In Artikel 35 Abs. 1 der Richtlinie 2002/83/EG ist der Zeitpunkt maßgebend, zu dem der Versicherungsnehmer davon in Kenntnis gesetzt wird, dass der Vertrag geschlossen ist. Diese Unterrichtung erfolgt regelmäßig durch die Übersendung des Versicherungsscheins;

die Modalitäten, nach denen der Versicherungsnehmer unterrichtet wird, kann der nationale Gesetzgeber bestimmen (Artikel 35 Abs. 1 Unterabsatz 3 der Richtlinie).

Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheins nur, wenn zu diesem Zeitpunkt folgende weitere Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die für den Vertrag maßgeblichen Versicherungsbedingungen müssen zugegangen sein (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 E).
- Der Versicherer muss die durch § 7 Abs. 1 E in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 E vorgeschriebenen Informationen erteilt haben (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 E).
- Der Versicherer muss die Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs nach § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2, Satz 4 E erteilt haben.

Dadurch wird sichergestellt, dass der Verbraucher bei Fristbeginn über alle Unterlagen verfügt, die für eine rationale Entscheidung über den angebotenen Versicherungsvertrag erforderlich sind. Außerdem wird dem Verbraucher deutlich gemacht, dass er zunächst nur unter dem Vorbehalt des in seine freie Entscheidung gestellten Widerrufs an den vorgesehenen Vertrag gebunden ist, und dass für seinen Widerruf aber auch nur eine Frist von zwei Wochen verfügbar ist, die mit dem Eingang des Versicherungsscheins beginnt. Schließlich dient diese Regelung zugleich als entscheidende Sanktion für die Verstöße eines Versicherers gegen seine Verpflichtung, dem Versicherungsnehmer die genannten Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen und ihn über sein Widerrufsrecht zu belehren. Damit steht die Regelung in Übereinstimmung mit Artikel 3, 5 und 11 der Richtlinie 2002/65/EG für im Wege des Fernabsatzes abgeschlossene Versicherungsverträge.

1.2.2.5.4.3 Rechtsfolgen des Widerrufs

Die Rechtsfolgen des Widerrufs sind für Versicherungsverträge ausdrücklich zu regeln. Dies ergibt sich schon allein daraus, dass es sich bei diesen Verträgen nicht um einen einfachen Leistungsaustausch wie bei dem Kaufvertrag über eine bestimmte Ware, sondern um ein Dauerschuldverhältnis mit komplizierten Pflichten der Vertragspartner handelt. Neben der Prämienzahlung übernimmt der Versicherungsnehmer weit reichende Obliegenheiten, bei deren Nichterfüllung der Versicherer leistungsfrei sein kann. Dieser gewährt zwar grundsätzlich Versicherungsschutz, seine Leistungen sind aber zunächst unbestimmt, denn sie hängen vom Eintritt eines bestimmten Versicherungsfalles und im Rahmen gesetzlicher und

vertraglicher Obliegenheiten von dem Verhalten des Versicherungsnehmers ab. Der spezifischen Eigenart der Versicherung entsprechend hat der Versicherer überhaupt keine Zahlungen zu leisten, wenn es nicht zum Versicherungsfall kommt. Dies ist nicht etwa mit Nachteilen für den Versicherungsnehmer verbunden, denn regelmäßig entspricht es auch seinem Interesse, den Versicherungsfall zu vermeiden.

Die Rechtsfolgen des Widerrufs müssen für Versicherungsverträge auch deswegen geregelt werden, weil die Ausübung des Widerrufsrechts während einer u. U. längeren Zeitperiode, in der bereits Versicherungsschutz bestehen soll, in der freien Entscheidung des Versicherungsnehmers steht. Er kann ohne Begründung widerrufen, muss dies aber nicht. Ob er von seinem Widerrufsrecht Gebrauch macht, hängt deshalb auch davon ab, ob inzwischen ein Versicherungsfall eingetreten ist. In diesem Fall wird er die vereinbarten Leistungen des Versicherers nicht durch Widerruf in Frage stellen. Deshalb könnte es insbesondere bei tatsächlich sehr langen Widerrufsfristen, die wegen der Regelung des § 8 Abs. 2 Satz 3 E nicht sehr selten sein werden, nur bei schadensfreien Verträgen zum Widerruf kommen, während schadensbehaftete Verträge nicht widerrufen werden.

Der Entwurf sieht eine differenzierte Regelung der Rechtsfolgen vor, indem nach dem Zeitpunkt des Widerrufs unterschieden wird.

Für den Regelfall - Ausübung des Widerrufsrechts innerhalb eines Jahres nach der Zahlung der ersten Prämie - sieht § 9 Abs. 1 E die Rückabwicklung des widerrufenen, aber schon vorher teilweise vollzogenen Vertrags vor. Bereits bezahlte Prämien sind vom Versicherer zu erstatten; umgekehrt hat der Versicherungsnehmer bereits erhaltene Versicherungsleistungen zurückzugewähren. Dies bedeutet eine nicht unerhebliche Belastung für den Versicherer, da in der Praxis nur schadensfreie Verträge widerrufen werden; er muss versuchen sicher zu stellen, dass dem Versicherungsnehmer für den Widerruf nur die Frist von äußerstenfalls 30 Tagen ab Zustellung des Versicherungsscheins mit sämtlichen für den Fristbeginn erforderlichen Unterlagen zur Verfügung steht.

In Ausnahmefällen kann es zur Ausübung des Widerrufsrechts nach dem Ablauf eines Jahres nach der Zahlung der ersten Prämie kommen; in Betracht kommen Fälle, in denen der Versicherer die notwendigen Unterlagen nicht spätestens mit dem Versicherungsschein ausgehändigt hat oder die Aushändigung nicht beweisen kann. In diesen Fällen sieht § 9 Abs. 2 E grundsätzlich die Abwicklung des widerrufenen Vertrags nur für den Zeitraum nach dem Widerruf vor; dies entspricht einer außerordentlichen fristlosen Kündigung, so dass der Versicherer die Prämien für die Zeit bis zum Widerruf behalten kann. Dies ist interessengerecht,

denn einerseits hat der Versicherer in diesen Fällen das Risiko des Eintrittes eines Versicherungsfalles über einen längeren Zeitraum tatsächlich getragen; andererseits hat sich der Versicherungsnehmer lange Zeit um den Informationsmangel, der den späten Widerruf überhaupt erst ermöglicht, nicht gekümmert. Die Regelung kann allerdings nur gelten, wenn der Versicherungsnehmer über sein Widerrufsrecht (§ 9 Abs. 3 E) und - wegen der gemeinschaftsrechtlichen Vorgabe für Versicherungsverträge im Fernabsatz - über die Regelung des § 9 Abs. 2 Satz 1 E ordnungsgemäß belehrt worden ist; außerdem muss er dem Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist zugestimmt haben.

1.2.2.6 Schriftform

Das geltende Gesetz enthält zahlreiche Schriftformvorschriften, die der Versicherer, der Versicherungsnehmer und Dritte zu beachten haben. Durch das Formvorschriftenanpassungsgesetz vom 13. Juli 2001 (BGBl. I S. 1542) hat der Gesetzgeber zwar zunächst schon einzelne Schriftformregeln an die Möglichkeiten des modernen Rechtsgeschäftsverkehrs (Online-Abschluss, Fax-Übermittlung usw.) angepasst; systematisch oder gar umfassend konnte er dabei aber noch nicht vorgehen. Bei manchen Vorschriften, die schriftliche Erklärungen fordern, ist auch streitig, ob damit Schriftform im Sinne des § 126 BGB gemeint ist oder nur die mündliche Erklärung ausgeschlossen wird. Solche Unsicherheiten sollen durch eine eindeutige gesetzliche Regelung beseitigt werden.

In aller Regel reicht es aus, für die einzelne Erklärung oder Information die Textform nach § 126b BGB vorzuschreiben. In diesen Fällen ist zwar die dauerhafte Wiedergabe in Schriftzeichen erforderlich, aber als Träger der Aufzeichnung kommt neben Papier insbesondere auch ein elektronischer Datenträger in Frage. Muss eine Erklärung oder Information des Versicherers dem Versicherungsnehmer zugehen, reicht es nicht aus, dass dieser die elektronische Aufzeichnung beim Versicherer abrufen konnte oder noch nachträglich abrufen kann; die Speicherung muss beim Versicherungsnehmer selbst (z.B. auf dessen Rechner) erfolgen. Nur dann ist er in der Lage, später auf die tatsächlich abgerufene Information ohne nochmalige Rückfrage beim Versicherer und ohne dessen Mithilfe zurückzugreifen.

Die Textform sieht der Entwurf dementsprechend im Kapitel 1 Abschnitt 1 bei den in § 3 Abs. 1, § 5 Abs. 1 und 2 Satz 2, § 6 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1, § 7 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 Satz 2, § 8 Abs. 2, § 21 Abs. 1 Satz 1, Abs. 5 und 6 Satz 1, § 30 Abs.4, § 40 Abs. 2 Satz 2, § 41 Abs. 1 Satz 1, § 55 Abs. 1 Satz 2 und § 65 Abs. 1 geregelten Erklärungen und Informationen vor.

1.2.2.7 Laufzeit von Versicherungsverträgen

1.2.2.7.1 Beginn und Ende

Für den Beginn und das Ende einer Versicherung ist bisher in der dispositiven Regelung des § 7 Abs. 1 VVG der Mittag des bezeichneten Tages als Regelfall bezeichnet. Eine solche vertragliche Bestimmung kann zwar auch in anderen Wirtschaftsbereichen vorkommen, hat aber nur bei der Versicherung Verbreitung gefunden. Sie ist bei der privaten Krankenversicherung unpraktikabel, da die gesetzliche Krankenversicherung vom Beginn und Ende eines Tages ausgeht; wegen des häufigen Wechsels zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung müssen auch nur geringfügige Lücken vermieden werden. Auch bei dem Übergang von einer Gruppenversicherung, die üblicherweise mit einer Mitternachtsregelung abgeschlossen wird, zu einer Einzelversicherung mit einer Mittagsregelung treten Lücken auf, die im Einzelfall verhängnisvoll sein können. In der Kraftfahrzeug-Pflichtversicherung ist ebenfalls Beginn und Ende eines Tages maßgebend (vgl. § 1 Abs. 2 KfzPflVV).

Unter diesen Umständen wird die Mittagsregel in § 7 VVG aufgegeben. Sie kann aber im einzelnen Versicherungsvertrag und in Allgemeinen Versicherungsbedingungen beibehalten werden. Das liegt in denjenigen Versicherungszweigen nahe, bei denen häufiger nächtliche Versicherungsfälle vorkommen, die schwerlich der Zeit vor und nach Mitternacht zuzuordnen sind. Enthalten Versicherungsverträge keine Uhrzeit für Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, gilt nach § 10 E in Zukunft die Mitternachtsregelung, d. h. die Versicherung beginnt mit dem Beginn des vereinbarten Tages und endet um 24 Uhr des letzten Tages.

1.2.2.7.2 Kündigung

Die Kündigung von Versicherungsverträgen kann der freien Vereinbarung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer überlassen werden. Regelungsbedarf besteht nur in den folgenden Punkten.

Wird ein Versicherungsvertrag für eine bestimmte Zeit in der Weise abgeschlossen, dass er sich über die vereinbarte Zeit hinaus verlängert, wenn er nicht von einer Vertragspartei gekündigt wird, so soll die auf diese Weise vereinbarte Verlängerung unwirksam sein, soweit sie sich auf mehr als ein Jahr erstreckt (§ 11 Abs. 1 E). Damit soll sichergestellt werden, dass der Versicherungsnehmer durch eine Verlängerungsklausel nur für jeweils ein weiteres

Jahr gebunden ist, wenn er nicht fristgerecht gekündigt hat. Dies entspricht der bisherigen Regelung des § 8 Abs. 1 VVG und kann nicht vertraglich ausgeschlossen werden.

Die Zulässigkeit von Verlängerungsklauseln wird dadurch nicht in Frage gestellt. Durch sie wird vermieden, dass der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz allein deswegen verliert, weil er sich bei Vertragsablauf nicht um den Abschluss eines neuen Vertrags kümmert. Versäumt ein Versicherungsnehmer, der den Vertrag nicht fortsetzen will, die Kündigungsfrist, ist er nur für ein weiteres Jahr gebunden; bei der weiten Verbreitung der Verlängerungsklauseln dürfte es fast allen Versicherungsnehmern bewusst sein, dass sie Versicherungsverträge - wie Verträge mit unbestimmter Laufzeit - nur durch Kündigung beenden können.

Sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer können nur zum Ende einer Versicherungsperiode kündigen (§ 11 Abs. 2 E). Dies entspricht inhaltlich dem geltenden § 8 Abs. 2 Satz 1 VVG und kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abbedungen werden (§ 20 E). Sonderkündigungsrechte im Laufe einer Versicherungsperiode bleiben davon unberührt.

Die vereinbarten Kündigungsfristen müssen für beide Vertragsparteien übereinstimmen (§ 11 Abs. 3 Halbsatz 1 E). Damit soll die mögliche Übervorteilung des Versicherungsnehmers durch unterschiedliche Fristen vermieden werden. Die Frist darf nicht kürzer als ein Monat und nicht länger als drei Monate sein (§ 11 Abs. 3 Halbsatz 2 E). Insoweit sichert die Regelung dem Versicherungsnehmer einen gewissen Zeitraum für die Suche nach neuem Versicherungsschutz und verhindert zugleich die mögliche Behinderung seiner Kündigung durch unangemessen lange Kündigungsfristen von mehr als drei Monaten.

1.2.2.7.3 Festlaufzeit

Es bleibt grundsätzlich der freien Entscheidung der Vertragsparteien überlassen, für welchen Zeitraum sie einen Versicherungsvertrag abschließen wollen. Für Verbraucherversicherungsverträge sieht § 11 Abs. 4 E jedoch ein zwingendes Sonderkündigungsrecht zum Ende des dritten und jedes folgenden Versicherungsjahres vor. Damit wird zwar die tatsächliche Laufzeit eines derartigen Vertrags nicht beschränkt; er läuft so lange, bis der Versicherungsnehmer oder der Versicherer von dem vereinbarten ordentlichen Kündigungsrecht, von anderen Kündigungsrechten oder von diesem Sonderkündigungsrecht Gebrauch macht. Die Vertragsparteien können aber den Vertrag nicht mehr für länger als drei Jahre unkündbar

abschließen, da der Versicherungsnehmer nach drei Jahren immer zum Ende eines Versicherungsjahres das Sonderkündigungsrecht nach § 11 Abs. 4 E hat; der Versicherer kann sich ein entsprechendes Kündigungsrecht in seinen AVB vorbehalten.

Damit setzt der Entwurf die Festlaufzeit im Sinne der Regelung des § 8 Abs. 3 VVG von fünf auf drei Jahre herab, beschränkt sie zugleich aber auf Verbraucherversicherungsverträge. Maßgebend dafür ist eine Abwägung der Interessen der Versicherer und der Versicherungsvermittler einerseits und der Verbraucher als Versicherungsnehmer andererseits.

Da der Vertrieb von Versicherungen im Verhältnis zur Prämie des einzelnen Vertrags kostenintensiv ist, hat der Versicherer in vielen Fällen ein Interesse daran, dass neu abgeschlossene Verträge eine erhebliche Mindestlaufzeit haben. Das gilt insbesondere dann, wenn dem Abschluss eine intensive Beratung vorangeht. In den Fällen, in denen diese vom Vermittler erbracht wird, der dafür keine gesonderte Vergütung vom Versicherungsnehmer, sondern ausschließlich die Abschlussprovision vom Versicherer erhält, kann die Beratung intensiver sein, wenn der Vermittler für einen lange laufenden Vertrag eine deutlich höhere Provision erhält; allerdings kann dies annähernd auch durch zusätzliche Bestandsprovisionen erreicht werden, die sich nach der tatsächlichen Laufzeit des vermittelten Vertrags richten. Die wirtschaftliche Bedeutung dieser Überlegung zeigt sich auch dadurch, dass Versicherer ohne Vermittlerorganisation eher bereit sind, den Versicherungsnehmern schon nach einem Jahr ein Kündigungsrecht einzuräumen. In der Kfz-Versicherung gibt es ohnedies nur jährlich kündbare Verträge.

Auch der Versicherungsnehmer kann ein Interesse daran haben, dass der von ihm vielleicht mit erheblichem Aufwand gefundene Versicherungsschutz für längere Zeit fest vereinbart werden kann; bei einem gesetzlichen Sonderkündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist dies in Frage gestellt, denn der Versicherer wird dasselbe Kündigungsrecht auch für sich in den AVB vorsehen. Dabei wird es sich aber im Verbraucherbereich um relativ seltene Ausnahmen handeln. Überwiegend sind die Verbraucher nicht auf eine lange Festlaufzeit angewiesen, sondern daran interessiert, den einmal abgeschlossenen Vertrag innerhalb einer noch überschaubaren Zeit kündigen zu können. Die denkbaren und beim Abschluss nicht vorausgesehenen Gründe für die Kündigung sind vielfältig; die für den Abschluss entscheidenden Umstände können sich geändert haben oder Wettbewerbsangebote machen einen tatsächlich oder auch nur scheinbar günstigeren Versicherungsschutz möglich.

Mit einer Festlaufzeit von drei Jahren für Verbraucherversicherungsverträge geht der Entwurf einen Mittelweg – zwischen der Forderung nach einem Kündigungsrecht schon nach dem

ersten Versicherungsjahr und der geltenden Regelung, die nach mehreren vorangegangenen Regelungen das Kündigungsrecht erst nach fünf Jahren sichert. Ausschlaggebend dafür ist vor allem die Überlegung, dass auch in anderen Bereichen eine mehrjährige Bindung des Verbrauchers durchaus als angemessen gilt und zugelassen wird; im Anwendungsbereich des § 309 Nr. 9 BGB beträgt allerdings die Festlaufzeit höchstens zwei Jahre. Außerdem ist zu beachten, dass dem Verbraucher im Versicherungsbereich zwei weitere Sonderkündigungsrechte zur Verfügung stehen – bei Prämien erhöhungen nach § 42 E und im Versicherungsfall bei der Sachversicherung nach § 94 E sowie bei der Haftpflichtversicherung nach § 112 E; außerdem sind Lebensversicherungen bereits zum Ende des ersten Versicherungsjahres kündbar (§ 160 E).

1.2.2.8 Prämie bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsvertrags

Das geltende Recht kennt zwar keinen ausdrücklichen Grundsatz der „Unteilbarkeit der Prämie“, wenn der Vertrag im Laufe eines Versicherungsjahres endet. In zahlreichen Fällen, nämlich bei folgenden Regelungen, geht das geltende Recht aber davon aus, dass dem Versicherer die volle Jahresprämie auch dann zusteht, wenn der Vertrag außerplanmäßig bereits im Laufe des Versicherungsjahres endet :

- § 2 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 VVG - Kenntnis des Versicherungsnehmers vom Versicherungsfall bei der Rückwärtsversicherung
- § 40 Abs. 1 Satz 1 VVG - Aufhebung des Vertrags durch Kündigung oder Rücktritt wegen Obliegenheitsverletzung oder Gefahrerhöhung
- § 40 Abs. 1 Satz 1 VVG - Anfechtung des Vertrags durch den Versicherer
- § 40 Abs. 2 Satz 1 VVG - Kündigung wegen Zahlungsverzugs mit einer Folgeprämie
- § 41 a Abs. 1 VVG - Herabsetzung der Prämie wegen eines die Gefahr erhöhenden Umstandes
- § 41 a Abs. 2 VVG - Herabsetzung der Prämie nach Aufklärung irrtümlicher Angaben des Versicherungsnehmers
- § 59 Abs. 3 Halbsatz 2 VVG - Betrügerische Doppelversicherung
- § 60 Abs. 3 Satz 1 VVG - Beseitigung einer Doppelversicherung
- § 68 Abs. 4 VVG - Wegfall des versicherten Interesses

- § 70 Abs. 3 VVG - Kündigung wegen Veräußerung der versicherten Sache
- § 95 VVG - Verminderung der Versicherungssumme nach dem Versicherungsfall in der Feuerversicherung
- § 96 Abs. 3 VVG - Kündigung nach dem Versicherungsfall in der Feuerversicherung
- § 113 Satz 2 VVG - Kündigung durch den Versicherungsnehmer nach dem Versicherungsfall in der Hagelversicherung
- § 119 Satz 1 VVG - Verminderung der Versicherungssumme nach dem Versicherungsfall in der Tierversicherung
- § 158 Abs. 3 Satz 1 VVG - Kündigung durch den Versicherungsnehmer nach dem Versicherungsfall in der Haftpflichtversicherung.

In allen anderen Fällen gilt ein Grundsatz „Unteilbarkeit der Prämie“ schon jetzt nicht. Das sind zunächst die Fallgruppen, für die das Gesetz das Gegenteil bestimmt (§ 40 Abs. 3 i. V. m. §§ 13 und 14 VVG für die Insolvenzfälle), aber auch die Fallgruppen, für die das Gesetz keine Regelung im Sinne der Unteilbarkeit trifft.

Der Entwurf gibt den Grundsatz auf, indem § 42 Abs. 1 E dem Versicherer nur denjenigen Teil der Prämie zubilligt, welcher dem anteilig getragenen Risiko entspricht.

Dabei wird eine zeitanteilige Prämienteilung in den meisten Fällen zu einem angemessenen Ausgleich der beiderseitigen Interessen führen, weil sich das Risiko annähernd proportional zur abgelaufenen Versicherungszeit verteilt; die zeitanteilige Prämienteilung ist außerdem einfach zu handhaben. Es gibt aber auch Fälle, in denen die versicherten Risiken sich signifikant unterschiedlich über das Versicherungsjahr verteilen.

In der Hagelversicherung und möglicherweise auch in der Sturmversicherung treten die Schäden konzentriert zu bestimmten Jahreszeiten ein. In diesen Fällen würde die zeitanteilige Aufteilung der Jahresprämie zu unangemessenen Ergebnissen führen. Das gilt besonders auch in den Fällen, in denen das eigentliche versicherte Risiko nur kurzfristig besteht, der Vertrag aber bewusst für eine etwas längere Zeit abgeschlossen wird. In der Hagelversicherung besteht nach der Ernte der versicherten Feldfrüchte kein versichertes Risiko mehr; der Vertrag wird aber üblicherweise für ein Kalenderjahr und mit einer Jahresprämie kalkuliert und abgeschlossen. Deshalb ist die vorgeschlagene grundsätzliche Orientierung an dem getragenen Risiko sachgerecht. Für die Hagelversicherung gilt die Sonderregelung des § 96 Abs. 3 E.

Bei einer von der zeitanteiligen Prämienteilung abweichenden Vereinbarung durch AVB bleibt die Prüfung der Angemessenheit der vertraglichen Regelung im Rahmen der Inhaltskontrolle nach §§ 307 ff. BGB erhalten; die AVB-Regelung ist dann unangemessen, wenn sie nicht zu einer risikoproportionalen Verteilung führt. Trifft der Versicherer in den AVB keine Regelung, gilt die oben vorgeschlagene gesetzliche Regelung.

1.2.2.9 Zahlungsverzug

Der Entwurf hält weitgehend an den bisherigen Regelungen der §§ 38 und 39 VVG fest, die es dem Versicherer ermöglichen, den Versicherungsschutz bei Nichtzahlung der Prämie zu versagen.

Es wäre denkbar, den Versicherer an dem Vertrag und an dem einmal gewährten Versicherungsschutz auch bei Prämienverzug festzuhalten und auf die gerichtliche Geltendmachung und Beitreibung der Prämie zu verweisen. Dagegen spricht aber entscheidend, dass die meisten Versicherungsverträge vom Versicherungsnehmer nicht in der sicheren Erwartung zukünftiger Schäden abgeschlossen werden; er sucht den Versicherungsschutz nur für den Fall zunächst ungewisser, unerwarteter und unerwünschter Schäden. Würde der Versicherungsnehmer durch die Nichtzahlung der Prämie seinen Versicherungsschutz nicht aufs Spiel setzen, könnte er in Ruhe abwarten, ob ein Schaden eintritt und die Prämie dann gegebenenfalls erst nachträglich zahlen. Endet der Vertrag, ohne dass es zu einem Schaden kommt, bliebe die Nichtzahlung für den Versicherungsnehmer folgenlos; er hätte im Nachhinein auch gar kein Interesse an der nachträglichen Zahlung der Prämie, denn für die schadensfreie Vergangenheit benötigt er rückblickend keinen Versicherungsschutz. Außerdem verdient ein Versicherungsnehmer, der bereits die erste Prämie nicht zahlt, keinen Schutz zu Lasten des Versicherers und anderer Versicherungsnehmer. Ein weiterer Grund sind die erheblichen Kosten der gerichtlichen Geltendmachung und Beitreibung und die ungewissen Aussichten der Realisierung.

Selbst wenn diese Überlegungen nicht entscheidend wären, müsste dem Versicherer die Möglichkeit gelassen werden, durch eine Einlösklausel Versicherungsschutz nur bei Zahlung der Erstprämie zu gewähren. Er kann dann den Eingang der Zahlung abwarten und bei Nichtzahlung innerhalb einer vertraglichen Nachfrist vom Vertrag zurückzutreten.

1.2.2.9.1 Nichtzahlung der Erstprämie

Wenn der Versicherer keine Einlösklausel vereinbart und deshalb Versicherungsschutz schon vor der Prämienzahlung gewährt, ist er bisher nach § 38 Abs. 2 VVG leistungsfrei für Schäden, die vor der Zahlung der Prämie eintreten. Daran hält § 40 Abs. 2 E fest. Außerdem ist er in jedem Fall berechtigt, von dem Vertrag zurückzutreten, solange die Prämie nicht bezahlt ist. Beide Regelungen führen zu unbilligen Ergebnissen, wenn die Zahlung unverschuldet unterbleibt. Deshalb schließt der Entwurf in § 40 Abs. 1 und 2 Satz 1 E den Rücktritt und die Leistungsfreiheit aus, wenn der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Die Rechtsfolgen des § 40 E treten auch ein, wenn nur ein Teil der Erstprämie nicht bezahlt wird. Der Entwurf führt das Proportionalprinzip, das dem Versicherungsnehmer bei teilweiser Zahlung der Prämie einen proportional gekürzten Versicherungsschutz erhalten würde, aus folgenden Gründen nicht ein:

Der Versicherungsnehmer hat einen Versicherungsvertrag abgeschlossen und sich zur Zahlung der Prämie verpflichtet. Er mag das im Einzelfall nachträglich nicht mehr für zweckmäßig halten. Dann muss er aber mit dem Versicherer über eine Aufhebung des Vertrags oder über eine Reduzierung des Versicherungsschutzes verhandeln. Es ist dem Versicherer nicht zuzumuten, dass der Versicherungsnehmer das Recht zur einseitigen Reduzierung der Prämie und des Versicherungsschutzes hat. Der Versicherer wäre anderenfalls an den Teilvertrag, definiert durch die Teilzahlung des Versicherungsnehmers, gebunden, obwohl er einen solchen Vertrag möglicherweise gar nicht abgeschlossen hätte. Er wäre auch an einen Vertragspartner gebunden, der schon die erste Zahlung nicht vollständig leistet. Bei jeder weiteren Prämie könnte dieser wiederum den Umfang des Versicherungsschutzes einseitig allein durch die Höhe seiner Zahlung bestimmen.

1.2.2.9.2 Nichtzahlung kleiner Teilbeträge

Die Rechtsfolgen des § 40 E treten auch ein, wenn der Versicherungsnehmer nur einen geringfügigen (Rest-)Betrag nicht bezahlt. Wenn der Rückstand im Verhältnis zu der geschuldeten Prämie und in absoluten Zahlen sehr gering ist, würde die uneingeschränkte Anwendung der Regelung allerdings zu einem unbilligen Ergebnis führen. Deshalb hat die Rechtsprechung dem Versicherer im Einzelfall die Berufung auf § 38 VVG nach Treu und Glauben

versagt. Davon ist auch für die insoweit nur überarbeitete neue Fassung des § 40 E auszugehen.

Der Entwurf sieht keinen Grenzwert nach dem Vorbild des § 39a ÖVVG vor. Die Rechte des Versicherers nach § 40 E wären dann ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nur mit einem bestimmten Betrag oder nur mit einem bestimmten Prozentsatz der Prämie im Rückstand ist (nach ÖVVG: 60 Euro bzw. 10 % der Prämie). Gegen eine solche Regelung sprechen folgende Gründe:

Das Ziel, die sich aus der genannten Rechtsprechung ergebende Unsicherheit über die Bewertung eines Rückstandes als „geringfügig“ zu beseitigen, kann die Regelung nicht erreichen. Wenn der Grenzwert wie in Österreich auf 60 Euro festgesetzt würde, kommt es zu Rückständen geringfügig über diesem Betrag. Die unvermeidliche Unsicherheit der Rechtsprechung über die Geringfügigkeit bleibt also bestehen - nur verlagert auf einen bestimmten gesetzlichen Grenzwert. Lässt man den böswilligen Versicherungsnehmer, der absichtlich immer etwas weniger als die vereinbarte Prämie bezahlt, außer Betracht, spielen vor allem die Fälle eine Rolle, in denen der Versicherungsnehmer versehentlich zu wenig überweist (Schreib- oder Lesefehler). Solche Fehler treten aber nicht nur unterhalb eines Grenzwertes auf, sondern führen in gleicher Weise auch zu Rückständen oberhalb eines Grenzwertes.

Dem Versicherungsnehmer kann die Verantwortung für die rechtzeitige und vollständige Zahlung der Erstprämie nicht abgenommen werden; bei unverschuldetem Rückstand hilft die neue Regelung des § 40 E, die unverschuldete Fehler folgenlos lässt. Umgekehrt besteht die Gefahr, dass manche Versicherungsnehmer dazu übergehen könnten, nie mehr als gerade denjenigen Betrag zu zahlen, der seinen Versicherungsschutz nicht gefährdet. Der Versicherer müsste dann die kleinen Restbeträge mit entsprechendem Kostenaufwand vermehrt gerichtlich geltend machen, soweit er keine Verrechnungsmöglichkeit mit Schadenzahlungen hat.

1.2.2.9.3 Gerichtliche Geltendmachung der Erstprämie

Nach § 38 Abs. 1 Satz 2 VVG „gilt (es) als Rücktritt“, wenn der Versicherer den Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten nach Fälligkeit gerichtlich geltend macht. Diese Fiktion wird aufgeben, denn der Rücktritt liegt nicht immer im Interesse des Versicherungsnehmers. Das berechtigte Interesse des Versicherers, sich von dem Vertrag mit einem schon zu Beginn des Versicherungsverhältnisses säumigen Vertragspartner zu lösen, wird dadurch

ausreichend geschützt, dass er durch ausdrückliche Erklärung nach § 40 Abs. 1 Satz 1 E vom Vertrag zurücktreten kann.

1.2.2.9.4 Nichtzahlung einer Folgeprämie

Alle für die Nichtzahlung der Erstprämie gestellten Fragen stellen sich auch für die Folgeprämie. Ein entscheidender Unterschied besteht jedoch darin, dass mindestens in einer vorangegangenen Versicherungsperiode bereits Versicherungsschutz bestanden hat und die dafür geschuldete Prämie bezahlt worden ist. Im Gegensatz zu der im Vereinigten Königreich verbreiteten Praxis (Verlängerung des Vertrags durch Angebot des Versicherers, das der Versicherungsnehmer durch Zahlung der Folgeprämie annimmt) wird der Vertrag und damit der Versicherungsschutz bei der vorherrschenden Vertragsgestaltung in Deutschland ohne weiteres fortgesetzt, wenn keiner der beiden Vertragspartner kündigt. Dies hat zur Konsequenz, dass der Versicherer bei Zahlungsrückstand des Versicherungsnehmers mit der Folgeprämie nicht ohne weiteres leistungsfrei wird. Dies ist auch wirtschaftlich angemessen, da der Vertrag zunächst einmal über mindestens eine Versicherungsperiode hinweg von beiden Seiten erfüllt worden ist.

Der Entwurf hält in § 41 E an der Regelung des § 39 VVG fest, weil sie sachgerecht ist. Das gilt sowohl für die qualifizierte Mahnung nach § 41 Abs. 1 Satz 2 E und für die Nachfrist nach § 41 Abs. 3 Satz 3 E als auch für die Rechtsfolgen. Da die Regelung den Verzug des Versicherungsnehmers bisher schon voraussetzt, ist die Ergänzung, wie sie in § 40 E vorgesehen ist, hier nicht erforderlich.

1.2.2.10 Verletzung der vertraglichen Verpflichtungen des Versicherungsnehmers; Gefahrerhöhung

Das geltende Gesetz sanktioniert die Verletzung vertraglicher oder gesetzlicher Obliegenheiten, subjektiver Risikoausschlüsse und des Verbots der Gefahrerhöhung (§§ 6, 23 ff., 61 f. und 71 VVG) sowie von Anzeigepflichten (§§ 16 ff. VVG) durch den Versicherungsnehmer regelmäßig in der Weise, dass der Versicherer unter bestimmten Voraussetzungen von der Leistungspflicht frei ist; damit verliert der Versicherungsnehmer wegen eines ihm angelasteten Verstoßes insoweit den Versicherungsschutz. Die unterschiedlichen Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit sind zum Teil sachlich nicht gerechtfertigt und für den Versicherungsnehmer auch nicht durchschaubar.

Vor allem hat sich in der Praxis als unbefriedigend erwiesen, dass alle Regelungen auf dem Alles-oder-Nichts-Prinzip basieren: Entweder erhält der Versicherungsnehmer die volle vertragliche Versicherungsleistung oder der Versicherer ist insgesamt leistungsfrei.

Dies ist zwar eine relativ einfache Regelung, weil die Leistungsfreiheit nach Feststellung einer Vertragsverletzung und eines hinreichenden Verschuldens des Versicherungsnehmers ohne weiteres und insgesamt eintritt, sie erfordert aber eine exakte Feststellung des Verschuldens, weil die Grenze z.B. zwischen Vorsatz und Fahrlässigkeit, zwischen bedingtem Vorsatz und bewusster Fahrlässigkeit oder zwischen grober und einfacher Fahrlässigkeit über die Versicherungsleistung entscheidet. Vor allem befriedigt aber die bisherige Regelung deswegen nicht, weil bei nur geringem Unterschied des Verschuldens - die Grenze zwischen einfacher und grober Fahrlässigkeit ist gerade überschritten - gegensätzliche Rechtsfolgen eintreten - in dem einen Fall voller Versicherungsschutz und in dem anderen, fast identischen Fall völlige Leistungsfreiheit. Dies wäre allenfalls weiterhin vertretbar, wenn das Verschulden des Versicherungsnehmers wie ein Datum oder ein Betrag rechnerisch feststellbar wäre; in Wirklichkeit kann Verschulden aber nur aufgrund einer Bewertung festgestellt werden, die nie frei von subjektiven Einschätzungen desjenigen ist, der sie vornimmt.

Der Entwurf beschränkt sich nicht auf Korrekturen bei den einzelnen Vorschriften, sondern sieht für sämtliche Verletzungen vertraglicher Pflichten und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers (Anzeige von Gefahrumständen, Verbot der Gefahrerhöhung) ein weitgehend einheitliches Regime von Rechtsfolgen vor. Ziel ist ein allgemeines System, das für alle Beteiligten verständlich ist und ihre Interessen angemessen berücksichtigt.

Die Grundsätze dieses Systems sind:

- Auf die Leistungsfreiheit als Rechtsfolge wird nicht verzichtet; in manchen Fällen erscheint es aber ausreichend, wenn der Versicherer kündigen oder eine höhere Prämie verlangen kann.
- Zur Leistungsfreiheit können grundsätzlich nur solche Verstöße führen, die kausal für den Versicherungsfall oder den Umfang der Leistung des Versicherers sind. Nur betrügerisches Verhalten des Versicherungsnehmers vor und nach dem Versicherungsfall führt ausnahmsweise, auch wenn es nicht kausal geworden ist, zur Leistungsfreiheit.
- Einfach fahrlässig verursachte Verstöße bleiben folgenlos.

- Vorsätzliche Verstöße führen - vorbehaltlich des zweiten Grundsatzes - immer zur Leistungsfreiheit.
- Bei grob fahrlässigen Verstößen des Versicherungsnehmers gegen Obliegenheiten kann der Versicherer seine Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens kürzen.
- Der Versicherungsnehmer soll nicht von der Leistungsfreiheit überrascht werden: Es werden Belehrungspflichten des Versicherers vorgesehen, die den Versicherungsnehmer warnen und ihn zu richtigem Verhalten anhalten sollen.
- Die Beweislast wird klar und einheitlich geregelt: Bei objektiver Tatbestandsverwirklichung wird von grober Fahrlässigkeit ausgegangen, d.h. die Beweislast für Vorsatz trägt der Versicherer, von grober Fahrlässigkeit muss sich der Versicherungsnehmer entlasten. Die Beweislast für Kausalität soll dagegen unverändert bleiben; Obliegenheitsverletzungen bleiben folgenlos, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass sein Verhalten nicht kausal war.

1.2.2.10.1 Anzeige von Gefahrumständen durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherer übernimmt in aller Regel ein konkretes Risiko, dessen Einschätzung ihm nur auf der Grundlage von zutreffenden Angaben des Versicherungsnehmers möglich ist. Deshalb sind Anzeigepflichten ebenso erforderlich wie u. U. weit reichende Rechtsfolgen für den Fall unzutreffender Angaben des Versicherungsnehmers. Daran hält der Entwurf fest. Gegenüber der bisherigen Regelung der §§ 16, 17 VVG sieht er in §§ 21 bis 23 E jedoch folgende Änderungen vor:

Der Versicherungsnehmer ist nur noch für solche ihm bekannten Umstände anzeigepflichtig, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat; er hat den Versicherungsnehmer dabei auf die Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung hinzuweisen (§ 21 Abs. 6 Satz 1 E). Das Risiko einer Fehleinschätzung, ob ein Umstand gefahrrelevant ist, liegt danach nicht mehr beim Versicherungsnehmer. Die Nachfrage nach einem bestimmten Umstand spricht dafür, dass dieser Umstand für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich ist; diese Bewertung liegt daher zunächst ausschließlich beim Versicherer. Das Verschweigen eines gefahrerheblichen Umstandes, den der Versicherer nicht nachgefragt hat, stellt lediglich bei Arglist des Versicherungsnehmers eine Pflichtverletzung dar (vgl. § 21 Abs. 5 E).

Maßgeblicher Zeitpunkt für die Erfüllung der Anzeigepflicht ist nach § 21 Abs. 1 Satz 1 E nicht mehr der Vertragsschluss, sondern die auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung des Versicherungsnehmers. Dies ist in der Praxis meist sein Antrag, in anderen Fällen seine Annahmeerklärung. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer wird davon ausgehen, dass er seiner Pflicht gegenüber dem Versicherer nachgekommen ist, wenn er die ihm vorgelegten Fragen zum Zeitpunkt seiner Antragstellung zutreffend beantwortet hat. Eine bloße Belehrung durch den Versicherer, dass er auch solche nachgefragten Umstände noch anzuzeigen hat, die erst nach der Antragstellung entstanden oder bekannt geworden sind, erscheint angesichts des Umfangs der vom Versicherungsnehmer vor Vertragsschluss zur Kenntnis zu nehmenden Informationen des Versicherers nicht ausreichend. Daher ist diese erweiterte Anzeigepflicht nach § 21 Abs. 1 Satz 2 E davon abhängig, dass der Versicherer vor seiner Annahmeerklärung die in Satz 1 umschriebenen Fragen in Textform noch einmal oder erstmals stellt.

Verletzt der Versicherungsnehmer seine so definierte Anzeigepflicht, muss der Versicherer grundsätzlich zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt sein, der ein anderes als das bei Vertragsschluss vorausgesetzte Risiko betrifft (§ 21 Abs. 2 E). Da der Versicherungsnehmer damit aber den Versicherungsschutz rückwirkend (§ 23 Abs. 2 E) verliert und deshalb einen schwer wiegenden Nachteil zu tragen hat, sieht § 21 Abs. 3 und 4 E zwei wesentliche Einschränkungen gegenüber dem geltenden Recht vor.

- Nach § 21 Abs. 3 E ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht allenfalls einfach fahrlässig verletzt hat; er hat die Beweislast für das Nichtvorliegen von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit. Um sich trotzdem von dem Vertrag mit Wirkung für die Zukunft trennen zu können, hat der Versicherer in diesem Fall ein Sonderkündigungsrecht (§ 21 Abs. 3 Satz 2 E).
- Nach § 21 Abs. 4 E ist das Rücktrittsrecht des Versicherers und sein Sonderkündigungsrecht nach § 21 Abs. 3 Satz 2 E außer bei Vorsatz ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht richtig angezeigten Umstände abgeschlossen hätte - wenn auch zu anderen Bedingungen; diese werden dann auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsinhalt (§ 21 Abs. 4 Satz 2 E), verbunden mit einem Sonderkündigungsrecht des Versicherungsnehmers nach § 21 Abs. 7 E.

1.2.2.10.2 Kenntnis des Versicherers

Ein Verstoß gegen die Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers ist dann irrelevant, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte (§ 21 Abs. 6 Satz 2 E). Dabei werden die Kenntnisse des Versicherungsvertreters dem Versicherer zugerechnet (§ 70 E). Regelungsbedürftig ist die Frage, unter welchen Voraussetzungen der Versicherer sich anrechnen lassen muss, dass er sich bestimmte Kenntnisse hätte verschaffen können.

Die neue Regelung des § 32 E knüpft an die höchstrichterliche Rechtsprechung zu einzelnen Fällen der Wissenszurechnung im Konzern an. Im Interesse der Rechtssicherheit werden die Voraussetzungen allgemein bestimmt, unter denen sich ein Versicherer ausnahmsweise das Wissen eines anderen Versicherers zurechnen lassen muss. In erster Linie geht es um die Fälle, in denen der Versicherungsnehmer einem Versicherer bestimmte Umstände beim Abschluss eines Versicherungsvertrags zwar nicht ausdrücklich anzeigt, sich aber auf Unterlagen eines anderen Unternehmens beruft. Der Versicherer ist dadurch veranlasst, entweder diese Kenntnisse nach Möglichkeit abzurufen oder gegenüber dem Versicherungsnehmer auf dessen unmittelbaren Angaben zu bestehen.

Die Regelung stellt nicht darauf ab, ob die beiden betroffenen Versicherer konzernverbunden sind. Durch eine Bezugnahme auf den aktienrechtlichen Konzernbegriff, der eine einheitliche Leitung der so verbundenen Unternehmen voraussetzt, könnte keine sachlich befriedigende Abgrenzung erreicht werden; es gibt Versicherergruppen, bei denen die einheitliche Leitung fehlt oder nicht nachzuweisen ist, die aber wie Konzernunternehmen arbeitsteilig zusammenarbeiten und gegenüber den Versicherungsnehmern als Einheit auftreten. Entscheidend ist vielmehr, ob der Versicherer rechtlich und tatsächlich in der Lage ist, die bei dem anderen Versicherer gespeicherten Daten des Versicherungsnehmers abzurufen. Dabei sind auch die datenschutzrechtlichen Grenzen zu berücksichtigen.

1.2.2.10.3 Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss

Die geltenden Vorschriften der §§ 23 bis 25 VVG sollen vereinfacht werden. Zugleich sollen sie an die oben entwickelten allgemeinen Grundsätze angepasst werden; dies führt zu einigen nicht unwesentlichen Änderungen der Regelung über die Gefahrerhöhung.

In § 25 Abs. 1 E wird das für den Versicherungsnehmer geltende Verbot, ohne Einwilligung des Versicherers eine Gefahrerhöhung vorzunehmen oder zuzulassen, unverändert aufrechterhalten; anderenfalls würde der Versicherungsnehmer Versicherungsschutz für ein von ihm veranlasstes, aber vom Versicherer nicht akzeptiertes Risiko erhalten. Dem § 21 Abs. 1 E entsprechend ist maßgeblicher Zeitpunkt die Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, in der Praxis meist der Versicherungsantrag, während nach § 23 VVG von dem Abschluss des Versicherungsvertrags, in der Praxis meist erst durch die später liegende Annahmeerklärung des Versicherers, auszugehen ist.

Das Verbot wird wie bisher konkretisiert durch § 29 E, wonach unerhebliche oder den Umständen nach mitversicherte Gefahrerhöhungen außer Betracht bleiben. Neben das Verbot tritt die Anzeigepflicht für nachträglich erkannte (§ 25 Abs. 2 E) und für diejenigen Gefahrerhöhungen, die unabhängig von dem Versicherungsnehmer eingetreten sind (§ 25 Abs. 3 E).

Abweichend vom geltenden Recht (§ 24 VVG) soll dem Versicherer nach § 26 Abs. 1 Satz 1 E ein Recht zur fristlosen Kündigung nur bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung der Verpflichtung nach § 25 Abs. 1 E zustehen. Bei einfach fahrlässigem Verstoß gegen diese Verpflichtung und bei Verstößen gegen die Anzeigepflicht nach § 25 Abs. 2 und 3 E besteht zwar auch ein außerordentliches Kündigungsrecht, aber der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten (§ 26 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 E). Anders als bei § 30 E erscheint ein Verzicht auf eine begrenzte Sanktion bei leichter Fahrlässigkeit hier nicht gerechtfertigt, da es sich bei der Gefahrerhöhung um einen den Versicherer auch in Zukunft belastenden Dauerverstoß handelt. Eine Kündigung ist insgesamt ausgeschlossen, wenn der Verstoß gegen § 25 Abs. 1 E vom Versicherungsnehmer ausnahmsweise nicht zu vertreten ist und er die Anzeigepflicht nach § 25 Abs. 2 und 3 E erfüllt hat.

Durch § 27 E wird dem Versicherer ein Wahlrecht eingeräumt, an Stelle der Kündigung nach § 26 E eine erhöhte Prämie zu verlangen oder die Absicherung der höheren Gefahr auszuschließen. Die Prämie ist nach den für die höhere Gefahr maßgeblichen Geschäftsgrundsätzen des Versicherers zu bemessen. Die Erlöschensvorschrift des § 26 Abs. 3 E gilt auch für die Ausübung dieses Rechtes auf Prämienerrhöhung bzw. auf Ausschluss der Absicherung.

Allerdings soll der Versicherungsnehmer bei einer Prämienerrhöhung von mehr als 20 Prozent die Gelegenheit erhalten, durch fristlose Kündigung des Vertrags (§ 27 Abs. 2 E) das höhere Risiko anderweitig günstiger zu versichern oder auf eine Versicherung zu verzichten; entsprechendes gilt für den Fall des Risikoausschlusses durch den Versicherer. Das Kündigungsrecht muss innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers aus-

geübt werden. Über das Kündigungsrecht hat der Versicherer den Versicherungsnehmer zu belehren; dies entspricht den neuen Regelungen in § 21 Abs. 5 und § 43 E.

Die für den Versicherungsnehmer einschneidende Sanktion der Leistungsfreiheit des Versicherers bei Gefahrerhöhung wird nach den oben wiedergegebenen Grundsätzen für die Verletzung vertraglicher Verpflichtungen des Versicherungsnehmers umgestaltet. Dies bedeutet zum einen, dass die Leistungspflicht des Versicherers abweichend vom geltenden § 25 Abs. 2 Satz 1 VVG bei nur einfacher Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers bestehen bleibt. Zum anderen wird für die Fälle der groben Fahrlässigkeit das bisherige starre Alles-oder-Nichts-Prinzip durch eine Quotelungsregelung ersetzt. § 28 Abs. 1 Satz 2 E stimmt insoweit mit § 30 Abs. 2 Satz 2 E überein. Eine weitere Abweichung vom geltenden Recht liegt schließlich darin, dass die nicht erkannte Gefahrerhöhung (§ 25 Abs. 2 E) wie in § 26 Abs. 2 E von der vorgenommenen Gefahrerhöhung (§ 25 Abs. 1 E) unterschieden und durch § 28 Abs. 2 E dem Fall der objektiven Gefahrerhöhung (§ 25 Abs. 3 E) gleichgestellt wird. Nach § 28 Abs. 2 E gilt eine entsprechende Regelung auch für die Verletzung der Anzeigepflichten nach § 25 Abs. 2 und 3 E, falls der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige hätte zugehen müssen.

1.2.2.10.4 Vertragliche Obliegenheiten

Im Versicherungsvertrag sind vielfach Obliegenheiten geregelt, die der Versicherungsnehmer während der gesamten Vertragszeit - dann meist zur Verminderung der Gefahr oder zur Verhinderung einer Gefahrerhöhung - oder nach Eintritt eines Versicherungsfalles - dann meist zur Minderung des Schadens oder zur Erleichterung der Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers - zu erfüllen hat. § 6 VVG beschränkt schon bisher die bei einer Verletzung dieser vertraglichen Obliegenheiten zulässigen Sanktionen. § 30 E schränkt sie teilweise weiter ein, gleicht sie an die oben genannten allgemeinen Grundsätze für Vertragsverletzungen an und weicht damit erheblich von der bisherigen Regelung ab. Auf eine Definition des Begriffes der Obliegenheit wird dabei weiterhin verzichtet, weil sonst dessen Weiterentwicklung durch die Rechtsprechung erschwert würde und im Übrigen das schwierige Abgrenzungsproblem der sog. verdeckten Obliegenheiten nicht gelöst werden könnte.

Verletzt der Versicherungsnehmer eine vor dem Versicherungsfall zu erfüllende vertragliche Obliegenheit, ist der Versicherer nach § 30 Abs. 1 E grundsätzlich zur fristlosen Kündigung berechtigt; dieses Kündigungsrecht ist nur ausgeschlossen, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers beruht. Damit ist die

Kündigung bei einer unverschuldeten oder einfach fahrlässigen Obliegenheitsverletzung ausgeschlossen. Wie jede Kündigung wirkt auch diese außerordentliche Kündigung nur für die Zukunft, so dass der Versicherungsschutz für die Vergangenheit unberührt bleibt.

Die weiter gehende Leistungsfreiheit des Versicherers, die unabhängig von der Ausübung des Kündigungsrechtes eintritt, ist auf vorsätzliche Obliegenheitsverletzungen beschränkt (§ 30 Abs. 2 Satz 1 E). Bei grober Fahrlässigkeit tritt an die Stelle der Leistungsfreiheit die Kürzung der Versicherungsleistung nach der Schwere des Verschuldens (§ 30 Abs. 2 Satz 2 E). Bei allenfalls einfacher Fahrlässigkeit ist die Leistungsfreiheit ausgeschlossen.

In Anlehnung an die sog. Relevanzrechtsprechung des BGH legt § 30 Abs. 3 Satz 1 E zusätzlich ein Kausalitätserfordernis fest. Der Versicherer wird von seiner Leistungspflicht nicht frei, wenn und soweit die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Dies ist sachlich gerechtfertigt, da der Versicherer keinen Nachteil erleidet, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass seine Obliegenheitsverletzung irrelevant ist. Daher soll die bisherige Beschränkung des Kausalitätserfordernisses nach § 6 Abs. 3 VVG auf einfach fahrlässige Verletzungen nach Eintritt des Versicherungsfalles entfallen. Etwas anderes gilt aus Gründen der Generalprävention nur bei Arglist des Versicherungsnehmers (§ 30 Abs. 3 Satz 2 E).

Ebenfalls auf die Rechtsprechung geht die Regelung in § 30 Abs. 4 E über die Belehrungspflichten des Versicherers bei Verletzung einer vertraglich bestimmten Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit des Versicherungsnehmers nach Eintritt des Versicherungsfalles (vgl. § 34 E) zurück. Die Leistungsbefreiung des Versicherers tritt nur dann ein, wenn der Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform auf diese Folgen einer Obliegenheitsverletzung hingewiesen worden ist. Dies gilt allerdings nicht für Obliegenheiten, die z.B. unmittelbar bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles auf Grund des konkreten Ablaufs entstehen und auf die der Versicherer daher nicht noch einmal hinweisen kann. Im Falle der Arglist des Versicherungsnehmers bedarf es keiner Belehrung.

Die Vereinbarung eines Rücktrittsrechtes des Versicherers, das den Versicherungsschutz rückwirkend entfallen lassen würde, ist für den Fall der Verletzung vertraglicher Obliegenheiten wie bisher (§ 6 Abs. 4 VVG) ausgeschlossen (§ 30 Abs. 5 E).

1.2.2.11 Einseitige Vertragsänderung durch den Versicherer

Da Versicherungsverträge für einen längeren Zeitraum fest abgeschlossen werden und darüber hinaus aufgrund einer Verlängerungsklausel für viele Jahre in Kraft bleiben können, besteht häufig Anlass, Verträge mit Wirkung für die Zukunft geänderten Voraussetzungen anzupassen. Dies kann durch einvernehmliche Vertragsänderung ebenso geschehen wie durch einseitige Kündigung verbunden mit dem Angebot des Neuabschlusses zu geänderten Bedingungen. Da der Versicherer bei Massenverträgen Änderungsvereinbarungen mit allen Versicherungsnehmern nicht erreichen kann und den Weg der Kündigung im Interesse der Bestandserhaltung oft nicht gehen will, besteht aus seiner Sicht ein Interesse an einer einseitigen Vertragsänderung ohne Mitwirkung der Versicherungsnehmer. Dies berücksichtigt der Entwurf aber nur in einem Bereich – im Falle der Ersetzung unwirksamer Klauseln.

1.2.2.11.1 Prämienänderungsklauseln

Wenn der Versicherer bei Vertragsabschluss die Schaden- und Kostenentwicklung für einen unbestimmten Zeitraum nicht hinreichend sicher überblicken kann, wird er sich oft eine Erhöhung der Prämie durch einseitige Erklärung mit Wirkung für die folgenden Versicherungsperioden vorbehalten. Die Zulässigkeit solcher Prämienanpassungsklauseln ist im geltenden Gesetz nicht ausdrücklich geregelt, jedoch geht § 31 VVG ebenso wie § 309 Nr. 1 BGB von der grundsätzlichen Zulässigkeit solcher Vertragsbedingungen aus. Da sie fast ausnahmslos nicht durch Individualvereinbarungen, sondern durch AVB eingeführt werden, ergeben sich aus der Inhaltskontrolle nach §§ 307 ff. BGB erhebliche Einschränkungen der Zulässigkeit.

Der Entwurf geht davon aus, dass Prämienänderungsklauseln versicherungswirtschaftlich und oft auch aufsichtsrechtlich geboten sind. Der Versicherer kann das Risiko der zukünftigen Schaden- und Kostenentwicklung über einen längeren Zeitraum nicht tragen, ohne den Bestand des Unternehmens zu gefährden. Wenn nur eine verhältnismäßig geringe Zahl von Verträgen der Entwicklung nicht angepasst wird, besteht die Gefahr, dass dies zu Lasten anderer Versicherungsnehmer geht.

Das gilt nur für diejenigen Versicherungsbereiche nicht, in denen sehr hohe versicherungstechnische Überschüsse verbreitet sind und auch weiterhin trotz möglicher Steigerung des Schadenaufwandes erwartet werden. In allen anderen Bereichen müssten die Versicherer bei einem Verbot der Anpassungsklauseln erhebliche zusätzliche Sicherheitszuschläge einführen. Damit würde der Gesetzgeber die in einem Sonderbereich, der Lebensversicherung,

bestehenden Probleme mit der Überschussbeteiligung in weitere Bereiche übertragen. Dies ist nicht wünschenswert, denn die Schwierigkeiten, durch eine vertragliche Überschussbeteiligung nicht benötigte Prämienteile an den Versicherungsnehmer wieder sicher zurückzuführen, sind nur bedingt lösbar (vgl. Ziff. 1.3.2.1.3). Deshalb sollen Prämienänderungsklauseln weiterhin zulässig bleiben.

Der Entwurf verzichtet darauf, die Voraussetzungen für Prämienänderungsklauseln zu regeln. Dafür sind die folgenden drei Gesichtspunkte maßgebend:

- Eine gesetzliche Regelung wäre sehr aufwendig und umfangreich. Wenn die Zulässigkeit ohne Schwierigkeiten aus dem Gesetz ableitbar sein soll, müssten die Grenzen der Prämienänderung im Einzelnen nach Anlass und Ausmaß geregelt werden.
- Nur wenn der Gesetzgeber keine Sonderregelung trifft, bleibt es uneingeschränkt bei der Kontrolle der Prämienänderungsklauseln nach §§ 305 ff. BGB; eine einseitige Prämienenerhöhung ist ohne Vertragskündigung des Versicherers nur auf der Grundlage einer wirksamen AVB-Bestimmung möglich.
- Im Falle einer (zulässigen) Prämienenerhöhung auf der Grundlage einer wirksamen Prämienänderungsklausel hat der Versicherungsnehmer das Sonderkündigungsrecht nach § 43 E. Er kann sich also der höheren Prämie entziehen, muss dann allerdings anderweitigen Versicherungsschutz suchen.

1.2.2.11.2 Bedingungsänderung

Da Versicherungsverträge vielfach lange Zeit in Kraft sind, können sich die tatsächlichen und rechtlichen Umstände, unter denen ein Vertrag geschlossen worden ist, so wesentlich ändern, dass der Versicherer Anlass sieht, die Vertragsbedingungen dieser Entwicklung anzupassen. Bisher ist er dazu einseitig nur bei der Krankenversicherung in der Lage, wobei ihm § 178g Abs. 3 VVG enge Grenzen setzt. Diese Bestimmung ist ein Ausgleich dafür, dass das Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, dieser also sein Ziel nicht über eine Kündigung, verbunden mit dem Angebot eines neuen Vertrags, erreichen kann. Es besteht kein Anlass, eine derartige Regelung allgemein auch für andere Versicherungsverträge einzuführen, da die Laufzeit wesentlich kürzer und der Versicherer in der Lage ist, sich durch Kündigung in angemessener Zeit von denjenigen Verträgen zu befreien, bei denen der Versicherungsnehmer mit den vom Versicherer für notwendig gehaltenen neuen Bedingungen nicht einverstanden ist. Nur in Ausnahmefällen ist es vorstellbar, dass der Versicherer nach § 313 BGB eine Anpassung des Vertrags verlangen kann.

Eine andere Situation besteht, wenn sich eine ursprünglich in Versicherungsverträgen vereinbarte, meist in AVB enthaltene Bedingung nachträglich als unwirksam erweist – z.B. nach §§ 305 ff. BGB. Im Gegensatz zu Massenverträgen des Waren- und Dienstleistungsgeschäftes ist der Versicherungsschutz erst durch die AVB inhaltlich bestimmt, so dass durch die Unwirksamkeit einer Bedingung eine unplanmäßige Lücke in dem Vertrag entsteht. Entfällt eine Bedingung, kann sie in aller Regel auch nicht durch eine gesetzliche Vorschrift ersetzt werden, da solche für die meisten durch AVB geregelten Gesichtspunkte nicht bestehen.

Die Klärung der so entstehenden Unsicherheit durch einvernehmliche Vertragsänderung wird bei der sehr großen Zahl betroffener Verträge praktisch undurchführbar sein. Die Auflösung aller betroffenen Verträge - durch Kündigung seitens des Versicherers oder durch Unwirksamkeit des Vertrags insgesamt (anders ausdrücklich die allgemeine Regelung des § 306 Abs. 1 BGB) - wird nur in Einzelfällen dem Interesse beider Seiten entsprechen. Der Versicherer würde den gesamten Vertragsbestand, der Versicherungsnehmer den bisherigen Versicherungsschutz verlieren; beiden Seiten bliebe nur der Abschluss neuer Verträge, möglicherweise mit anderen Vertragspartnern.

Die für diesen Fall in § 16 Abs. 1 E an erster Stelle angeordnete Verweisung erstreckt sich einerseits auf § 306 Abs. 1 BGB, wonach der Vertrag im Übrigen wirksam bleiben soll; dies entspricht in der Regel insbesondere dem Interesse des Versicherungsnehmers, da er andernfalls rückwirkend den Versicherungsschutz verlieren würde. Andererseits bestimmt die Vorschrift damit in Übereinstimmung mit § 306 Abs. 2 BGB, dass an die Stelle der unwirksamen Bedingung die entsprechende dispositive gesetzliche Vorschrift tritt, falls eine solche vorhanden ist; dabei kommen außer Vorschriften dieses Gesetzes auch diejenigen des BGB für die Vertragsanpassung in Betracht.

Wenn keine gesetzlichen Vorschriften bestehen, die als Ergänzung des Vertrags an die Stelle der unwirksamen Bedingung herangezogen werden können, kann der Versicherer diese nach § 16 Abs. 2 Satz 1 E durch einseitige Erklärung ersetzen, wenn der Vertrag ohne eine solche Anpassung nicht mehr durchgeführt werden kann oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne Anpassung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Damit geht die Regelung über die des § 306 Abs. 3 BGB hinaus, die unter diesen Voraussetzungen zur Unwirksamkeit des Vertrags insgesamt führen würde; dies soll bei Versicherungen vermieden werden, um den Versicherungsschutz nach Möglichkeit zu erhalten.

Die neue Bedingung muss die Belange der Versicherten angemessen berücksichtigen (§ 16 Abs. 2 Satz 2 E). Damit wird ein entscheidendes Kriterium der ergänzenden Vertragsauslegung und der Vertragsanpassung nach § 313 BGB übernommen. Die Lücke, die durch die Unwirksamkeit einer Bedingung entstanden ist, kann nur durch eine neue Bedingung geschlossen werden, die unter Berücksichtigung der Umstände der betreffenden Versicherung, insbesondere der gesetzlichen und vertraglichen Risikoverteilung, beiden Seiten gerecht wird und der unwirksamen Bedingung nahe kommt, dabei aber die Elemente vermeidet, die zur Unwirksamkeit geführt haben.

Die Bedingungsergänzung durch den Versicherer unterliegt uneingeschränkt der gerichtlichen Kontrolle. Das gilt nicht nur für den Inhalt der neuen Bedingung. Auch die Frage ihrer Erforderlichkeit entscheiden im Streitfall die Gerichte. Sollte der Versicherer zu Unrecht die Unwirksamkeit angenommen haben, müsste das Gericht die neue Bedingung schon deswegen verwerfen. Es ist zwar davon auszugehen, dass der Versicherer eine Klausel nur dann für unwirksam erklären und ersetzen wird, wenn die Unwirksamkeit bereits gerichtlich festgestellt worden ist oder Gründe vorliegen, die eine gerichtliche Bestätigung der Unwirksamkeit als sehr wahrscheinlich erscheinen lassen. Wird aber die Wirksamkeit der ersetzten Klausel doch einmal nachträglich im Rechtsstreit über die Bedingungsergänzung festgestellt, so entfällt die vom Versicherer getroffene Ersatzregelung.

1.2.2.12 Verjährung

§ 12 VVG enthält eine eigenständige Verjährungsregelung. Nach der Neuregelung der Verjährung im Rahmen der Schuldrechtsreform besteht kein Anlass mehr, die Verjährung von Ansprüchen aus Versicherungsverträgen anders zu regeln, als es die §§ 194 ff. BGB für andere vertragliche Ansprüche vorsehen.

In Übereinstimmung mit § 195 BGB legt § 15 Abs. 1 Satz 1 E deshalb die Verjährungsfrist für alle Versicherungszweige einheitlich auf drei Jahre fest. Abweichend von dem Wortlaut des § 199 Abs. 1 Nr. 1 BGB (Entstehen des Anspruchs) beginnt die Verjährung nach § 15 Abs. 1 Satz 2 E mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig wird. Obwohl die BGB-Vorschrift entsprechend ausgelegt wird (vgl. Bundestags-Drucksache 14/7052, S. 180), soll in dem Entwurf die Fälligkeit aus Gründen der Rechtsklarheit ausdrücklich genannt werden. Anderenfalls könnte die Auffassung vertreten werden, die Verjährung der Versicherungsleistung beginne bereits am Ende des Jahres des Versicherungsfalles, obwohl unter Umstän-

den langwierige Ermittlungen und Feststellungen erforderlich sind, vor deren Abschluss die Leistung noch nicht verlangt werden kann.

Auf die Regelung des § 12 Abs. 3 VVG wird verzichtet. Es liegt zwar im Interesse des Versicherers, möglichst bald Klarheit darüber zu bekommen, ob er noch mit der Geltendmachung von abgelehnten Ansprüchen rechnen muss. Trotzdem ist eine derartige Sonderregelung nicht gerechtfertigt, die dem Versicherer die Möglichkeit gibt, die Verjährungsfrist zu Lasten des Vertragspartners einseitig zu verkürzen.

1.2.2.13 Vorläufige Deckung

Die vorläufige Deckung hat in einigen Versicherungszweigen erhebliche wirtschaftliche Bedeutung - sowohl für die Versicherer als auch für die Versicherungsnehmer. Vielfach besteht ein erhebliches Interesse, Versicherungsschutz bereits vor Abschluss eines beabsichtigten Versicherungsvertrags zu erhalten. Damit wird die Zeit überbrückt, die für Verhandlungen über einen endgültigen Vertrag, für die Beibringung der notwendigen Unterlagen durch den Versicherungsnehmer, für die Prüfung des Antrags durch den Versicherer einschließlich der Risikoprüfung und Tarifierung sowie für gesetzlich vorgeschriebene Informationen benötigt wird. Die vorläufige Deckung kann auch ein Wettbewerbsmittel des Versicherers sein, um einen vertraglich noch nicht gebundenen Interessenten zu bevorzugten Vertragsverhandlungen mit dem betreffenden Versicherer zu veranlassen.

Das geltende VVG erwähnt die vorläufige Deckung nicht. Lediglich die Bestimmungen über die Kfz-Pflichtversicherung treffen einige notwendige Regelungen für die vorläufige Deckung, da der Versicherungsschutz einerseits Voraussetzung für die Zulassung ist, andererseits aber der endgültige Vertrag erst nach der Zulassung abgeschlossen werden kann. Dies ist angesichts der Verbreitung und Bedeutung der vorläufigen Deckung nicht sachgerecht. Der Entwurf sieht deshalb in den §§ 52 bis 55 E einige grundlegende Bestimmungen vor.

1.2.2.13.1 Vorläufige Deckung als gesonderter Versicherungsvertrag

Den vorläufigen Versicherungsschutz erlangt der Versicherungsnehmer durch Abschluss eines gesonderten Vertrags mit einem Versicherer. Auch wenn die Initiative dazu im Einzelfall einseitig vom Versicherer ausgegangen sein sollte, wird sein Vertragsangebot von dem Versicherungsnehmer, in dessen Interesse der vorläufige Versicherungsschutz liegt, zumin-

dest konkludent angenommen werden; der Zugang der Vertragsannahme ist nicht erforderlich.

Dieser gesonderte Vertrag ist ein Versicherungsvertrag im Sinne des § 1 E, da der Versicherer das Risiko des Versicherungsnehmers - wenn auch nur vorübergehend - absichert. Deshalb gelten grundsätzlich alle einschlägigen Vorschriften des Gesetzes auch für diesen Vertrag. Soweit sie zwingend sind, können sie zu Lasten des Versicherungsnehmers nicht abbedungen werden. Dies ist auch sachgerecht, denn der Schutzzweck der einzelnen Vorschrift entfällt nicht schon deswegen, weil der Vertrag regelmäßig nur eine kurze Laufzeit hat und durch einen anderen längerfristigen Vertrag abgelöst werden soll. Für diesen endgültigen Vertrag (Hauptvertrag) gelten die einschlägigen Schutznormen ohnedies.

Die Anwendung des Gesetzes auf Verträge, durch die vorläufige Deckung vereinbart wird, bedarf jedoch der Einschränkung hinsichtlich der gesetzlichen Bestimmungen über den Abschluss von Versicherungsverträgen. Das gilt zunächst für die Informationen, die der Versicherer zur Verfügung stellen muss. Schon bisher kann nach § 5a Abs. 3 VVG bei „sofortigem Versicherungsschutz“ der Verzicht auf die Überlassung der maßgebenden AVB und der Unterlagen nach § 10a VAG vereinbart werden. Würden die Neuregelungen ohne Einschränkung auf Verträge über vorläufige Deckung erstreckt, könnten solche Verträge in vielen Fällen nicht mehr zustande kommen. Entsprechendes gilt auch für die Verpflichtung zur Ausstellung eines Versicherungsscheins. Das Interesse des Versicherungsnehmers, vorläufigen Versicherungsschutz auf einfache Weise und möglichst ohne jede Verzögerung zu erhalten, ist höher zu bewerten als das durch die jeweilige Vorschrift geschützte Interesse. Die kurze Dauer des gesonderten Vertrags und die zusätzlich vorgesehenen Möglichkeiten seiner vorzeitigen Beendigung verhindern eine unangemessene Benachteiligung des Versicherungsnehmers ausreichend.

Deshalb werden die zwingenden Vorschriften über den Abschluss eines Versicherungsvertrags nicht auf die Verträge über einen vorläufigen Versicherungsschutz erstreckt. Dabei wird durch die Formulierung der Ausnahme sichergestellt, dass sie sich - anders als der Wortlaut des § 5a Abs. 3 Satz 1 VVG es nahe zu legen scheint - nicht auch auf den endgültigen Vertrag, sondern nur auf den Vertrag über vorläufige Deckung erstreckt. Für den Hauptvertrag sollen die Vorschriften über die Informationspflichten des Versicherers und über das Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers uneingeschränkt erhalten bleiben, wenn zunächst eine vorläufige Deckung vereinbart wird. Deshalb unterscheidet der Entwurf auch zwischen dem gesonderten Vertrag über vorläufige Deckung, für den Erleichterungen vorgesehen sind, und

der sog. Sofortdeckung im Rahmen des Hauptvertrags, für den die Erleichterungen nicht gelten.

1.2.2.13.2 Inhalt des Vertrags

1.2.2.13.2.1 Umfang des Versicherungsschutzes

Es ist weder möglich noch sachgerecht, im Gesetz verbindliche Vorgaben über den Umfang des vorläufigen Versicherungsschutzes zu machen. Maßgebend kann insoweit nur der Inhalt des Vertragsangebots des Versicherers sein. Ihm bleibt überlassen, welchen Versicherungsschutz er zunächst einmal vorläufig zusagen will. Die Zusage muss nicht so weit gehen, wie sie für den Hauptvertrag vorgesehen ist. Reicht dem Versicherungsnehmer der angebotene vorläufige Versicherungsschutz nicht aus, hat er die Möglichkeit, bei diesem Versicherer oder einem anderen Unternehmen einen weitergehenden Schutz zu beantragen. Unberührt bleibt die Pflicht des Versicherers, den Versicherungsnehmer über wichtige, vielleicht sogar überraschende Einschränkungen des vorläufigen Versicherungsschutzes aufzuklären; eine solche Unterrichtungspflicht kommt beispielsweise in Betracht, wenn ein Versicherungsnehmer ein neues Kraftfahrzeug versichert, der vom bisherigen Versicherer zugesagte vorläufige Versicherungsschutz sich aber nicht auf den für das bisherige Fahrzeug bestehenden Kaskoschutz erstrecken sollte.

1.2.2.13.2.2 Geltung der AVB

Im Interesse einer möglichst einfachen Handhabung des vorläufigen Schutzes wird es hingenommen, dass der Versicherer auf seine AVB Bezug nimmt, ohne sie in jedem Fall dem Versicherungsnehmer zu übergeben. Bei hinreichend klarer Bezugnahme auf bestimmte AVB gelten diese als vereinbart. Aber auch dann, wenn der Versicherer - z.B. bei einer mündlichen Deckungszusage oder bei einer zu knapp gehaltenen schriftlichen Erklärung - ausnahmsweise überhaupt keine AVB erwähnt, wird von der Einbeziehung seiner einschlägigen AVB auszugehen sein (§ 52 Abs. 2 Satz 1 E). Die Alternative, den Vertrag als ohne jegliche AVB geschlossen anzusehen, kommt nicht in Betracht, da der Versicherungsschutz in den meisten Fällen nur auf der Grundlage von AVB inhaltlich bestimmbar ist. Dabei kann offen bleiben, ob eine ausdrückliche Ausnahme von § 305 Abs. 2 Nr. 1 BGB erforderlich ist.

Es wird vorkommen, dass der Versicherer unterschiedliche AVB verwendet, ohne eine Fassung in seiner vorläufigen Deckungszusage hinreichend genau zu bezeichnen. Für diese Fälle sieht § 52 Abs. 2 Satz 2 E vor, dass die für den Versicherungsnehmer günstigsten Bedingungen dieses Versicherers gelten. Eine unangemessene Benachteiligung des Versicherers liegt darin nicht, da er es in der Hand hat, diejenigen AVB genau zu bezeichnen, die er seiner Zusage zu Grunde legen will.

1.2.2.13.2.3 Prämie für die vorläufige Deckung

In der bisherigen Praxis verzichtet ein Versicherer einerseits zwar oft auf die Durchsetzung einer gesonderten Prämie für die vorläufige Deckung, wenn der in Aussicht genommene Hauptvertrag nicht zu Stande kommt; diese Prämie entfällt ohnedies, wenn der Hauptvertrag rückwirkend für den Zeitraum der vorläufigen Deckung in Kraft tritt. Andererseits wird der Versicherer aber regelmäßig die Deckung nur gegen eine gesonderte Prämie insbesondere für den Fall des Scheiterns des Hauptvertrags gewähren. Etwas anderes kann dann gelten, wenn der Versicherer die Deckungszusage von sich aus ohne besondere Prämie anbietet, um die Vertragsverhandlungen zu fördern oder Zeit für die Antragsprüfung zu gewinnen.

Auch dann, wenn die Auslegung des vorläufigen Deckungsangebots die Entgeltlichkeit für den Fall des Scheiterns des Hauptvertrags ergibt, wird in vielen Fällen die Höhe der Prämie nicht bestimmt sein. In diesem Fall bestimmt sich der Vergütungsanspruch nach § 315 BGB. Diese Vorschrift hat sich - bei allen Schwierigkeiten im Einzelfall – bewährt und ist bei der Schuldrechtsreform übernommen worden.

1.2.2.13.3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes richtet sich ausschließlich nach der Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien. Da die Formulierung der Zusage regelmäßig auf den Versicherer zurückgeht, hat dieser es weitgehend in der Hand, den Beginn festzulegen. Wenn der Versicherungsnehmer einen früheren Zeitpunkt wünscht, als es die Zusage vorsieht, muss er dies bei dem Versicherer durchzusetzen versuchen oder einen anderen Versicherer wählen. Einen Anspruch auf einen bestimmten Beginn des vorläufigen Versicherungsschutzes hat der Versicherungsnehmer nicht.

Eine gesetzliche Regelung ist nicht erforderlich. Dadurch wird zugleich sichergestellt, dass die Vertragsparteien den Beginn des Versicherungsschutzes unabhängig von gesetzlichen Vorgaben weit vorverlegen können.

1.2.2.13.4 Beendigung des Versicherungsschutzes

Für die Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes ist ein verbindlicher gesetzlicher Rahmen erforderlich. Der Versicherungsnehmer muss jedenfalls vor einem überraschenden Verlust des Schutzes bewahrt werden. Umgekehrt muss aber auch der Versicherer die Möglichkeit haben, den Versicherungsschutz mit Wirkung für die Zukunft wieder zurückzuziehen, da er Versicherungsschutz für Risiken gewährt, die u. U. noch völlig ungeklärt sind.

Der Entwurf lässt - der bisherigen Praxis entsprechend - sowohl Verträge mit bestimmter oder kalendermäßig bestimmbarer Laufzeit (grundsätzlich ohne die Möglichkeit der vorzeitigen Beendigung) als auch Verträge mit unbestimmter Laufzeit (notwendigerweise mit Kündigungsrecht für beide Seiten) zu. Für beide Fallgruppen wird die Beendigung im Einzelnen wie folgt geregelt:

1.2.2.13.4.1 Abschluss des Hauptvertrags mit demselben Versicherer

Der gesonderte Vertrag über vorläufige Deckung endet, wenn es sich um einen Verbraucherversicherungsvertrag handelt, sobald Versicherungsschutz nach dem in Aussicht genommenen Hauptvertrag einsetzt (§ 55 Abs. 1 Satz 1 E). Der Abschluss eines Hauptvertrags allein kann nicht ausreichen, da der Versicherungsschutz möglicherweise erst später in Kraft tritt (z.B. bei Einlösung durch Zahlung der Erstprämie). Heben die Vertragsparteien des Hauptvertrags diesen später einvernehmlich wieder auf, ist es Sache des Versicherungsnehmers, sich gegebenenfalls rechtzeitig erneut einen vorläufigen Versicherungsschutz zu verschaffen. Für ein Wiederaufleben der ursprünglichen Deckungszusage bleibt kein Raum. Wenn der Hauptvertrag ausnahmsweise wie bei der Anfechtung wegen arglistiger Täuschung durch einseitige Erklärung des Versicherers unwirksam wird, fehlt ein schutzwürdiges Interesse des Versicherungsnehmers, das ein Wiederaufleben der Deckungszusage rechtfertigen könnte.

Die Regelung gilt auch dann, wenn die vorläufige Deckung sachlich weiter geht als der später vereinbarte endgültige Versicherungsschutz; Voraussetzung ist nur ein gleichartiger Versicherungsschutz durch den Hauptvertrag.

1.2.2.13.4.2 Abschluss eines Hauptvertrags mit einem anderen Versicherer

Schließt der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag mit einem anderen Versicherer ab, so sind damit spätestens zu diesem Zeitpunkt auch die Verhandlungen mit dem Versicherer, der die vorläufige Deckung gewährt hat, offenkundig gescheitert. Einerseits wird es ohne vorzeitige Beendigung der vorläufigen Deckung zu einer Doppelversicherung kommen. Andererseits soll einem Versicherungsnehmer auch nicht per se das Recht eingeräumt werden, sich z.B. von einem für eine bestimmte Zeit ohne vertraglich vorgesehene Kündigungsmöglichkeit abgeschlossenen Vertrag über vorläufige Deckung durch Vertragsschluss mit einem Dritten einseitig zu lösen.

Bei Verbraucherverträgen soll der Vertrag über vorläufige Deckung enden, sobald der Versicherungsnehmer dem Versicherer den anderen Vertragsabschluss mitteilt (§ 55 Abs. 2 E). Der in der Regel nicht sehr erfahrene Verbraucher wird in vielen Fällen nicht in der Lage sein, den vorläufigen Versicherungsschutz bei dem einen Versicherer und den endgültigen Vertrag bei dem anderen Versicherer so aufeinander abzustimmen, dass weder eine zeitliche Lücke noch eine vorübergehende Doppelversicherung eintritt. Es ist ihm aber zuzumuten, den ersten Versicherer von dem Abschluss mit dem anderen zu unterrichten, um eine Doppelversicherung und damit eine zweifache Prämienzahlungspflicht zu vermeiden.

Alle anderen Versicherungsnehmer sind dagegen an einen Vertrag über vorläufige Deckung bis zu einem vereinbarten Endzeitpunkt bzw. bis zu einer vertraglich vorgesehenen Kündigung gebunden. Sie können und müssen für einen Gleichlauf der Beendigung des Vertrags über vorläufige Deckung und des Beginnes des Vertrags mit dem anderen Versicherer sorgen. Eine einseitige Lösungsmöglichkeit durch einen Vertragsschluss mit einem anderen Versicherer ist hier nicht erforderlich.

1.2.2.13.4.3 Scheitern der Verhandlungen über den Hauptvertrag

Vielfach wird die Beendigung einer Deckungszusage gegenwärtig angenommen, wenn die Verhandlungen über den Hauptvertrag „scheitern“. Dies ist eine zu ungewisse Vorausset-

zung für die möglicherweise einschneidende Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes. Außerdem hat es ein geschickter Versicherungsnehmer in der Hand, die Verhandlungen nicht formell scheitern zu lassen, um den Versicherungsschutz bis zum Abschluss seiner Verhandlungen mit einem anderen Versicherer zu erhalten. Umgekehrt ist der Versicherungsnehmer aber auch jederzeit in der Lage, die Verhandlungen für gescheitert zu erklären.

Deshalb werden beide Seiten auf ein vertraglich vereinbartes Kündigungsrecht - ergänzt durch ein gesetzliches Kündigungsrecht für Verbraucherverträge – verwiesen. Ein besonderer Beendigungsgrund „Scheitern der Vertragsverhandlungen“ ist nicht vorgesehen.

1.2.2.13.4.4 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Vertrag über vorläufige Deckung wird in der Praxis vielfach ein Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers vorsehen. Eine gesetzliche Regelung ist insoweit nicht erforderlich. Es werden aber auch Verträge ohne vertragliches Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers zugelassen, der dann bis zum vereinbarten Ablauf an den Vertrag gebunden ist. Es gibt keinen Grund, Verträge für eine bestimmte Zeit durch Einführung einer gesetzlichen Kündigungsmöglichkeit in Zukunft allgemein auszuschließen.

Dies gilt aber nicht für Verbraucherverträge. Aus den Gründen, die vorstehend unter Ziff. 1.2.2.13.4.2 für den Vertragsschluss mit einem anderen Versicherer angeführt sind, soll dem Verbraucher eine allgemeine Kündigungsmöglichkeit gesichert werden. Sie hat dann Bedeutung, wenn der Verbraucher für die vorläufige Deckung eine nicht ganz geringfügige Prämie zu zahlen hat, auf die Fortführung aber, aus welchem Grund auch immer, keinen Wert mehr legt. Dabei ist auch von Bedeutung, dass durch den Verzicht auf die sonst vorgeschriebenen Informationen bei dem Vertrag über vorläufige Deckung allgemeine Verbraucherschutzüberlegungen zurückgenommen werden.

1.2.2.13.4.5 Kündigung durch den Versicherer

Wenn der Vertrag über vorläufige Deckung eine unbestimmte Laufzeit hat, muss jedem Vertragspartner, also auch dem Versicherer, die Möglichkeit eingeräumt werden, sich von dem Vertrag zu lösen. Würde dem Versicherer eine Kündigung mit sofortiger Wirkung gestattet, so wäre der Versicherungsnehmer mit Zugang der Kündigung ohne Versicherungsschutz.

Ihm muss ausreichend Zeit bleiben, sich Versicherungsschutz bei einem anderen Versicherer zu verschaffen. Die Frist kann aber kurz sein, da ohnedies nur ein vorläufiger Versicherungsschutz ohne feste Geltungsdauer besteht und der Versicherungsnehmer sich auch nur um einen weiteren vorläufigen Schutz bemühen muss.

Für Verbraucherverträge sieht der Entwurf eine zwingende Nachfrist von zwei Wochen als notwendig und ausreichend an. Für Verträge anderer Versicherungsnehmer ist eine Einschränkung der Vertragsfreiheit nicht erforderlich. Hier kann die Nachfrist deshalb frei vereinbart werden.

1.2.2.13.4.6 Widerruf des Versicherungsnehmers (§ 8 E)

Mit dem Widerruf wendet sich der Versicherungsnehmer kraft autonomer Meinungsbildung gegen den Hauptvertrag, wie ihn der Versicherer anbietet; der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall dem Hauptvertrag schon durch seinen Versicherungsantrag zugestimmt. Mit dem Widerruf soll dann aber auch der vorangegangene Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz enden, denn der Hauptvertrag ist damit offensichtlich endgültig gescheitert.

Eine zusätzliche Erklärung des Versicherungsnehmers über den Widerruf hinaus ist nicht erforderlich. Die in vorstehender Ziffer vorgesehene Nachfrist bei der Kündigung durch den Versicherer ist hier entbehrlich, da der Versicherungsnehmer innerhalb der Widerspruchsfrist für neue Deckung sorgen kann.

1.2.2.13.5 Kein rückwirkender Wegfall des Versicherungsschutzes bei Prämienverzug

Aus den unten unter Ziff. 1.2.2.9.1 angegebenen Gründen sieht der Entwurf in § 40 E für den Hauptvertrag die Möglichkeit des (rückwirkenden) Rücktrittes des Versicherers für den Fall vor, dass der Versicherungsnehmer die Erstprämie schuldhaft nicht vollständig bezahlt. Dies gilt ohnedies, wenn der Versicherer den Beginn des Versicherungsschutzes durch eine Einlösklausel von der Zahlung der Erstprämie abhängig macht.

Diese Regelung kann nicht auf den zusätzlichen Vertrag über vorläufige Deckung übertragen werden, wenn der Versicherungsnehmer entweder beim Scheitern des Hauptvertrags die vom Versicherer verlangte besondere Prämie (vgl. Ziff. 1.2.2.13.2.3) oder beim Zustandekommen des Hauptvertrags die Erstprämie für diesen Vertrag nicht oder nicht vollständig

bezahlt. Nach § 54 Abs. 2 E ist deshalb die Vereinbarung des rückwirkenden Wegfalles des vorläufigen Deckungsschutzes ausgeschlossen. Praktische Bedeutung hat dies allerdings nur, wenn ein unter die vorläufige Deckung fallender Schaden eingetreten ist.

Auszugehen ist von der verbindlichen Zusage des Versicherers, dem Versicherungsnehmer sofort vorläufigen Versicherungsschutz zu gewähren. Der Versicherer kann dies von einer vorherigen Zahlung abhängig machen. Wenn er darauf verzichtet, handelt er insoweit auf eigenes Risiko; er soll es nicht auf den Versicherungsnehmer zurückwälzen können, indem er wegen des Zahlungsverzugs den vorläufigen Versicherungsschutz rückwirkend auch für bereits eingetretene Schäden aufkündigt.

Gegen die Rückwirkung spricht auch der Umstand, dass die Höhe des Prämienanspruchs sich erst aus der späteren Vertragsentwicklung ergibt; ein Anspruch des Versicherers auf Abschluss des Hauptvertrags und damit auf die Erstprämie besteht noch nicht. Der Versicherer muss immer damit rechnen, dass der Hauptvertrag scheitert, und hat dann allenfalls den Anspruch auf die u. U. nicht bezifferte Prämie für die vorläufige Deckung.

Der Ausschluss des rückwirkenden Wegfalles des Versicherungsschutzes stimmt mit der geltenden Regelung der Kfz-Pflichtversicherung nur zum Teil überein, führt aber weitgehend zum gleichen wirtschaftlichen Ergebnis. Zwar kann der Versicherer nach § 9 Satz 2 KfzPflVV vorsehen, dass die vorläufige Deckung rückwirkend entfällt, wenn der Versicherungsnehmer die Erstprämie nicht bezahlt; er muss darüber nur belehren. Das ursprünglich versicherte und deswegen zugelassene Fahrzeug ist dann rückwirkend unversichert. Der Versicherer kann dies aber gegenüber einem geschädigten Dritten nicht geltend machen (§ 3 Nr. 4 PflVG); er ist auf den ungewissen Rückgriff bei seinem säumigen Vertragspartner angewiesen. Wenn der Rückgriff scheitert, trägt der Versicherer diesen Nachteil schon nach der geltenden Regelung.

Die Regelung für die Kfz-Pflichtversicherung muss dem § 54 Abs. 2 E angepasst werden (vgl. Artikel 7 des Gesetzentwurfs).

1.2.2.14 Laufende Versicherung

§ 187 Abs. 2 VVG enthielt ursprünglich die ausdrückliche Regelung, dass Beschränkungen der Vertragsfreiheit für eine Schadenversicherung nicht gelten, wenn sie als laufende Versicherung genommen ist. Die Vorschrift ist mit Wirkung vom 1. Juli 1990 durch die Ausnahme-

regelung des § 187 VVG geltender Fassung abgelöst worden, die jetzt auf die in Art. 10 Abs. 1 EGVVG genannten Großrisiken Bezug nimmt, auf die Beschränkungen der Vertragsfreiheit nicht anwendbar sein sollen. Damit enthält das geltende Recht keinerlei Regelungen mehr für die laufende Versicherung.

Dies ist nicht sachgerecht. Die laufende Versicherung ist dadurch gekennzeichnet, dass die versicherten Interessen bei Vertragsschluss nur der Gattung nach bezeichnet und erst später, nach ihrem Entstehen, dem Versicherer einzeln aufgegeben werden. Diese Vertragsgestaltung erfordert erhebliche Abweichungen von den Bestimmungen des Allgemeinen Teils der §§ 1 ff. E; sie sollen zumindest in ihren Grundzügen bereits im Gesetz selbst festgelegt werden. Dies ändert nichts daran, dass alle Vorschriften für die laufende Versicherung dispositiv sind.

Dies betrifft insbesondere die Rechtsfolgen bei einer Verletzung der Anmeldepflicht. Der Versicherer soll für nicht angemeldete Risiken leistungsfrei und der Versicherungsnehmer, außer bei Vorsatz und bei grober Fahrlässigkeit, zur unverzüglichen Nachmeldung berechtigt sein (§ 57 Abs. 1 E). Die Leistungsfreiheit soll grundsätzlich bei jeder schuldhaften Verletzung von Obliegenheiten eintreten (§ 59 E). Die Besonderheit der laufenden Versicherung liegt darin, dass das versicherte Risiko sich regelmäßig in der Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherungsnehmer und einem Dritten – insbesondere dessen Kunden verwirklicht; darauf kann der Versicherer nur mittelbar Einfluss ausüben. Sowohl die unterschiedliche Interessenlage von Versicherer und Versicherungsnehmer in Bezug auf den Kunden des Versicherungsnehmers als auch der Umstand, dass bei der laufenden Versicherung die Sach- und Rechtslage bezüglich eines versicherten Einzelrisikos nicht notwendiger Weise identisch ist mit der Sach- und Rechtslage zum Mantelvertrag, lassen es gerechtfertigt erscheinen, schon bei jeglicher schuldhaften Verletzung einer vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllenden Obliegenheit den Versicherer abweichend von § 30 E von der Verpflichtung zur Leistung zu befreien (§ 59 Abs. 1 E).

Für die Transportversicherung sehen die §§ 132 und 133 E ausdrückliche Regelungen für die Anzeigepflichtverletzung und die Gefahränderung vor. Eine Übernahme in die allgemeinen Vorschriften über die laufende Versicherung ist nicht erforderlich; wegen der Ausnahme dieser Versicherungen nach § 203 E könne die Vertragsparteien entsprechende Regelungen für andere laufende Versicherungen wie z. B. die Kreditversicherung vereinbaren.

1.2.2.15 Versicherungsvermittler

Das geltende Gesetz konnte sich hinsichtlich der Versicherungsvermittler auf diejenigen Fragen beschränken, die für das Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer von Bedeutung sind; das sind insbesondere die gesetzliche Vollmacht des Versicherungsagenten, für den Versicherer zu handeln, deren Beschränkung und die Zurechnung der Kenntnisse des Agenten bei dem Versicherer (§§ 43 bis 48 VVG). Da der Agent nicht selbst Vertragspartei des Versicherungsvertrags ist, gelten die auf diese Verträge beschränkten Bestimmungen des Gesetzes für ihn nicht; der Versicherer kann allerdings aus dem Versicherungsvertrag heraus dem Versicherungsnehmer gegenüber verpflichtet sein, für Handlungen oder Erklärungen seines Agenten zu haften, der aber seinerseits keine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Versicherungsnehmer hat. Dementsprechend enthält das Gesetz auch keine Bestimmungen über den Versicherungsmakler und sein Vertragsverhältnis zum Versicherungsnehmer, denn dieser Vertrag ist kein Versicherungsvertrag im Sinne des § 1 VVG.

Mit dem Inkrafttreten der Richtlinie 2002/92/EG über Versicherungsvermittlung (im Folgenden kurz: Vermittlerrichtlinie) ist insoweit eine wesentliche Änderung eingetreten. Neben Bestimmungen über die Qualifikation, Zulassung und Registrierung der Vermittler (Art. 3 bis 5) führt die Richtlinie zu eigenständigen Informations- und Beratungspflichten gegenüber dem Versicherungsnehmer (Art. 12 f.), und zwar nicht nur des Versicherungsmaklers aus dem neben dem vermittelten Versicherungsvertrag stehenden Vermittlungsvertrag, sondern auch des Versicherungsvertreeters, der weiterhin keine vertraglichen Beziehungen zu dem Versicherungsnehmer hat. Wegen der Nähe zu dem vermittelten Versicherungsvertrag und zu entsprechenden vertraglichen Pflichten des Versicherers setzt der Entwurf diese Vorgaben der Richtlinie unmittelbar im neuen Versicherungsvertragsgesetz um.

1.2.2.15.1 Begriff des Versicherungsvermittlers

Versicherungsvermittler im Sinne des Entwurfs (§ 60 Abs. 1 E) sind entweder Versicherungsvertreter (§ 60 Abs. 2 E) oder Versicherungsmakler (§ 60 Abs. 3 E). Wegen der unterschiedlichen Anforderungen, die an sie zu stellen sind, müssen beide Vermittlergruppen klar von einander abgegrenzt werden. Dies geschieht vor allem durch im Gewerberecht vorgesehene getrennte Register.

Versicherungsvertreter ist derjenige, der von einem Versicherer oder einem Versicherungsvertreter (Unternehmer) damit betraut ist, Versicherungsvermittlungsgeschäfte (nach § 60 Abs. 2 E neben der Vermittlung von Versicherungsverträgen auch die Mitwirkung bei deren Verwaltung und Erfüllung) für ihn zu erledigen. Damit weicht die Definition des § 60 Abs. 2 E von §§ 84, 92 HGB ab, da eine dauernde Betrauung nicht vorausgesetzt wird; auch sog. Gelegenheitsvermittler werden im Interesse des Schutzes der Versicherungsnehmer erfasst, sofern sie ihre Tätigkeit auf Grund einer vertraglichen Vereinbarung mit dem Versicherer ausüben. Auch die Untervertreter von Versicherungsvertragsunternehmen sind einbezogen.

Versicherungsmakler ist derjenige, der nicht von einem Versicherer mit den Versicherungsvermittlungsgeschäften betraut ist, sondern seine Vermittlungstätigkeit allein aufgrund eines Vertrags mit dem Versicherungsnehmer durchführt. Während der Versicherungsvertreter das Interesse des Versicherers wahrzunehmen hat, steht der Versicherungsmakler auch im Verhältnis zum Versicherer auf der Seite des Kunden als dessen Interessenwahrer. Die für eine ausgewogene Untersuchung (Artikel 12 Abs. 2 i. V. m. Abs. 1 Unterabsatz 2 Buchstabe i der Vermittlerrichtlinie) ausreichende Marktübersicht ist dagegen kein Element des Maklerbegriffes; auch kleine Vermittlungsunternehmen mit beschränkter Marktübersicht können Makler sein.

Für Versicherungsvertreter und für Versicherungsmakler wird neben der tatsächlichen Berufstätigkeit die Erlaubnis der zuständigen Behörde und die Eintragung in das für sie jeweils vorgesehene Register vorausgesetzt. Deshalb hat die Registereintragung auch nach § 60 Abs. 2 und 3 E konstitutive Wirkung. Allerdings wird nicht auszuschließen sein, dass Personen im Einzelfall eine Vermittlungstätigkeit ausüben, ohne dazu u. a. nach der Registereintragung berechtigt zu sein. Für zwei Fallgruppen trifft der Entwurf insoweit eine ausdrückliche Regelung.

- Bezeichnet sich ein Vermittler im Geschäftsverkehr als Makler, obwohl er im Register als Versicherungsvertreter eingetragen ist, wird er im Verhältnis zum Versicherungsnehmer als Makler behandelt (§ 60 Abs. 3 Satz 2 E); ihn treffen also die besonderen Pflichten des Maklers.
- Vermittelt eine Person unzulässigerweise Versicherungsverträge, ohne in das Register für Versicherungsvertreter oder für Versicherungsmakler eingetragen zu sein, werden auf sie die Vorschriften der §§ 61 bis 66 E entsprechend angewendet (§ 67 E).

1.2.2.15.2 Mitteilungspflichten des Versicherungsvermittlers

Mit den Mitteilungspflichten nach §§ 61 und 62 E werden die entsprechenden Vorgaben des Artikels 12 Abs. 1 der Vermittlerrichtlinie umgesetzt. Neben den Angaben zur Person des Vermittlers und zu seinen gesellschaftsrechtlichen Verbindungen zu Versicherern stehen die vier folgenden Informationen im Vordergrund:

- Nach § 61 Abs. 1 Nr. 2 E hat der Versicherungsvermittler anzugeben, ob er als Vertreter oder als Makler in das Register eingetragen ist; damit soll für den Versicherungsnehmer von Anfang an klar sein, ob der Vermittler auf der Seite eines Versicherers oder auf der Seite des Versicherungsnehmers steht.
- Nach § 62 E hat ein Versicherungsvertreter anzugeben, ob er für Versicherer ausschließlich oder nicht ausschließlich tätig ist, und auf Verlangen diese Versicherer zu nennen; dadurch wird für den Versicherungsnehmer erkennbar, dass der Vertreter mögliche Angebote anderer Versicherer nicht unterbreiten kann.
- Nach § 61 Abs. 2 E hat der Versicherungsvermittler anzugeben, ob er seinen Rat auf eine objektive, ausgewogene Marktuntersuchung stützt. Zu einem derart weit gehenden Rat ist der Ausschließlichkeitsvertreter nicht in der Lage, da er die Interessen des von ihm vertretenen Versicherers wahrzunehmen hat; mit der Offenlegung seiner Ausschließlichkeitsbindung bekennt der Vertreter zugleich die Einschränkung seines Rates.
- Unabhängig von der vom Vermittler angegebenen Marktuntersuchung hat er auf Verlangen die Versicherer anzugeben, die er seinem Rat zu Grunde gelegt hat (§ 63 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 E).

Die Mitteilungen sind dem Versicherungsnehmer vor Abgabe seiner auf den Abschluss des Versicherungsvertrags gerichteten Willenserklärung, in der tatsächlichen Praxis also meist vor der Unterzeichnung des Versicherungsantrags zu machen (§ 65 Abs. 1 E). Damit stellt der Entwurf auf den Zweck der Vermittlerrichtlinie ab, den Versicherungsnehmer frühzeitig von der Person und der wirtschaftlichen Tätigkeit des Vermittlers in Kenntnis zu setzen, damit er von Anfang an dessen Erklärungen z.B. vor dem Hintergrund einer Ausschließlichkeitsbindung an einen Versicherer zutreffend bewerten kann.

Für den Fall der Verletzung der Mitteilungspflichten sind in dem Entwurf keine Sanktionen vorgesehen. Im Gewerberecht wird eine Pflicht des Vermittlers festzulegen sein, bereits bei Kontaktaufnahme mit dem Kunden – unabhängig vom Zustandekommen eines Versicherungsvertrags – ein Dokument mit den nach §§ 61 und 62 Satz 1 in Verbindung mit § 65 Abs.

1 E vorgeschriebenen Auskünften vorzulegen; Verstöße können mit Bußgeld, im Extremfall mit dem Entzug der Erlaubnis, geahndet werden. Unter diesen Umständen ist eine zusätzliche Sanktionsregelung im Versicherungsvertragsgesetz nicht erforderlich.

1.2.2.15.3 Beratungsgrundlage des Versicherungsvermittlers

Für die meisten Versicherungsvermittler, die vertraglich als Vertreter an einen oder an mehrere Versicherer gebunden sind und dies ihren Kunden offen legen, bleibt das Angebot der vertretenen Versicherer die maßgebliche Grundlage ihrer Beratung; das Angebot anderer Versicherer können sie aufgrund ihrer vertraglichen Bindung auch dann nicht einbeziehen, wenn sie selbst darüber ausreichend informiert sind. Erklärt der Vermittler jedoch nach § 61 Abs. 2 E, dass er eine objektive, ausgewogene Marktuntersuchung als Grundlage seines Rates benutzt, muss diese die Voraussetzungen des § 63 Abs. 1 Satz 1 E erfüllen. Dies gilt auch, wenn er zwar keine ausdrückliche Mitteilung dieser Art macht, aber gegenüber dem Versicherungsnehmer in anderer Weise den Eindruck erweckt, dass er über eine entsprechende Beratungskompetenz verfügt.

Die maßgeblichen Kriterien des § 63 Abs. 1 Satz 1 E stimmen in ihrem Wortlaut weitgehend mit Artikel 12 Abs. 2 der Vermittlerrichtlinie und ihrem Erwägungsgrund Nr. 20 überein. Welche Anforderungen sich im einzelnen für Art und Umfang der vom Vermittler vorzunehmenden Marktuntersuchung ergeben, bestimmt sich jeweils nach den Umständen des Einzelfalles, insbesondere nach den Marktverhältnissen in dem Versicherungszweig, auf den sich die Empfehlung bezieht. Entscheidend ist, dass der Vermittler sich eine fachliche Grundlage in einem Umfang verschafft, der ihn in die Lage versetzt, eine sachgerechte, den individuellen Bedürfnissen des Versicherungsnehmers entsprechende Empfehlung für einen konkreten Versicherungsvertrag abzugeben.

1.2.2.15.4 Beratung des Versicherungsnehmers

Die Beratung des Versicherungsnehmers wird in § 64 Satz 1 E weitgehend in Übereinstimmung mit dem Wortlaut des Artikels 12 Abs. 3 der Vermittlerrichtlinie geregelt. In einigen Punkten erscheinen allerdings Ergänzungen erforderlich, um Zweck und Ziel der Bestimmung zu verdeutlichen und damit die Anwendung in der Praxis zu erleichtern, ohne aber sachlich über die Vorgaben der Richtlinie hinauszugehen.

Nach dem Wortlaut des Artikels 12 Abs. 3 der Vermittlerrichtlinie hat der Vermittler die Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers anzugeben. Dies bedeutet zunächst nur, dass der Vermittler die Wünsche und Bedürfnisse, soweit sie ihm vom Versicherungsnehmer genannt oder auf andere Weise bekannt werden, dokumentieren muss. Macht der Versicherungsnehmer jedoch von sich aus keine oder nur unzureichende Angaben, würde das Ziel der Vorschrift, im Interesse des Versicherungsnehmers eine sachgerechte Beratung durch einen Vertreter oder Makler zu erreichen, mit einer Dokumentationspflicht allein verfehlt.

In der Praxis wird der Vermittler sich stets durch Nachfrage beim Versicherungsnehmer die für eine bedarfsgerechte Beratung notwendigen Auskünfte beschaffen. Es entspricht daher den Interessen sowohl der Vermittler als auch der Versicherungsnehmer, eine bestimmte Fragepflicht des Vermittlers festzulegen. Eine Pflicht, die Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erfragen, soll aber nur insoweit bestehen, als auf Grund der konkreten Umstände für den Versicherungsvermittler ein Anlass dazu besteht. Dafür wird zum einen maßgeblich sein, ob es sich bei der vom Versicherungsnehmer gewünschten Versicherung um ein einfaches Standardprodukt (z. B. Haftpflichtversicherung für einen Hund) oder aber um einen komplexeren Vertrag wie z. B. eine Lebensversicherung handelt. Zum anderen richtet sich der Umfang der Fragepflicht danach, inwieweit der Versicherungsnehmer bereit und vor allem persönlich in der Lage ist, seine Wünsche und Bedürfnisse klar zu benennen und angebotene Versicherungslösungen selbst zu beurteilen.

Weiterhin muss der Vermittler die Gründe für seinen Rat angeben, den er dem Versicherungsnehmer hinsichtlich bestimmter Versicherungen erteilt. Dies setzt zwar voraus, dass der Vermittler zunächst den von ihm erteilten Rat angibt, aber eine entsprechende Angabepflicht muss nicht gesetzlich festgelegt werden; auch die Vermittlerrichtlinie sieht dies nicht vor. Der anzugebende Rat wird sich in erster Linie auf den vom Vermittler angebotenen Versicherungsvertrag beziehen. Die Pflicht zur Angabe der Gründe gilt aber auch für jeden weiteren Rat, den der Vermittler zu einer bestimmten Versicherung erteilt. Der Umfang der Angaben bestimmt sich u. a. auch nach dem Schwierigkeitsgrad, also der Vielschichtigkeit und Verständlichkeit des angebotenen Versicherungsvertrags (vgl. § 64 Satz 2 E).

Die anzugebenden Gründe werden sich beim Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler im Hinblick auf das vom Vermittler vorgeschlagene Versicherungsunternehmen unterscheiden. Ein Vertreter, der ausschließlich einen Versicherer vertritt, muss nur über das Produkt dieses Unternehmens informieren und braucht nicht zu begründen, warum er einen Versicherungsvertrag mit diesem Versicherer vorschlägt; über den Status dieses Vermittlers wird der Kunde nach § 61 Abs. 1 E informiert. Dagegen ist beim Versicherungsmakler die

Entscheidung für ein bestimmtes Versicherungsunternehmen ein wesentlicher Punkt, weshalb der Versicherungsmakler seine Empfehlung vor allem unter dem Aspekt des Verhältnisses von Preis und Leistung einschließlich aller anderen für den Versicherungsnehmer relevanten Kriterien begründen muss.

Der Versicherungsvermittler ist nach § 64 Satz 2 E verpflichtet, die von ihm insbesondere auch durch Befragung des Versicherungsnehmers festgestellten Wünsche und Bedürfnisse sowie die Gründe des von ihm erteilten Rates unter Beachtung der Formerfordernisse nach § 65 E zu dokumentieren. In der Regel wird der Vermittler diese Angaben in einem Schriftstück festhalten und sich die Vollständigkeit und Richtigkeit durch Unterschrift des Versicherungsnehmers bestätigen lassen, um sich im Hinblick auf seine Haftung nach § 66 E abzusiichern. Es ist zu erwarten, dass von der Praxis jedenfalls für den Normalfall Formulare hierfür entwickelt werden; auf gesetzliche Vorgaben für solche Formulare kann verzichtet werden.

In diesem Zusammenhang wiederholt die Kommission ihre bereits in dem Schreiben vom 25. Oktober 2003 an das Bundesministerium der Justiz enthaltene Anregung sicherzustellen, dass ein selbständiger Beratungsvertrag eines Versicherungsvermittlers nicht gegen das Rechtsberatungsgesetz verstößt. Es wäre ein Widerspruch, dem Vermittler – insbesondere dem Versicherungsmakler – einerseits bei der Vermittlung von Versicherungsverträgen durch § 64 E eine Beratung des Versicherungsnehmers aufzuerlegen, ihm aber andererseits zu verbieten, dieselbe Beratung in einem selbständigen Vertrag, also ohne Vermittlung, zu erbringen.

1.2.2.15.5 Schadensersatzpflicht bei Beratungsfehlern

Im Interesse der Versicherungsnehmer ist als Sanktion für den Fall, dass der Vermittler eine ihm im Zusammenhang mit seiner Beratungstätigkeit nach §§ 63 und 64 E obliegende Pflicht schuldhaft verletzt, ein Schadensersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen den Vermittler vorgesehen (§ 66 E). Die Unwirksamkeit des auf der Grundlage der fehlerhaften Beratung abgeschlossenen Vertrags kann nicht allgemein angeordnet werden, da der Versicherungsnehmer in vielen Fällen ein Interesse daran haben wird, wenigstens diesen Versicherungsschutz zu behalten. Außerdem schützt ihn nur ein Schadensersatzanspruch in den Fällen, in denen es aufgrund der fehlerhaften Beratung nicht zu dem Abschluss eines Vertrags gekommen ist.

Adressat der Schadensersatzpflicht nach § 66 Satz 1 E ist in erster Linie der Vermittler, der gegenüber dem Versicherungsnehmer erklärt hat, dass er seinen Rat auf eine objektive, ausgewogene Untersuchung stützt. Eine Haftung dieses Vermittlers kommt in Betracht, wenn er sich entgegen den Anforderungen nach § 63 E keinen ausreichenden Marktüberblick verschafft hat und dies ursächlich dafür ist, dass er einen für den Versicherungsnehmer nach der Marktsituation objektiv ungünstigen oder ungeeigneten Versicherungsvertrag empfiehlt. Bei einem Vermittler, der erklärt, dass er seinen Rat nicht auf eine solche Marktuntersuchung stützt, ist eine Haftung möglich, wenn er nach § 63 Abs. 2 E unrichtige Angaben über die berücksichtigten Versicherer macht und dem Versicherungsnehmer dadurch ein Schaden durch Abschluss eines für ihn ungünstigen Versicherungsvertrags entsteht.

Im Falle von Beratungsfehlern, die auf einer Verletzung der Verpflichtung nach § 64 E zur Feststellung und Dokumentation der Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers sowie zur Angabe der Gründe für den erteilten Rat beruhen, sind Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler zum Ersatz des dem Versicherungsnehmer hierdurch entstandenen Schadens verpflichtet. Eine Haftung des Vermittlers entfällt nach § 66 Satz 2 E, wenn und soweit der Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrags in Textform (§ 126b BGB) auf eine Beratung durch den Vermittler verzichtet. Die Erklärung des Versicherungsnehmers, nicht beraten werden zu wollen, muss in der in § 126b BGB geregelten Form dokumentiert werden, damit dem Versicherungsnehmer bewusst gemacht wird, dass er den Vermittler nicht wegen Falschberatung in Anspruch nehmen kann. Die bloße Verweigerung von Auskünften, die der Vermittler erfragt, stellt noch keinen solchen Verzicht dar; allerdings beschränken sich in diesem Fall die Pflichten des Vermittlers und seine Haftung auf das vom Versicherungsnehmer ausdrücklich gewünschte Versicherungsprodukt.

1.2.2.15.6 Gesetzliche Vollmacht und Kenntnis des Versicherungsvertreters

Der Versicherer bezieht Versicherungsvertreter in seine betriebliche Organisation ein, indem er sie damit betraut, für ihn Versicherungsverträge zu vermitteln oder sogar in seinem Namen abzuschließen. Ohne dass weitere Voraussetzungen vorliegen müssen, treten die Vertreter damit an die Stelle des Versicherers. Der Versicherungsnehmer verlässt sich darauf, dass seine Erklärungen gegenüber dem Vertreter damit auch gegenüber dem Versicherer abgegeben sind, wie umgekehrt auch alle Erklärungen des Vertreters so gelten, als wären sie von dem Versicherer abgegeben worden. Diese Stellung des Versicherungsvertreters gegenüber dem Versicherungsnehmer soll weiter als in §§ 43 ff. VVG geschehen festgeschrieben werden; will ein Versicherer eine so weit gehende Funktion selbständigen Dritten

nicht einräumen, so muss er auf die Einbeziehung von Vertretern in die Vertriebsorganisation verzichten.

Die gesetzliche, durch AVB nicht einschränkbare (§ 72 E) Vollmacht des Versicherungsvertreeters wird durch § 69 E über § 43 VVG hinaus festgelegt. Sie gilt für alle vor einem Vertragsschluss oder im Zusammenhang mit dem Abschluss abgegebenen Willens- und Wissenserklärungen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 E) ebenso wie für entsprechende Erklärungen nach Vertragsschluss (§ 69 Abs. 1 Nr. 2 E). Damit wird eine Unterscheidung zwischen Erklärungen vor und nach Abschluss eines Versicherungsvertrags in Zukunft bereits durch den Wortlaut ausgeschlossen. Die Vollmacht zur Aushändigung von Versicherungsscheinen (§ 69 Abs. 1 Nr. 3 E) und die Inkassovollmacht (§ 69 Abs. 1 Nr. 4 E) bleiben unverändert.

Die Beweislastverteilung wird in dem neuen § 69 Abs. 2 E nach den vom BGH zum bisherigen Recht entwickelten Grundsätzen geregelt. Danach trifft den Versicherer die Beweislast dafür, dass der Versicherungsnehmer eine Anzeigeobligenheit verletzt hat (§ 69 Abs. 2 Satz 2 E). Bei allen anderen Willenserklärungen nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 liegt die Beweislast beim Versicherungsnehmer, wenn die Abgabe oder der Inhalt der Erklärung streitig ist.

Abweichend von dem Wortlaut des § 44 VVG wird durch § 70 Satz 1 E die Kenntnis des Versicherungsvertreeters wie die Kenntnis des Versicherers behandelt. Eine Wissenszurechnung findet nach § 70 Satz 2 E nur in den Fällen nicht statt, in denen der Versicherungsvertreter seine Kenntnis außerhalb seiner Vertretertätigkeit und ohne Zusammenhang mit dem betreffenden Versicherungsvertrag erlangt hat; es muss sich also um privat erlangtes Wissen handeln. In allen anderen Fällen muss sich der Versicherer die Kenntnis des Vertreters zurechnen lassen, es sei denn, es handelt sich um einen Fall der Arglist oder der Kollusion; für diesen Ausnahmefall ist keine gesonderte Regelung erforderlich.

Diese Regelung entspricht zum großen Teil der bisherigen Praxis. Die Rechtsprechung hat nämlich § 44 VVG entgegen seinem Wortlaut nur außerhalb des Regelungsbereichs des § 43 VVG angewendet und damit weitgehend ausgehöhlt.

Nach § 47 VVG muss sich ein Dritter eine zwischen Versicherer und Versicherungsvertreter vereinbarte Beschränkung der Vertretungsmacht entgegenhalten lassen, wenn er die Beschränkung bei Vornahme des Geschäftes oder der Rechtshandlung kannte oder grob fahrlässig nicht kannte. Nach der Rechtsprechung des BGH sind aber Beschränkungen, die der Versicherer für Erklärungen vor Vertragsschluss durch die vereinbarten Allgemeinen Ge-

schäftsbedingungen durchsetzen will, unangemessen im Sinne des § 307 Abs. 1 BGB und damit unwirksam.

Der Entwurf greift diese Rechtsprechung auf und erstreckt sie zugleich auch auf Beschränkungen der Empfangsvollmacht des Vertreters für Erklärungen nach Vertragsschluss (§ 69 Abs. 1 Nr. 2 E), da eine Differenzierung zwischen Erklärungen vor und nach Vertragsschluss nicht sachgerecht ist und deshalb auch in § 69 E bewusst vermieden wird. Die neue Vorschrift des § 72 E schließt daher zum Schutze des Versicherungsnehmers generell aus, dass ihm Beschränkungen der dem Vertreter nach den §§ 69 und 71 E eingeräumten Vollmacht über Allgemeine Geschäftsbedingungen entgegengehalten werden können. Ausgenommen sind auch hier die Fälle der Arglist und der Kollusion, ohne dass es hierfür einer ausdrücklichen Bestimmung bedarf.

Bereits für das bisherige Recht ist in Rechtsprechung und Literatur anerkannt, dass die Vorschriften der §§ 43 bis 48 VVG nicht nur für selbständige Vertreter, sondern auch für angestellte Vermittler eines Versicherers gelten. Dies wird in § 74 E ausdrücklich klargestellt. Zusätzlich werden zum Schutz der Versicherungsnehmer solche selbständigen Vermittler erfasst, die entweder entgegen ihrer Verpflichtung nach der Gewerbeordnung sich nicht in das Register für Versicherungsvertreter haben eintragen lassen oder keiner Eintragungspflicht unterliegen, aber von einem Versicherer oder einem Versicherungsvertreter mit Versicherungsvermittlungsgeschäften betraut sind. Die Regelung ist, anders als die Parallelvorschrift des § 67 E, nur auf Personen anzuwenden, die als Vertreter die Vermittlung betreiben, da ein Makler nicht für einen Versicherer, sondern für den Versicherungsnehmer tätig wird.

1.2.3. Grundsätze für die Schadenversicherung

1.2.3.1 Neugliederung der allgemeinen Vorschriften

Während Abschnitt 1 des Allgemeinen Teiles die grundsätzlich für alle Versicherungszweige geltenden Regelungen enthält, sind im Abschnitt 2 Titel 1 diejenigen Vorschriften „vor die Klammer gezogen“, die auf alle Arten von Schadenversicherungen anzuwenden sind. Sie betreffen in erster Linie sowohl die in Titel 2 allgemein erfasste Sachversicherung als auch die in Kapitel 2 Abschnitt 1 besonders geregelten Zweige der Haftpflicht-, Rechtsschutz- und Transportversicherung. Sie sind aber auch für Personenversicherungen (Kapitel 2 Abschnitt

2) relevant, soweit diese wie z. B. häufig in der Krankenversicherung, gelegentlich auch in der Unfallversicherung als Schadenversicherung ausgestaltet sind.

Der bisherige Umfang der allgemeinen Vorschriften für die gesamte Schadenversicherung (§§ 49 bis 80 VVG) wird erheblich reduziert. Hierfür sind im wesentlichen folgende Gründe maßgeblich:

Die Vorschriften, die sich ausschließlich auf Sachversicherungen beziehen, sind nunmehr in einem gesonderten Titel (§§ 90 bis 100 E) zusammengefasst (vgl. Ziff. 1.2.4.). Ferner werden die Vorschriften über die Versicherung für fremde Rechnung (§§ 74 bis 80 VVG) in den für alle Versicherungszweige geltenden Abschnitt 1 (§§ 46 bis 51 E) übernommen, da sie im Grundsatz auch auf Personenversicherungen, die keine Schadenversicherung sind, anzuwenden sind. Schließlich wird auf die Übernahme solcher Vorschriften verzichtet, bei denen kein hinreichendes Bedürfnis für eine gesetzliche Regelung besteht, da sich in der Praxis die Allgemeinen Versicherungsbedingungen auch aus der Sicht der Versicherungsnehmer als angemessene Grundlage erwiesen haben. Dies trifft z. B. auf den bisherigen § 50 VVG zu, der die Versicherungssumme als Leistungsgrenze des Versicherers bestimmt. Da es sich hierbei nur um einen Grundsatz handelt, von dem das Gesetz Ausnahmen vorsieht (vgl. § 78 Abs.1 Satz 2, § 85 Abs.3 E), ist die im Zwischenbericht unter Ziffer 13.1 in Aussicht genommene klarstellende Vorschrift entbehrlich. Auch für die Bestimmung des § 53 VVG, dass ein Anspruch auf entgangenen Gewinn nur besteht, wenn dies vereinbart ist, besteht kein praktisches Bedürfnis; sie kann daher ersatzlos wegfallen.

1.2.3.2 Unterversicherung

In der Schadenversicherung wird die Versicherungsleistung regelmäßig durch eine vereinbarte Versicherungssumme begrenzt, die zugleich Berechnungsgrundlage der Prämie ist. In der Sachversicherung kann sich eine weitere Begrenzung aus dem Wert der versicherten Sache ergeben. Ist die Versicherungssumme zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles niedriger als der Versicherungswert, liegt eine Unterversicherung vor, die nicht ohne Einfluss auf die Versicherungsleistung sein kann. In anderen Versicherungszweigen ergibt sich kein Unterversicherungsproblem, weil ein Versicherungswert dort in der Regel nicht existiert; so ist z.B. der Freistellungsanspruch des Versicherungsnehmers in der Haftpflichtversicherung durch die vereinbarte Deckungssumme begrenzt, d. h. der Versicherungsnehmer muss höhere Ansprüche des Geschädigten ohne weiteres aus eigenen Mittel befriedigen.

In der Sachversicherung kann die Unterversicherung problematisch werden. Wenn es zu einem Vollschaden kommt, hat der Versicherer den durch den Versicherungsfall eingetretenen Vermögensschaden in jedem Fall nur bis zur Höhe der Versicherungssumme zu ersetzen. Bei einem Teilschaden hängt die Höhe der Versicherungsleistung dagegen davon ab, ob der Vertrag auf der Grundlage des § 56 VVG zu Stande kommt oder in der Art einer „Versicherung auf erstes Risiko“ abgeschlossen ist.

Die Vertragsparteien können für den Fall eines Teilschadens vereinbaren, dass der Versicherer nur die Leistung nach dem Verhältnis der vereinbarten Versicherungssumme zum (tatsächlichen) Versicherungswert zu erbringen hat (Proportionalitätsregel). Dies ist die grundsätzliche Regelung des § 56 VVG. Der Versicherungsnehmer kann durch die bewusste Wahl einer Versicherungssumme unter dem Versicherungswert die Prämie niedrig halten, indem er bewusst nur einen bestimmten Bruchteil des Risikos versichert. Er trägt aber auch die Gefahr einer unbeabsichtigten Unterversicherung, wenn er den Versicherungswert zu niedrig einschätzt und sich dieser Irrtum erst nach dem Versicherungsfall aufklärt. In beiden Fällen erhält er nur einen Teil seines Schadens ersetzt, wenn der Versicherungswert höher ist als die vereinbarte Versicherungssumme.

Die Vertragsparteien können aber auch vereinbaren, dass der Versicherer bei Teilschäden den vollen Vermögensschaden - auch dann allerdings nur bis zur vereinbarten Versicherungssumme - ersetzt. Bei solchen Versicherungen „auf erstes Risiko“ übernimmt der Versicherer also beim Teilschaden bis zur Versicherungssumme das volle Risiko des Versicherungsnehmers, während das Risiko oberhalb der Versicherungssumme uneingeschränkt und allein beim Versicherungsnehmer bleibt. Wenn die Gefahr von Vollschäden und von Teilschäden oberhalb der Versicherungssumme relativ gering ist, muss für eine solche Versicherung eine deutlich höhere Prämie kalkuliert werden, da die der Zahl nach überwiegenden Teilschäden bis zur Höhe der Versicherungssumme voll ersetzt werden müssen.

Der Entwurf behält die bisher geltende Proportionalitätsregel in § 77 E bei. Maßgebend dafür ist zunächst der Umstand, dass nicht nur in Deutschland bei weitem die meisten Sachversicherungen auf dieser Grundlage und nicht auf der „Erstrisiko“-Basis konzipiert sind und abgeschlossen werden. Allerdings wird es erforderlich sein, insbesondere unerfahrene Versicherungsnehmer vor Vertragsschluss darüber zu informieren, dass sie nur bei ausreichender Versicherungssumme volle Ersatzleistungen erhalten können. Von Bedeutung ist auch, dass die Versicherer inzwischen Produkte anbieten, bei denen sie auf die Einrede der Unterversicherung unter bestimmten Voraussetzungen - z.B. bestimmte Mindestversicherungssummen je Quadratmeter Wohnfläche in der Hausratversicherung - verzichten. Soweit der Versicherer

bestimmte Empfehlungen abgibt, muss er dafür auch einstehen, wenn die empfohlenen Werte im Einzelfall zu einer Unterversicherung führen und der Versicherer dies zu vertreten hat. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang die Gebäudeversicherung auf Wiederherstellungskostenbasis, bei der die Neubaukosten des Jahres 1914 und ein jährlich festgelegter Teuerungsfaktor zu Grunde gelegt werden. Diese Werte kann der Versicherungsnehmer möglicherweise nicht nachvollziehen; dies ändert nichts daran, dass er dem Versicherer zutreffende Angaben u. a. zu dem versicherten Gebäude zu machen hat.

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass der Versicherer auch bei einer Versicherung „auf erstes Risiko“ oder bei einer Bruchteilsversicherung zutreffende Angaben über den Gesamtwert verlangen muss und Sanktionen bei unzutreffenden Angaben vorsehen wird. Das Risiko von Teilschäden dürfte nämlich um so größer sein, je größer der Gesamtwert der versicherten Sachen ist; deshalb wird die Prämie nicht nur nach der vereinbarten Versicherungssumme, sondern auch nach dem Gesamtwert der versicherten Sachen kalkuliert.

1.2.3.3 Schuldhafte Herbeiführung des Versicherungsfalles

Die bisherige Regelung des § 61 VVG basiert auf dem an sich zutreffenden Grundgedanken, dass ein Versicherungsnehmer, der sich in Bezug auf das versicherte Interesse völlig sorglos oder sogar unlauter verhält, keinen Versicherungsschutz verdient. Risiken, die auf vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten des Versicherungsnehmers beruhen, sollen wegen ihrer größeren Schadenträchtigkeit vom Versicherungsschutz ausgenommen werden; gedeckt werden sollen nur solche Risiken, die durch ein „normales“ Fehlverhalten entstanden sind, das auch einem Versicherungsnehmer unterlaufen kann, der mit seinem Eigentum sorgfältig umgeht. § 61 VVG dient damit in erster Linie der Reduzierung des subjektiven Risikos. Dies liegt nicht nur im Interesse des Versicherers, sondern auch - wegen der sonst notwendigerweise höheren Prämien - im Interesse der Versichertengemeinschaft. Die Regelung verhindert auch, dass das bloße Bestehen des Versicherungsschutzes die Entstehung von Schäden begünstigt.

In der Praxis führt § 61 VVG aber oft zu unbilligen Ergebnissen, da diese Vorschrift von dem Alles-oder-Nichts-Prinzip ausgeht. So wird der Versicherer bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles durch den Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Leistung insgesamt frei. Hat dieser den Versicherungsfall dagegen mit einfacher Fahrlässigkeit herbeigeführt, hat der Versicherer die volle Leistung zu erbringen. Die Rechtsprechung hat zwar für den Versicherungsnehmer einige Erleichterungen ge-

schaffen, diese sind aber nicht immer systemgerecht und dienen manchmal nur der angemessenen Lösung eines Einzelfalles.

Für die Fälle, in denen der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich herbeiführt, soll die bisherige Rechtslage beibehalten werden. Das Alles-oder-Nichts-Prinzip ist hier sachgerecht und erforderlich, um keinen Anreiz zu unredlichem Verhalten zu schaffen. Die vorsätzliche Beschädigung z.B. eigener Sachen ist kein „Versicherungsfall“, sondern geschieht ausschließlich im eigenen Verantwortungsbereich. Eine auch nur teilweise Leistungspflicht des Versicherers bei Vorsatz des Versicherungsnehmers würde es diesem im Ergebnis erlauben, den Versicherer einseitig und willkürlich zu belasten.

Für die Fälle der groben Fahrlässigkeit wird das Alles-oder-Nichts-Prinzip in § 83 Abs. 2 E durch eine Quotelung ersetzt. Bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles durch den Versicherungsnehmer soll der Versicherer berechtigt sein, seine Leistung in einem dem Grad des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Damit werden im Einzelfall Entscheidungen ermöglicht, die den Interessen des Versicherungsnehmers ebenso gerecht werden, wie sie die Interessen des Versicherers berücksichtigen.

Die Überlegungen, die Abschaffung des Alles-oder-Nichts-Prinzips führe zu Rechtsunsicherheit und sei mit dem Präventionsgedanken sowie den Interessen der sorgfältigen Mitglieder der Versichertengemeinschaft nicht vereinbar, sind im Ergebnis nicht durchschlagend. In der Regulierungspraxis der Versicherer ist eine Quotelung zur Vermeidung von Prozessen heute durchaus bereits verbreitet. Dies spricht dafür, dass auf Seiten der Versicherer keine größeren praktischen Probleme bei der Festlegung einer Quote zu erwarten sind. Die Schwierigkeiten bei der gerichtlichen Überprüfung der getroffenen Entscheidung dürften im Ergebnis nicht größer sein als bei der Entscheidung, ob im Einzelfall grobe oder nur einfache Fahrlässigkeit vorliegt. Dem berechtigten Interesse, das subjektive und das moralische Risiko zu begrenzen, wird schließlich dadurch Rechnung getragen, dass die Quotelung im Einzelfall auch zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann.

Für das Ausmaß der Leistungsbefreiung des Versicherers ist entscheidend, ob die grobe Fahrlässigkeit im konkreten Falle nahe beim bedingten Vorsatz oder aber eher im Grenzbereich zur einfachen Fahrlässigkeit liegt. Hinsichtlich der Beweislastverteilung verbleibt es auch bezüglich des Verschuldens beim geltenden Recht: Der Versicherer hat die grobe Fahrlässigkeit als Voraussetzung für die von ihm geltend gemachte Leistungsfreiheit nachzuweisen. Diese Abweichung von den Regelungen nach § 28 Abs. 1, § 30 Abs. 2 und § 84 Abs. 3 E ist insofern gerechtfertigt, als in diesen Fällen eine Obliegenheits- bzw. Pflichtverletzung des Versicherungsnehmers vorliegt und vom Versicherer nachgewiesen ist; bei § 83

Abs. 2 E ist dagegen die grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers der Ausnahmetatbestand, der trotz des Versicherungsfalles zur teilweisen Leistungsfreiheit des Versicherers führt.

Abweichende Vereinbarungen der Vertragspartner sind zulässig (vgl. § 89 E). So ist insbesondere möglich, eine pauschalierte Quotenregelung zu vereinbaren, um Auseinandersetzungen über eine sachgerechte Quotierung zu vermeiden. Einschränkungen für Bestimmungen in AVB ergeben sich aber aus § 307 Abs. 1 und 2 Nr. 1 BGB; danach ist eine unangemessene Benachteiligung des Versicherungsnehmers anzunehmen, wenn eine abweichende Bestimmung mit einem wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung nicht zu vereinbaren ist.

1.2.3.4 Rettungspflicht

Der Versicherungsnehmer ist schon nach dem bisherigen § 62 Abs. 1 Satz 1 VVG verpflichtet, „bei dem Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen“. Diese Rettungspflicht bleibt in § 84 Abs. 1 E unverändert. Hinsichtlich der Weisungen des Versicherers bestimmt § 84 Abs. 2 E zusätzlich, dass sie für den Versicherungsnehmer zumutbar sein müssen. Dies bedeutet, dass sich der Versicherer bei Erteilung einer Weisung nicht über berechnete Interessen des Versicherungsnehmers, die bei Befolgung der Weisung verletzt würden, hinwegsetzen darf.

Entsprechend den Regelungen in § 28 Abs. 1 und § 30 Abs. 3 E bei Verletzung vertraglicher Obliegenheiten bzw. Gefahrerhöhung wird abweichend vom geltenden Recht zwischen vorsätzlicher und grob fahrlässiger Verletzung der Rettungspflicht unterschieden. Während der Versicherer im Falle einer vorsätzlichen Verletzung wie bisher von seiner Leistungspflicht in vollem Umfang frei ist, kann er bei einer grob fahrlässigen Verletzung nur eine Kürzung seiner Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers verlangen. Für die Beweislast gilt, dass der Versicherer die objektive Verletzung der Obliegenheit nach § 84 Abs. 1 E zu beweisen hat; gelingt dies, so muss sich der Versicherungsnehmer von grober Fahrlässigkeit entlasten, wenn er die volle Leistung des Versicherers erhalten will.

Außerdem wird das bisher in § 62 Abs. 2 Satz 2 VVG auf grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen beschränkte Kausalitätserfordernis für die Leistungsbefreiung des Versicherers in § 84 Abs. 4 Satz 1 E entsprechend § 30 Abs. 3 E auf vorsätzliche Verletzungen erstreckt.

Die vollständige oder teilweise Leistungsbefreiung des Versicherers nach § 84 Abs. 3 E entfällt somit, wenn die Obliegenheitsverletzung weder auf den Versicherungsfall oder dessen Feststellung noch auf den Umfang der Leistungspflicht oder dessen Feststellung Einfluss hat. Die Beweislast für die fehlende Kausalität der Obliegenheitsverletzung trägt der Versicherungsnehmer. In § 84 Abs. 4 Satz 2 E wird klargestellt, dass die Leistungspflicht des Versicherers auch bei fehlender Kausalität nicht entfällt, wenn dem Versicherungsnehmer bei seiner Obliegenheitsverletzung ein arglistiges Verhalten vorzuwerfen ist.

1.2.3.5 Übergang von Ersatzansprüchen

Mit § 88 E hält der Entwurf an der geltenden Regelung des § 67 VVG fest, wonach Ersatzansprüche des Versicherungsnehmers auf den Versicherer übergehen, soweit dieser den Schaden ersetzt. In diesen Fällen stehen zunächst zwei Ansprüche des Geschädigten nebeneinander - der vertragliche Anspruch auf die Versicherungsleistung und der Ersatzanspruch gegen den Schädiger. Soweit der Ersatzanspruch ohne weiteres realisierbar ist, entsteht an sich kein Versicherungsschaden; der Versicherungsnehmer hat aber gegenüber dem Versicherer zumindest ein Interesse daran, dass dieser mit seiner vertraglichen Leistung in Vorlage tritt, wenn sich die Klärung und Befriedigung des Ersatzanspruchs verzögern sollte. Das gilt erst recht, wenn sich der Ersatzanspruch aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen nur schwer oder überhaupt nicht realisieren lässt. Deshalb geht § 88 E von dem Grundsatz aus, dass einerseits die Versicherungsleistung unanhängig davon erbracht werden muss, ob ein Ersatzanspruch besteht und realisiert werden kann, andererseits aber der Versicherer den Ersatzanspruch anschließend im eigenen Namen und für eigene Rechnung geltend machen kann.

Andere denkbare Lösungen des Nebeneinanders von Versicherungsleistung und Ersatzanspruch führen nicht zu einem angemessenen Ergebnis. Wenn der Versicherungsnehmer den Ersatzanspruch trotz der Leistung des Versicherers in voller Höhe behalten würde, erhielte er einen doppelten Ersatz für den erlittenen Schaden; er hätte so u. U. ein wirtschaftliches Interesse daran, dass möglichst viele und hohe Schäden durch zahlungsfähige Schädiger verursacht werden. Wenn man den Ersatzanspruch dagegen davon abhängig machen würde, dass der Schaden nicht durch eine Versicherung des Geschädigten gedeckt wird, würde der Schädiger ohne sachliche Rechtfertigung Vorteile aus dem Versicherungsschutz ziehen, den sich der Geschädigte auf eigene Kosten besorgt hat; u. U. wüsste der Schädiger im Voraus, dass er für einen von ihm verursachten Schaden nicht zur Verantwortung gezogen werden kann, weil der Eigentümer für Versicherungsschutz gesorgt hat.

Der Versicherer hat ein berechtigtes Interesse daran, dass der Versicherungsnehmer die Durchsetzung des Ersatzanspruchs nicht verhindert. Deshalb sieht schon bisher § 67 Abs. 1 Satz 2 VVG die Leistungsfreiheit des Versicherers vor, wenn der Versicherungsnehmer den Ersatzanspruch aufgibt. In § 88 Abs. 2 Satz 1 E ist über das Aufgabeverbot hinaus als Obliegenheit des Versicherungsnehmers bestimmt, den ihm zustehenden Ersatzanspruch bzw. ein zu dessen Sicherung begründetes Recht zu wahren und dabei insbesondere bestehende Formerfordernisse oder Fristen zu beachten. Bedarf der Versicherer zur Durchsetzung des auf ihn übergegangenen Anspruchs der Mitwirkung des Versicherungsnehmers, z. B. Auskünfte, die zur Begründung des Ersatzanspruchs notwendig sind, so besteht auch insoweit eine Obliegenheit des Versicherungsnehmers. Voraussetzung hierfür ist aber wie bisher, dass der Ersatzanspruch gegen den Dritten zunächst entstanden und nicht von vorne herein z. B. auf Grund einer Vereinbarung zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Dritten ausgeschlossen ist.

Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden (§ 88 Abs. 1 Satz 2 E). Der Übergang ist außerdem bisher nach § 67 Abs. 2 VVG ausgeschlossen, wenn sich der Anspruch gegen einen Familienangehörigen richtet, mit dem der Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft lebt. Diese Beschränkung auf Familienangehörige entspricht nicht mehr den heutigen gesellschaftlichen Verhältnissen. Die für die Sonderregelung maßgeblichen Gesichtspunkte sollen deshalb in Zukunft für alle Personen gelten, die in einer häuslichen Gemeinschaft miteinander leben. Um einen Missbrauch zu verhindern, wird in § 88 Abs. 3 E darauf abgestellt, dass die häusliche Gemeinschaft zum Zeitpunkt des Eintrittes des Schadens bereits bestand; dies entspricht der auch für § 91 E vorgesehenen Erweiterung. Es soll verhindert werden, dass der Versicherungsnehmer und der Schädiger nach Eintritt des Schadens für kurze Zeit oder vielleicht nur zum Schein eine häusliche Gemeinschaft begründen, um die Durchsetzung von bereits entstandenen Ansprüchen gegen den Schädiger zu verhindern; der Unterschied zu der sozialrechtlichen Regelung des § 116 Abs. 6 SGB X wird hingenommen. Die Privilegierung gilt aus ähnlichen Gründen nicht, wenn der Schaden vorsätzlich verursacht worden ist.

Die bisherige Regelung des § 67 Abs. 2 VVG schließt den Übergang des Ersatzanspruchs auf den Versicherer aus. Dies hat zur Folge, dass der geschädigte Versicherungsnehmer diesen Anspruch - auch nach der Leistung des Versicherers behält und - trotz der vorangegangenen Leistung des Versicherers - weiterhin gegen den Schädiger geltend machen kann. Dies ist nicht gerechtfertigt. Deshalb sieht § 88 Abs. 3 E vor, dass der Ersatzanspruch auf den Versicherer übergeht, dieser ihn aber nicht geltend machen kann. Im Ergebnis steht der Geschädigte vor der Wahl, entweder den Ersatzanspruch gegen den Schädiger oder den

Versicherungsanspruch gegen den Versicherer zu realisieren; beides nacheinander ist nicht mehr möglich.

1.2.4 Grundsätze für die Sachversicherung

1.2.4.1 Neugliederung

In dem Titel 2 sind diejenigen zusätzlichen allgemeinen Vorschriften zusammengefasst, die sich ausschließlich auf die Sachversicherung beziehen. Auch hierbei handelt es sich um Schadenversicherung. Die besonderen Vorschriften der Sachversicherung gelten aber nicht für andere Teilbereiche der Schadenversicherung wie z.B. die Haftpflichtversicherung.

1.2.4.2 Erweiterter Aufwendungsersatz

Nach der sog. Vorerstreckungstheorie, die von der Rechtsprechung zu § 63 VVG entwickelt worden ist, steht dem Versicherungsnehmer bei der Sachversicherung ein Anspruch auf Ersatz solcher Aufwendungen zu, die er zur Abwehr eines andernfalls unmittelbar bevorstehenden Versicherungsfalles oder zur Minderung des damit verbundenen Schadens tätigt. Diese Rechtsprechung wird in § 92 E aufgegriffen. Die Regelung dient dem Ziel, den Eintritt von Schäden möglichst zu verhindern. Die Vorerstreckung soll nur hinsichtlich des Aufwendungsersatzes maßgeblich sein; eine Vorverlegung der Rettungsobliegenheit nach § 84 Abs. 1 und 2 E würde den Versicherungsnehmer unangemessen belasten und wäre mit einer Aufweichung der Regelung des § 83 E verbunden.

§ 92 E ist anzuwenden, wenn objektiv ein Versicherungsfall unmittelbar bevorsteht und die Aufwendungen des Versicherungsnehmers zum Ziel haben, den vertraglich festgelegten Versicherungsfall abzuwenden oder dessen Auswirkungen zu mindern. Nicht erforderlich ist, dass die Aufwendungen des Versicherungsnehmers erfolgreich sind; sie sind in dem Umfang zu erstatten, in dem sie der Versicherungsnehmer den Umständen nach für geboten halten durfte (vgl. § 85 Abs. 1 Satz 1 E). Liegen die Voraussetzungen des § 92 E vor, so sind die Aufwendungen nach Maßgabe der Vorschriften des § 85 Abs. 2 und 3 E zu erstatten; ein Anspruch auf Vorschuss nach § 85 Abs. 1 Satz 2 E ist insoweit obsolet, weil er innerhalb des ganz kurzen Zeitraums zwischen dem „unmittelbar bevorstehenden Versicherungsfall“ und dem Versicherungsfall selbst nicht abgewickelt werden kann.

Die neue Regelung ist abdingbar. Sie gilt nur für die Sachversicherung; eine Erstreckung auf andere Zweige der Schadenversicherung hätte teilweise nicht überschaubare Konsequenzen und würde in die Produktgestaltung der Versicherer eingreifen.

1.2.4.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Die Regelung in § 96 VVG, die den Vertragspartnern bei der Feuerversicherung nach Eintritt des Versicherungsfalles ein Kündigungsrecht einräumt, ist in der Versicherungspraxis auf viele andere Sachversicherungszweige übertragen worden. Sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer besteht verbreitet das Bedürfnis, das Versicherungsverhältnis unmittelbar nach dem Eintritt des Versicherungsfalles beenden zu können. Dies beruht auch darauf, dass sich die Vertragspartner vielfach erst dann gegenseitig einschätzen können, wenn es zu einem Versicherungsfall und damit zu Regulierungsverhandlungen gekommen ist; Versicherungsnehmer sollen die Kündigung im Einzelfall auch als Druckmittel für die Verhandlungen genutzt haben. Deshalb wird die Regelung durch § 94 E auf die Sachversicherung insgesamt erstreckt. Sie ist wie bisher abdingbar.

Die bisherige Regelung in § 96 Abs. 3 VVG über die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers für die Zeit nach der Kündigung entfällt, da der ihr zugrunde liegende Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie nicht aufrecht erhalten wird (vgl. Ziff. 1.2.2.8). Der Versicherungsnehmer hat die Prämie nur bis zu dem Zeitpunkt, in dem das Versicherungsverhältnis durch die Kündigung beendet wird, zu zahlen (§ 42 Abs. 1 Satz 1 E).

Der neue § 94 Abs. 3 E enthält eine Sondervorschrift für die Hagelversicherung, die wegen ihrer vergleichsweise sehr begrenzten Bedeutung im übrigen nicht mehr gesondert geregelt werden soll (vgl. Ziff. 1.2.4.5). Um den jahreszeitlich bedingten Besonderheiten der Hagelversicherung Rechnung zu tragen, wird insoweit die Regelung des § 113 VVG übernommen.

1.2.4.4 Veräußerung der versicherten Sache*

Durch die Regelung der §§ 96 bis 98 E wird der Grundsatz aufrecht erhalten, dass die Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis auf den Erwerber übergehen, dieser aber ebenso wie der Versicherer ein außerordentliches Kündigungsrecht hat.

Eingeschränkt wird aber die Rechtsfolge einer Verletzung der Anzeigepflicht nach § 98 Abs. 1 Satz 1 E. Bisher ist der Versicherer leistungsfrei, wenn der Versicherungsfall später als ein Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem die Anzeige hätte beim Versicherer eingehen müssen; damit geht grundsätzlich der Versicherungsschutz insgesamt verloren, wenn die Monatsfrist verstrichen ist. Diese Rechtsfolge ist unverhältnismäßig, da die Anzeigepflicht vom Erwerber leicht übersehen werden kann und das Interesse des Versicherers, über seinen neuen Vertragspartner unterrichtet zu werden, in der Regel nicht besonders gewichtig ist; in den meisten Fällen wird der Versicherer sogar bereit sein, das Versicherungsverhältnis – möglicherweise zu anderen Bedingungen – fortzuführen.

Deshalb führt § 98 Abs. 1 Satz 2 E als zusätzliche Voraussetzung für die Leistungsfreiheit des Versicherers ein, dass er darlegt und nachweist, er hätte den mit dem Veräußerer bestehenden Vertrag mit dem Erwerber nicht abgeschlossen.

1.2.4.5 Verzicht auf Sonderregelungen für die Feuer-, Gebäude-, Hagel- und Tierversicherung

Das geltende Recht enthält in den §§ 81 bis 107c VVG eine ausführliche Regelung für die Feuerversicherung. Diese zum Teil nur aus der langen Tradition einer im allgemeinen Interesse eingeführten öffentlich-rechtlichen Feuerversicherungspflicht erklärlichen vertragsrechtlichen Vorschriften sind zunächst deswegen überholt, weil es einen auf das Risiko „Brand, Explosion, Blitzschlag“ (§ 82 VVG) begrenzten Versicherungsschutz praktisch nicht mehr gibt. An seine Stelle ist einerseits die Versicherung von Gebäuden und andererseits die Versicherung von beweglichen Sachen getreten, wobei insbesondere bei beweglichen Sachen, aber auch bei den Gebäuden regelmäßig weitere Risiken über das Feuerrisiko hinaus eingeschlossen werden.

* Im Gesetzgebungsverfahren muss noch abschließend geprüft werden, ob die Vorschriften der §§ 96 bis 100 E insgesamt oder zum Teil in den Titel 1 „Allgemeine Vorschriften“ übernommen werden sollen, um ihre Anwendung grundsätzlich für alle Schadenversicherungen, also nicht nur für bestimmte sachbezogene Versicherungen, über die Regelungen des § 103 Abs. 2 und § 123 E hinaus insbesondere für Fremdversicherungen sicherzustellen. Gegebenenfalls sind dann Sondervorschriften für bestimmte Schadenversicherungen wie z. B. für die Rechtsschutzversicherung erforderlich. Die Prüfung könne bis zum Redaktionsschluss dieses Berichtes nicht zu Ende geführt werden.

Da ein Teil der Vorschriften der §§ 81 ff. VVG in die allgemeinen Vorschriften über die Sachversicherung übernommen wird, stellte sich die Frage, ob die auf die Versicherung unbeweglicher Sachen begrenzten sonstigen Vorschriften - insbesondere der §§ 99 bis 107c VVG - unverändert oder an die heutigen Verhältnisse angepasst - in das neue Gesetz als „Gebäudeversicherung“ übernommen werden sollten. Diese Frage wird insgesamt verneint. Sicher hat ein Gläubiger, dessen Ansprüche dinglich gesichert sind, ein Interesse daran, dass das Sicherungsgut gegen die geläufigen Risiken versichert ist und bleibt. Insoweit besteht aber kein Unterschied zwischen als Sicherheit dienenden beweglichen Sachen und Immobilien, so dass schon deswegen eine versicherungsvertragliche Sonderregelung für Immobiliarsicherheiten fragwürdig erscheint. In der Tat hat die Kreditwirtschaft für beide Teilbereiche längst Sicherungsmittel entwickelt, die den Gläubiger absichern, wenn der Schuldner z.B. die Versicherungsprämie nicht zahlt und dadurch Versicherungsschutz verloren geht. Eine gesetzliche Teilregelung ist deshalb für die Immobiliarsicherheiten ebenso wenig erforderlich wie für Mobiliarsicherheiten.

In einem Punkt geht die bisherige gesetzliche Regelung im Ergebnis über eine vertretbare Privilegierung der Grundpfandgläubiger weit hinaus: § 102 VVG verpflichtet den Versicherer zur Leistung an den nicht vertragsbeteiligten Gläubiger auch dann, wenn der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer vielleicht sogar wegen Brandstiftung leistungsfrei ist. Damit erhält der Gläubiger auf Kosten des Versicherers eine gesetzliche Absicherung gegen Schäden, die der Vertragspartner des Gläubigers diesem zufügt. Dies kann nicht Aufgabe einer Gebäudeversicherung sein, die ausschließlich auf einem Vertrag zwischen dem Eigentümer und einem Versicherer beruht.

Es ist nicht zu verkennen, dass die Aufgabe der Sondervorschriften für den Grundpfandgläubiger Übergangsregelungen erfordert. Diese konnten in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht mehr entwickelt werden. Auch konnte nicht mehr geprüft werden, welche Konsequenzen sich aus dem vorgeschlagenen Verzicht auf die §§ 99 bis 107c VVG für die Regelung der §§ 1128 bis 1130 BGB ergeben.

Das geltende Gesetz enthält ausführliche Sondervorschriften für die Hagelversicherung (§§ 108 bis 115a VVG) und für die Tierversicherung (§ 116 bis 128 VVG). Der weite Umfang dieser Sonderregelungen hat zu einer Disproportionalität im Vergleich zu vielen anderen Zweigen der Sachversicherung geführt, für die das Gesetz schon aus historischen Gründen keine Sondervorschriften enthält; diese Versicherungszweige haben zum Teil eine wesentlich größere wirtschaftliche Bedeutung als die Hagel- und Tierversicherung. Schon deswegen sollte auf eine gesetzliche Sonderregelung verzichtet werden. Außerdem hat sich erge-

ben, dass die bisher ausdrücklich gesetzlich geregelten Fragen in derselben Weise auch durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt werden können, wie dies in anderen Versicherungszweigen regelmäßig geschieht. Deshalb soll das neue Gesetz beide Versicherungszweige nicht mehr gesondert regeln. Dadurch wird nicht in Frage gestellt, dass es einzelne allgemeine Vorschriften geben kann, deren Anwendung auf die Hagel- oder auf die Tierversicherung nicht sachgerecht wäre. Insoweit werden aber nur zwei Sondervorschriften notwendig sein - § 85 Abs. 4 E für die Tierversicherung und § 94 Abs. 3 E für die Hagelversicherung.

1.3 Vorschriften für einzelne Versicherungszweige

1.3.1 Haftpflicht-, Rechtsschutz- und Transportversicherung

1.3.1.1 Haftpflichtversicherung

1.3.1.1.1 Freistellungsanspruch

§ 149 VVG erweckt zumindest seinem Wortlaut nach den Eindruck, als habe der Versicherer in der Haftpflichtversicherung dem Versicherungsnehmer primär den Betrag zu erstatten, den dieser aufgrund eigener Verantwortlichkeit einem Dritten - in der Regel als Schadenersatz - bezahlt hat. In der Praxis der Versicherungswirtschaft und in der Rechtswissenschaft steht aber ein Freistellungsanspruch im Vordergrund, der sich nur ausnahmsweise in einen Zahlungsanspruch umwandelt, wenn der Geschädigte den Anspruch des Versicherungsnehmers pfändet oder dieser den Geschädigten aus eigenen Mitteln befriedigt. Deshalb werden die Regulierungsverhandlungen in aller Regel von dem Versicherer geführt; bei ihrem Scheitern führt dieser faktisch auch den Haftpflichtprozess auf der Seite des Versicherungsnehmers. Zahlungen des Versicherers gehen unmittelbar an der Geschädigten. Lediglich in der Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung vor allem der rechtsberatenden Berufe ist es üblich, dass der Versicherungsnehmer selbst mit dem Geschädigten verhandelt, dabei aber die Weisungen des Versicherers beachtet.

Deshalb stellt der Entwurf durch § 101 E klar, dass der Versicherungsnehmer gegen den Versicherer einen Freistellungsanspruch hat. Vertritt der Versicherer die Auffassung, der

gegen seinen Versicherungsnehmer geltend gemachte Anspruch sei zunächst ungeklärt oder endgültig unbegründet, erstreckt sich der Versicherungsanspruch auch auf die Abwehr des - tatsächlich oder angeblich - unbegründeten Anspruchs. Deshalb trägt der Versicherer nicht nur das Prozessrisiko in der Hauptsache, sondern auch hinsichtlich der Kosten (§ 102 E in Übereinstimmung mit § 150 VVG).

1.3.1.1.2 Anerkenntnisverbot

Bisher untersagen Versicherer in vielen Fällen dem Versicherungsnehmer, Ansprüche des Geschädigten anzuerkennen oder zu befriedigen. Bei einem Verstoß gegen ein derartiges Anerkenntnis- und Befriedigungsverbot soll der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein. § 154 Abs. 2 VVG schließt solche vertraglichen Verbote nur für den Fall aus, dass die Befriedigung oder Anerkennung vom Versicherungsnehmer nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigert werden konnte.

Es ist selbstverständlich, dass der Versicherungsnehmer durch Anerkenntnis oder Befriedigung einen nicht bestehenden Anspruch des Dritten nicht zu Lasten des Versicherers begründen und darüber hinaus nicht den Versicherungsfall von sich aus herbeiführen kann; anderenfalls hätte der Versicherungsnehmer die Befugnis, zu Gunsten des Dritten den Versicherer zu belasten, ohne selbst ein Risiko oder eine Verpflichtung einzugehen. Sowohl das Anerkenntnis als auch die Befriedigung müssen ohne Einfluss auf den Freistellungsanspruch des Versicherungsnehmers gegen den Versicherer bleiben; verspricht der Versicherungsnehmer dem Dritten mehr als diesem zusteht, geht der Mehrbetrag immer zu Lasten des Versicherungsnehmers. Der Versicherer hat ihn nur von dem Anspruch freizustellen, den der Geschädigte ohne das Anerkenntnis gehabt hätte.

Nicht gerechtfertigt ist es aber, dass der Versicherungsnehmer nach geltendem Recht durch Anerkenntnis oder Befriedigung seinen Befreiungsanspruch auch insoweit verliert, als er ohne sein - vielleicht voreiliges - Verhalten bestanden hätte. Allerdings liegt es nicht im Interesse des Versicherers, wenn ihm die Abwehr von Ansprüchen des Dritten durch Anerkenntnis oder Befriedigung unmöglich gemacht wird; möglicherweise könnte er diesen durch überlegene Rechtskenntnis zu einem (teilweisen) Verzicht auch dann bewegen, wenn die Ansprüche nach den tatsächlichen Umständen bestehen. Insoweit ist der Versicherer aber nicht schutzwürdig, wenn er gegenüber seinem Vertragspartner alle Einwendungen behält; er versagt ihm dann die Freistellung in dem Umfang, in dem der Versicherungsnehmer mit seinem Anerkenntnis über die wirkliche Anspruchslage hinausgegangen ist.

Das bisherige Verbot von Anerkenntnis und Befriedigung ist auch aus der Sicht des Versicherers nicht sonderlich effektiv. Der Versicherungsnehmer ist nicht gehindert, bestimmte Tatsachen dem Geschädigten gegenüber persönlich oder in einer Gerichtsverhandlung einzuräumen; nur den Anspruch selbst darf er nicht anerkennen. Sogar beim betrügerischen Zusammenwirken des Versicherungsnehmers mit dem Dritten ist es ein Leichtes, ein Anerkenntnis zu vermeiden und nur die (falschen) Tatsachen gemeinsam vorzutragen, aus denen sich der Anspruch des angeblich geschädigten Dritten gegen den Versicherungsnehmer und deshalb der entsprechende Freistellungsanspruch des Versicherungsnehmers gegen den Versicherer ergeben soll.

Deshalb sieht § 106 E vor, dass eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Anerkenntnis oder Befriedigung seitens des Versicherungsnehmers nicht zur Leistung verpflichtet ist, unwirksam ist.

1.3.1.1.3 Abtretungsverbot

Versicherer sehen in ihren AVB ein Abtretungsverbot vor (vgl. § 7 Nr. 3 AHB). Es hindert den Versicherungsnehmer, dem angeblich oder tatsächlich Geschädigten durch Abtretung des vertraglichen Freistellungsanspruchs einen unmittelbaren Zahlungsanspruch gegen den Versicherer zu verschaffen. Die Pfändung des Freistellungsanspruchs nach erfolgreichem Haftpflichtprozess ist dadurch nicht ausgeschlossen. Das Abtretungsverbot betrifft auch nicht die schon nach § 399 BGB ausgeschlossene Abtretung an einen Dritten.

Die Rechtsprechung hat die Berufung des Versicherers auf ein vertragliches Abtretungsverbot als Verstoß gegen Treu und Glauben angesehen, wenn es nicht durch ein berechtigtes Interesse des Versicherers gedeckt ist. Da ein solches Interesse nicht grundsätzlich bejaht werden kann, schließt § 109 Abs. 2 E in Zukunft ein Abtretungsverbot durch Allgemeine Versicherungsbedingungen aus; Individualvereinbarungen vor und nach dem Versicherungsfall bleiben also zulässig. Die Regelung gilt nicht für Großrisiken (§ 203 E).

Der Versicherungsnehmer kann nämlich ein Interesse daran haben, den Geschädigten an den Versicherer zu verweisen, wenn dieser einen Haftpflichtanspruch in Frage stellt, den der Versicherungsnehmer - vielleicht wegen seiner Beziehungen zu dem Geschädigten - nicht einfach zurückweisen möchte. Die neue Regelung entspricht aber vor allem den Interessen des Geschädigten. Dieser hat häufig keine Kenntnis vom Innenverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und Haftpflichtversicherer. Nachteile für den Geschädigten können sich in den

Fällen ergeben, in denen sich der Versicherungsnehmer nicht um die Angelegenheit kümmert und z. B. den Versicherer pflichtwidrig nicht informiert; auch im Falle der Insolvenz des Versicherungsnehmers ist die Durchsetzung von Ansprüchen gegen den Haftpflichtversicherer erschwert.

§ 109 Abs. 2 E hat zum Ergebnis, dass der schädigende Versicherungsnehmer seinen Freistellungsanspruch gegen den Versicherer an den Geschädigten - und nur an diesen - abtreten kann. Dieser wird dadurch in die Lage versetzt, den Versicherer direkt in Anspruch zu nehmen; ohne Abtretung kann er das nur bei der Pflichtversicherung (§ 116 E – vgl. Ziff. 1.3.1.1.5).

1.3.1.1.4 Mindestversicherungssumme in der Pflichtversicherung

Im regulierten Versicherungsmarkt beschränkte sich der Gesetzgeber, wenn er gesetzliche Verpflichtungen zum Abschluss von Haftpflichtversicherungen begründete, meist auf die Anordnung der Versicherungspflicht und überließ häufig die Ausgestaltung der Einzelheiten - Mindestversicherungssumme und Versicherungsbedingungen - den aufsichtsbehördlich zu genehmigenden Versicherungsbedingungen. Mit der Aufhebung von Bedingungs- und Tarifgenehmigungen durch das Gemeinschaftsrecht ist diese Möglichkeit zur Gewährleistung eines dem Zweck des Gesetzes entsprechenden einheitlichen Mindeststandards von Pflichtversicherungsschutz entfallen. Um gleichwohl ein Instrumentarium zu haben, mittels dessen die Vereinbarkeit von Pflichtversicherungsbedingungen mit dem jeweiligen die Versicherungspflicht anordnenden Gesetz überprüft werden kann, hat der Gesetzgeber bei Umsetzung der 3. Schadensrichtlinie 1994 in § 5 Abs. 5 Nr. 1 VAG angeordnet, dass Versicherungsunternehmen, die Pflichtversicherungen betreiben wollen, mit dem Geschäftsplan bei der Aufsichtsbehörde die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einzureichen haben. Die Stellen, die über die Einhaltung der Versicherungspflicht zu wachen haben, können die Versicherungsbedingungen bei der Aufsichtsbehörde abrufen. Die gleiche Vorlagepflicht gilt gemäß § 110a Abs. 2b VAG auch für Versicherungsunternehmen, die im Dienstleistungsverkehr Pflichtversicherungen betreiben.

Hinsichtlich der Mindestversicherungssumme der einzelnen Pflichtversicherung muss das Gesetz jedoch eine subsidiäre Regelung für den Fall vorsehen, dass der die Versicherungspflicht anordnende Gesetzgeber selbst keine Regelung getroffen hat. An sich ist es dessen Aufgabe, zugleich mit der Anordnung der Versicherungspflicht auch den Umfang der Deckung durch die Pflichtversicherung, also vor allem die Mindestversicherungssumme festzule-

gen. In vielen Fällen ist aber die Versicherungssumme den Versicherungsbedingungen überlassen worden, so dass jedenfalls seit der Deregulierung kein einheitlicher Versicherungsschutz mehr sichergestellt ist. Auch in Zukunft muss damit gerechnet werden, dass in einzelnen Fällen eine Regelung der Mindestversicherungssumme anlässlich der Anordnung einer Versicherungspflicht unterbleibt.

Da Pflichtversicherungen in vielen Fällen Personenschäden betreffen, sieht § 115 E - vorbehaltlich einer anderen Regelung durch den die Versicherungspflicht anordnenden Gesetzgeber - eine Mindestversicherungssumme von 250.000 Euro je Versicherungsfall und von einer Million Euro je Versicherungsjahr vor. Eine Festlegung allein des Betrags je Versicherungsfall würde bei bestimmten Risiken einen am Versicherungsmarkt möglicherweise nicht erhältlichen unbegrenzten Versicherungsschutz zur Folge haben.

1.3.1.1.5 Direktanspruch des Geschädigten in der Pflichtversicherung

Durch die Haftpflichtversicherung schützt sich der Versicherungsnehmer selbst gegenüber den Risiken erheblicher Schadensersatzansprüche Dritter. Die Höhe solcher Ansprüche kann die bürgerliche Existenz des Versicherungsnehmers bedrohen. Gerade in solchen Fällen hat der Versicherungsschutz auch Auswirkungen zu Gunsten des Geschädigten, der seine Ansprüche nur wegen des Deckungsanspruchs des Versicherungsnehmers gegen den Versicherer tatsächlich realisieren kann. Er trägt nicht mehr das Insolvenzrisiko des Schädigers und ist durch § 156 Abs. 1 VVG (jetzt § 109 Abs. 1 E) sogar gegen Verfügungen des Versicherungsnehmers über seinen Freistellungsanspruch geschützt. Trotzdem hat der Geschädigte keinen Anspruch gegen den Schädiger, dass dieser sich Haftpflichtversicherungsschutz verschafft, und deshalb auch keinen unmittelbaren Anspruch gegen einen Versicherer, bei dem sich der Schädiger freiwillig und im eigenen Interesse versichert hat.

Bei Pflichtversicherungen besteht eine grundsätzlich andere rechtliche Situation. Eine Versicherungspflicht wird immer zumindest auch im Interesse der Geschädigten angeordnet, um ihnen - allerdings nur im Rahmen der Mindestversicherungssummen - einen verhandlungs- und zahlungsbereiten, weitgehend insolvenzsicheren Schuldner zu sichern. Nicht nur wirtschaftlich, sondern auch rechtlich tritt der jeweilige Versicherer weitgehend an die Stelle des versicherten Schädigers, und dies - nach den jeweiligen Vorschriften - in manchen Fällen selbst dann, wenn der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz verloren haben sollte.

Dies hat den Gesetzgeber bereits veranlasst, dem Geschädigten in § 3 PflVG für die Kfz-Haftpflichtversicherung einen Direktanspruch gegen den Versicherer einzuräumen. Diese Regelung hat sich bewährt. Der Entwurf überträgt sie allgemein auf Pflichtversicherungen. Dadurch soll dem Geschädigten über die Unfälle im Straßenverkehr hinaus die Realisierung von Ersatzansprüchen insbesondere dann erleichtert werden, wenn der pflichtversicherte Schädiger versucht, sich seinen Verpflichtungen zu entziehen; der Geschädigte muss z.B. den Aufenthalt nicht mehr ermitteln, sondern kann seine Klage ausschließlich gegen den Versicherer richten, wenn er wenigstens diesen feststellen konnte. Außerdem stellt die Einführung des Direktanspruchs bei allen Pflichtversicherungen einen vorweggenommenen Beitrag zur Harmonisierung in der Europäischen Union dar, weil andere Mitgliedstaaten den Direktanspruch zum Teil schon vor langer Zeit eingeführt haben und darauf kaum wieder verzichten werden.

Die sonstigen rechtlichen Auswirkungen des Direktanspruchs sind begrenzt. So kann der Versicherer bei einer Pflichtversicherung schon bisher nicht gegenüber dem Geschädigten einwenden, er sei auf der Grundlage des Versicherungsvertrags gegenüber dem Versicherungsnehmer leistungsfrei (§ 158c Abs. 1 VVG, jetzt § 117 Abs. 1 E); er ist insoweit auf den Rückgriff bei seinem Vertragspartner angewiesen und trägt dabei das Insolvenzrisiko. Eine Risikoverlagerung gibt es allerdings bei der Vereinbarung eines vom Gesetzgeber zugelassenen Selbstbehaltes. Bisher ist der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber zur Freistellung nur unter Berücksichtigung des Selbstbehaltes verpflichtet; das Insolvenzrisiko für den Selbstbehaltsbetrag trägt also der Geschädigte. In Zukunft macht dieser den Direktanspruch in voller Höhe gegen den Versicherer geltend, so dass dieser auf den Rückgriff in der Höhe des wirksam vereinbarten Selbstbehaltes bei dem Versicherungsnehmer angewiesen ist; dies entspricht der bisherigen Regelung für die Kfz-Pflichtversicherung.

1.3.1.2 Rechtsschutzversicherung

Mit Ausnahme einiger Spezialvorschriften, die den Besonderheiten der Rechtsschutzversicherung innerhalb der Schadenversicherung Rechnung zu tragen haben, ist die Rechtsschutzversicherung nicht weitergehend und umfassender als bisher zu regeln. Änderungsbedarf ergibt sich nur in wenigen Punkten.

1.3.1.2.1 Gesetzliches Leitbild

Nach Artikel 2 Abs. 1 der Richtlinie 87/344/EWG des Rates vom 22. Juni 1987 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Rechtsschutzversicherung (ABl. EG Nr. L 185 S.77) besteht die Rechtsschutzversicherung darin,

„dass gegen Zahlung einer Prämie die Verpflichtung eingegangen wird, die Kosten des Gerichtsverfahrens zu übernehmen und andere sich aus dem Versicherungsvertrag ergebende Leistungen zu erbringen, insbesondere um

- dem Versicherten den Schaden auf außergerichtlichem Wege oder durch ein Zivil- oder Strafverfahren zu ersetzen,
- den Versicherten in einem Zivil-, Straf-, Verwaltungs- oder anderen Verfahren oder im Fall einer gegen ihn gerichteten Forderung zu verteidigen oder zu vertreten.“

Die Rechtsschutzversicherung hat sich mit einer Vielzahl von Vertragstypen und Deckungsformen als eine der dynamischsten Sparten entwickelt. Angesichts der Vielfalt der vorhandenen und vor allem künftigen Lebenssachverhalte und der zunehmenden Bereitschaft der Verbraucher, sich vor der immer komplizierter werdenden Rechtswelt mit einer Rechtsschutzversicherung zu schützen, empfiehlt es sich nicht, im Gesetz eine bestimmte Definition der Rechtsschutzversicherung festzuschreiben; denn dies würde die Produktentwicklung hemmen. Zum leichteren Verständnis des Verbrauchers empfiehlt es sich gleichwohl, den mit einer Rechtsschutzversicherung verfolgten wirtschaftlichen Zweck im Gesetz grob zu umreißen.

1.3.1.2.2 Versicherungsfall

In Abhängigkeit von den vielfältigen Produktausprägungen und Vertragstypen der Rechtsschutzversicherung gibt es keinen einheitlichen Versicherungsfallbegriff. Die wichtigsten Fälle sind in § 4 ARB 2000 geregelt. Danach besteht Anspruch auf Rechtsschutz nach Eintritt eines Rechtsschutzfalles

- im Schadenersatz-Rechtsschutz von dem ersten Ereignis an, durch das der Schaden verursacht wurde oder verursacht worden sein soll;

- im Beratungs-Rechtsschutz für Familien- und Erbrecht von dem Ereignis an, das die Änderung der Rechtslage des Versicherungsnehmers oder einer mitversicherten Person zur Folge hat;
- in allen anderen Fällen von dem Zeitpunkt an, in dem der Versicherungsnehmer oder ein anderer einen Verstoß gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften begangen hat oder begangen haben soll.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend, sondern es sind in der Praxis weitere Versicherungsfalldefinitionen – vornehmlich im Bereich des Strafrechts und des Steuerrechts – im Einsatz und in ständiger Weiterentwicklung. Wegen dieser heute schon bestehenden Vielzahl von Versicherungsfallarten, die nicht in einem einheitlichen Begriff zusammengefasst werden können, empfiehlt es sich nicht, den Versicherungsfall der Rechtsschutzversicherung im Gesetz zu regeln.

1.3.1.2.3 Rettungskosten

Die Vielfalt der möglichen Versicherungsfalldbegriffe verursacht erhebliche Probleme mit der von der Rechtsprechung für die Sachversicherung entwickelten Vorerstreckungstheorie, die in § 92 E übernommen werden soll (vgl. Ziff. 1.2.4.2). Da in der Rechtsschutzversicherung der Eintritt des Versicherungsfalles in vielen Fällen maßgeblich vom Willen des Versicherungsnehmers oder von nur inneren Tatsachen abhängt, würde die Vorerstreckung es dem Versicherungsnehmer leicht machen, in solchen Fällen vorsorglich Rechtsberatung in Anspruch zu nehmen, die nach dem konkreten Rechtsschutzversicherungsvertrag gerade nicht Gegenstand der Rechtsschutzversicherung sein soll. Insbesondere dürften in der Praxis zahlreiche Fallkonstellationen Alltag werden, in denen heute bewusst nicht vom Versicherungsschutz erfasste Lebenssachverhalte Gegenstand vorsorglicher Rechtsberatung oder sogar von Anwaltshonoraren losgelöster Rettungsaufwendungen werden. Eine Abgrenzung zu den Fällen, in denen in der Rechtsschutzversicherung aufgrund eines unmittelbar und ernsthaft bevorstehenden Rechtsverstoßes ein Versicherungsfall bereits angenommen wird, erscheint nicht lösbar. Eine unter dem Mantel des Rettungskostenersatzes nicht mehr beherrschbare Kasuistik vorbeugender Unterlassungsansprüche, die in der Regel mit den Mitteln vorläufigen Rechtsschutzes durchgesetzt würden, wäre die Folge.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zur Motivlage in der Sachversicherung besteht in der Rechtsschutzversicherung darin, dass die Rettungsmaßnahme (Anwaltsbeauftragung) der Art nach – und in der Regel auch der Höhe nach – genau den erst für einen späteren Zeit-

punkt vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen entspräche. Es handelt sich insoweit also in Wirklichkeit nicht um Aufwendungen zur Abwendung eines ansonsten eintretenden Versicherungsfalles, sondern um die vorzeitige Herbeiführung, d.h. Vorverlegung des Versicherungsfalles. Das aber ist nicht Sinn der Vorerstreckungstheorie.

Die in der Sachversicherung durch die Rechtsprechung entwickelte Vorerstreckungstheorie, die in den Entwurf übernommen wird, ist daher auf die Rechtsschutzversicherung nicht anzuwenden. Dies geschieht gesetzestechnisch dadurch, dass die Vorerstreckungsregelung auf die Sachversicherung beschränkt wird.

1.3.1.2.4 Kündigung nach Versicherungsfall

Die dispositive Vorschrift des § 96 VVG soll über die Feuerversicherung hinaus auf weitere Zweige der Sachversicherung angewendet werden (vgl. Ziff. 1.2.4.3). Für die Rechtsschutzversicherung ist diese Vorschrift wegen ihres indifferenten Versicherungsfallbegriffes (s.o. Ziff. 1.3.1.2.2) nicht sachgerecht. Dies zeigen insbesondere Beispiele aus dem Beratungsrechtsschutz, soweit die Veränderung der Rechtslage den Versicherungsfall darstellt:

- Tod eines Erblassers des Versicherungsnehmers,
- Geburt eines Kindes des Versicherungsnehmers,
- Trennung des Versicherungsnehmers von seinem Ehegatten.

In diesen Fällen würde die Anwendung des § 96 VVG dazu führen, dass der Versicherungsnehmer außerordentlich kündigen kann, obwohl gar nicht feststeht, ob diese Ereignisse überhaupt zur Inanspruchnahme des Rechtsschutzversicherers, d.h. zu einer Rechtsberatung oder einem Rechtsstreit führen. Der Versicherungsnehmer könnte sich allein durch Mitteilung eines der oben genannten Sachverhalte, weil diese den Versicherungsfall darstellen, von der Rechtsschutzversicherung lösen („Ich teile mit, dass ich mich von meinem Ehegatten getrennt habe, und kündige die Rechtsschutzversicherung“). Damit würde insbesondere die jetzige AVB-Regelung sinnlos, nach der eine vorzeitige Kündigung möglich ist, wenn der Versicherer seine Leistungspflicht für mindestens zwei innerhalb von 12 Monaten eingetretene Rechtsschutzfälle bejaht hat (§ 13 Abs. 2 ARB 2000); der BGH hatte diese Regelung unter der Voraussetzung gebilligt, dass Versicherer und Versicherungsnehmer das gleiche Kündigungsrecht erhalten (BGH v. 27.03.1991 – IV ZR 130/90, r+s 1991, 200). Diese ARB-Regelung ist auch künftig sinnvoll.

Die Rechtsschutzversicherung muss daher von der Anwendung des § 96 VVG ausgenommen werden. Dass es sich um eine dispositive Vorschrift handelt, genügt nicht; denn im Rahmen der AGB-Überprüfung könnte eine davon abweichende AVB-Regelung als unangemessen beurteilt werden. Die Nichtanwendung erfolgt gesetzestechnisch in der Form, dass die Geltung der dem § 96 VVG entsprechenden Vorschrift auf die Sachversicherung beschränkt wird.

1.3.1.2.5 Freie Anwaltswahl

Die Sondervorschriften für die Rechtsschutzversicherung sind aufgrund der unter Ziff. 1.3.1.2.1 zitierten Richtlinie 87/344/EWG in das VVG eingefügt worden. Wegen des bindenden Charakters dieser Richtlinie ergibt sich insofern grundsätzlich kein Änderungsbedarf. Eine Ausnahme betrifft § 158m VVG:

§ 158m Abs. 1 VVG begründet für die Rechtsschutzversicherung das Recht des Versicherungsnehmers auf freie Anwaltswahl. Die Vorschrift setzt Artikel 4 Abs. 1 der Richtlinie 87/344/EWG um. Da insoweit auch kein Mitgliedstaatenwahlrecht eingeräumt ist, steht die Vorschrift nicht zur Disposition des nationalen Gesetzgebers.

Auf der anderen Seite ist – auch international – eine Tendenz zu Massenprozessen zu beobachten, wenn ein (in der Regel einen haftpflichtrechtlichen Schadensersatzanspruch auslösendes) Ereignis eintritt, das viele gleichartig Geschädigte und einen (vermeintlichen) Schädiger aufweist. Als Beispiele sind Arzneimittelschäden, Flugzeugabstürze, Bombententate, Umweltverseuchungen etc. zu nennen. In diesen Fällen kommt es immer häufiger nach amerikanischem Vorbild zu „class actions“.

Rechtspolitisch ist es sinnvoll, gleichartige Prozesse einer Vielzahl von Klägern gegen denselben Beklagten zusammenzufassen. Dies erhöht die Prozessökonomie, vermeidet widersprechende Urteile und entspricht insoweit auch der ZPO-Reform (Zivilprozessreformgesetz v. 27.07.2001, BGBl. I S. 1887; OLG-Vertretungsänderungsgesetz v. 23.07.2002, BGBl. I S. 2850). Dieses rechtspolitische Ziel wird jedoch praktisch vereitelt, wenn Rechtsschutzversicherte wegen § 158m Abs. 1 VVG getrennte Mandate mit der Folge getrennter Prozesse erteilen. Deshalb soll dem vorgenannten rechtspolitischen Anliegen im Rahmen des Entwurfs unter Berücksichtigung der Richtlinienvorgabe Rechnung getragen werden.

Eine ausdrückliche Einschränkung der freien Anwaltswahl durch eine entsprechende Gesetzesvorschrift würde gegen europäisches Recht verstoßen und scheidet daher aus. Die Rechtsprechung hat allerdings im Zusammenhang mit der Erstattungsfähigkeit von Prozesskosten zu § 91 Abs. 1, § 100 Abs. 1 ZPO entschieden, dass die Beauftragung von verschiedenen Rechtsanwälten durch mehrere Streitgenossen nur dann für die Rechtsverfolgung notwendig ist, wenn ein sachlicher Grund dafür vorliegt (vgl. etwa OLG Düsseldorf, Rechtspfleger 1993, 369 m.w.N.; OLG Hamm, MDR 1990, 1019; OLG München, JurBüro 1995, 264). In der Systematik des Gesetzes wäre es theoretisch denkbar, dass die freie Anwaltswahl unter dem Gesichtspunkt der Schadenminderungspflicht nach § 62 VVG in bestimmten Fällen („class actions“) nur in einer bestimmten Richtung ausgeübt werden darf, die durch die Zusammenfassung mehrerer bei demselben Rechtsschutzversicherer versicherter Versicherungsnehmer zu Streitgenossen im Sinne der §§ 59, 60 ZPO charakterisiert ist. Auf diese Weise käme es zumindest zu prozessökonomischen Sammelverfahren. Rechtlich erscheint es jedoch problematisch, die gesetzlichen Vorschriften zur Schadenminderungspflicht so zu konkretisieren, dass der bezweckte und rechtspolitisch erwünschte Erfolg eintritt.

Ein solches Ergebnis ist unbefriedigend. Dem Grundgedanken der Schadenversicherung, dass der anspruchstellende Geschädigte den Schaden gering zu halten hat, entspricht im Bereich der Kostenversicherungen als Grundsatz ein allgemeines Wirtschaftlichkeitsgebot. Rechtlich unproblematisch ist es, für bestimmte Fälle identischer Interessenwahrnehmung die Kostenerstattung durch AVB-Regelungen zu beschränken. Damit im Rahmen der AGB-Überprüfung eine solche AVB-Regelung nicht als unangemessen und überraschend beurteilt wird, soll eine solche Möglichkeit zur Begrenzung der Kostenerstattung künftig ausdrücklich vorgesehen werden.

1.3.1.3 Transportversicherung

1.3.1.3.1 Ausgangslage

Die Transportversicherung ist bisher im geltenden deutschen Recht in zwei Gesetzen geregelt. Einerseits gelten als allgemeine Bestimmungen für die Transportversicherung die §§ 129 bis 148 VVG. § 186 VVG bestimmt aber deren Nichtanwendbarkeit auf die Seeversicherung, die im 10. Abschnitt des 5. Buches des Handelsgesetzbuchs mit den §§ 778 bis 900 sowie in § 905 HGB geregelt ist. Die Bestimmungen für die Transportversicherung im Versicherungsvertragsgesetz sind dispositives Recht, von den übrigen im Versicherungsvertrags-

gesetz vorgesehenen Beschränkungen der Vertragsfreiheit ist die Transportversicherung durch § 187 VVG befreit. Auch die im Handelsgesetzbuch geregelte Seeversicherung ist dispositives Recht mit Ausnahme des in § 780 HGB statuierten Verbots der Versicherung von Heuerforderungen, das seine praktische Bedeutung längst verloren hat, weil Heuerforderungen bei havarierten Schiffen nicht mehr von deren Rettung abhängen.

Bei dem bisher im Versicherungsvertragsgesetz und im Handelsgesetzbuch geregelten Transport- und Seeversicherungsrecht handelt es sich weitgehend um „schlafendes Recht“. In der Praxis der Transport- und Seeversicherung werden in der Regel deutschem Recht unterliegende Versicherungsverträge auf der Grundlage der Allgemeinen Deutschen Seeversicherungs-Bedingungen (ADS) und sich daran orientierenden weiteren allgemeinen Bedingungenwerken wie den DTV-Güterversicherungs-Bedingungen 2000 abgeschlossen. Die Bedingungen enthalten zum Teil Wiederholungen gesetzlicher Bestimmungen, zum Teil abweichende Regelungen. Die für die Güterversicherung ohne Unterscheidungen von See- oder Binnenversicherungen neu empfohlenen, aber in der Praxis noch wenig vereinbarten DTV-Güterversicherungs-Bedingungen 2000 verweisen ergänzend auf die §§ 1 bis 80 VVG.

§ 187 VVG in Verbindung mit Art. 10 Abs. 1 Nr. 1 EGVVG rechnet zur Transportversicherung die Schienenfahrzeugkaskoversicherung, die Luftfahrzeug-Kaskoversicherung, die See-, Binnensee- und Flussschiffahrts-Kaskoversicherung, die Versicherung von Transportgütern, die Haftpflicht aus Landtransporten, die Luftfahrzeug-Haftpflichtversicherung sowie die See-, Binnensee- und Flussschiffahrtsversicherung. Auf Grund gemeinschaftsrechtlicher Vorgabe durch Artikel 5 der 1. Richtlinie Schadenversicherung (73/239/EWG) ist Transportversicherung per se ein Großrisiko, für das freie Rechtswahl besteht.

1.3.1.3.2 Regelungsnotwendigkeit

Eine wenigstens rudimentäre gesetzliche Regelung der Transportversicherung mit ihren unterschiedlichen Sparten ist erforderlich, auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Vertragsfreiheit in der Transportversicherung weiterhin keinen der im Versicherungsvertragsgesetz vorgesehenen Beschränkungen unterliegen soll. Denn nur eine gesetzliche Regelung vermag die Besonderheiten der Transportversicherung mit hinreichender Verlässlichkeit von allgemeinen Grundsätzen des Versicherungsvertragsrechts abzugrenzen.

Die bisherige Regelung der Seeversicherung im Handelsgesetzbuch macht die Seeversicherung zu einer kaufmännischen Versicherung, auf welche die umfangreichen Belehrungs-

pflichten des Versicherungsvertragsgesetzes und sonstigen Verbraucherrechts nicht anzuwenden sind. Die sonstigen Zweige der Transportversicherung sind durch die Bestimmung des bisherigen § 187 VVG von den in diesem Gesetz statuierten Beschränkungen der Vertragsfreiheit befreit. Die unterschiedliche Zuordnung der Transportversicherungszweige zu verschiedenen Gesetzen ist historisch zu erklären und war im Zeitalter der Segelschiffahrt auch sachlich begründet, ist aber im Zeitalter des Multi-Modal-Verkehrs sachlich nicht mehr zu rechtfertigen.

Die Überarbeitung des Versicherungsvertragsrechts beschränkt sich darauf, nur insoweit gesetzliche Vorschriften vorzusehen, als Besonderheiten der Transportversicherung Abweichungen von den allgemeinen Vorschriften und der Schadenversicherung erforderlich machen, verzichtet im übrigen aber auf inhaltliche produktgestalterische Vorgaben. Diese Beschränkung erlaubt es auch, das umfangreiche Kodifikat über die Seeversicherung im Handelsgesetzbuch aufzuheben und die Seeversicherung in den Entwurf zu integrieren.

1.3.1.3.3 Gesetzliches Leitbild und Inhaltskontrolle

Die Transportversicherung ist Versicherung von Gütern gegen die Gefahren der Beförderung zu Lande, zu Wasser und in der Luft ebenso wie die Versicherung von Luftfahrzeugen gegen die Gefahren der Luftfahrt und die Versicherung von Schiffen gegen die Gefahren der Schifffahrt einschließlich der Haftpflicht für Kollisionsschäden.

Der Begriff der Transportversicherung ist durch zwei besondere Merkmale gekennzeichnet, durch die er sich von allen sonstigen Arten der Schadenversicherung, die auf dem Prinzip der Spezialität der Gefahren aufbauen, unterscheidet. Er wird bestimmt vom Prinzip der Universalität der Gefahr und bietet Versicherungsschutz gegen alle Gefahren. Die rein verbale Auslegung der Transportversicherung als Versicherung während der Fortbewegung, durch die sie sich von allen anderen Schadenversicherungszweigen unterscheidet, reicht nicht aus, wie sich aus ihrer materiellen Dauer (bisher §§ 134 bis 139 VVG) ergibt. In den Umfang der Versicherung sind neben der Zeit der Fortbewegung auch Zeiten der Bewegungsbereitschaft einbezogen. Transportversicherung ist Versicherung während der Bewegung und der Bewegungsbereitschaft; ob Bewegungsbereitschaft vorliegt, entscheiden die Umstände des Einzelfalles.

Das europäische Gemeinschaftsrecht qualifiziert mit der Einstufung in Artikel 5 Buchstabe d (i) der Ersten Richtlinie Schadenversicherung (73/239/EWG) Transportversicherungsverträge

als Versicherungsverträge über Großrisiken, für die auf Grund des Artikels 7 Abs. 1 Buchstabe f der Zweiten Richtlinie Schadenversicherung (88/357/EWG) nach Artikel 10 Abs. 1 EGVVG freie Rechtswahl gilt. Das europäische Gemeinschaftsrecht ist bei dieser Regelung erkennbar davon ausgegangen, dass sich bei den Großrisiken Versicherer und Versicherungsnehmer als gleich starke Vertragsparteien gegenüberstehen und ein besonderes Schutzbedürfnis für nur eine Vertragsseite nicht besteht. Korrespondierend hierzu befreit das geltende Recht in § 187 VVG die Großrisiken von den im Versicherungsvertragsgesetz vorgesehenen Beschränkungen der Vertragsfreiheit. Unter Einschluss der Seeversicherung, auf die das Versicherungsvertragsgesetz bisher nicht anzuwenden ist, wird diese Regelung beibehalten.

Auch als dispositive Regelungen dienen die Bestimmungen über die Transportversicherung als gesetzliches Leitbild gemäß § 307 BGB. Im geltenden Recht gilt dies bereits für die Transportversicherungsverträge, die nicht Seeversicherungsverträge sind. Eine Einschränkung der Vertragsfreiheit für die verschiedenen Zweige der Transportversicherung und sonstigen Großrisiko-Versicherungen ist weder durch die Reform des Versicherungsvertragsrechts noch durch die Einbeziehung der Seeversicherung in den Anwendungsbereich des neuen Versicherungsvertragsgesetzes bezweckt oder zu befürchten. Nichtig sind auch künftig Transport- und Seeversicherungsverträge, die gegen gesetzliche Verbote oder gegen die guten Sitten verstoßen (§§ 134, 138 BGB). Sofern es in einer gerichtlichen Auseinandersetzung um die Wirksamkeit einer Klausel in einem dem deutschen Recht unterliegenden Transportversicherungsvertrag geht, sind bei der Auslegung die im Handelsverkehr geltenden Gewohnheiten und Gebräuche angemessen zu berücksichtigen (§ 310 Abs.1 BGB). Damit ist gewährleistet, dass die in der Transportversicherung, insbesondere in der Seeversicherung geübte internationale Praxis in hinreichendem Maße zu berücksichtigen ist, wenn von deutschem dispositiven Gesetzesrecht abweichende Vertragsbedingungen vereinbart worden sind. Es besteht deshalb kein Anlass zu befürchten, dass die deutsche Seeversicherungspraxis sich durch die Einbeziehung der Seeversicherung in den Anwendungsbereich des neuen Versicherungsvertragsrechts ändern wird oder ändern muss.

1.3.2 Personenversicherung

1.3.2.1 Lebensversicherung

Die Lebensversicherung hat in dreifacher Hinsicht besondere wirtschaftliche Bedeutung.

Dem einzelnen Versicherungsnehmer dient sie zur Absicherung seiner Familie im Falle des vorzeitigen Todes oder zur eigenen Altersversorgung. Damit ist sie existentieller Teil seiner Vorsorge insbesondere dann, wenn andere Sicherungsinstrumente wie die Sozialversicherung nicht oder nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen. Die von dem Versicherungsnehmer dafür aufgewandten Prämien sind häufig im Verhältnis zum laufenden Einkommen des Versicherungsnehmers erheblich, da die private Altersversorgung nur durch die Ansammlung eines hohen Sparkapitals gesichert werden kann.

Für die Versicherungswirtschaft stellt die Lebensversicherung - an welcher Kennzahl (Prämieneinnahmen, Erträge, Ergebnis, Kapitalanlagen usw.) auch immer gemessen - einen der wichtigsten Geschäftsbereiche dar. Auf sie entfällt fast die Hälfte der Prämieinnahmen der deutschen Versicherungsunternehmen im deutschen Geschäft.

Die besondere gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Lebensversicherung schließlich folgt daraus, dass sie eine herausragende Kapitalsammelfunktion hat. Dies beruht insbesondere auf dem Teilbereich der kapitalbildenden Lebensversicherung, die vor allem dem Aufbau einer Altersvorsorge der Versicherungsnehmer dient. Die deutschen Lebensversicherungsunternehmen sind mit ihren Kapitalanlagen von 541 Mrd. Euro (Quelle: GDV, Statistisches Taschenbuch 2003, Tabelle 30) ein wesentlicher Faktor des deutschen Kapitalmarktes.

Gerade an der kapitalbildenden Lebensversicherung ist aber auch erhebliche Kritik geübt worden. Die Abschlusskosten seien häufig sehr hoch. Diese würden dem Versicherungsnehmer zum großen Teil zu Beginn des Vertrags angelastet, so dass eine vorzeitige Lösung von dem Vertrag für ihn mit wirtschaftlichen Einbußen verbunden sei; er könne deshalb sein jederzeitiges gesetzliches Kündigungsrecht nur unter Inkaufnahme finanzieller Nachteile ausüben. Es ist auch fraglich, ob der Verbraucher im Allgemeinen vor dem Vertragsabschluss einen hinreichenden Überblick über seinen Absicherungsbedarf im Alter und für den Fall des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Beruf hat und über andere Anlage- und Absicherungsmöglichkeiten ausreichend informiert ist. Weitere Gesichtspunkte sind die Unübersichtlichkeit der Berechnung der Überschussbeteiligung und der Rückkaufswerte.

Unter dem Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes ist daher der vertragsrechtlichen Seite der Lebensversicherung besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Allerdings muss den Unternehmen die Freiheit der Gestaltung ihres Lebensversicherungsgeschäftes und ihrer Produkte ebenso erhalten bleiben wie dem Versicherungsnehmer die Auswahlfreiheit. Eine wohlmeinend unter Verbraucherschutzgesichtspunkten verordnete Reglementierung würde letztlich zu einer Verteuerung der Versicherungsprodukte führen, ohne dem Versicherungs-

nehmer entscheidende Vorteile zu bringen. Auch bei der Lebensversicherung bestätigt sich der Erfahrungssatz, dass die Kosten gesetzlicher Vorschriften von dem Endnachfrager, hier dem Versicherungsnehmer, auch dann getragen werden, wenn der Produzent, hier der Versicherer, Adressat der Vorschriften ist.

1.3.2.1.1 Trennung von Versicherungsschutz und Sparvorgang; Aufteilung der Prämie

Das Modell der Aufteilung der Geschäftstätigkeit der Versicherer nach einem 1997 von der SPD-Fraktion eingebrachten Entwurf (BT-Drucksache 13/8163) wird nicht übernommen, auch nicht für die kapitalbildende Lebensversicherung.

Nach diesem Modell sollte jedes Versicherungsunternehmen, nicht nur Lebensversicherer, verpflichtet werden, „das Risikogeschäft auf Rechnung der gleichartig Versicherten“ und das „Kapitalanlagegeschäft jeweils auf Rechnung des Versicherten“ (§ 1 Abs. 3) im Rahmen einer „ermittlungsrechtlichen Versicherungstreuhand“ (§ 1 Abs. 4) zu betreiben; der Versicherungsnehmer sollte bei Vertragsende „eine Auszahlung in Höhe seines Guthabens auf seinem namentlichen Konto im Bereich der Versicherungstreuhand“ erhalten (§ 1a). Die weiterhin als Versicherer bezeichneten Unternehmen sollten als Geschäftsbesorger (§ 1 Abs. 2) gegen ein Dienstleistungsentgelt (§ 1 Abs. 1 und 3 Nr. 1) tätig werden; sie würden dann insoweit wohl selbst kein eigenes Versicherungsgeschäft im Sinne des § 1 VVG bzw. § 1 VAG betreiben, weswegen auf sie die Vorschriften des Gesetzes über die Kapitalanlagegesellschaften angewendet werden sollten (§ 1 Abs. 6 des Entwurfs).

Maßgebend für die Nichtübernahme dieses Modells, das hinsichtlich der Kapitalanlage durch die fondsgebundene Lebensversicherung teilweise realisiert ist, sind vor allem folgende Überlegungen:

Bei der kapitalbildenden Lebensversicherung handelt es sich um ein nicht nur in Deutschland seit langer Zeit eingeführtes und weit verbreitetes Versicherungsprodukt. Nur ganz schwerwiegende Gründe könnten es rechtfertigen, dieses Produkt zukünftig nicht mehr zuzulassen; hinsichtlich des Angebots der in Deutschland zulässigerweise tätigen ausländischen Unternehmen ginge ein solches Verbot ohnedies ins Leere.

Durch die Verbindung von Versicherungsschutz für den Todesfall während der Vertragslaufzeit mit einem Sparvorgang für den Fall des Erlebens des Vertragsendes entsteht nicht ein Kopplungsangebot, das zwei Elemente beliebig in einem Vertrag zusammenfasst, sondern ein neues

Produkt besonderer Art, das nach eigenen versicherungsmathematischen Grundsätzen kalkuliert wird. Das wird besonders deutlich bei denjenigen Verträgen, die weiteren Versicherungsschutz (z.B. zusätzliche Leistungen oder Prämienfreiheit bei Berufsunfähigkeit und Unfalltod über die Leistung im Todesfall hinaus) oder besondere Leistungen (z.B. die Beitragsrückgewähr bei Tod des Versicherungsnehmers vor Rentenbeginn) vorsehen.

Ein wesentliches Ziel des damaligen Entwurfes soll jedoch mit einer Verbesserung der Transparenz (vgl. Ziff. 1.3.2.1.5) erreicht werden, um dem Versicherungsnehmer eine bessere Grundlage für seine Entscheidung zu geben. In diesem Zusammenhang spielt auch eine wesentliche Rolle, die Beratung durch Versicherer und Vermittler zu verbessern (vgl. dazu Ziff. 1.2.2.3). Außerdem sollen einige Hauptfragen bei der Überschussbeteiligung (vgl. Ziff. 1.3.2.1.3) und bei dem Rückkaufswert (vgl. Ziff. 1.3.2.1.4) besser als bisher geregelt werden. Damit wird die Entscheidungsfreiheit des Versicherungsnehmers erhalten, ob er eine kapitalbildende Lebensversicherung mit der seit langem gewohnten Kombination von Versicherungsschutz und Sparvorgang wählt oder nur eine Risikoversicherung für den vorzeitigen Todesfall abschließt und für sein Alter unabhängig davon vorsorgt.

Die von verschiedenen Seiten insbesondere bei der kapitalbildenden Lebensversicherung geforderte Aufgliederung der Gesamtprämie in ihre Kalkulationsbestandteile könnte als gesetzliche Verpflichtung gerechtfertigt sein, wenn sie die rationale Entscheidung des Versicherungsnehmers zwischen mehreren Konkurrenzangeboten erleichtern würde. Dies ist nicht der Fall. Für seine Entscheidung braucht der Versicherungsnehmer einen objektiven Überblick über die zu zahlende Gesamtprämie und über die dafür zu erwartende Versicherungsleistung insgesamt. Nur das Verhältnis von Gesamtpreis zur Gesamtleistung kann ein Entscheidungskriterium für den Versicherungsnehmer sein.

Mit der Kenntnis einzelner Kalkulationsbestandteile, aus denen der Versicherer die Gesamtprämie für einen bestimmten Vertrag berechnet hat, ist dem Versicherungsnehmer wenig gedient. Im Gegenteil, die Aufteilung würde nicht ausschließen, dass der einzelne Versicherer Kalkulationsbestandteile anders als andere Versicherer zuordnet und berechnet. Der Versicherungsnehmer würde in diesem Fall zu einer Fehleinschätzung kommen, wenn er das Unternehmen, das für einen Kalkulationswert einen niedrigeren Betrag nennt, deswegen insgesamt für „preiswerter“ halten würde. Für alle Unternehmen einheitliche und verbindliche Kostenrechenmodelle wären aber extrem aufwendig und missbrauchsanfällig und sind schon deswegen nicht wünschenswert.

Außerdem könnte sich ein Vergleich immer nur auf die Soll-Werte der Kalkulation, niemals auf die später während der langen Vertragszeit realisierten Ist-Werte erstrecken, an denen der Versicherungsnehmer jedenfalls bei einer Überschussbeteiligung interessiert ist. Die Kenntnis der verschiedenen Prämienanteile (Risikobeitrag, Kosten, Sparanteil) als Kalkulationsbestandteile ist daher im Gegensatz zu aussagekräftigen Unternehmenskennzahlen kein Entscheidungskriterium des Versicherungsnehmers. Erfolgversprechender ist die bessere Information des Versicherungsnehmers über seine Rechte und Ansprüche gegen den Versicherer - und dies sowohl frühzeitig bei Vertragsschluss als auch während der regelmäßig sehr langen Vertragslaufzeit (dazu. Ziff. 1.3.2.1.5). Die eigenständige offene Aufgliederung der Gesamtprämie, wie sie von einzelnen Versicherern praktiziert wird, wird damit nicht ausgeschlossen.

In diesen Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die besonderen vertragsrechtlichen Regelungen des Altersvermögensgesetzes für die Altersvorsorgeverträge präjudizielle Bedeutung für die Neuregelung des allgemeinen Rechtes der Lebensversicherung haben sollten, d.h. für alle entsprechenden Verträge zu übernehmen sind. Diese Frage ist zu verneinen. Bei den Altersvorsorgeverträgen werden aus sozialpolitischen Gründen und unter fiskalischen Gesichtspunkten bestimmte Voraussetzungen dafür aufgestellt, dass eine besondere staatliche Förderung gewährt wird. Diese Voraussetzungen sind als Vorbild für Lebensversicherungsverträge allgemein nicht geeignet. Es bestehen bereits Zweifel, ob mit den geltenden Sonderregelungen das Ziel des Gesetzgebers, dem Versicherungsnehmer eine kostengünstige und sichere Altersvorsorge zu erleichtern, auch nur annähernd erreicht wird. Gleichwohl ist eines der wesentlichen Ziele des Altersvermögensgesetzes, bei den Altersvorsorgeverträgen mehr Transparenz zugunsten der Versicherungsnehmer zu schaffen, auch ein wesentliches Ziel einer Neuregelung des allgemeinen Rechtes der Lebensversicherung.

1.3.2.1.2 Leitbilder für die einzelnen Formen der Lebensversicherung; betriebliche Altersversorgung

Unter den Oberbegriff der Lebensversicherung fallen so unterschiedliche Versicherungen wie die

- Risikolebensversicherung
- Rentenversicherung
- Kapitalbildende Lebensversicherung
- Fondsgebundene Lebensversicherung.

Diese Begriffe bezeichnen keine in sich geschlossenen Kategorien. Sie unterscheiden sich u. U. nur in einem einzigen grundlegenden Element. Kapitalbildend ist z. B. auch die Rentenversicherung; sie kann auch auf einer Fondsgrundlage betrieben werden. Bei der fondsgebundenen Lebensversicherung wird im Unterschied zu anderen Versicherungen ein unmittelbarer Bezug zwischen der Kapitalanlage und der Höhe der Versicherungsleistung hergestellt. Der größte Unterschied besteht zwischen diesen drei Formen der Lebensversicherung einerseits und einer Risikolebensversicherung andererseits, bei der ein Versicherungsnehmer grundsätzlich keine Leistung erhält, wenn er den vereinbarten Vertragsablauf erlebt.

Oben (Ziff. 1.2.2.4) ist bereits erläutert worden, warum davon abgesehen wird, für die einzelnen Versicherungszweige gesetzliche „Leitbilder“ oder gar „Standardverträge“ festzulegen. Für die vorstehenden vier Grundformen der Lebensversicherung gilt dies in besonderer Weise, weil in der Praxis Mischformen die Regel sind, die Elemente mehrerer Grundformen enthalten. So enthalten die Verträge oft ein Wahlrecht, bei Vertragsablauf anstelle der vereinbarten einmaligen Leistung eine Rentenzahlung zu verlangen. Rentenversicherungsverträge sehen oft eine einmalige Kapitaleistung an die Hinterbliebenen vor, wenn die versicherte Person noch vor Beginn der Rentenzahlung oder nach wenigen Rentenjahren stirbt. Kapitalbildende Lebensversicherungen für die Altersvorsorge des Versicherungsnehmers selbst sehen immer auch die für die Risikolebensversicherung prägende Todesfallleistung zur Sicherung der hinterbliebenen Familienangehörigen vor.

Deshalb wird davon abgesehen, die wichtigsten unterschiedlichen Grundformen der Lebensversicherung auch nur ansatzweise zu umschreiben, wie dies bei anderen Versicherungen vorgeschlagen wird, um dort den Anwendungsbereich der Vorschriften für bestimmte Versicherungszweige wenigstens ganz allgemein zu umschreiben. Von ausdrücklichen Ausnahmen abgesehen gelten die Vorschriften der §§ 142 ff. E für alle Lebensversicherungen, aber auch nur für diese (vgl. aber § 168 E für die Berufsunfähigkeitsversicherung).

Die betriebliche Altersversorgung fällt uneingeschränkt unter die Regelung des Versicherungsvertragsrechts, soweit dabei Lebensversicherungsverträge abgeschlossen werden. Dies ist zunächst der Fall bei der Direktversicherung, die durch den Lebensversicherungsvertrag zwischen dem einzelnen Arbeitnehmer und einem Versicherer, möglicherweise im Rahmen einer vom Arbeitgeber mitgestalteten Gruppenversicherung (Kollektivlebensversicherung im Sinne des § 142 Abs. 1 Satz 2 E), gekennzeichnet ist; das gilt auch dann, wenn der Arbeitgeber die Versicherungsprämie ganz oder teilweise übernimmt. Soweit der Ar-

beitragsgeber dagegen eine eigene Versorgungszusage erteilt, liegt ein Versicherungsvertrag im Verhältnis zum Arbeitnehmer nicht deshalb vor, weil der Arbeitgeber die Rückdeckung seiner Zusage bei einem Lebensversicherer oder einer Pensionskasse durchführt. Beruht der Rentenanspruch des Arbeitnehmers allerdings auf einer eigenen vertraglichen Beziehung zur Pensionskasse, wird dieser Vertrag alle Voraussetzungen eines Versicherungsvertrags erfüllen und als Lebensversicherungsvertrag einzuordnen sein. Das gilt auch für den Vertrag zwischen dem einzelnen Arbeitnehmer und einem Pensionsfonds im Sinne der §§ 112 ff. VAG, §§ 20 bis 21a KStG. Bisher sind keine Gründe dafür ersichtlich, für die in diesem Zusammenhang abgeschlossenen Lebensversicherungsverträge Sonderregelungen vorzusehen, die das Schutzniveau zu Lasten dieser Versicherungsnehmer absenken würden.

1.3.2.1.3 Überschussbeteiligung

Lebensversicherungen haben meist eine sehr lange Vertragsdauer; bei der Kapitallebensversicherung sind es durchschnittlich 26 Jahre. Unter dieser Voraussetzung ist die tatsächliche Entwicklung bis zum Vertragsende nicht annähernd sicher abzuschätzen. Dies muss den Versicherer schon aus kaufmännischen Gründen veranlassen, die verbindlich versprochene Leistung und die vereinbarte Prämie sehr vorsichtig zu kalkulieren, d.h. bei Vertragsabschluss weniger vertraglich zuzusagen, als er bei Vertragsablauf unter unveränderten Umständen tatsächlich leisten könnte. Umgekehrt ausgedrückt, der Versicherer verlangt als Prämie einen deutlich höheren Betrag, als er ihn bei einer Nachkalkulation am Ende der Vertragslaufzeit verlangen würde. Diese Vorsicht wird dem Versicherer - aus guten Gründen - aufsichtsrechtlich sogar zur Pflicht gemacht (§ 11 VAG).

Unter diesen Umständen gliedern die Versicherer ihre im Vertrag vorgesehenen Leistungen regelmäßig auf. Sie verpflichten sich nur zu den vorsichtig kalkulierten Basisleistungen (z.B. zur Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme), stellen aber darüber hinaus Zusatzleistungen oder Prämienreduzierungen in Aussicht. Die rechtliche Qualität solcher Aussagen kann zwar sehr unterschiedlich sein; in keinem Fall ist aber die Höhe der Zusatzleistung bzw. Prämienreduzierung schon bei Vertragsabschluss verbindlich beziffert.

Um einerseits vorsichtig kalkulieren zu können, andererseits aber unakzeptable Nachteile für die Versicherungsnehmer zu vermeiden, haben die Versicherer in der Lebensversicherung die Überschussbeteiligung als zusätzliche Leistung über die fest vereinbarte „garantierte“ Versicherungsleistung hinaus eingeführt; das Aufsichtsrecht hat sie in § 81c VAG teilweise

geregelt. Sie spielt für den Versicherungsnehmer eine außerordentlich große Rolle. Bei den langfristigen Verträgen der Kapitallebensversicherung kann die Summe aller derartigen Zuschreibungen einschließlich der darauf entfallenden Zinsen die fest vereinbarte Versicherungssumme übersteigen; bei Rentenversicherungen mit langer Ansparphase und einer langen Auszahlungsphase kann die aus den Zuschreibungen finanzierte zusätzliche Rente höher sein als die bei Vertragsschluss vereinbarte „garantierte“ Rente.

Alle folgenden Überlegungen und Vorschläge zur Überschussbeteiligung beziehen sich nur auf die kapitalbildende Lebensversicherung einschließlich der Rentenversicherung. In der Risikolebensversicherung und in der fondsgebundenen Lebensversicherung spielt diese Art der Überschussbeteiligung praktisch keine Rolle.

1.3.2.1.3.1 Gegenwärtige Rechtslage

Im geltenden Versicherungsvertragsgesetz wird die Überschussbeteiligung nicht geregelt. Auch das Aufsichtsrecht enthält keine Regelungen, nach denen ein Versicherer unmittelbar verpflichtet wäre, allgemein oder für bestimmte Verträge eine Überschussbeteiligung einzuräumen. Deshalb beruhen alle entsprechenden Zusagen zunächst auf der autonomen Entscheidung des jeweiligen Versicherers, in seinen Verträgen - regelmäßig durch AVB - eine solche Regelung vorzusehen.

Allerdings wird der Wettbewerb jeden Versicherer in weiten Teilbereichen zwingen, seinen Versicherungsnehmern eine Überschussbeteiligung einzuräumen; ohne eine derartige Zusage wird er im Wettbewerb kaum Neuabschlüsse tätigen können. Es bleiben ihm aber auch dann noch erhebliche Spielräume für die Ausgestaltung in seinem Sinne, ohne dass der Versicherungsnehmer in der Lage wäre, deren Bedeutung zu erkennen und zu bewerten.

Die Entscheidungsfreiheit des Versicherers ist nicht nur durch den Wettbewerb, sondern auch durch zwei rechtliche Grenzen eingeschränkt. So würde es die Versicherungsaufsicht als Missstand im Sinne des § 81 Abs. 2 VAG betrachten, wenn ein Versicherer bei langfristigen Lebensversicherungsverträgen die notwendige Auswirkung der vorsichtigen Kalkulation nicht durch eine den Grundsätzen des § 81c VAG genügende Überschussbeteiligung ausgleichen würde. Außerdem könnte in diesen Fällen auch unter zivilrechtlichen Gesichtspunkten eine so gravierende Äquivalenzstörung angenommen werden, dass der Vertrag nichtig wäre. Beide rechtlichen Grenzen führen aber nur zu einer Reduzierung des Gestaltungsspielraums der Versicherer, ohne ihn insgesamt auszuschließen.

Für Verträge, in denen der Versicherer eine Überschussbeteiligung eingeräumt hat, gelten aufsichtsrechtliche Regeln, die aber zumindest in folgender Hinsicht nicht sehr strikt sind:

- Verstöße gegen aufsichtsrechtliche Regelungen der Überschussbeteiligung sind nach § 81c VAG ein Missstand im Sinne des § 81 Abs. 2 VAG, aber sie haben deshalb keine unmittelbaren Rechtsfolgen; die Versicherungsaufsicht muss zunächst durch vollziehbaren Verwaltungsakt geeignete Anordnungen treffen. Wenn die Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) nicht den „Mindestanforderungen der Rechtsverordnung entspricht“, kann die Aufsicht die Vorlage eines „Zuführungsplans“ (also nur eine Wiederherstellung des rechtmäßigen Zustandes) verlangen (§ 81c Abs. 1 Satz 4 VAG).
- § 81c Abs. 1 Satz 1 VAG sieht eine „Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung“ vor. Eine solche Zuführung hat zunächst lediglich zur Folge, dass die zugewiesenen Beträge „nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten verwendet werden dürfen“ (§ 56a Satz 4 VAG) - eine Voraussetzung für die steuerrechtliche Berücksichtigung als Aufwand, lange bevor er durch Zuteilung an die einzelnen Berechtigten konkretisiert oder durch Auszahlung an sie realisiert wird (§ 21 KStG). Eine (unwiderrufliche) Zuweisung an den einzelnen Versicherungsnehmer oder ein in sonstiger Weise durchsetzbarer Rechtsanspruch wird nicht vorausgesetzt.
- § 81c Abs. 1 Satz 1 VAG sieht nur eine „angemessene“ Zuführung vor. Nach Satz 2 dieser Vorschrift ist ein Missstand anzunehmen, wenn die Mindestzuführung nach § 1 ZRQuotenV nicht erreicht ist. Diese Verordnung sieht aber ihrerseits lediglich bei den Kapitalerträgen eine absolute Untergrenze (90%) vor; bei den übrigen Überschussquellen ist nur von einer angemessenen Beteiligung der Versicherungsnehmer die Rede (§ 1 Abs. 1 Satz 1 ZRQuotenV).
- Die Angemessenheitsgrenze ist nicht absolut, sondern kann von dem Versicherer unter Einbeziehung von Fakten, die mit dem einzelnen Überschuss zunächst nichts zu tun haben, unterschritten werden. So ist nach § 81c Abs. 1 Satz 3 VAG der „Risikoverlauf ... zu berücksichtigen“. Dasselbe gilt ausdrücklich für den Solvabilitätsbedarf des Versicherers; unter diesem Gesichtspunkt notwendige Zuführungen zu seinem Eigenkapital zu Lasten der Überschussbeteiligung sind also nicht ausgeschlossen. § 1 Abs. 3 Satz 1 ZRQuotenV schließt an § 81c Abs. 1 Satz 3 VAG an.
- Mit Zustimmung der Versicherungsaufsicht können nach § 56a Satz 5 VAG Beträge, die bereits in die Rückstellungen eingestellt worden sind, "in Ausnahmefällen" wieder entnommen und „im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes“ verwendet werden, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfallen.

Die Einordnung in das Aufsichtsrecht (vgl. dazu auch § 81 Abs. 1 Satz 3 VAG) dürfte Schadensersatz- oder vertragsrechtliche Ansprüche des Versicherungsnehmers gegen den Versicherer auf eine aufsichtsrechtlich korrekte Überschussbeteiligung ausschließen. Derzeit können sich also nur aus den verwendeten Vertragsformulierungen Ansprüche auf Zahlung von Überschussbeträgen herleiten lassen; ob deren Höhe für eine tatsächliche Durchsetzung hinreichend bestimmt ist, bleibt hier offen.

1.3.2.1.3.2 Die für die Ermittlung des Ergebnisses maßgebende Kapitalanlage des Versicherers

Bei der Berechnung von vertragsrechtlichen Ansprüchen des Versicherungsnehmers ist auch auf der Grundlage der Neuregelung allein von den geltenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen auszugehen. Nach § 1 Abs. 1 Satz 1 ZRQuotenV sind jedenfalls die Überschussquellen „Risiko“, „Kosten“ und „Sonstiges“ den Nachweisen zu entnehmen, die der Versicherer der Versicherungsaufsicht nach der Verordnung über die Berichterstattung (BerVersV) zu erbringen hat.

Das gilt im Grundsatz auch bei der Überschussquelle „Anlageergebnis“. Hierbei stellen sich aber folgende Fragen:

Eine gesetzliche Regelung müsste zunächst diejenigen Anlagen bezeichnen, deren Erträge in die Rechnung eingehen sollen. Das sind primär diejenigen Vermögenswerte, mit denen der Versicherer die erst in Zukunft fälligen Ansprüche der Versicherungsnehmer abdeckt. Er hat aber auch andere freie (eigenkapitalfinanzierte) Vermögenswerte, die in keinem Zusammenhang mit den Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen stehen. Wenn eine solche Einordnung eines Vermögenswertes feststeht, besteht kein Grund, die Versicherungsnehmer an den Erträgen dieser Werte zu beteiligen.

Das geltende Aufsichtsrecht wählt aber einen einfacheren Weg. Maßgebend sind hier die Ergebnisse aller Kapitalanlagen des Versicherers. Von deren Summe ist jedoch der Anteil abzuziehen, der dem Verhältnis der versicherungstechnischen Rückstellungen (einschließlich RfB) zu den gesamten Kapitalanlagen entspricht. Diese Regelung vermeidet grundsätzlich alle Zuordnungsprobleme und ist deshalb verhältnismäßig einfach zu handhaben.

Eine Alternative wäre die Aufteilung der Vermögenswerte in ein durch die Höhe der versicherungstechnischen Rückstellungen (einschließlich RfB) definiertes Vermögen, dessen Erträge insgesamt in die Überschussbeteiligung fallen, und in ein weiteres (freies) Vermögen, das ausschließlich dem Versicherer bzw. seinen Eigentümern zuzuordnen ist und dessen Erträge nicht der Überschussbeteiligung unterliegen. Da die Versicherer in der Lebensversicherung bereits jetzt einen als Sondervermögen ausgestalteten Deckungsstock und ein gebundenes Vermögen in Höhe der Verpflichtungen aus Versicherungsverträgen bilden müssen, würde es nahe liegen, alle Werte des Deckungsstocks und des gebundenen Vermögens, aber auch nur sie in die Berechnung der Überschussbeteiligung einzubeziehen.

Trotz gewisser Vorteile des Modells getrennter Vermögen für eine eindeutige und berechenbare Überschussbeteiligung ist nur die gegenwärtige aufsichtsrechtliche Regelung eine realistische Basis für die Berechnung der Überschussanteile. Der Übergang auf ein neues an dem Beispiel des Vereinigten Königreichs orientiertes Modell würde

- seinen Standort nicht im Versicherungsprivatrecht, sondern im Gewerberecht der Versicherungswirtschaft haben, insbesondere wenn der freie Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung („verfügbare RfB“ im Sinne Nachweisung Nw 110 der BerVersV) und der Schlussüberschussanteilfonds nicht mehr den Eigenmitteln des Versicherers zugerechnet werden könnten; die Versicherer müssten dann das notwendige Eigenkapital in einer längeren Übergangsphase auch durch niedrigere RfB-Zuweisungen auffüllen;
- weit über eine Neuregelung der Überschussbeteiligung hinausgehen,
- im Zeitpunkt des Modellwechsels zu Problemen bei der Aufteilung und Zuordnung der Vermögenswerte führen und
- umfassende Regelungen für den Austausch von Vermögenswerten zwischen dem gebundenen und dem freien Vermögen des Versicherers erfordern.

Unter diesen Umständen sieht der Entwurf keine Änderungen gegenüber der bisherigen Rechtslage vor. Die Kommission hat nicht mehr prüfen können, ob sich aus den zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes Konsequenzen für diese Frage und andere Überlegungen der Kommission ergeben.

Eine weitere Frage stellt sich bei der Veräußerung unterbewerteter Vermögenswerte. Veräußert der Versicherer solche Werte an nicht verbundene Dritte, wird er schon im eigenen Interesse den Verkehrswert anstreben; dadurch entstehen dann außerordentliche Gewinne, die bei der Überschussbeteiligung berücksichtigt werden. Problematisch kann aber die

Übertragung von Vermögenswerten insbesondere innerhalb eines Konzerns oder einer konzernähnlichen Unternehmensgruppe sein. Der Versicherer oder die konzernleitende Obergesellschaft kann ein Interesse daran haben, den unterbewerteten Vermögensgegenstand zum Buchwert im Konzern zu halten und jedenfalls die Versicherungsnehmer nicht über die Überschussbeteiligung an einer Wertaufholung zu beteiligen. Im Extremfall kann sogar das Ziel verfolgt werden, die Bewertungsreserve nicht im Rahmen des für die Überschussbeteiligung relevanten Vermögens des Versicherers, sondern im sonstigen Vermögen des Konzerns zu realisieren.

Probleme ergeben sich auch, wenn ein Versicherungsbestand auf einen neuen Rechtsträger (innerhalb oder außerhalb des Konzerns oder der Gruppe) übertragen wird, dabei aber unterbewertete Vermögensgegenstände bei dem bisherigen Versicherer zurückbleiben oder anderen Rechtsträgern zugeteilt werden. Häufig werden hier aber die Vorschriften des Aufsichtsrechts, z.B. die Genehmigungspflicht bei einer Bestandsübertragung nach § 14 VAG, oder der Rechnungslegung, z.B. das Wertaufholungsgebot nach § 280 HGB, regulierend eingreifen. Inwieweit darüber hinaus ein Regelungsbedarf besteht, ist derzeit nicht klar erkennbar.

Die Kommission macht unter diesen Umständen keine Vorschläge zu diesem Fragenkomplex.

1.3.2.1.3.3 Bewertungsreserven

Es ist zumindest wünschenswert, dass die Einheit der handelsrechtlichen Rechnungslegung des Versicherers auf der einen Seite und der Berechnung der Ansprüche der Versicherungsnehmer auf Überschussbeteiligung auf der anderen Seite aufrecht erhalten bleibt. Würde man zu einer gesonderten Berechnung übergehen, müssten die sich daraus ergebenden Ansprüche gegen den Versicherer auch für dessen Jahresrechnung maßgeblich sein. Daher spricht sehr viel dafür, die Grundsätze der Rechnungslegung für die Berechnung der Überschussbeteiligung als maßgeblich beizubehalten, denn bei den Ansprüchen der Versicherungsnehmer handelt es sich letztlich um eine Gewinnausschüttung - allerdings nicht an die Eigentümer, sondern an die Vertragspartner des rechnungslegenden Unternehmens; sie ist grundsätzlich auf den handelsrechtlich berechneten Gewinn beschränkt, um einer Auszehrung des Unternehmens vorzubeugen.

Bewertungsreserven entstehen immer dann, wenn in einer Abrechnungsperiode Werterhöhungen eintreten, die in dem Rechnungswerk des Versicherers nicht innerhalb dieser Periode abgebildet werden, u.U. auch gar nicht abgebildet werden dürfen. Es gibt aber auch „negative stille Reserven“ oder „stille Lasten“, wenn Wertminderungen eintreten, die ausnahmsweise nicht zeitgleich abgebildet werden; hier spielt die Neuregelung des § 341b HGB eine wesentliche Rolle.

Diese Bewertungsreserven gehen im Allgemeinen dem Versichertenkollektiv nicht verloren. Werden die Wertsteigerungen in späteren Abrechnungsperioden realisiert, entstehen Gewinne, an denen das Versichertenkollektiv über die Überschussbeteiligung angemessen beteiligt ist. Es kommt jedoch zu Verschiebungen zwischen den Versicherungsnehmern. Die Wertsteigerung kommt nämlich denjenigen zu gute, die im Zeitpunkt der Realisierung überschussberechtigt sind. Diejenigen, die zum Zeitpunkt der Wertsteigerung überschussberechtigt waren, inzwischen aber ausgeschieden sind, gehen insoweit leer aus; allerdings können sie umgekehrt an Wertsteigerungen, die eigentlich vor ihrer Versicherungszeit entstanden sind, beteiligt gewesen sein. Die Bildung von Reserven in einem Abrechnungsjahr und deren Realisierung in einem späteren Jahr kann also gegen die Vorstellung verstoßen, der Versicherungsnehmer müsse an dem wirtschaftlichen Erfolg der Anlage zeitnah und verursachungsgerecht beteiligt sein.

In Ausnahmefällen gehen die Bewertungsreserven dem Versichertenkollektiv insgesamt und auf Dauer verloren. Denkbar sind solche Situationen, wenn der Versicherer

- Beteiligungswerte hält, die vornehmlich im Interesse des Konzerns liegen, dem der Versicherer angehört; es kommt dann u.U. nie zur Realisierung der Wertsteigerung, aber aus dem Konzernverbund können mittelbare Vorteile auch für die Versicherungsnehmer entstehen;
- Immobilien in seinem Vermögen hält, deren Erhaltung in seinem Unternehmensinteresse - vielleicht aber auch nur im Konzerninteresse - liegt (z.B. Bürogebäude des Versicherers oder anderer Konzernunternehmen und Wohnungen für deren Mitarbeiter);
- einen Versicherungsbestand an einen anderen Rechtsträger (an einen Dritten oder an ein Konzernunternehmen) überträgt, dabei aber unterbewertete Vermögenswerte zurückbehält (dazu oben Ziff.1.3.2.1.3.2); soweit darin ein Missstand liegt, kann die Versicherungsaufsicht allerdings solches Verhalten verhindern.

Würde eine Regelung eingeführt, die solche Werterhöhungen, darunter vor allem auch nicht realisierte Werterhöhungen, zeitnah in die Überschussbeteiligung einbezieht, wären erhebli-

che Konsequenzen nicht zu vermeiden. Die Überschussbeteiligung würde nicht nur stark schwanken; selbst „negative Gutschriften“ wären nicht ausgeschlossen, wenn in einem Jahr z.B. die Wertverluste im Aktienbestand nicht durch die Zins- und Dividendeneinnahmen ausgeglichen werden. Wenn man solche Schwankungen vermeiden wollte, bliebe u.U. nur die Rückführung der jährlichen Gutschriften während der Vertragslaufzeit zu Gunsten einer Erhöhung des bis zum Ende der Vertragslaufzeit ungewissen und intransparenten Schlussüberschussanteils - eine nicht wünschenswerte Entwicklung, da die durch Tod oder Kündigung vorzeitig ausscheidenden Versicherungsnehmer dadurch entschieden benachteiligt werden.

Würde eine Verpflichtung des Versicherers eingeführt, nicht realisierte Bewertungsreserven zu jedem Bilanzstichtag in die Berechnung der Rückstellung für Beiträgerückstattung einzu beziehen, käme es möglicherweise zu einer Ausschüttung von (nicht realisierten) Gewinnen, die später etwa durch Kursentwicklungen wieder verloren gehen können; solche späteren Verluste müssten dann nachträglich berücksichtigt werden - entweder rückwirkend auch zu Lasten der Überschussbeteiligung früherer Abrechnungsperioden oder insgesamt zu Lasten der Abrechnungsperiode, in der die Kursverluste eingetreten sind. Um das zu vermeiden, müsste der Versicherer stille Reserven jeweils vollständig periodengerecht realisieren.. Welche Risiken dabei entstehen, zeigt die Vermögensentwicklung derjenigen Lebensversicherer, die in der Vergangenheit Kursgewinne in einem größeren Umfang tatsächlich realisiert haben. Sie hatten dann später bei fallenden Kursen Verluste, denen keine entsprechenden Reserven mehr gegenüberstanden.

Der Umfang der Bewertungsreserven war in den letzten Jahren unterschiedlich. Über Jahre aufgebaute Reserven sind in den letzten Jahren durch die Aktienkursentwicklung und durch Preisrückgänge auf dem Immobilienmarkt verloren gegangen. Dies kann sich in der Zukunft wiederholen. Sollte sich z.B. der derzeit sehr niedrige Kapitalmarktzins deutlich erhöhen, entstünde ein Abschreibungsbedarf auf festverzinsliche Wertpapiere in erheblichem Umfang.

Gegen eine Neuregelung der Bewertungsreserven im Sinne einer zeitnahen Berücksichtigung bei der Überschussbeteiligung spricht schließlich zum gegenwärtigen Zeitpunkt auch der Umstand, dass sich die in Deutschland geltenden Grundsätze der Rechnungslegung im Umbruch befinden. Es wird voraussichtlich zu einer Übernahme internationaler Grundsätze in die deutsche Rechnungslegungsvorschriften kommen. Die bisherigen Probleme der Überschussbeteiligung mit den Reserven beruhen größtenteils auf dem in Deutschland noch geltenden strengen Niederstwertprinzip, das international auch für die Versicherungswirtschaft keine Chance haben dürfte. Was an seine Stelle treten wird (Marktwertansatz verbunden mit

einer Ausschüttungssperre) wird sich erst in dem Gesetzgebungsverfahren zeigen. Das gilt insbesondere für den Anwendungsbereich einer grundsätzlichen Neuregelung - nur für börsennotierte Unternehmen, nur für die Konzernrechnungslegung oder für alle rechtlich selbständigen Unternehmen - und für Einschränkungen hinsichtlich der Besteuerung und der Gewinnausschüttung; beides wird auch für die Lebensversicherungsunternehmen und für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer von ausschlaggebender Bedeutung sein.

1.3.2.1.3.4 Neuregelung

Bei denjenigen Lebensversicherungsverträgen, die eine Überschussbeteiligung des Versicherungsnehmers vorsehen, soll der Versicherer verpflichtet werden, die jährliche Verteilung (Deklaration) aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung auf die Gesamtheit der berechtigten Versicherungsnehmer nach einem verursachungsorientierten Verfahren durchzuführen (§ 145 Abs. 2 E).

Für die Ermittlung des Überschusses eines Versicherungsunternehmens bleiben die entsprechenden handelsrechtlichen Vorschriften maßgebend. Für die Verwendung des so festgestellten Überschusses zu Gunsten der Gesamtheit der Versicherten bleibt es bei der aufsichtsrechtlichen Regelung des § 81c VAG. Ein vertraglicher Anspruch des einzelnen Versicherungsnehmers auf eine bestimmte RfB-Zuführung ist bisher nicht gegeben und soll auch nach dem Entwurf nicht vorgesehen werden. Die aufsichts- und steuerrechtlichen Begrenzungen der nicht zugewiesenen Rückstellung bleiben allerdings bestehen; daraus ergeben sich aber keine vertraglichen Ansprüche, sondern nur tatsächliche Vorteile des einzelnen Versicherungsnehmers.

Der Betrag, den der Versicherer jeweils für ein Jahr aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Beteiligung aller Versicherungsnehmer an den Überschüssen der vergangenen Jahre - als laufende Überschussanteile oder als Finanzierungsbeiträge für den Schlussüberschussanteilfonds (vgl. § 28 Abs. 6 RechVersV) - verwendet bzw. den er als Direktgutschrift unmittelbar dem handelsrechtlich ermittelten Überschuss entnimmt, soll auf die einzelnen Versicherungsnehmer grundsätzlich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik verursachungsorientiert verteilt werden; insoweit sieht der Entwurf einen gesetzlichen Anspruch vertragsrechtlicher Art vor.

Das bedeutet, dass wie bisher gleichartige Versicherungsverträge nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen zu Bestandsgruppen und Gewinnverbänden zu-

sammengefasst werden können und dass sich die Verteilung des Überschusses auf diese daran zu orientieren hat, in welchem Umfang die Gruppe oder der Gewinnverband zur Entstehung des Überschusses beigetragen hat. Deshalb wird nicht eine verursachungsgerechte Verteilung, sondern nur ein *verursachungsorientiertes Verfahren* vorgeschrieben. Der Versicherer erfüllt nämlich diese Verpflichtung schon dann, wenn er ein Verteilungssystem entwickelt und widerspruchsfrei praktiziert, das die Verträge unter dem Gesichtspunkt der Überschussbeteiligung sachgerecht zu Gruppen zusammenfasst, den zur Verteilung bestimmten Betrag nach den Kriterien der Überschussverursachung einer Gruppe zuordnet und dem einzelnen Vertrag dessen rechnerischen Anteil an dem Betrag der Gruppe zuschreibt. Eine Berechnung des individuellen, verursachungsgerechten Anteils des einzelnen Vertrags am Gesamtüberschuss ist nicht durchführbar und wird deshalb auch nicht vorgesehen.

Damit soll einerseits dem bis 1994 geltenden Grundsatz der Aufsichtsbehörde, dass die Überschüsse möglichst gerecht an die Versicherungsnehmer zu verteilen sind, als auch der seit 1994 geltenden größeren Vertragsfreiheit Rechnung getragen werden.

Mit der Verpflichtung zur verursachungsorientierten Verteilung wird kein Einfluss auf die Entscheidung des Versicherers genommen, in welchem Umfang er entstandene Überschüsse zunächst in dem freien Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (sog. „freie RfB“; nach Nachweisung Nw 110 der BerVersV „verfügbare RfB“) belässt, um Rücklagen für mögliche Schwankungen zu bilden. Die Verursachungsorientierung hat nur insoweit eine zeitliche Komponente, als der Versicherer Überschüsse nicht zeitlich unbegrenzt einer Generation von Verträgen vorenthalten kann, um sie später einer anderen Generation von Verträgen zukommen zu lassen. Die bisherige Praxis von Versicherern, „notleidende“ Vertragsgruppen vorübergehend zu Lasten anderer Vertragsgruppen zu stützen, wird durch die Neuregelung nicht ausgeschlossen, wenn die entsprechenden Beträge in angemessener Zeit wieder den anfänglich belasteten Vertragsgruppen zufließen.

Diese gesetzliche Regelung soll im Interesse der Produktgestaltungsfreiheit des Versicherers in zweifacher Hinsicht dispositiv sein.

Zunächst soll die Regelung nur gelten, wenn der Vertrag die Überschussbeteiligung nicht ausschließt. Der Versicherer soll also durch die gesetzliche Vorgabe nicht gehindert werden, Verträge ohne Überschussbeteiligung abzuschließen; allerdings muss er dabei allgemein gültige Vorgaben insbesondere des Aufsichtsrechts beachten, das ihn zu einer Überschussbeteiligung verpflichten kann. Der vertragliche Ausschluss wird zugelassen, weil es Versicherungsprodukte gibt, bei denen dies angemessen sein kann (z. B. kurz laufende Verträge).

Allerdings muss der Versicherer den Versicherungsnehmer auf den Ausschluss der Überschussbeteiligung als eine Abweichung vom Regelfall ausdrücklich aufmerksam machen; dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um einen Vertragstyp handelt, bei dem sonst allgemein eine Überschussbeteiligung eingeräumt wird. Von Sonderfällen abgesehen, wird ein Versicherer im Wettbewerb ohnehin kaum in der Lage sein, Verträge ohne Überschussbeteiligung durchzusetzen.

Außerdem soll die gesetzliche Vorgabe eines verursachungsorientierten Verfahrens eine ausdrückliche Vereinbarung anderer Verteilungsgrundsätze nicht ausschließen, sofern sie angemessen sind. Es ist möglich, dass ein Versicherer für die Verteilung bestimmte Grundsätze vertraglich vereinbart, die zwar nicht streng verursachungsorientiert, trotzdem aber angemessen sind. Die Interessen des Versicherungsnehmers werden in diesem Fall durch die notwendige Information, durch die transparente Gestaltung der entsprechenden AVB (§§ 305 ff. BGB) und durch die gesetzliche Vorgabe der Angemessenheit gewahrt; durch die letzte Voraussetzung wird das zentrale Kriterium der Inhaltskontrolle nach § 307 BGB ausdrücklich aufgenommen.

1.3.2.1.4 Rückkaufswert bei Kündigung; Umwandlung

Lebensversicherungsverträge werden in aller Regel für eine sehr lange Laufzeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer kann seine wirtschaftlichen Verhältnisse für eine derart lange Zeit nicht voraussehen; ihm kann auch unabhängig davon eine feste Verpflichtung zu einer Prämienzahlung über Jahrzehnte hinweg nicht zugemutet werden. Das deutsche Versicherungsvertragsrecht sichert ihm deshalb seit jeher ein ordentliches Kündigungsrecht und einen Anspruch auf Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung durch die zwingenden Regelungen der §§ 165 und 174 VVG.

Diese Vorschriften sollen beibehalten werden. Zu ihrer Funktionsfähigkeit gehören aber auch weitergehende gesetzliche Regelungen für den Fall, dass der Versicherungsnehmer von seinem Recht auf Kündigung oder Umwandlung Gebrauch macht. Der Versicherer darf das zwingend eingeführte Recht des Versicherungsnehmers nicht dadurch in Frage stellen, dass er im Vertrag besondere Nachteile für den Fall der Kündigung oder Umwandlung vorsieht, die der Versicherungsnehmer möglicherweise bei Abschluss des Vertrags nicht erkennen und bewerten kann.

1.3.2.1.4.1 Rückkaufswert bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Die Höhe des vom Versicherer bei einer Kündigung zu zahlenden Rückkaufswertes ist derzeit durch § 176 Abs. 3 Satz 1 VVG bestimmt. Danach ist der Betrag „nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ... als Zeitwert der Versicherung zu berechnen.“ Diese durch das Dritte Durchführungsgesetz/EWG im Jahre 1994 eingeführte Regelung hat keine ausreichende Transparenz gebracht. Verspricht der Versicherer im Vertrag unter Übernahme des Wortlauts der Bestimmung den (nicht bezifferten) Zeitwert, ist für den Versicherungsnehmer völlig unklar, welchen Betrag er im Falle der Kündigung erhalten wird. Nennt der Versicherer dagegen den Betrag in absoluten Zahlen, kann der Versicherungsnehmer die Berechnung nicht nachvollziehen. Es kommt hinzu, dass auch fast 10 Jahre nach der Neuregelung noch nicht allgemein anerkannt ist, wie die Berechnung zu erfolgen hat. Diese Unsicherheit kann dazu führen, dass ein Versicherer versucht, eine ihm günstige Berechnungsweise durchzusetzen. Der Versicherungsnehmer kann seinerseits nur einen Sachverständigen beauftragen, eine eigene Berechnung vorzunehmen; ob dessen Berechnungsweise letztlich gegenüber derjenigen des Versicherers anerkannt wird, ist ungewiss.

Der Zeitwert ist auch unabhängig von diesen Schwierigkeiten ungeeignet, den zwingenden gesetzlichen Anspruch des Versicherungsnehmers zu umschreiben. Unter Zeitwert wird nämlich - neben anderen möglichen Definitionen - der Barwert unter Berücksichtigung aller zukünftigen Zahlungen des Versicherungsnehmers und aller zukünftigen Verpflichtungen des Versicherers verstanden. Damit wird der Vertrag bis zum vereinbarten Vertragsablaufzeitpunkt, also ohne Berücksichtigung des Kündigungsrechts nach § 165 VVG, abgebildet und auf den Kündigungszeitpunkt zurückgerechnet. Dabei ist eine Abzinsung der Leistungen und Verpflichtungen, die zum Teil erst nach vielen Jahren fällig werden, erforderlich, so dass schon geringfügige Unterschiede der verwendeten, nicht eindeutig bestimmten Abzinsungsfaktoren zu großen Differenzen beim Zeitwert führen.

Unter diesen Umständen soll an die Stelle des Zeitwertes eine klare und möglichst einfache Berechnung des Rückkaufswertes treten, die einerseits dem Versicherungsnehmer bei der Inanspruchnahme des Kündigungsrechts den durch die bisherigen Prämien angesparten Wert des Vertrags erhält, andererseits den Versicherer weder über seine bereits entstandenen Verpflichtungen hinaus belastet, noch ihm gestattet, Vorteile aus der Tatsache der Kündigung zu ziehen. Dies wird erreicht, indem die Auszahlung des Deckungskapitals, berechnet mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation, vorgeschrieben wird (§ 161 Abs. 3 E). Nur bei der fondsgebundenen Lebensversicherung, bei der die Versicherungsnehmer

unmittelbar die Chancen und Risiken der Anlage am Kapitalmarkt tragen, bleibt es bei der Zeitwertberechnung (§ 161 Abs. 4 E).

Wenn der Versicherer eine Überschussbeteiligung zugesagt hat, wird er auch diejenigen Beträge auszahlen müssen, die er dem Versicherungsnehmer bis zur Wirksamkeit der Kündigung bereits aus der Überschussbeteiligung gutgeschrieben hat. Dabei handelt es sich um die Summe der jährlich deklarierten und zugeteilten laufenden Überschussbeteiligungen bis zur Wirksamkeit der Kündigung zuzüglich vereinbarter Zinsen. Wurden die laufenden Überschussbeteiligungen für eine Summenerhöhung verwendet, ist ohnedies das entsprechende Deckungskapital auszuzahlen.

Problematisch ist lediglich die Behandlung des Schlussüberschussanteils, der sowohl für den Versicherer (vgl. im Rahmen der Solvabilitätsvorschriften § 6 KapAustV) als auch für den Versicherungsnehmer eine große Rolle spielt. Der Versicherer finanziert mit den RfB-Zuführungen auch die zukünftigen Schlussüberschussanteile für alle berechtigten Verträge; der für die spätere Auszahlung an die Versicherungsnehmer gebundene Schlussüberschussfonds macht einen sehr großen Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung aus. Tatsächlich wird der für den einzelnen Vertrag finanzierte Betrag aber regelmäßig noch nicht zugeteilt, da trotz der Bindung für die bereits finanzierten Schlussüberschuss-Teilbeträge nach § 56a Satz 4 VAG die Kürzung des in Aussicht genommenen späteren Schlussüberschussanteils durch Nichtzuführung weiterer Teilbeträge und sogar die Streichung des Schlussüberschussanteils insgesamt möglich ist (vgl. für den ungünstigsten Fall die Entnahme aus der Rückstellung nach § 56 Satz 5 VAG); außerdem kann der Versicherer möglicherweise auf die weitere Verzinsung der bereits angesammelten Beträge verzichten.

Unter diesen Umständen ist der Auszahlungsanspruch des kündigenden Versicherungsnehmers auf den Schlussüberschussanteil zu beschränken, den der Versicherer zuletzt für den Fall der Kündigung in der betreffenden Versicherungsperiode deklariert hat. Dies gibt ihm die Möglichkeit, die an sich bereits finanzierten Beträge im Falle der Kündigung ganz oder teilweise als Sicherheitsreserve für zukünftige Kapitalmarktentwicklungen zurückzuhalten. Bei der verursachungsorientierten Verteilung der Überschüsse (vgl. oben Ziff. 1.3.2.1.3.4) wird es aber nicht mehr möglich sein, den durch den Schlussüberschussfonds finanzierten und damit auch zugunsten des einzelnen Versicherungsnehmers angesammelten Betrag insgesamt einzubehalten; die Kürzung muss umso geringer sein, je länger der Vertrag schon gelaufen ist.

1.3.2.1.4.2 Stornoabzug

Nach der bisherigen Regelung des § 176 Abs. 4 VVG ist der Versicherer zu einem Abzug von dem Rückkaufswert (bisher als Zeitwert berechnet nach § 176 Abs. 3 VVG) berechtigt, wenn und soweit der Abzug im Vertrag vereinbart und angemessen ist. Dabei ist streitig, ob der Stornoabzug bei Vertragsabschluss bereits beziffert werden muss. Für die Nennung eines genauen Betrags spricht der Umstand, dass der Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss über die Höhe eines bei Kündigung drohenden Abzugs unterrichtet sein muss, wenn er dessen wirtschaftliche Bedeutung erkennen soll. Ein Abzug, der nur dem Grunde nach vereinbart, der Höhe nach aber tatsächlich in das Ermessen des Versicherers gestellt ist oder von diesem erst nach der Kündigung genannt wird, erfüllt diese Voraussetzung nicht; das gilt auch für einen nicht bezifferten Abzug, für dessen Berechnung auf versicherungsmathematische Grundsätze verwiesen wird, die der Versicherungsnehmer nicht kennt und nicht nachvollziehen kann.

Deshalb soll die bisherige Regelung in § 161 Abs. 5 E dahingehend klargestellt werden, dass der (angemessene) Stornoabzug im Vertrag nicht nur vereinbart, sondern bereits beziffert werden muss.

Bei dem grundlegenden Kriterium der Angemessenheit des vereinbarten Stornoabzugs handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Solche Begriffe können und müssen verwendet werden, wenn eine Fülle von Lebenssachverhalten erfasst werden soll, aber nicht erschöpfend umschrieben werden kann. Diese Voraussetzung ist hier nicht uneingeschränkt gegeben. Einerseits sind lange nur drei einen Stornoabzug möglicherweise rechtfertigende Umstände (Bearbeitungskosten, Risikoverschlechterung, nicht bereits getilgte Abschlusskosten) geltend gemacht worden; erst neuerdings wird der zunehmend diskutierte Stornoabzug mit weiteren Überlegungen gerechtfertigt. Andererseits ist ein Abzug wegen noch nicht getilgter außerrechnungsmäßiger Abschlusskosten grundsätzlich umstritten; dabei handelt es sich um den größten Teilbetrag der bisher weitgehend üblichen Stornoabzüge.

Der Gesetzgeber kann die Frage der Angemessenheit zwar grundsätzlich der Rechtsprechung zur Entscheidung im Einzelfall überlassen. Die umstrittene Berechtigung eines Abzugs wegen der zum Zeitpunkt der Kündigung noch nicht getilgten außerrechnungsmäßigen Abschlusskosten soll aber abschließend geklärt werden.

Dieser bisher zugelassene Abzug beruht auf der Überlegung, der Versicherer habe für den Vertrieb seiner Lebensversicherungen erhebliche Kosten, die er auf alle abgeschlossenen

Verträge unter der Bezeichnung Abschlusskosten anteilig umlegt; sie sind aber nur teilweise dem einzelnen Vertrag unmittelbar zurechenbar. Die Umlage auf die Verträge erfolgt in den meisten Fällen in der Weise, dass jeder Vertrag von Anfang an mit einem bestimmten Betrag für Abschlusskosten belastet wird. Deshalb werden mit den Prämien der ersten Jahre zunächst - neben Verwaltungskosten und Risikoprämie - nur diese Abschlusskosten gedeckt; erst anschließend wird mit den Sparanteilen der Prämie ein Deckungskapital aufgebaut. Diese mit dem Begriff „Zillmerung“ bezeichnete Vorgehensweise ist durch aufsichtsrechtliche Regelung (§ 4 Abs. 1 Satz 2 DeckRV auf der Grundlage von § 65 Abs. 1 Nr. 2 VAG) auf 4 % der Summe aller Prämien beschränkt, wobei die erst während der sehr langen Vertragslaufzeit fälligen Prämien nicht abgezinst werden. Soweit die Abschlusskosten den Höchstzillmersatz übersteigen oder soweit nicht oder nur in geringem Umfang gezillmert wird, werden die nicht gedeckten Abschlusskosten als Amortisationsbeiträge in die laufenden Prämien einkalkuliert. Im Falle der Kündigung werden dann die wegen der fehlenden Amortisationsbeiträge der nicht mehr eingehenden Prämien noch nicht getilgten Kosten als Stornoabzug geltend gemacht.

Dieser Stornoabzug beruht zwar auf einer vom Standpunkt der Versicherer folgerichtigen Überlegung, vernachlässigt aber sowohl die aufsichtsrechtliche Begrenzung auf den Höchstzillmersatz als auch das zwingende gesetzliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers. Dieser muss zwar - eine transparente Vertragsgestaltung vorausgesetzt - grundsätzlich hinnehmen (vgl. wegen einer Einschränkung unten Ziff. 1.3.2.1.4.3), dass der Versicherer zur Deckung seiner Abschlusskosten durch die auf 4 % der Summe aller Prämien begrenzte Zillmerung zulässigerweise, allerdings verdeckt eine Art Abschlussgebühr erhebt, die bei einer Kündigung nicht erstattet wird; eine offene Erhebung einer Abschlussgebühr wäre sicher transparenter. Wenn der Versicherer Abschlusskosten als Amortisationsbeiträge auf alle Prämien umlegt, hat er aber im Falle der Kündigung nur auf diejenigen Prämien und auf die darin enthaltenen Amortisationsbeiträge Anspruch, die bis zur Wirksamkeit der Kündigung fällig geworden sind. Der kündigende Versicherungsnehmer enttäuscht zwar die Erwartung des Versicherers, der trotz seiner bekannten unternehmensindividuellen Stornoquote mit der Kündigung gerade durch diesen Versicherungsnehmer nicht rechnet; dieser verhält sich aber nicht vertragswidrig, sondern nimmt nur sein gesetzlich gesichertes Kündigungsrecht wahr. Deshalb ist die Belastung mit den Abschlusskosten, die in den zukünftigen, nicht mehr geschuldeten Prämien enthalten sind, eine Art unzulässige Vertragsstrafe für vertragsgemäßes Verhalten.

1.3.2.1.4.3 Sonderregelung für Frühstornofälle

Lebensversicherungsverträge, die durch Zahlung der Erstprämie zunächst einmal eingelöst worden sind, werden zu einem nicht unerheblichen Teil bereits in den ersten Jahren nach Vertragsschluss vom Versicherungsnehmer gekündigt. Diese Frühstornoquote wird bei den einzelnen Versicherern sehr unterschiedlich sein; verlässliche Zahlen liegen nicht vor, da die Unternehmen sie vielfach als Geschäftsgeheimnis behandeln.

Die Gründe für die frühzeitige Kündigung sind von Fall zu Fall unterschiedlich. Der Versicherungsnehmer kann sich von Anfang an mit einer für ihn zu hohen laufenden Prämie übernommen haben; aber auch eine Änderung seiner wirtschaftlichen Verhältnisse kann eine Fortsetzung des Vertrags ausschließen. Kündigungen schon kurz nach Vertragsschluss können darauf beruhen, dass ein Vermittler den Versicherungsnehmer nicht ausreichend beraten oder sogar überredet hat, obwohl Zweifel daran bestehen mussten, ob der Vertrag für ihn wirtschaftlich tragbar und sinnvoll ist. Die frühzeitige Kündigung kann auch darauf beruhen, dass ein anderer Vermittler den Versicherungsnehmer zu einem neuen Vertrag überredet hat, für den neben dem bisherigen Vertrag kein Platz wäre (Umdeckung).

Die verbreitete Praxis der Versicherer, die ersten Prämien zur Deckung der Abschlusskosten zu verwenden (zum Begriff des Zillmers oben Ziff. 1.3.2.1.4.2), führt schon bei der Zeitwertberechnung nach § 176 Abs. 3 VVG, aber auch nach der Neuregelung (Ziff. 1.3.2.1.4.1) in kaum abgemilderter Form dazu, dass bei einer Kündigung in den ersten Jahren von diesen Versicherern kein Rückkaufswert gezahlt wird. Die vorrangige Deckung der Abschlusskosten bis zum Höchstzillmersatz schließt nämlich nicht nur einen Zeitwert im Sinne der bisherigen Regelung, sondern auch den Aufbau eines Deckungskapitals aus, das nach der Neuregelung auszuzahlen wäre. Auch in den Folgejahren baut sich nur langsam ein Deckungskapital und damit ein Rückkaufswert auf, sobald die gezillmerten Abschlusskosten gedeckt sind. In diesem Zusammenhang muss allerdings klar gestellt werden, dass von einer Reihe von Versicherern Tarife angeboten werden, bei denen die Abschlusskosten nicht oder nur zum Teil gezillmert werden.

Auch wenn der Versicherer verpflichtet wird, die Zillmerung und die damit verbundenen Nachteile dem Versicherungsnehmer offen darzulegen, führt die Regelung nicht zu einer angemessenen Lastenverteilung. Will oder kann der Versicherungsnehmer den Vertrag alsbald nach Abschluss nicht fortsetzen, verliert er den Gegenwert für die bereits angefallenen Prämien vollständig oder zum größten Teil. Dies kann nicht damit gerechtfertigt werden, dass der Versicherungsnehmer dem Versicherer entsprechende Kosten verursacht hat, weil

das gesetzliche Kündigungsrecht damit ausgehöhlt würde. Überwiegend handelt es sich dabei um Vergütungen, die der Versicherer auf Grund sehr unterschiedlicher Vereinbarungen mit Vermittlern und Vertriebsorganisationen diesen insbesondere als Abschlussprovision gezahlt hat.

Die von den Versicherern gezahlten Provisionen sind im Einzelnen nicht bekannt. Soweit Provisionssätze genannt werden, ist nicht immer sicher, ob der Vermittler nicht noch zusätzliche Vergütungen erhält. Zum Teil sollen Gesamtvergütungen gezahlt werden, die erheblich über den Höchstzillmersatz hinausgehen. Die in jedem Fall im Vergleich zu den Abschlussprovisionen in anderen Versicherungssparten hohen Vergütungen für Lebensversicherungen kommen zu Stande, weil die Versicherer hier trotz des Kündigungsrechts des Versicherungsnehmers von einem bis zum Ablauf ungekündigten Vertrag ausgehen. Eine weitere Voraussetzung kann die Erwartung des Versicherers sein, dass er auf Grund der bisherigen gesetzlichen Regelung auch bei einer frühen Kündigung wenigstens die bis dahin fälligen Prämien einschließlich der eigentlich für den Aufbau eines Deckungskapitals bestimmten Teilbeträge behalten kann.

An eine Verpflichtung der Versicherer, andere Provisionssysteme einzuführen, ist nicht gedacht. Sie sind auch in der Lebensversicherung denkbar; ein Anreiz besteht für sie allerdings derzeit kaum. So könnte der Versicherer eine (Bestands-)Provision nur in Höhe eines Prozentsatzes der tatsächlich gezahlten Prämien zahlen; die Vermittler würden dann allerdings ein Interesse an der Vorfinanzierung der späten Provisionszahlungen haben. Bei einer gesetzlichen Regelung der Rückkaufswerte ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass Versicherer bisher bereits Provisionsrückforderungen vereinbaren, wenn ein Vertrag in den ersten Jahren gekündigt wird. Solche Rückforderungen werden bisher bei den gezillmerten Tarifen in der Praxis nicht zu Gunsten des kündigenden Versicherungsnehmers berücksichtigt. Der Vollzug einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung würde allerdings auch auf erhebliche praktische Schwierigkeiten stoßen.

Um die gegensätzlichen Interessen des Versicherers und des Versicherungsnehmers auszugleichen, wird vorgesehen, dass als Rückkaufswert zwar auch in den Frühstornofällen das mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation berechnete Deckungskapital der gekündigten Versicherung (vgl. Ziff. 1.3.2.1.4.1), also gegebenenfalls das (geringe oder noch nicht vorhandene) gezillmerte Deckungskapital, maßgebend ist, unabhängig davon aber mindestens die Hälfte des ungezillmerten Deckungskapitals als Rückkaufswert zugrunde gelegt werden muss. Damit wird einerseits in den Fällen, in denen der Versicherer das Zillmerungsverfahren anwendet, dessen negative Auswirkung auf den Rückkaufswert begrenzt,

indem ein ungezillmeres Deckungskapital gegenüber gestellt wird. Andererseits erhält der Versicherungsnehmer aber auch nur die Hälfte dieses fiktiven Deckungskapitals; die andere Hälfte bleibt dem Versicherer zur Deckung derjenigen Abschlusskosten, für die er in der Prämienkalkulation die Zillmerung vorgesehen hat. Der einzelne Versicherer wird nicht gehindert, zusätzlich zu den Prämien eine offen ausgewiesene Abschlussgebühr einzuführen, die dann im Falle der Kündigung verloren wäre.

Tatsächliche Auswirkungen hat diese Regelung lediglich bei einer Kündigung in den ersten Vertragsjahren. Nur dann ist das tatsächlich gezillmerte Deckungskapital niedriger als die Hälfte des fiktiven ungezillmerten Deckungskapitals.

1.3.2.1.4.4 Herabsetzung des Rückkaufswertes in besonderen Fällen

Die vorstehenden Neuregelungen - insbesondere die Umstellung der Rückkaufwertberechnung auf das Deckungskapital, die Begrenzung der Stornoanzüge und die Sonderregelung für das Frühstorno - sind vertragsrechtliche Rahmenbedingungen, die in Zukunft in die Kalkulation der Versicherer eingehen müssen. Die Versicherungsnehmer werden dadurch nicht ungerechtfertigt belastet, denn jeder einzelne von ihnen nimmt an dem Vorteil der Neuregelung teil, wenn er sich zur Kündigung veranlasst sieht. Da jedenfalls bei einem Versicherer ohne aggressive Vertriebspolitik die Zahl der frühzeitig gekündigten Verträge weitaus geringer sein wird als die Zahl der nicht entsprechend gekündigten Verträge, ist hier die anteilige Belastung jedes einzelnen Vertrags durch die Frühstornoregelung deutlich geringer als die Entlastung des einzelnen frühzeitig gekündigten Vertrags. Bei einer hohen Frühstornoquote kann ein Versicherer allerdings Konsequenzen für seine Vertriebs- und Provisionspolitik erwägen.

Trotzdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Neuregelung in Zukunft bei einem Versicherer wirtschaftliche Schwierigkeiten verursachen kann. So könnte ein Versicherer von einer Welle von Kündigungen weit über die nach seiner bisherigen Erfahrung zu erwartende Quote hinaus überrascht werden. Dann würde ihn die Belastung durch die Regelung zu Gunsten der kündigenden Versicherungsnehmer in besonderer Weise treffen. Er könnte gezwungen sein, Vermögenswerte zur Unzeit, d.h. in einer ungünstigen Marktlage unter Verlusten zu veräußern. In einem anderen Fall könnte die Neuregelung die wirtschaftlichen Schwierigkeiten eines Versicherers über eine kritische Grenze hinaus vergrößern, wenn seine Vermögenswerte bei marktgerechter Bewertung die Verbindlichkeiten nicht mehr decken. In diesem Fall würde die Auszahlung des Deckungskapitals, das wirtschaftlich schon nicht

mehr voll vorhanden ist, die kündigenden Versicherungsnehmer im Verhältnis zu den bleibenden begünstigen; letztere haben nur die Chance einer späteren Erholung der Vermögenswerte, behalten aber das Risiko einer Minderung ihrer Versicherungsansprüche bei tatsächlicher oder drohender Insolvenz.

Dieses Problem kann nicht durch ein einseitiges Leistungskürzungsrecht des Versicherers im Versicherungsvertragsrecht gelöst werden. Wollte man den Versicherungsnehmer nicht der Willkür aussetzen, müsste ein solches Recht des Versicherers an bestimmte Voraussetzungen gebunden werden, die vom Versicherer dargelegt, vom Versicherungsnehmer nachvollzogen und im Streitfall von den Gerichten nachgeprüft werden können. Es ist schon ausgeschlossen, dass ein Versicherer im Rechtsstreit seine Vermögenslage dem kündigenden Versicherungsnehmer in allen Einzelheiten offen legt. Er müsste zusätzlich noch darlegen, in welcher Weise die volle Erfüllung der vertraglichen Ansprüche dieses Vertragspartners, eventuell unter Berücksichtigung entsprechender Ansprüche anderer Vertragspartner, die auch schon gekündigt haben oder möglicherweise noch kündigen werden, zu einer Gefährdung des Unternehmens und damit der Erfüllbarkeit der übrigen Versicherungsverträge führen würde. Im Rechtsstreit über den Zahlungsanspruch des einzelnen kündigenden Versicherungsnehmers müsste dann auch Beweis erhoben werden, wenn der Sachvortrag des Versicherers vom Versicherungsnehmer im Einzelnen bestritten wird.

Das Versicherungsaufsichtsrecht kennt demgegenüber vergleichbare Vorschriften, die einen Eingriff in vertragliche oder gleichwertige Rechte der Versicherungsnehmer durch Verwaltungsakt ermöglichen. Nach § 56a Satz 5 VAG kann die Aufsicht „in Ausnahmefällen“ gestatten, eine nach Satz 4 dieser Vorschrift an sich für die Überschussbeteiligung gebundene Rückstellung für Beitragsrückerstattung „im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen“. Damit werden Mittel, auf die eine Art Anwartschaftsrecht der Versicherungsnehmer besteht, für andere Zwecke, letztlich für die Auffüllung des Eigenkapitals des Versicherers verwendet. Nach § 89 Abs. 2 VAG kann die Aufsicht zur Vermeidung eines Insolvenzverfahrens die vertraglichen Verpflichtungen eines Versicherers seinem Vermögensstand entsprechend herabsetzen; der Versicherungsnehmer verliert also teilweise seinen vertraglichen Anspruch, soweit dieser wegen einer Überschuldung des Versicherers bereits nicht mehr werthaltig ist.

Beide genannten Vorschriften können zur gesonderten Herabsetzung der Verpflichtungen des Versicherers gegenüber kündigenden Versicherungsnehmern nicht herangezogen werden. § 56a VAG gilt nur für die Rückstellung für Beitragsrückerstattung; § 89 VAG setzt zu spät, nämlich erst bei einem drohenden Insolvenzverfahren ein. Deshalb soll eine aufsichts-

rechtliche Sonderregelung eingeführt werden. Sie darf nicht schon die Insolvenz voraussetzen, sondern soll eine Herabsetzung der Rückkaufswerte schon bei der Benachteiligung der fortbestehenden Versicherungsverträge ermöglichen. So könnte die Aufsicht auf Antrag des Versicherers tätig werden, wenn - z.B. im Falle einer nicht vorhersehbaren Kündigungswelle - die Erfüllung der vollen Ansprüche der kündigenden Versicherungsnehmer zu Lasten derjenigen gehen würde, die ihre Verträge nicht kündigen. Die einseitige Bevorzugung der kündigenden Versicherungsnehmer in der Krise des Versicherers ist nicht das Ziel der Neuregelung der Rückkaufswerte und Stornoabzüge. Umgekehrt ist es aber auch nicht das Ziel der zusätzlichen aufsichtsrechtlichen Regelung, den Versicherer immer schon dann von seinen Verpflichtungen gegenüber kündigenden Versicherungsnehmern zu entlasten, wenn er aufgrund der allgemeinen Kapitalmarktentwicklung Verluste oder zumindest Überschussminderungen hinnehmen musste.

In Deutschland werden Lebensversicherungen auch von Versicherern angeboten, die ihren Sitz nicht im Inland haben. Nach den auf Gemeinschaftsrecht beruhenden Regeln der Artikel 7 ff. EGVVG, die in das zukünftige Recht zu übernehmen sein werden, gilt für diese Lebensversicherungen in den meisten Fällen zwingend deutsches Vertragsrecht. Unter dieser Voraussetzung haben die ausländischen Versicherer auch die vertragsrechtliche Regelung des § 161 E insgesamt einzuhalten. Sie unterliegen aber nicht der deutschen Versicherungsaufsicht, die infolgedessen für diese Versicherer die Rückkaufswerte nicht herabsetzen kann. Dieser auf unterschiedlichem Vertragsstatut und Aufsichtsstatut beruhende Konflikt kann nur nach allgemeinen IPR-Grundsätzen gelöst werden.

1.3.2.1.4.5 Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

Nach § 174 VVG kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung verlangen; nur dann, wenn die im Vertrag vereinbarte Mindestversicherungsleistung nicht erreicht würde, wird das Umwandlungsverlangen wie eine Kündigung behandelt. Umgekehrt wird die Kündigung des Versicherers wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers als Umwandlung behandelt und abgewickelt (§ 175 VVG Abs. 1 und 2 VVG). Beide Regelungen sollen beibehalten werden.

§ 174 Abs. 2 VVG bestimmt bisher schon, dass die Berechnung der prämienfreien Versicherungsleistung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zu erfolgen hat. In der Praxis sind dagegen keine grundsätzlichen Einwendungen erhoben worden. Dies wird vor allem auch darauf beruhen,

dass die Rechnungsgrundlagen der ursprünglichen Prämienkalkulation heranzuziehen sind und damit eine eindeutige Basis für die Berechnung darstellen. Außerdem spielt die Umwandlung in den ersten Jahren der Vertragslaufzeit keine Rolle, da sich dabei nur geringe prämienfreie Versicherungsleistungen ergeben können, mit denen die vereinbarte Mindestversicherungsleistung unterschritten wird. Die besonderen Probleme des sogenannten Frühstornos treten hier also kaum auf.

Es ist aber erforderlich, den Gleichklang der Berechnung der prämienfreien Versicherungssumme und des Rückkaufswertes durch eine Verweisung des § 158 Abs. 2 E auf § 161 E sicherzustellen. Damit soll insbesondere die Regelung des § 161 Abs. 3 E insgesamt, also auch hinsichtlich des ungezillmerten Deckungskapitals übernommen werden; das gilt auch für die Regelung des § 161 Abs. 5 E, die klarstellt, dass ein Abzug nicht nur angemessen und vereinbart, sondern im Versicherungsvertrag bereits beziffert werden muss. Außerdem muss die Regelung für die Berechnung der prämienfreien Versicherungsleistung an die entsprechende Regelung für die Berechnung des Rückkaufswertes angepasst werden, soweit ein Abzug für noch nicht getilgte überrechnungsmäßige Abschlusskosten ausgeschlossen wird; dies geschieht ebenfalls durch die Bezugnahme des § 158 Abs. 2 E auf § 161 E.

Der Entwurf berücksichtigt noch nicht, dass dem Versicherungsnehmer in anderem Zusammenhang die Möglichkeit eingeräumt werden soll, seine der Alterssicherung dienenden Ansprüche aus Lebensversicherungsverträgen pfändungsfrei zu halten oder andere Vorteile z. B. steuer- oder abgabenrechtlicher Art dafür in Anspruch zu nehmen. Wenn diese Vorhaben vom Gesetzgeber realisiert werden, liegt es nahe, dem Versicherungsnehmer einen gesetzlichen Anspruch auf Umwandlung eines bestehenden Altvertrags mit dem Ziel einzuräumen, dass er die Vorteile der Neuregelungen für bestehende Lebensversicherungen in Anspruch nehmen kann. In Betracht kommt als Standort § 161 E, es sei denn, der neue Umwandlungsanspruch erfordert eine umfangreichere gesetzliche Regelung; die bisher vorgesehene Verbindung mit dem Kündigungsrecht nach § 165 VVG (in Zukunft § 160 E) ist weniger überzeugend, da es sich bei der vorgesehenen Neuregelung nicht um die Beendigung eines Vertrags, sondern um seine Fortsetzung mit geändertem Inhalt handelt.

1.3.2.1.5 Information des Versicherungsnehmers

Angesichts der wirtschaftlichen Bedeutung der meisten Lebensversicherungen für den Versicherungsnehmer und wegen der regelmäßig sehr langen Laufzeit der Verträge hat die Information besondere Bedeutung. Insbesondere ein nicht von einem unabhängigen Sachver-

ständigen beratener Interessent kann eine zutreffende Entscheidung über die Auswahl der ihm angebotenen Versicherungsverträge unter Berücksichtigung alternativer Absicherungen und Anlagen nur treffen, wenn er über ausreichende Informationen verfügt.

1.3.2.1.5.1 Mindestinhalt des Lebensversicherungsvertrags

Es bedarf keiner besonderen gesetzlichen Regelung, dass in dem Vertrag die Versicherungsleistung des Versicherers im Versicherungsfall (insbesondere die Einmalzahlung im Todes- oder Erlebensfall oder die laufende Rentenzahlung) und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (insbesondere die Einmalprämie oder die laufende Prämie) als vertragliche Hauptleistungen nach Betrag und Zeitpunkt festgelegt sein müssen. An die Transparenz dieser grundlegenden Vertragsbestimmungen sind bei der Lebensversicherung im Rahmen des § 307 BGB, insbesondere bei der Anwendung von § 307 Abs. 3 Satz 2 in Verbindung mit Absatz 1 BGB hohe Anforderungen zu stellen.

Der Entwurf sieht darüber hinaus für folgende Punkte eine für den Versicherungsnehmer ohne weiteres ablesbare vertragliche Regelung vor, da es sich - wie bei der Überschussbeteiligung - um Nebenleistungen von erheblichem Gewicht oder um entscheidende Versicherungsleistungen in dem häufigen Fall handelt, dass der Vertrag nicht bis zum Ablauf durchgehalten wird.

In dem Versicherungsvertrag ist festzulegen

- die prämienfreie Versicherungsleistung im Sinne von § 158 E ,
- die Mindestversicherungsleistung im Sinne von § 158 Abs. 1 Satz 1 E,
- der Rückkaufswert nach § 161 E und
- der Stornoabzug vom Rückkaufswert nach § 161 Abs. 5 Satz 1 E

Dabei sind die prämienfreie Versicherungsleistung und der Rückkaufswert für jedes Versicherungsjahr gesondert im voraus zu beziffern. Hinsichtlich ihrer Berechnung kann der Versicherer zwar nach § 163 E von den Vorschriften der §§ 158, 161 E nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweichen, aber der Versicherungsnehmer soll schon bei Vertragschluss wissen, welche genauen Beträge ihm in den einzelnen Vertragsjahren nach der Berechnung des Versicherers zustehen. In beiden Fällen beziehen sich die Berechnung und die Bezifferung im Vertrag allerdings nur auf die sog. garantierten Werte, da die Höhe der zusätzlichen Überschussbeteiligung zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses nicht feststeht; aus

demselben Grund können bei der fondsgebundenen Versicherung nur die Grundsätze der Berechnung vereinbart werden (§ 161 Abs. 4 E).

In dem Vertrag ist außerdem zu regeln, ob der Versicherer eine Überschussbeteiligung einräumt. Da bisher und auch in Zukunft in den bei weitem meisten Fällen eine Überschussbeteiligung eingeräumt wird und - wegen der vorgeschriebenen vorsichtigen Prämienkalkulation - aufsichtsrechtlich auch eingeräumt werden muss, wird der Versicherer bei einem Abschluss der Überschussbeteiligung das Transparenzgebot beachten müssen; er soll den vorgesehenen Ausschluss im Vertrag selbst klar zum Ausdruck bringen (§ 145 Abs. 1 E). Das Transparenzgebot gilt auch dann, wenn er - nach § 145 Abs. 2 E ausdrücklich zugelassen - eigene Verteilungsgrundsätze anwenden will.

1.3.2.1.5.2 Information über den Vertrag

Noch mehr als bei der Schadenversicherung besteht bei der Lebensversicherung Anlass, dem Versicherungsnehmer nicht nur Klarheit über den Inhalt des Vertrags zu verschaffen, sondern ihn auch über die Auswirkungen einzelner Regelungen aufzuklären. Insbesondere die Überschussbeteiligung und die Regelung der Leistung des Versicherers bei vorzeitiger Vertragsbeendigung - beitragsfreie Versicherungsleistung oder Auszahlung des Rückkaufwertes - sind notwendigerweise kompliziert. Auch bei einer transparenten Vertragsgestaltung braucht der Versicherungsnehmer insoweit Erläuterungen, um die tatsächlichen Auswirkungen verstehen und bewerten zu können und erst danach über den Abschluss eines Vertrags zu entscheiden. Außerdem sind die gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben über vorvertragliche Informationen einzuhalten (vgl. Ziff. 1.2.2.5.3).

Auch bei der Lebensversicherung ist der bei § 7 E vorgesehenen grundsätzlichen Entscheidung zu folgen, die Regelung des Inhaltes der Pflichtinformationen grundsätzlich in eine Rechtsverordnung zu verlagern, die entweder mit dem neuen Versicherungsvertragsgesetz oder nahezu zeitgleich erlassen werden soll. Im Folgenden wird deshalb nur zusammenfassend wiedergegeben, welche Informationen über die in Ziff. 1.3.2.1.5.1 angesprochenen gesetzlichen Regelungen hinaus erforderlich sind.

- a) Der Versicherer soll verpflichtet werden, den Versicherungsnehmer bei der Vorlage einer Modellrechnung darüber zu informieren, dass sich aus der Modellrechnung kein vertraglicher Anspruch gegen den Versicherer ableiten lässt, weil es sich nur um ein Rechenmodell handelt, dem fiktive Annahmen über mögliche Anlageergebnisse zu Grunde lie-

gen. Diese Informationspflicht soll durch das Gesetz selbst (§ 146 Abs. 3 E) im unmittelbaren Zusammenhang mit der Einführung der Modellrechnung geregelt werden; die Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 E kann weitere Einzelheiten festlegen.

- b) Der Versicherer, der Abschlusskosten zillmert, soll verpflichtet werden, den Versicherungsnehmer über die Auswirkungen der Zillmerung auf die Bildung des Deckungskapitals, auf die Verzinsung und auf den Rückkaufswert zu informieren.
- c) Der Versicherer soll den Versicherungsnehmer bei gezillmerten Tarifen im Zusammenhang mit dem bei Kündigung des Vertrags zu zahlenden Rückkaufswert darüber informieren, dass die Kündigung mit besonderen Nachteilen verbunden ist, weil der Rückkaufswert wesentlich geringer ist als die Summe der inzwischen bezahlten Prämien; die wesentlichen Gründe dafür sind darzulegen.
- d) Der Versicherer soll verpflichtet werden, dem Versicherungsnehmer bei Verträgen mit Überschussbeteiligung unter Bezugnahme auf die jährlich zu deklarierenden Überschussanteile mitzuteilen,
 - zu welcher Gruppe seine Versicherung gehört,
 - nach welcher Wartezeit und an welchen Stichtagen die Überschussanteile zugeteilt werden,
 - welche Bemessungsgrößen zugrunde gelegt werden und welchen Gewinnquellen diese entsprechen,
 - in welcher Form die Überschussanteile verwendet werden.
- e) Der Versicherer soll verpflichtet werden, den Versicherungsnehmer bei Verträgen mit Überschussbeteiligung darüber zu informieren, dass
 - die vereinbarte Überschussbeteiligung bei Vertragsabschluss eine rechtlich nicht gesicherte Aussicht auf Leistungen über die garantierten Leistungen hinaus gewährt, auf die sich der Versicherungsnehmer nicht verlassen kann, und der Versicherer über die vertraglich garantierten Beträge (Todesfallleistung, Rückkaufswerte, Erlebensfallleistung) hinaus zur Leistung nicht verpflichtet ist,
 - die Höhe der Überschussbeteiligung von der Entwicklung der Kapitalmärkte, den tatsächlichen Kapitalerträgen sowie dem künftigen Risiko- und Kostenverlauf abhängt,
 - die Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung und deren Verwendung nach Maßgabe der versicherungsaufsichts- und steuerrechtlichen Vorschriften erfolgt

und der Versicherer bei der Festlegung der Überschussanteile einen Entscheidungsspielraum hat,

- der Versicherungsnehmer vertragliche Ansprüche aus der Überschussbeteiligung nur insoweit erhält, als der Versicherer ihm bestimmte Beträge unmittelbar zugeteilt hat,
- die Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung und die Zuteilung an die Versicherungsnehmer nur jeweils für ein Jahr erfolgt.

Soweit nicht anders angegeben, sollen die Einzelheiten der Informationspflicht einschließlich der notwendigen Umsetzung der gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben durch Rechtsverordnung geregelt werden. In § 145 Abs. 3 E ist für die Überschussbeteiligung eine gesetzliche Regelung vorgesehen, mit der klar gestellt werden soll, dass die Ermittlung des Überschusses und die Zuführung zu den Rückstellungen als wirtschaftliche Grundlage der Überschussverteilung nach § 145 Abs. 2 E nicht im Versicherungsvertragsgesetz, sondern in Vorschriften des Handelsrechts und des Aufsichtsrechts geregelt bleibt.

Der Entwurf sieht nicht vor, den Versicherer zur Offenlegung der Höhe der (gezüllerten oder nicht gezüllerten) Abschlusskosten zu verpflichten. Wie in Ziff. 1.3.2.1.1 bereits ausgeführt wurde, wäre dem Versicherungsnehmer durch die Kenntnis einzelner Bestandteile der Kalkulation des Versicherers nicht geholfen; er kann sich rational nur an Hand der Gesamtprämie über die Vor- und Nachteile eines Angebots im Verhältnis zu anderen Angeboten orientieren. Für die Abschlusskosten gilt dies in besonderer Weise, weil diese im Kündigungsfall auf Grund der Neuregelung des § 161 E in Zukunft nicht mehr vollständig zu Lasten des Versicherungsnehmers gehen.

1.3.2.1.5.3 Modellrechnung

Bei Verträgen mit Überschussbeteiligung hat der Versicherungsnehmer regelmäßig ein großes Interesse daran, schon bei der Vertragsvorbereitung zu erfahren, welche Leistungen er von dem Versicherer über die garantierten Leistungen hinaus erhalten wird. Auch der Versicherer und ein eingeschalteter Vermittler hat ein Interesse an einer derartigen Information, da er damit die Leistungsfähigkeit seines Angebots gegenüber anderen Versicherern und im Vergleich zu anderen Finanzdienstleistungen herausstellen wird. Deshalb geben die Versicherer den Interessenten in vielen Fällen eine Beispielrechnung, die bisher ohne gesetzliche Regelung ist.

Solche Beispielrechnungen sind in einem besonderen Maße missbrauchsanfällig. Auch wenn der Versicherungsnehmer deutlich über deren Unverbindlichkeit aufgeklärt wird, kann er sie als eine sachverständige Prognose ansehen, die sie aber in Wirklichkeit nicht sind. Es gibt keine verlässlichen Prognosen über die Kapitalmarktentwicklung für einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren; es ist auch nicht einmal wahrscheinlich, dass in der Vergangenheit erzielte Renditen in einem derart langen zukünftigen Zeitraum wiederum erzielbar sein werden. Rückschlüsse von dem Renditeergebnis eines Unternehmens in der Vergangenheit auf dessen zukünftige Ergebnisse sind unsicher, manchmal sogar irreführend, wenn die Ergebnisse in der Vergangenheit durch einen bewussten Verzicht auf Reservenbildung oder sogar durch Reservenauflösung ermöglicht worden sind.

Trotzdem kann der Gesetzgeber nicht alle Beispielrechnungen verbieten. Immerhin ist es denkbar, eine Beispielrechnung so zu konzipieren, dass dem Versicherungsnehmer verwertbare Anhaltspunkte für die mögliche zukünftige Leistung über die garantierte Versicherungsleistung hinaus gegeben werden. Die Versicherungsaufsicht hat zwar den Standpunkt vertreten, alle über einen kurzen Zeitraum von wenigen Jahren hinausgehenden Angaben zur Überschussbeteiligung seien unzulässig (BAV-Rundschreiben R 2/2000, VerBAV 2000, Seite 252); sie hat diesen Standpunkt aber in der Praxis nicht durchgesetzt.

Es wäre allerdings vorzuziehen, wenn die Versicherer auf die bisher bekannt gewordenen Beispielrechnungen und vergleichbare Angaben ganz verzichten würden. Da aber nicht alle Versicherer dazu bereit sind und sie auch nicht zur vollständigen Aufgabe der bisherigen Praxis gezwungen werden können, sollen sie zumindest immer dann, wenn sie - von sich aus oder auf Nachfrage des Interessenten - bezifferte Angaben über die mögliche Auswirkung der Überschussbeteiligung auf die tatsächliche Gesamtleistung machen, dem betreffenden Versicherungsnehmer eine normierte Modellrechnung übergeben. Dabei soll die mögliche Ablaufleistung des Vertrags unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen für die Prämienkalkulation mit drei verschiedenen Zinssätzen dargestellt werden. Auch dann ist zwar eine Fehlinformation des Versicherungsnehmers durch zusätzliche unternehmensindividuelle Beispielrechnungen und Prognoseangaben nicht ausgeschlossen, aber er hat wenigstens eine vertretbare Berechnung der möglichen Entwicklung der Ablaufleistung, der wichtigsten Versicherungsleistung; dabei wird diese Berechnung von allen Versicherern auf einheitlichen und vertretbaren Zinsgrundlagen zu erstellen sein.

Als mittlerer Zinssatz für die Modellrechnung wird der jeweils geltende Höchstrechnungszinssatz multipliziert mit dem Faktor 1,67 vorgesehen. Damit wird als Ausgangspunkt derjenige Zinssatz gewählt, der jeweils durch Verordnung bereits festgelegt ist und nur in größe-

ren Abständen geändert wird (bis 31. Dezember 2003 3,25%; ab 1. Januar 2004 2,75 % - vgl. § 2 Abs. 1 DeckRV in der jeweils geltenden Fassung). Dabei geht der Verordnungsgeber von der Umlaufrendite der Staatspapiere aus, muss aber einen Sicherheitsabschlag von (mindestens) 40% vornehmen, da der Höchstrechnungszinssatz 60% der Umlaufrendite der Staatspapiere nicht überschreiten darf (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 VAG). Multipliziert man den jeweils durch Verordnung festgelegten Höchstrechnungszinssatz mit dem Faktor 1,67, so kommt man deshalb zu dem einigermaßen wirklichkeitsnahen aktuellen Kapitalmarktzins, von dem der Verordnungsgeber bei der Festlegung des letzten Höchstrechnungszinssatzes ausgegangen ist. So wird nicht nur zusätzlicher Verwaltungsaufwand vermieden, sondern auch ausgeschlossen, dass der Versicherungsnehmer einen amtlich für die Modellrechnung gesondert veröffentlichten Zinssatz als sichere Grundlage für seine Entscheidung ansehen könnte.

Einer bei den Versicherern bereits weit verbreiteten Praxis entsprechend soll die Modellrechnung nicht allein auf der Basis dieses mittleren Zinssatzes erstellt werden. Dazu ist selbst dieser Zinssatz als Prognosewert zu unsicher. Die Ablaufleistung soll in gleicher Weise auch mit einem um einen Prozentpunkt höheren und mit einem um einen Prozentpunkt niedrigeren Zinssatz gerechnet werden. Damit erhält der Versicherungsnehmer drei unterschiedliche Werte für die mögliche Ablaufleistung. Schon dies allein wird ein deutlicher Hinweis sein, dass die tatsächliche Ablaufleistung unsicher und nicht annähernd sicher vorhersehbar ist. Außerdem werden die möglichen Ablaufleistungen, gerechnet mit den drei nur jeweils um einen Prozentpunkt unterschiedlichen Zinssätzen, so erheblich unterschiedlich ausfallen, dass sich dem Versicherungsnehmer allein schon dadurch die Unsicherheit aller derartigen Rechnungen aufdrängen muss.

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch eine korrekte Modellrechnung der in § 146 Abs. 1 E beschriebenen Art bei manchen Versicherungsnehmern den falschen Eindruck erweckt, sie könnten sich auf Versicherungsleistungen in der so berechneten Höhe verlassen. Deswegen soll der Versicherer verpflichtet werden, mit der Modellrechnung die in § 146 Abs. 3 E vorgesehenen Erläuterungen zu verbinden.

1.3.2.1.5.4 Informationen während der Vertragslaufzeit

Bei Verträgen mit Überschussbeteiligung unterrichten heute schon viele, aber nicht alle Versicherer den Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit jährlich über die Entwick-

lung des Versicherungsschutzes unter Berücksichtigung der tatsächlichen Zuteilung aus der Überschussbeteiligung. Die entsprechenden Schreiben sind jedoch vielgestaltig, teilweise nicht vergleichbar und in manchen Fällen schwer verständlich. Dabei hat der Versicherungsnehmer ein großes Interesse daran, während der sehr langen Vertragslaufzeit unaufgefordert Klarheit über die Entwicklung seiner Ansprüche zu erhalten. Dies gilt vor allem für die inzwischen gesicherten Zahlungen über die ursprünglich garantierten Leistungen hinaus, aber auch für die Abweichungen der tatsächlichen von der bei Vertragsschluss in Aussicht gestellten Entwicklung des Versicherungsschutzes.

Deshalb soll in § 147 E für überschussberechtigte Verträge eine jährliche Unterrichtung vorgeschrieben und deren Mindestinhalt festgelegt werden. Dabei soll der Versicherer unter Einbeziehung der Überschussbeteiligung Angaben über

- die Todesfalleistung
- den Rückkaufswert
- den erreichten Stand der Erlebensfalleistung und
- die prämienfreie Versicherungssumme

machen. Stichtag für alle Angaben soll das Ende des letzten abgelaufenen Versicherungsjahres sein; Angaben zum Ende des laufenden Versicherungsjahres wären irreführend, weil der Versicherungsnehmer bei einer Vertragsbeendigung im Laufe des Jahres etwas niedrigere Zahlungen als am Ende des Jahres erhalten wird. Von einer Verpflichtung des Versicherers, auch Angaben über den inzwischen finanzierten Schlussüberschussanteil zu machen, wird abgesehen. Anderenfalls müsste der Versicherungsnehmer darauf aufmerksam gemacht werden, dass der in Aussicht genommene und schon finanzierte Schlussüberschussanteil noch gekürzt werden oder ganz entfallen kann; übersieht der Versicherungsnehmer diesen Hinweis oder nimmt er ihn nicht ernst, wird er eine Leistung erwarten, die tatsächlich noch unsicher ist.

Auch nach der Neuregelung des § 146 E werden Versicherer dem Versicherungsnehmer bei den Vertragsverhandlungen neben der normierten Modellrechnung eigene Beispielrechnungen für die möglicherweise zu erwartende Versicherungsleistung einschließlich Überschussbeteiligung oder vergleichbare bezifferte Angaben vorlegen. Für diesen Fall wird der Versicherer durch § 147 Abs. 2 E verpflichtet, zusammen mit der Unterrichtung nach Absatz 1 auf Abweichungen der tatsächlichen Entwicklung des Versicherungsschutzes von den Angaben bei Vertragsschluss hinzuweisen.

Der Zeitpunkt der Unterrichtung innerhalb des Versicherungsjahres wird nicht festgelegt. Der Versicherer kann also zum Jahresanfang unterrichten oder diese Angaben mit der jährlichen Mitteilung über die Zuteilung der laufenden Überschussbeteiligung verbinden.

Es ist nicht zu verkennen, dass die bisher bereits vorgeschriebene und in den meisten Fällen auch praktizierte jährliche Unterrichtung nicht ganz unerhebliche Kosten verursacht. Dies muss angesichts des Interesses der Versicherungsnehmer an dieser Information hingenommen werden. Durch die zusätzliche Hinweispflicht nach § 147 Abs. 2 E könnte diese Frage für Lebensversicherungen mit kleinen Versicherungssummen etwas größere Bedeutung erlangen. Deshalb soll die neue Regelung im Rahmen der Übergangsvorschriften nicht für bereits bestehende Verträge eingeführt werden.

1.3.2.1.6 Widerrufsrecht

Das weit reichende Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers nach § 8 E gilt für alle Versicherungsverträge, also auch für Lebensversicherungen. Insofern ist daher eine besondere Regelung für die Lebensversicherung nicht erforderlich. Das gilt auch für den Grundsatz, dass die Widerrufsfrist erst beginnt, wenn dem Versicherungsnehmer die gesetzlich vorgesehenen Informationen, also auch die zusätzlichen Informationen für die Lebensversicherung erteilt sind.

Die gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben machen zwei Sonderregelungen erforderlich.

- Nach Artikel 35 der Richtlinie 2002/83/EG (konsolidierte Richtlinie Lebensversicherung) muss der Versicherungsnehmer die Möglichkeit haben, innerhalb einer Frist von 14 bis 30 Tagen von einem individuellen Lebensversicherungsvertrag zurückzutreten. Diese Regelung beruht auf Artikel 15 der Richtlinie 90/619/EG, deren ursprüngliche Frist von 14 bis 30 Tagen aber inzwischen durch Artikel 17 der Richtlinie 2002/65/EG (RL Fernabsatz Finanzdienstleistungen) auf 30 Kalendertage festgelegt worden war. Es ist davon auszugehen, dass dieser Redaktionsfehler im Wege der Interpretation zu Gunsten einer verbindlichen Vorgabe einer Frist von 30 Tagen zu bereinigen ist. Deshalb wird die Widerrufsfrist bei der Lebensversicherung in § 144 Abs. 1 E abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 E auf 30 Tage festgelegt; dies ist wegen der langen Laufzeit von Lebensversicherungen auch sachgerecht.

- Während § 9 Abs. 1 E für den Fall des Widerrufs innerhalb eines Jahres nach der Zahlung der ersten Prämie die Rückabwicklung des endgültig gescheiterten Vertrags durch gegenseitige Rückzahlung bereits geleisteter Zahlungen vorsieht, ist bei einem späteren Widerruf nach § 9 Abs. 2 E das Erlöschen des Versicherungsschutzes und der Prämienzahlungspflicht nur für die Zukunft vorgesehen. Dies würde bei Lebensversicherungen der in § 161 Abs. 1 E bezeichneten Art dazu führen, dass der widerrufende Versicherungsnehmer den Rückkaufswert nicht erhält, den er bei einer Kündigung erhalten würde. Um dieses unbillige Ergebnis zu vermeiden, ist in § 144 Abs. 2 E insoweit die Zahlung des Rückkaufswertes nach den Berechnungsvorschriften des § 161 E vorgesehen.

Weitere Sonderregelungen für die Lebensversicherung sind nicht erforderlich. Dies gilt vor allem für die bei Vertragsschluss erforderlichen Informationen. Allerdings ist der Lebensversicherungsvertrag in seinen Einzelheiten besonders vielschichtig und für den Versicherungsnehmer im allgemeinen schwer zu bewerten; dies hat zusätzliches Gewicht noch deswegen, weil diese Verträge für ihn fast immer große wirtschaftliche Bedeutung haben und sehr viele Jahre laufen. Die deshalb notwendige Beratung der Versicherungsnehmer wird jetzt durch die Regelungen der §§ 6 und 64 E weitgehend sichergestellt. Außerdem werden die durch die Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 E vorzuschreibenden Informationen bei der Lebensversicherung deutlich weiter gehen als bei anderen Versicherungsverträgen. Durch § 8 Abs. 2 Satz 3 E ist sichergestellt, dass die vorgeschriebenen Informationen spätestens zusammen mit dem Versicherungsschein beim Versicherungsnehmer vorliegen, der anschließend 30 Tage Zeit hat, sie zu prüfen und sich endgültig zu entscheiden.

Das Gemeinschaftsrecht macht keine weiteren Regelungen für den Widerruf von Lebensversicherungen notwendig. Insbesondere ist es nicht erforderlich, die in Artikel 35 der Richtlinie 2002/83/EG vorgesehene Rücktrittsregelung zusätzlich zu der Widerrufsmöglichkeit nach § 8 E vorzusehen. Mit der Bezeichnung als „Rücktritt“ hat der Gemeinschaftsgesetzgeber keine bestimmte rechtliche Ausgestaltung des Lösungsrechts des Versicherungsnehmers festgelegt. Es bleibt dem nationalen Gesetzgeber überlassen, mit welchem Instrument seines Vertragsrechts er die gemeinschaftsrechtliche Vorgabe erfüllt.

Das Widerrufsrecht erfüllt diese Vorgabe. Der Fristbeginn nach § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 E (Zusendung oder Aushändigung des Versicherungsscheins) stimmt mit der Regelung der Richtlinie (Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer in Kenntnis gesetzt wird, dass der Vertrag geschlossen ist) überein, da der Versicherer mit dem Versicherungsschein den Vertragsschluss vorbehaltlich des einseitigen Lösungsrechts des Versicherungsnehmers doku-

mentiert; dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag durch eine Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers oder des Versicherers zustande kommt. Hinsichtlich der Rechtsfolgen der Lösungserklärung muss das nationale Recht nur sicherstellen, dass der Versicherungsnehmer nach seiner Lösungserklärung (Rücktritt oder Widerruf) für die Zukunft von allen Verpflichtungen aus dem an sich schon geschlossenen Vertrag frei ist (Artikel 35 Abs. 1 Unterabsatz 2 der Richtlinie 2002/83/EG). Für die meisten Widerrufsfälle geht § 9 in Verbindung mit § 144 Abs. 2 E noch darüber hinaus, indem bei einem Widerruf innerhalb eines Jahres nach der Zahlung der ersten Prämie eine Rückabwicklung vorgesehen ist.

§ 8 Abs. 3 Nr. 4 E schließt das Widerrufsrecht für Großrisiken im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 EGVVG aus. Es ist nicht erforderlich, diese Einschränkung für Lebensversicherungen wiederum auszuschließen. Nach der aus dem Gemeinschaftsrecht übernommenen Definition ist die Lebensversicherung – ohne Rücksicht auf die Versicherungssumme – in keinem Fall ein Großrisiko, so dass das Widerrufsrecht, von den Ausnahmen nach § 8 Abs. 3 E abgesehen, in allen Fällen besteht.

Der Entwurf sieht keine Einschränkung des Widerrufsrechts für die Fälle der betrieblichen Altersversorgung vor (vgl. dazu bisher § 5a Abs. 1 Satz 2, § 8 Abs. 5 Satz 5 VVG). Schließt ein Arbeitgeber mit einem Versicherer einen Rahmenvertrag, den die Arbeitnehmer zur Alterssicherung nutzen können, handelt es sich noch nicht um einen Versicherungsvertrag, der den Vorschriften des Entwurfs unterliegen würde. Erst der Vertrag, den ein Arbeitnehmer anschließend auf der Grundlage des Rahmenvertrags mit dem Versicherer abschließt, ist ein Lebensversicherungsvertrag. Es besteht kein Anlass, diesen Einzelvertrag zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer von den allgemeinen Vorschriften, die den Schutz des Versicherungsnehmers bezwecken, auszunehmen; es handelt sich insoweit auch um einen individuellen Vertrag im Sinne von Artikel 35 der Richtlinie 2002/83/EG.

1.3.2.1.7 Neufestsetzung der Prämie

Da Lebensversicherungen über sehr viele Jahre fest abgeschlossen werden und in dieser Zeit das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist, liegt die Ermöglichung einer Neufestsetzung der Prämie auch im Interesse der Gesamtheit der Versicherten. Bei einer nicht nur vorübergehenden und nicht voraussehbaren Veränderung des Leistungsbedarfes würde anderenfalls im Einzelfall die Erfüllbarkeit einer Vielzahl von Verträgen gefährdet und möglicherweise die Insolvenz des Versicherers unvermeidbar sein. Insoweit ist die Regelung

des § 156 E eine Konkretisierung der Vertragsanpassung bei Störung der Geschäftsgrundlage nach § 313 BGB.

§ 156 E sieht ein gesetzliches Recht des Versicherers zur Neufestsetzung der Prämie vor, ohne eine entsprechende vertragliche Anpassungsklausel vorauszusetzen; damit werden solche Klauseln in anderen Fällen nicht ausgeschlossen, sie unterliegen jedoch der allgemeinen Kontrolle nach §§ 305 ff. BGB. Dies entspricht der bisherigen Regelung des § 172 VVG. Eine inhaltliche Änderung der Voraussetzungen für die Neufestsetzung der Prämie ist nicht vorgesehen; die Änderungen im Wortlaut des § 156 E dienen nur der Verdeutlichung. Allerdings wird durch § 156 Abs. 1 Satz 2 E eine Neufestsetzung ausgeschlossen, soweit die bisherige Prämie erkennbar unzureichend kalkuliert worden ist. Damit wird die für die Krankenversicherung geltende Regelung des § 12b Abs. 2 Satz 4 VAG, auf die § 195 Abs. 2 Satz 4 E verweist, auch für die Lebensversicherung übernommen. Wenn und soweit die ungünstige Risikoentwicklung durchaus schon bei Vertragsschluss abschätzbar war, vom Versicherer aber nur unzureichend berücksichtigt worden ist, soll dieser die Nachteile nicht auf die Versicherungsnehmer abwälzen können.

Schon nach dem bisherigen § 172 Abs. 1 Satz 1 VVG hat ein unabhängiger Treuhänder die Angemessenheit der Änderung, d.h. insbesondere der neuen Prämie zu prüfen und zu bestätigen. Da der Treuhänder auf die Prüfung der gesetzlichen Voraussetzungen beschränkt sein muss, also nicht wie eine Verwaltungsbehörde ein eigenes Ermessen ausüben kann, handelt es sich bei der Angemessenheit um eine ungeschriebene Voraussetzung; sie ersetzt das billige Ermessen, das der Versicherer einhalten müsste, wenn er die neue Prämie nach § 315 BGB festsetzen könnte. Dies wird durch die Aufnahme der Angemessenheit als ausdrückliche Voraussetzung in § 156 Abs. 1 Nr. 2 E jetzt klargestellt.

Durch § 156 Abs. 2 E wird eine Lücke der bisherigen Regelung geschlossen. Besteht eine prämienfreie Versicherung, ist eine Prämienhöhung durch einseitige Erklärung des Versicherers nicht möglich. Deshalb tritt an deren Stelle die Herabsetzung der Versicherungsleistung. Dadurch wird eine nach der Leistungsherabsetzung getroffene Einzelvereinbarung, in der die Vertragsparteien die ungekürzte Leistung gegen eine neu aufzunehmende Prämienzahlung aufrecht erhalten, nicht ausgeschlossen.

Die Einbeziehung der Regelung der Überschussbeteiligung in § 172 VVG hat bisher keine praktische Bedeutung erlangt. Deren Höhe kann vom Versicherer einseitig bestimmt werden; entstehen infolge einer nicht vorhergesehenen Entwicklung keine Überschüsse, entfällt die

Beteiligung der Versicherungsnehmer ohne weiteres. Eine Änderung des ursprünglich vereinbarten Systems einer Überschussbeteiligung ist deshalb nicht notwendig.

Bei der Überschussbeteiligung besteht aber ein anderer Regelungsbedarf. Übernimmt ein Versicherer den Versicherungsbestand eines anderen Versicherers, muss er insoweit dessen vereinbartes System der Überschussbeteiligung fortführen. Dies kann zu einem hohen Verwaltungsaufwand führen, der dem übernehmenden Versicherer auch zugemutet werden kann, wenn er den Bestand z.B. bei einer Fusion allein aufgrund seiner unternehmenspolitischen Entscheidung übernimmt. Erfolgt dagegen die Bestandsübernahme in einem Sanierungsfall, besteht daran ein öffentliches Interesse; unnötige Kosten sollten hierbei vermieden werden. Deshalb soll nunmehr in § 14 VAG die Möglichkeit geschaffen werden, dass die Aufsicht bei der Bestandsübertragung die Vereinheitlichung der Überschussbeteiligungssysteme unter Wahrung der Belange der Versicherten anordnet.

1.3.2.1.8 Anzeigepflicht

§ 171 Abs. 1 Satz 1 VVG enthält bisher die Regelung, dass eine Verpflichtung zur Anzeige nur für den Todesfall besteht. Damit wird eine Anzeigepflicht nach § 33 VVG für den Erlebensfall ausgeschlossen, weil die Leistungspflicht des Versicherers schon im Vertrag kalendermäßig festgelegt ist. Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung ist entbehrlich, da die Mitteilung einer Tatsache, die auch aus der Sicht des Versicherers von Anfang an feststeht, keinen zusätzlichen Informationsgehalt hat. Selbst eine Tatsache, von der ein Versicherer nachträglich, aber rechtzeitig Kenntnis erlangt, muss sich der Versicherer zurechnen lassen (vgl. § 30 Abs. 2 VVG).

§ 171 Abs. 1 Satz 2 VVG enthält bisher eine Frist von drei Tagen für die Mitteilung des Todesfalles. Diese Frist ist völlig unangemessen, da sie die besondere Situation der Angehörigen des Verstorbenen unmittelbar nach dem Todesfall unberücksichtigt lässt. Deswegen ist bisher schon keine Sanktion für die Überschreitung der Frist vorgesehen; dies gilt auch für die AVB aller Versicherer. Unter diesen Umständen wird auf eine Frist für die Todesfallanzeige, die nach § 33 Abs. 1 E weiterhin zu erstatten ist, verzichtet.

Die bisher in § 171 Abs. 2 Halbsatz 1 VVG geregelte Anzeigepflicht des Bezugsberechtigten ergibt sich nunmehr aus § 33 Abs. 1 Satz 2 E. Seine Gleichstellung mit dem Versicherungsnehmer bzw. seinen Erben, bisher hinsichtlich einer Auskunftspflicht und der Beschaffung von Belegen zusätzlich in § 171 Abs. 2 Halbsatz 2 VVG geregelt, ergibt sich aus § 148 E.

1.3.2.2 Berufsunfähigkeitsversicherung

1.3.2.2.1 Regelungsbedarf

Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung für Versicherungsverträge, die das Risiko einer Beeinträchtigung der Fähigkeit, einen bestimmten Beruf auszuüben, abdecken sollen, besteht bisher nicht. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH VersR 1988, 1233 und VersR 1991, 289), der auch in der Literatur gefolgt wird (vgl. z.B. Prölss/Martin/Voit, Teil III, J III Rn. 3), ist die Berufsunfähigkeitsversicherung sowohl in Form der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung, die zusammen mit einer Lebensversicherung abgeschlossen wird und ohne diese nicht fortgesetzt werden kann, als auch in Form der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung der Lebensversicherung zuzurechnen.

Wenn rechtliche Regelungen an den Begriff der Lebensversicherung anknüpfen, dann gelten sie danach auch für die Berufsunfähigkeitsversicherung, soweit die Regeln des betreffenden Rechtsgebiets das zulassen und die Besonderheiten der Berufsunfähigkeitsversicherung dem nicht entgegenstehen. Es findet also keine schematische Übertragung statt (BGH VersR 1991, 289). Im übrigen wird die Berufsunfähigkeitsversicherung heute nur durch AVB geregelt.

Dies wird weder der Bedeutung noch den praktischen Problemen dieser Versicherungssparte gerecht. Lange Zeit standen Zusatzversicherungen im Vordergrund, die im Zusammenhang mit einer Lebensversicherung bestimmte zusätzliche Versicherungsleistungen, oft auch nur eine Prämienreduzierung oder Prämienfreiheit für den Fall der Berufsunfähigkeit vorsehen. Inzwischen haben sich aber selbständige Berufsunfähigkeitsversicherungen zu einem Versicherungszweig entwickelt, der insbesondere seit der Kürzung entsprechender Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zunehmende Bedeutung erlangt hat und in Zukunft noch größere Bedeutung erlangen wird. Für den Versicherungsnehmer geht es bei der Berufsunfähigkeitsversicherung um die Absicherung seines Einkommens bei Verlust der Berufsfähigkeit und damit um die wirtschaftliche Existenzgrundlage für ihn und seine Familienangehörigen.

Unter diesen Umständen soll die Berufsunfähigkeitsversicherung zwar nicht aus dem Zusammenhang mit der Lebensversicherung herausgelöst werden. Dies wäre schon deswegen nicht sachgerecht, weil bei den im vertraglichen Zusammenhang mit einer Lebensversicherung abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen für die meisten Fragen eine über-

einstimmende Regelung sachnotwendig ist. Außerdem hat die oben erwähnte Rechtsprechung in der Regel auch bei selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen zu angemessenen Ergebnissen geführt. Deswegen sollen in § 168 E die für Lebensversicherungen geltenden Regelungen der §§ 159 bis 177 E hinsichtlich beider Fallgruppen ausdrücklich für entsprechend anwendbar erklärt werden. Erforderlich sind aber Regelungen für einige Fragen, die sich nur in der Berufsunfähigkeitsversicherung stellen.

1.3.2.2.2 Begriff der Berufsunfähigkeit

Wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer für die Dauer der Berufsunfähigkeit eine bestimmte Leistung verspricht, wird dieser Begriff Kernbestandteil derartiger Versicherungsverträge. Nur Verträge, die den Begriff in gleicher Weise verwenden, sind für den Versicherungsnehmer untereinander vergleichbar. Deshalb sieht § 164 Abs. 2 E eine Definition der Berufsunfähigkeit vor.

Nach § 164 Abs. 2 Satz 1 E ist berufsunfähig, „wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann.“ Ausgangspunkt ist dabei nicht der erlernte Beruf oder die Tätigkeit zur Zeit des Vertragsschlusses, sondern es wird die berufliche Entwicklung des Versicherungsnehmers nach dem Vertragsschluss einbezogen. Zum einen kann heute aufgrund der veränderten Lebenswirklichkeit nicht davon ausgegangen werden, dass jemand bis zum Rentenalter in dem einmal erlernten Beruf weiterarbeitet. Zum anderen muss auch bei Tätigkeiten, die keinem bestimmten Lehrberuf entsprechen, eine Einkommenssicherung durch eine Berufsunfähigkeitsversicherung möglich sein.

Nur die Beeinträchtigung durch Krankheit, Unfall oder Kräfteverfall wird als Leistungsvoraussetzung berücksichtigt. Das normale altersbedingte Nachlassen der Kräfte des Versicherungsnehmers und die sich daraus ergebenden Folgen für seine Berufsausübung sind nicht versichert, es sei denn, in dem Versicherungsvertrag ist eine andere Regelung getroffen worden.

Entsprechend der bisherigen Vertragspraxis und Rechtsprechung wird vorausgesetzt, dass der Beruf voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausgeübt werden kann. Die soziale Funktion der Berufsunfähigkeitsversicherung zwingt nicht zu einer Erweiterung auf eine vorübergehende Berufsunfähigkeit, da dem Versicherungsnehmer dafür in der Regel andere Soziallei-

stungen mit Lohnersatzfunktion zur Verfügung stehen. Es kann dem Markt überlassen bleiben, ob Versicherer gegen eine entsprechend höhere Prämie auch für kurze Zeiten der Berufsunfähigkeit Leistungen anbieten. Der Zeitpunkt, ab dem der Versicherer seine Leistungen - rückwirkend ab Eintritt der Berufsunfähigkeit, nach Anzeige der Berufsunfähigkeit oder erst nach einer bestimmten Mindestdauer der Beeinträchtigung - zu erbringen hat, ist durch den Versicherungsvertrag zu regeln.

Ob der Versicherungsnehmer auf Dauer berufsunfähig ist, kann im Streitfall nur auf der Grundlage einer Prognose, die immer mit Unsicherheiten verbunden ist, festgestellt werden. Deshalb erleichtert § 2 Abs. 3 AVB BUZ 90 die Stellung des Versicherungsnehmers wesentlich dadurch, dass die Berufsunfähigkeit, wenn sie sechs Monate bestanden hat, als auf Dauer bestehend gilt. Der Entwurf übernimmt diese Fiktion trotzdem nicht als zwingende gesetzliche Regelung, da sie in der Regulierungspraxis bei positiver Wiederherstellungsprognose auch Nachteile für das zeitlich begrenzte Anerkenntnis haben kann. Auf eine entsprechende Vermutungsregelung wird verzichtet, da sie für den Versicherungsnehmer keinen wesentlichen Vorteil darstellen würde.

Als weitere Voraussetzung einer Leistungspflicht kann, wie § 164 Abs. 3 E klarstellt, vereinbart werden, „dass der Versicherte auch keine andere Tätigkeit, die zu übernehmen er auf Grund seiner Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, ausübt oder ausüben kann“. Damit ist keine abschließende Regelung der Frage, ob der Versicherungsnehmer auf eine andere mögliche oder ausgeübte Tätigkeit verwiesen werden darf, verbunden. Die in den Versicherungsverträgen vorgesehenen Verweisungen führen in der Praxis zwar häufiger zu gerichtlichen Auseinandersetzungen und die Versicherer verwenden unterschiedliche AVB, die teils eine abstrakte oder konkrete Verweisungsmöglichkeit vorsehen und teils auf diese Möglichkeit ganz verzichten. Die Rechtsprechung hat aber zur Lösung von Problemfällen handhabbare und sachgerechte Grundsätze entwickelt. Zudem ist eine Beibehaltung der Produktvielfalt wünschenswert, um dem unterschiedlichen Bedarf der Versicherungsnehmer gerecht zu werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Versicherungen mit Verweisungsmöglichkeit zu niedrigeren Prämien angeboten werden können als solche ohne Verweisungsmöglichkeit.

Die Vereinbarung einer Umschulungs- oder Rehabilitationsobliegenheit muss auch weiterhin bestimmt genug und für den Versicherungsnehmer zumutbar sein. Hierbei handelt es sich jedoch um Fragen des allgemeinen Obliegenheitsrechts. Einer besonderen Regelung für die Berufsunfähigkeitsversicherung bedarf es nicht.

1.3.2.2.3 Anerkenntnis der Leistungspflicht

Eine relativ große Zahl von Streitfällen in der Berufsunfähigkeitsversicherung hat ihre Ursache unter anderem darin, dass bei einer dauernden Berufsunfähigkeit hohe Versicherungsleistungen zu erbringen sind. Diese haben jedoch für den Versicherungsnehmer Lohnersatzfunktion und sollen alsbald nach Eintritt des Versicherungsfalles meist für den Lebensunterhalt oder zur Bezahlung einer Ersatzkraft zur Verfügung stehen. Daraus folgt ein schützenswertes Interesse, dass sich der Versicherer möglichst bald und für längere Zeit bindend erklärt, damit der Versicherungsnehmer diese wiederkehrenden Leistungen in seine Zukunftsplanungen einbeziehen kann. Deshalb sieht der Entwurf in § 165 E eine Verpflichtung des Versicherers vor zu erklären, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt. Hinsichtlich des Zeitpunktes, in dem sich der Versicherer derart erklären muss, bedarf es keiner besonderen Regelung, da insoweit die Regelung der Fälligkeit in § 14 E ausreicht (§ 165 Abs. 1 E).

Der Versicherer kann danach ein Anerkenntnis verweigern, wenn er der Auffassung ist, die Berufsunfähigkeit sei nicht erwiesen. Er kann ein Anerkenntnis auch sachlich einschränken, indem er seine Leistungspflicht zunächst einmal grundsätzlich anerkennt, sich aber die Überprüfung, ob der Versicherungsnehmer auf eine andere Tätigkeit verwiesen werden kann, vorbehält.

Der Versicherer darf sein Anerkenntnis auch zeitlich begrenzen. Die Praxis hat gezeigt, dass aus der Sicht beider Vertragsparteien ein Bedürfnis besteht, in zweifelhaften Fällen bis zu einer abschließenden Klärung zunächst eine vorläufige Entscheidung zu ermöglichen. Sonst bestünde für den Versicherer nur die Alternative, die Leistung entweder abzulehnen oder anzuerkennen. Es liegt nahe, dass er dann schon rein vorsorglich die erste Möglichkeit wählen würde. Dies ist nicht im Interesse des Versicherungsnehmers. Die Laufzeit der zeitlich beschränkten Zusage braucht nicht geregelt zu werden, da der Versicherer für die zugesagte Dauer gebunden ist (§ 165 Abs. 2 Satz 2 E). Es liegt daher in seinem eigenen Interesse, die Gültigkeit der Zusage nicht unangemessen lange auszuweiten.

Um zu verhindern, dass der Versicherer sich einem dauernden Anerkenntnis durch mehrere aufeinander folgende, zeitlich begrenzte Leistungszusagen entzieht, kann das Anerkenntnis nur einmal zeitlich begrenzt werden (§ 165 Abs. 2 Satz 1 E). Von dieser Regelung darf im Versicherungsvertrag nicht abgewichen werden, auch nicht durch Einzelabrede (§ 167 E). Dies schließt nicht aus, dass die Vertragsparteien nach dem Versicherungsfall zur vorläufigen Beilegung eines Streites über die vom Versicherungsnehmer geltend gemachte Be-

rufsunfähigkeit eine Vereinbarung über zunächst wiederum zeitlich begrenzte Leistungen des Versicherers treffen. Würde eine solche Abrede nicht zugelassen, müsste der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gerichtlich geltend machen; diesen Weg kann er auch gehen, indem er seine Zustimmung zu einer erneuten zeitlich begrenzten Leistungsvereinbarung verweigert und auf einer unbefristeten Erklärung des Versicherers besteht.

Ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis ist nach § 165 Abs. 2 Satz 2 E für seine Dauer bindend. Damit ist insoweit das in § 166 E vorgesehene Nachprüfungsverfahren ausgeschlossen. Der Versicherer hat die Alternative, sich endgültig zu seiner Leistungspflicht zu erklären; bei einem unbefristeten Anerkenntnis hat er das Nachprüfungsverfahren zur Verfügung, um sich nachträglich von seiner Leistungspflicht zu befreien.

1.3.2.2.4 Leistungsfreiheit nach Anerkenntnis

Zum Schutz des Versicherungsnehmers ist es erforderlich, dass sich der Versicherer von einer Leistungszusage nur unter bestimmten Voraussetzungen lösen kann. Dies entspricht auch der derzeitigen Rechtslage auf der Grundlage des § 7 AVB BUZ 90 (VerBAV 1990, S. 347; 1993, S. 139): Voraussetzung ist eine Änderung der tatsächlichen, für die Beurteilung der Leistungspflicht maßgebenden Umstände. Eine nur von der ersten Entscheidung abweichende Beurteilung und Bewertung der Tatsachen genügt nicht. Um den Versicherungsnehmer in die Lage zu versetzen, die Entscheidung des Versicherers zur Änderung seiner Leistung nachzuprüfen, muss ihm dieser die Veränderung der Tatsachen unter Beifügung eventueller Unterlagen darlegen. Unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes ist außerdem eine gewisse Fortwirkung der Leistungszusage über den Zeitpunkt der Abänderungserklärung hinaus erforderlich, damit sich der Versicherungsnehmer auf den Wegfall der bisher erhaltenen laufenden Leistungen für seinen Lebensunterhalt einstellen kann (§ 166 Abs. 2 E).

Die Regelung des § 166 E schließt die Anwendung der §§ 21 ff. E sowie eine Anfechtung nach §§ 119 und 123 BGB sowohl des Anerkenntnisses als auch des Versicherungsvertrags nicht aus.

1.3.2.2.5 Ähnliche Versicherungsverträge

Die Bestimmungen der §§ 165 bis 168 E sollen entsprechend auch für Versicherungsverträge gelten, durch die eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit abgesichert wird (§ 169 Abs. 1 E). Diese bisher kaum angebotene Versicherungsform ist gewissermaßen eine „kleine“ Berufsunfähigkeitsversicherung, die erst einsetzt, wenn der Versicherungsnehmer erwerbsunfähig wird. Wegen niedrigerer Prämien könnte die Arbeitsunfähigkeitsversicherung in Zukunft größere Bedeutung erlangen. Bei ihr besteht hinsichtlich der für die Berufsunfähigkeitsversicherung geregelten Punkte dieselbe Interessenlage.

Durch die ausdrückliche Regelung für den Fall der dauernden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit wird die analoge Anwendung einzelner Vorschriften auf die Einkommensausfallversicherung und andere Versicherungen nicht ausgeschlossen.

Auf die Krankenversicherung und auf die Unfallversicherung sind die Bestimmungen der §§ 165 bis 167 E auch dann nicht anzuwenden, wenn sie Risiken der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit absichern. Insoweit gelten die besonderen Bestimmungen der §§ 184 ff. bzw. 170 ff. E.

1.3.2.3 Unfallversicherung

Das geltende Recht regelt die Unfallversicherung in den §§ 179 bis 185 VVG. Die in der Rechtspraxis bedeutsamen Fragen des Versicherungsfalles – vor allem des Begriffes des Unfallereignisses selbst –, aber auch wesentlicher Voraussetzungen eines Anspruchs des Versicherungsnehmers, beantwortet das Gesetz selbst nicht. Der Gesetzgeber hat die Ausgestaltung der privaten Unfallversicherung vielmehr den AVB und dem jeweiligen individuellen Vertrag überlassen. Das wird der erheblichen Bedeutung der privaten Unfallversicherung nicht gerecht. Bei fast 30 Millionen Unfallversicherungsverträgen und einer Beitragseinnahme von über 5,6 Milliarden EUR im Jahre 2002 (GDV-Jahrbuch 2003, S. 100) sowie angesichts der in der forensischen Praxis immer wieder auftretenden Streitfragen zur Interpretation und Anwendung von AVB der Unfallversicherung ist es notwendig, auch ohne gesetzliche Umschreibung eines festen Leitbildes einzelne immer wieder umstrittene Elemente des Inhaltes eines Unfallversicherungsvertrags gesetzlich zu regeln.

1.3.2.3.1 Gesetzliches Leitbild

Um die Produktentwicklung nicht zu hemmen, soll keine bestimmte Definition der Unfallversicherung festgeschrieben werden. Gleichwohl empfiehlt es sich zum leichteren Verständnis des Kunden, den Kernbereich des versicherten Risikos, nämlich den Begriff des Unfallereignisses, in Übereinstimmung mit dem in den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) und in der Rechtsprechung verwendeten Unfallbegriff zu umschreiben. Schon bisher hat die Unfallversicherung Leistungen nicht nur für den Fall eines Unfalls im engeren Sinne versprochen, sondern dem Unfall andere, unfallähnliche Ereignisse – beispielsweise die „erhöhte Kraftanstrengung“, die zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt hat – gleichgestellt. Die Leistungspflicht des Versicherers knüpft daher durchaus an das typische Risiko an, gibt aber der Produktgestaltung genügenden Raum, um andere Geschehnisse in den Versicherungsschutz einzubeziehen oder nicht.

1.3.2.3.2 Invalidität

Die weitaus größte Zahl der Verträge in der Unfallversicherung kennt als wesentlichen Leistungstatbestand den Eintritt von Invalidität. Darunter verstehen moderne Bedingungen und in Übereinstimmung mit ihnen die Rechtsprechung eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person. Dieses Grundverständnis soll aufgenommen werden, ohne dass die Freiheit der Produktgestaltung eingeschränkt oder dass die auf dem Markt verfügbaren Produkte verdrängt oder belastet werden sollen.

1.3.2.3.3 Gefahrerhöhung

Das VVG enthält bisher keine besonderen Vorschriften über die Folgen einer Gefahrerhöhung in der Unfallversicherung. Wichtigster Anwendungsfall der Gefahrerhöhung in der Unfallversicherung ist der Berufswechsel. Da der Versicherungsnehmer in der Praxis bei einer Änderung der Berufstätigkeit nicht an seine Unfallversicherung denkt und ihm hierbei auch selten Arglist vorzuwerfen sein wird, erfährt der Versicherer in der Regel erst im Versicherungsfall von dem gefahrerhöhenden Berufswechsel. Hätte er für die erhöhte Gefahr eine höhere Prämie verlangt, drohen ihm auch noch Beitragseinbußen.

Die AUB 1999 sehen für diese Fälle eine für Versicherungsnehmer und Versicherer interessengerechte Lösung vor, indem bei unterlassener Anzeige des Berufswechsels sich die Versicherungssummen im Falle einer Gefahrerhöhung entsprechend verringern und im Falle einer Gefahrminderung entsprechend erhöhen. Dieser Gedanke soll nur hinsichtlich der Gefahrerhöhung im Gesetz künftig aufgegriffen werden.

1.3.2.3.4 Hinweispflichten des Versicherers

Die weitaus größte Zahl der auf dem Markt verwendeten Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen knüpft die Leistungspflicht des Versicherers an bestimmte zeitliche Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen. So hängt die Invaliditätsleistung nach Ziff. 2.1.1.1 AUB 1999 davon ab, dass die Invalidität innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von dem Versicherungsnehmer bei dem Versicherer geltend gemacht worden ist. Die Rechtsprechung betrachtet die rechtzeitige ärztliche Feststellung der Invalidität als Anspruchsvoraussetzung und die Frist für die Geltendmachung der Invalidität als Ausschlussfrist. In der Rechtspraxis führt die Nichtbeachtung dieser Fristen häufig zu Streit. Versicherungsnehmer übersehen immer wieder die Notwendigkeit der ärztlichen Feststellung und der Geltendmachung des Anspruchs innerhalb eines begrenzten Zeitraums. Die Rechtsprechung versagt dem Versicherer fallgruppenabhängig die Berufung auf das Verstreichen der Fristen nach Treu und Glauben. In der Rechtslehre führt das gelegentlich zu Bedenken gegen die Transparenz einschlägiger Klauseln.

Grundsätzlich begegnet das Anliegen der Versicherer, zu Leistungen vor allem wegen Invalidität nur dann verpflichtet zu sein, wenn eine entsprechende medizinische Dokumentation vorliegt, keinen Bedenken. Versicherungsnehmer erwarten solche zeitlichen Voraussetzungen eines Anspruchs indessen nicht von vornherein. Auch ziehen sich ärztliche Untersuchungen und Behandlungen nach einem Unfallereignis häufig – insbesondere wenn die Ärzte gewechselt werden – geraume Zeit hin, ohne dass der versicherten Person die ärztliche Prognose zu einem bestimmten Zeitpunkt erkennbar sein muss. Um diesen vermeidbaren Problemen zu begegnen, soll den Versicherer bei Anzeige eines Versicherungsfalles eine Informationsobliegenheit treffen, den Versicherungsnehmer auf solche speziellen Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen hinzuweisen.

1.3.2.4 Krankenversicherung

1.3.2.4.1 Ausgangslage

1.3.2.4.1.1 Krankenversicherungssystem

In Deutschland bestehen mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) zwei unterschiedlich organisierte und finanzierte Krankenversicherungssysteme nebeneinander. Von den in diesen Krankenversicherungssystemen Versicherten sind ca. 90 % in der GKV pflicht- oder freiwillig versichert; etwa 10 % haben ihren Krankenversicherungsschutz ausschließlich in der PKV (davon ungefähr die Hälfte als Angehörige des öffentlichen Dienstes mit zusätzlichem Beihilfeanspruch gegenüber dem Dienstherrn). Daneben gibt es kleinere Personengruppen mit spezifischem Sonderstatus: Rund 840.000 Personen erhalten als Angehörige der Polizei und der Bundeswehr sowie als Zivildienstleistende von ihrem Dienstherrn freie Heilfürsorge; 1,8 Millionen Personen erhalten als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhaltshilfe aus dem Lastenausgleich entsprechende Leistungen bei Krankheit. Für etwa 0,2 % der Gesamtbevölkerung ist nach den Erhebungen im Mikrozensus ein bestimmter Krankenversicherungs- oder ähnlicher Status nicht bekannt – ganz überwiegend deswegen, weil keine amtlichen Informationen über diese Personen vorliegen (u.a. nicht gemeldete Personen; Personen ohne festen Wohnsitz).

Im Rahmen der Reform des Versicherungsvertragsrechts war nicht zu prüfen, ob die Stellung der letztgenannten Gruppe mit den Möglichkeiten gerade des PKV-Systems zu verbessern ist. Soweit es sich dabei um Bedürftige handelt, stellt das umfassende Sozialhilfesystem den erforderlichen Schutz zur Verfügung.

GKV und PKV unterscheiden sich in der rechtlichen Ausgestaltung grundlegend:

- Die Versicherungsleistungen in der GKV sind einheitlich im SGB V geregelt; die GKV unterliegt einem Aufnahmezwang; der Beitrag hängt von der Höhe des Einkommens des Mitglieds ab; die Finanzierung erfolgt im Umlageverfahren ohne Bildung von Altersrückstellungen.

- Für die PKV gilt im Rahmen der Bestimmungen des VVG Vertragsfreiheit; die Versicherungsleistungen sind je nach Tarif unterschiedlich; der Beitrag hängt von der Höhe des Risikos ab; die Finanzierung erfolgt nach dem Äquivalenzprinzip und dem Anwartschaftsdeckungsverfahren mit Alterungsrückstellungen.

1.3.2.4.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der PKV

Bis zum Jahr 1994 wurde das PKV-Vertragsrecht im Wesentlichen durch die aufsichtsbehördlichen Musterbedingungen gestaltet. Durch Artikel 54 der Richtlinie 92/49/EWG des Rates v. 18.06.1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) – Dritte Richtlinie Schadenversicherung – und durch den damit einhergehenden Wegfall der Bedingungsgenehmigung war der Gesetzgeber gezwungen worden, jedenfalls für die substitutive Krankenversicherung (das ist die Krankenversicherung, die geeignet ist, die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise zu ersetzen) in §§ 178a bis 178o VVG gesetzliche Regelungen einzuführen. Er hatte dabei das Ziel, sich auf die zur Sicherstellung eines einheitlichen Mindeststandards des PKV-Schutzes notwendigen gesetzlichen Mindestregelungen zu beschränken und das bislang auf Basis genehmigter Bedingungen und Tarifbestimmungen geltende Krankenversicherungsrecht zu kodifizieren (BT-Drucksache 12/6959, S. 104).

Neben den vertragsrechtlichen Regelungen existiert eine Reihe weit reichender aufsichtsrechtlicher Bestimmungen, die vor allem die Prämienkalkulation und die Alterungsrückstellung zum Gegenstand haben.

1.3.2.4.1.3 Reformbedarf

1.3.2.4.1.3.1 Versicherungsvertragsrecht

Im Versicherungsvertragsrecht der Krankenversicherung (§§ 178a ff. VVG) gibt es nur zu einzelnen Vorschriften und Fragestellungen materiell-rechtlichen Reformbedarf (Ziff. 1.3.2.4.5). Formalrechtlicher Reformbedarf besteht insoweit, als im Laufe der Zeit aus den unterschiedlichsten Gründen Vorschriften mit eindeutig versicherungsvertragsrechtlichem Inhalt Eingang in andere Gesetzeswerke gefunden haben, die bei Schaffung eines neuen

umfassenden Versicherungsvertragsgesetzes aus Gründen der Rechtssystematik und des Rechtszusammenhanges in den neuen Entwurf zu integrieren sind (Ziff. 1.3.2.4.6).

Grundsatzfragen stehen darüber hinaus zu zwei Themen an: Zum einen die Frage der Mitgabefähigkeit der Alterungsrückstellung (Ziff. 1.3.2.4.2) sowie des gesetzlichen Beitragszuschlags (Ziff. 1.3.2.4.3) im Falle eines Wechsels des Versicherers, zum anderen die Forderung nach einem gesetzlichen Rahmen zur Einführung ergänzender Versicherungsprodukte auf Basis des Managed-Care-Gedankens (Ziff. 1.3.2.4.4); dieser soll dem Versicherer eine effektive Qualitäts- und Kostensteuerung im Rahmen der medizinischen Versorgung ermöglichen, um dadurch zu einer weiteren Beitragsstabilisierung im Interesse der Versicherungsnehmer beizutragen.

1.3.2.4.1.3.2 Gesundheitsreformen

Wegen der Ausgaben- und Finanzierungsprobleme der GKV wird immer intensiver diskutiert, zur Entlastung der GKV bestimmte Leistungsarten aus dem GKV-Leistungskatalog herauszunehmen und in die privatrechtliche Individualversicherung zu überführen. Dazu zählt insbesondere die medizinische Behandlung aufgrund von privaten Unfällen (für die Behandlung aufgrund von Berufsunfällen leisten die Berufsgenossenschaften). Entsprechende Ergänzungsprodukte sind versicherungsaufsichts- und versicherungsvertragsrechtlich nicht der Unfallversicherung, sondern der Krankenversicherung zuzuordnen. Die maßgeblichen Gründe sind:

- Es handelt sich um medizinisches Behandlungsgeschehen, das sowohl in der heutigen Krankheitskostenversicherung der PKV als auch in der (heutigen) GKV „Krankenversicherung“ ist.
- Gegenstand des Versicherungsschutzes und Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung; Unfall oder Krankheit sind lediglich die auslösenden Ursachen. Dagegen ist in der Unfallversicherung im Sinne der §§ 179 ff. VVG der Unfall selbst der Versicherungsfall.
- Obwohl das Verletzungsgeschehen einerseits und das Morbiditätsgeschehen andererseits in der Regel medizinisch klar auseinander zu halten sind, können bei den Unfallfolgen durchaus Fragen dahingehend entstehen, ob sie primär unfall- oder morbiditätsbe-

dingt sind; diese Schnittstellenproblematik gebietet die Zuordnung zu einem einzigen Versicherungszweig.

- Auch das unfallbedingte Behandlungsgeschehen hängt in seiner Kostenentwicklung sehr ausgeprägt vom steigenden Alter ab, so dass – wie schon bisher in der PKV – die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung und mit Alterungsrückstellungen zwingend ist.
- Die umfangreichen Schutzvorschriften in der substitutiven Krankenversicherung zugunsten der Versicherten müssen gerade auch bei der Ausgliederung bisher „klassischer“ GKV-Leistungen gelten.
- Dem gleichzeitigen Betrieb einer Unfall-Krankenversicherung mit der Unfallversicherung steht der Grundsatz der Spartenrennung entgegen (§ 8 Abs. 1a VAG).

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen zählt bereits nach geltendem Recht (§ 178b Abs. 1 VVG) die Versicherung der medizinisch notwendigen Heilbehandlung „wegen Krankheit oder Unfallfolgen“ ausdrücklich zur Krankenversicherung. Ein spezieller Regelungsbedarf im Falle entsprechender Gesundheitsreformen ist daher nicht gegeben.

1.3.2.4.2 Alterungsrückstellung

1.3.2.4.2.1 Kalkulationsprinzipien der PKV

- a) Von Ausnahmen abgesehen werden Krankenversicherungsverträge auf die Lebenszeit der versicherten Person (Kündigung durch den Versicherungsnehmer vorbehalten) und zu festen Prämien abgeschlossen. Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist gesetzlich ausgeschlossen. Er kann die Prämie auch nicht dem mit dem Alter des Versicherten steigenden Leistungsbedarf anpassen; nur bei geänderten Verhältnissen (z.B. steigendes Krankheitskostenniveau, Veränderung der Rechnungsgrundlagen) sind nach § 178g VVG bzw. § 195 E Beitragsanpassungen möglich.
- b) Nach dem Äquivalenzprinzip entspricht über die gesamte Vertragsdauer hinweg der Barwert aller Beitragszahlungen dem Barwert aller Leistungsausgaben, und zwar für jede Gruppe von Versicherten, die durch gemeinsame Risikomerkmale und Leistungs-

halte ein zusammengehöriges Kollektiv bilden. Die Äquivalenz bezieht sich auf den Zeitpunkt der Risikoübernahme und damit der Kalkulation.

Mit zunehmendem Lebensalter steigt das Krankheitskostenwagnis; ein 90-jähriger verursacht im Durchschnitt ca. neun mal so hohe Krankheitskosten wie ein Mensch in jungen Jahren. In einem System reiner Risikobeiträge würde dies dazu führen, dass der Krankenversicherungsbeitrag ceteris paribus in jungen Jahren außergewöhnlich niedrig wäre, um später anzusteigen und im hohen Alter ein Vielfaches des ursprünglichen Beitrags zu erreichen.

Damit dieser Fall nicht eintritt, schreibt das Gesetz für die Beitragskalkulation in der substitutiven Krankenversicherung das Anwartschaftsdeckungsverfahren vor: Versicherungstechnisch wird so kalkuliert, dass der Beitrag außer dem zur Deckung der laufenden Leistungen und der Kosten des Versicherungsbetriebs erforderlichen Teil einen Sparanteil enthält, der die mit steigendem Alter wachsenden Krankheitsaufwendungen vorfinanziert. Dieser überschießende Teil fließt in die kollektive Alterungsrückstellung und wird dort verzinslich angesammelt.

Steigen die Leistungsausgaben aufgrund des höheren Alters der Versicherten, werden Teile der Alterungsrückstellung aufgelöst und für die erforderlichen Leistungen an die Versicherten verwendet. Dadurch wird erreicht, dass der Beitrag allein aufgrund des Älterwerdens nicht angepasst wird. Weil mit zunehmendem Alter das Krankheitsrisiko steigt und Versicherte dann aufgrund der höheren Beitragsbelastung und der notwendigen Risikoprüfung keinen neuen Krankenversicherungsschutz mehr finden würden, bedürfen sie eines besonderen Schutzes vor einer von ihnen nicht zu verantwortenden Vertragsbeendigung. Deshalb ist das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich ausgeschlossen.

- c) Der Ausdruck „Alterungsrückstellung“ ist ein Begriff des Bilanzrechts. Die Alterungsrückstellung soll bilanziell den Umstand berücksichtigen, dass einerseits die Beiträge für die Zukunft gebunden sind, andererseits das Krankheitskostenrisiko sich mit zunehmendem Alter der Versicherten erhöht und dem dadurch bedingten steigenden Schadenaufwand ein entsprechendes Beitragsaufkommen nicht mehr gegenübersteht. Der Sache nach ist die Alterungsrückstellung eine versicherungstechnische Rückstellung.
- d) Für die Kalkulation gelten detaillierte aufsichtsrechtliche Vorschriften, die in der Kalkulationsverordnung (KalV) festgelegt sind. Dazu zählt insbesondere, dass die Alterungs-

rückstellung unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Sterbetafeln, des Rechnungszinses und der Stornowahrscheinlichkeit zu kalkulieren ist. Die Stornowahrscheinlichkeit wird rückstellungs- und damit beitragsmindernd eingerechnet, weil die Alterungsrückstellung bei Ausscheiden des Versicherten (z.B. durch Tod, Übertritt in die GKV oder Kündigung aus anderem Grund) im Versichertenkollektiv verbleibt (sog. „Vererben“ der Alterungsrückstellung).

1.3.2.4.2.2 Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung

1.3.2.4.2.2.1 Ausgangssituation

Das Kalkulationsprinzip der PKV hat zur Folge, dass der Wechsel zu einem anderen Krankenversicherungsunternehmen mit längerer Vertragsdauer sowie steigendem Alter zunehmend erschwert oder praktisch unmöglich wird: Da die aus den Beiträgen gebildete Alterungsrückstellung im Versichertenkollektiv des bisherigen Versicherers verbleibt, muss der wechselwillige Kunde beim neuen Versicherer wegen des höheren Eintrittsalters einen in der Regel höheren Beitrag zahlen; außerdem unterliegt der wechselnde Kunde beim neuen Versicherer einer neuen Gesundheitsprüfung, was bei inzwischen eingetretener Gesundheitsverschlechterung zu Risikozuschlägen, Leistungsausschlüssen oder gänzlicher Unversicherbarkeit führen kann. In der öffentlichen Diskussion wird diese Situation als unbefriedigend bezeichnet und gefordert, dass dem Versicherten die Alterungsrückstellung mitgegeben werden müsse, damit er ohne finanzielle Nachteile seinen Krankenversicherer wechseln könne.

1.3.2.4.2.2.2 Bundesgerichtshof

Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 21.04.1999 (Az.: IV ZR 192/98, BGHZ 141, 214) entschieden, dass nach geltendem Recht kein Anspruch auf Übertragung der Alterungsrückstellung besteht. Das Gericht führt aus, ein solcher Anspruch ergebe sich weder aus dem Krankenversicherungsvertrag noch aus gesetzlichen Vorschriften. § 178f Abs. 1 VVG sei nicht analog anzuwenden, denn diese Regelung sei in Kenntnis der Problematik des Versichererwechsels auf die Fälle des Tarifwechsels beschränkt worden; eine planwidrige Regelungslücke liege deshalb nicht vor.

1.3.2.4.2.3 Stellungnahmen von Sachverständigenkommissionen

In den letzten Jahren haben sich mehrfach Sachverständigenkommissionen mit der Frage befasst, ob die bestehende Rechtslage geändert werden soll.

Die im Jahre 1994 eingesetzte Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter (im Folgenden: Expertenkommission) hat diese Frage intensiv untersucht und ist (BT-Drucksache 13/4945 - im Folgenden: Gutachten - Abschnitt 14) zu dem Ergebnis gekommen, dass die Übertragung der kalkulierten Alterungsrückstellung nicht empfohlen werden kann (Gutachten, Abschnitt 14.4.1, letzter Absatz). Für die Übertragung einer individuellen, d. h. der künftigen Gesundheitsentwicklung des wechselnden Versicherten entsprechenden Alterungsrückstellung ist die Expertenkommission zu dem Ergebnis gekommen (Gutachten, Abschnitt 14.4.3.4),

„dass dieses Modell einen theoretisch attraktiven und theoretisch weiterführenden Ansatz darstellt, dass jedoch theoretische Fragen offen sind und es in praktischer Hinsicht erhebliche Probleme aufweist, so dass es dem Gesetzgeber derzeit nicht empfohlen werden kann“;

insbesondere erscheine es zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht realisierbar, die mitzugebende individuelle Alterungsrückstellung mit der erforderlichen Sicherheit zu bestimmen.

Die Monopolkommission hat in ihrem 12. Hauptgutachten 1996/97 (BT-Drucksache 13/11291) bei den Ausführungen zur marktwirtschaftlichen Ausrichtung des deutschen Gesundheitswesens im Zusammenhang mit einem privaten Versicherungspflichtsystem die Mitgabe von Alterungsrückstellungen empfohlen, welche „die individuellen Kostenprospekte widerspiegeln“ (Hauptgutachten 1996/97, Seite 342, Textziffer 676). Die Berechnungsprobleme bezeichnet die Monopolkommission als vorübergehend und überwindbar (a.a.O. Seite 343, Textziffer 677) und die zu erwartenden Transaktionskosten als nicht so hoch, dass von der Mitgabe Abstand genommen werden müsse (a.a.O. Textziffer 676, zweiter Absatz). Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme dazu ausgeführt, die bei einer Mitgabe von Alterungsrückstellungen entstehenden Umsetzungsprobleme seien gravierend (BT-Drucksache 14/1274, Seite 17).

Der Sachverständigenrat zur Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat in seinem Jahresgutachten 2000/2001 (BT-Drucksache 14/4792) im Zusammenhang mit der wett-

bewerbsorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ausgeführt, es müsse ein Weg gefunden werden, der es erlaube, die für jeden Versicherten gebildeten Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel der Versicherung mitzunehmen; ein solcher Rückstellungstransfer werde zwar von Experten für möglich gehalten, ein gangbarer Weg sei bisher aber noch nicht aufgezeigt worden (Jahresgutachten, Seite 246).

Die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (Rürup-Kommission) hat in ihrem Bericht (Seiten 168 bis 170) ausgeführt, als Voraussetzung für einen effizienz-orientierten Wettbewerb müsse der Versicherungswechsel zu jedem Zeitpunkt ermöglicht werden; dazu sei die Portabilität von Alterungsrückstellungen zu gewährleisten (Seite 170, linke Spalte). „Genau wie ein funktionierender Risikostrukturausgleich die notwendige Voraussetzung eines funktionsfähigen Wettbewerbs zwischen den Gesetzlichen Krankenversicherungen ist, so sind portable und individualisiert bemessene Alterungsrückstellungen die notwendige Voraussetzung eines funktionsfähigen Wettbewerbs im Segment der privaten Krankenversicherungen“ (Seite 168, Kasten 4-3, unten).

In dem Bericht (Seite 169, Kasten 4-4) stellt die Rürup-Kommission die Grundzüge des von einem Kommissionsmitglied erarbeiteten Konzeptes zur Weitergabe von Alterungsrückstellungen vor, das auch auf die weiteren Umsetzungsvoraussetzungen eingeht, die erfüllt sein müssten, um der Gefahr einer Risikoentmischung zu begegnen. Dieses Kommissionsmitglied hat sein Konzept in einem Schreiben vom 23. Dezember 2003 der VVG-Kommission gegenüber erläutert und dabei die im Bericht (Seite 169) genannte Größenordnung von 10 bis 20% für die Beitragserhöhung bei wegfallenden Kündigungsgewinnen als realistisch bezeichnet. Das erläuterte und weiter ausgestaltete Konzept wird hier unter Ziff. 1.3.2.4.2.3.5 „Weitergehende Wechselmodelle“ erörtert.

Die Kommission „Soziale Sicherheit“ („Herzog-Kommission“) hat in ihrem Bericht vom 29. September 2003 zur Reform der sozialen Sicherungssysteme erklärt:

„Im Bereich der privaten Krankenversicherung empfiehlt die Kommission eine Stärkung des Wettbewerbs durch die Schaffung von Wechselmöglichkeiten, um es dem Bestandskunden zu erleichtern, eine für ihn günstige Versicherung zu wählen.“

1.3.2.4.2.4 Voraussetzungen und Grenzen einer Übertragung

Die hier erörterte Problematik der Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen stellt sich nur, wenn ein Versicherungsnehmer von seinem bisherigen Versicherer zu einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung wechseln will. Der Versicherungsnehmer hat bei dem bisherigen Versicherer über den reinen Risikobeitrag hinaus Beträge vorfinanziert, aus denen in späteren Jahren die altersbedingt höheren Krankheitskosten seiner Altersgruppe bei grundsätzlich unveränderten und deshalb dann unzureichenden Prämien finanziert werden. Diesen durchaus erheblichen Vermögenswert, der eine Art „Vorsorge für das Alter“ darstellt, verliert der einzelne Versicherungsnehmer bei einem Wechsel nach gegenwärtigem Recht an diejenigen Versicherungsnehmer, die bei demselben Versicherer bisher versichert sind und dies auch weiterhin bleiben; der wechselnde Versicherungsnehmer muss dagegen bei dem neuen Versicherer mit einem neuen Ansparvorgang von Anfang an beginnen und deshalb höhere Prämien auch dann bezahlen, wenn sich sein Gesundheitszustand nicht verschlechtert hat.

Schon deshalb sollte die bisherige Regelung nur bei unüberwindbaren Schwierigkeiten oder bei untragbaren Folgen jeder denkbaren Neuregelung aufrecht erhalten werden. Der Verlust der „Vorsorge für das Alter“ hat darüber hinaus auch einen erheblichen gesamtwirtschaftlichen Nachteil. Der dem wechselnden Versicherungsnehmer drohende Verlust schirmt den Versicherer gegen Kündigungen in einem erheblichen Maß ab und mindert zugleich die Chancen anderer Versicherer, neue Kunden zu gewinnen, die bisher schon privat krankenversichert waren. Je größer der Nachteil der bisherigen Regelung für den einzelnen Versicherungsnehmer ist, um so nachhaltiger ist der Wettbewerb zwischen den Versicherern um bisher schon versicherte Kunden beschränkt.

Allerdings hatte der wechselnde Versicherte den Vorteil, dass auch ihm die sog. Vererbung prämiemindernd zu Gute kam. Jede Umstellung auf ein System mit Rückstellungsübertragung würde zu erheblichen Prämien erhöhungen führen, die von der Kommission nicht beziffert werden können. Dabei stellt sich aber auch die Frage, wie die Nachteile des bisherigen Systems für die wechselnden Versicherungsnehmer mit Vorteilen der anderen Versicherten des Kollektivs gerechtfertigt werden können. Es handelt sich um eine systembedingte Umverteilung von erheblichem Gewicht.

Unter diesen Umständen sollte ein Weg für die Vermeidung der individuellen und der gesamtwirtschaftlichen Nachteile der gegenwärtigen Regelung gefunden werden. Allerdings dürfen über den zwangsläufigen Verlust der „Vererbung“ hinaus auch keine grundlegenden

Nachteile für diejenigen Versicherten entstehen, die letztlich von einer neu geschaffenen Wechselmöglichkeit keinen Gebrauch machen wollen oder wegen einer inzwischen eingetretenen Risikoverschlechterung keinen Gebrauch machen können.

1.3.2.4.2.3 Übertragungsmodelle

1.3.2.4.2.3.1 Kalkulierte Alterungsrückstellung

Die kalkulierte Alterungsrückstellung ist diejenige Alterungsrückstellung, die für alle Versicherten der gleichen Gefahrgemeinschaft in die Beiträge einkalkuliert und entsprechend als Rückstellung gebildet wird. Da alle Versicherten desselben Versichertenkollektivs mit denselben Wahrscheinlichkeiten kalkuliert werden, ist der Wert der kalkulierten Alterungsrückstellung für alle Versicherten desselben Versichertenkollektivs gleich hoch. Ob dieser Wert dem tatsächlichen künftigen Krankheitskostenbedarf des einzelnen Versicherten entspricht, ist nicht ermittelbar, denn dies würde vollständige Information über seinen Gesundheitsverlauf bis zum Tode voraussetzen.

Die Mitgabe der kalkulierten Alterungsrückstellung würde zu unvertretbarer Risikoselektion und Entmischung führen: Im Wege der Kündigung könnten nur die überdurchschnittlich Gesunden aus dem Kollektiv ausscheiden, weil aufgrund der erneuten Risiko- und Gesundheitsprüfung des neuen Versicherers die schlechteren Risiken keine Aussicht auf Aufnahme zu normalen Konditionen hätten; sie müssten mit Risikozuschlägen, Leistungsausschlüssen oder Ablehnung rechnen.

Für die überdurchschnittlich guten Risiken wäre der durchschnittliche Wert der Alterungsrückstellung stets zu hoch, so dass sie mehr an Alterungsrückstellung mitnehmen würden, als sie – aus der Sicht des Kündigungszeitpunktes – tatsächlich an Krankheitskosten bis zum Tode verbrauchen werden. Der neue Versicherer, der den Betrag erhält, würde also un gerechtfertigte Vorteile haben. Für die überdurchschnittlich schlechten Risiken wäre der durchschnittliche Wert der Alterungsrückstellungen dagegen stets zu niedrig. Sie erhielten – aus der Sicht des Kündigungszeitpunktes – zu wenig; ein neuer Versicherer würde sie deshalb nicht ohne höhere Prämie aufnehmen.

Der bisherige Versicherer könnte der systematischen Verschlechterung der Bestandsmischung seines Versichertenkollektivs nicht ausweichen, weil sein Kündigungsrecht ausge-

geschlossen ist (§ 178i Abs. 1 Satz 1 VVG; § 257 Abs. 2a Nr. 4 SGB V). Zusätzliche Beitragserhöhungen wären die Folge, die zu einem weiteren Abwandern der relativ besseren Risiken führen würden, bis schließlich im Versichertenkollektiv nur noch Schwerstrisiken verblieben, deren Versicherungsschutz nicht mehr bezahlbar wäre. Die vom Aufsichts-, Bilanz-, Sozial- und Europarecht geforderte dauerhafte Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen wäre nicht mehr gegeben. Deshalb ist daran festzuhalten, dass die kalkulierte Alterungsrückstellung nicht übertragen werden kann.

Die nachteilige Risikoselektion könnte theoretisch verhindert oder verringert werden, wenn für die PKV-Unternehmen gleichzeitig ein gesetzlicher Kontrahierungszwang und ein unternehmensübergreifender Risikoausgleich eingeführt würde. Die Expertenkommission hat hiergegen Bedenken vorgebracht (Gutachten, Abschnitt 14.4.2), die im Lichte der neueren sozialpolitischen Entwicklungen allerdings zu überdenken sind (dazu unten Ziff.

1.3.2.4.2.3.5).

1.3.2.4.2.3.2 Individuelle prospektive Alterungsrückstellung

Die Expertenkommission (Gutachten, Abschnitt 14.4.3) hat sich auch mit der Übertragung einer individuellen prospektiven Alterungsrückstellung befasst. Darunter wird derjenige Rückstellungsbetrag verstanden, der „für den einzelnen Versicherten aufgrund seines Gesundheitszustandes erforderlich ist, um unter Hinzunahme der für ihn kalkulierten künftigen Beiträge die speziell bei ihm zu erwartenden Versicherungsleistungen finanzieren zu können“. Weil die zu Versicherungsbeginn durchschnittlich gleichen Risiken eines Versichertenkollektivs sich nach einer gewissen Versicherungsdauer auf natürliche Weise – infolge des unterschiedlichen Auftretens von Krankheiten – in Gruppen schlechterer und besserer Risiken differenzieren, benötigen die Gruppen schlechterer Risiken im Falle eines Versicherungsverwechslens einen größeren Teil der Alterungsrückstellung als die Gruppen besserer Risiken. Demgemäß soll die mitzubehaltende Alterungsrückstellung bei guten Risiken gering und bei schlechten Risiken hoch sein. Da wegen des individuell unterschiedlich hohen Rückstellungsbetrags sowohl gute als auch schlechte Risiken die Möglichkeit des Wechsels zu einem anderen Versicherer haben, tritt nach Meinung der Expertenkommission (Gutachten, Abschnitt 14.4.3.1 – vierter Absatz) *unter den gemachten Annahmen* keine negative Risikoselektion für den abgebenden Versicherer auf.

Zur Frage der Ermittlung der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung wurden in der Kommission folgende Ansätze vorgetragen:

- Bei der Festsetzung des Risikozuschlags für einen Neukunden gibt es bei allen Unternehmen Überlegungen bzw. Rechnungen, die der Versicherer zur Abschätzung der zu erwartenden Mehrkosten aufgrund von Vorerkrankungen durchführen muss. In den letzten Jahren sind von einzelnen Versicherungsunternehmen detaillierte computergestützte Modelle zur Ermittlung der gesundheitszustandsabhängigen zukünftigen Krankheitskosten entwickelt worden.
- Für den Tarifwechsel muss ein Versicherer bereits bisher nach § 178f VVG die rechnungsmäßige Alterungsrückstellung berechnen, die der wechselnde Versicherungsnehmer in dem alten Tarif erreicht hat und die ihm in dem neuen Tarif anzurechnen ist.
- Auch die GKV muss zukünftig im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich individuelle Krankheitsrisiken einschätzen, denn ab 2007 wird der Risikostrukturausgleich durch eine morbiditätsabhängige Komponente ergänzt werden. Dazu müssen alle Versicherten der GKV aufgrund ihres individuellen Krankheitsrisikos in Klassen mit unterschiedlichen zu erwartenden Krankheitskosten eingeteilt werden. Hierzu werden seit 2001 (also mit einem Vorlauf von sechs Jahren) auf Basis einer groß angelegten Studie geeignete Indikatoren zur Einteilung der Versicherten entwickelt werden. Möglicherweise können die hierbei zu gewinnenden neuen Erkenntnisse bei der Ermittlung individueller prospektiver Alterungsrückstellungen verwendet werden.
- Um die erforderliche Datenbasis für die erforderlichen Untersuchungen bezüglich der Berechenbarkeit von individuellen prospektiven Alterungsrückstellungen zu erhalten, kann eine geeignete Institution mit dem Führen einer Statistik beauftragt werden, in welche die relevanten Daten aller Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland eingespeist werden. Durch statistische Verfahren könnte auf der Grundlage einer solchen Datenbasis die Abhängigkeit des individuellen Krankheitsrisikos einzelner Versicherter von geeigneten Indikatoren analysiert werden. Als Indikator käme dabei insbesondere die qualitative Variable „durchschnittliche Vorerkrankungen“, ergänzt und präzisiert durch weitere qualitative und quantitative Variablen wie „Schwere der Erkrankung“, „Dauer der Erkrankung“, „Zahl der dabei im Krankenhaus verbrachten Tage“, „Zeitspanne des Zurückliegens der Erkrankung“ und „Alter des Erkrankten“, in Betracht.
- Eine verwandte Fragestellung liegt bei der Tarifierung in der Kraftfahrtversicherung vor: Aus einer großen Fülle beobachtbarer Risikoindikatoren ist zum Zwecke einer risikogerechten Festsetzung der Versicherungsprämie auf die zu erwartende Höhe des Schadens zu schließen. Durch umfangreiche statistische Analysen gelingt das in der Kfz-

Versicherungsbranche, auch ohne dass im Einzelnen zwingende Aussagen über den Zusammenhang zwischen den Risikoindikatoren und dem möglichen Schaden gemacht werden können; dabei werden z. B. das Simon-Bailey- und das Marginalsummen-Verfahren angewendet. Möglicherweise können in ähnlicher Weise statistisch abgesicherte Informationen zu den bei bestimmten Risikoindikator-Konstellationen zu erwartenden Krankheitsverläufen und zu erwartenden Kostenverläufen erarbeitet werden.

Die Kommission ist der Auffassung, dass Zweifel an der hinreichend sicheren Berechnung einer individuellen prospektiven Alterungsrückstellung auch heute noch berechtigt sind; sie folgt insoweit den Überlegungen der Expertenkommission (Gutachten, Abschnitt 14.4.3.4) und zieht deshalb eine allein darauf beruhende Übertragungsregelung letztlich nicht in Betracht.

Grundlage dieses Übertragungsmodells wäre der Durchschnittswert aller künftigen Versicherungsleistungen für einen Versicherten unter Berücksichtigung seines zu erwartenden Todeszeitpunktes; das Modell geht davon aus, dass dieser Wert aus hinreichend großen Datenbeständen als Erwartungswert berechenbar sei. Prospektive Erwartungswerte basieren auf der statistischen Verarbeitung von Erfahrungswerten der Vergangenheit. Prognosewerte gründen sich auf Schätzverfahren, deren Ergebnisse Durchschnitts- und Wahrscheinlichkeitscharakter haben. Die Erforschung des künftigen individuellen Krankheits- und Todesfallrisikos ist kein versicherungsmathematisches oder statistisches, sondern ein medizinisches Problem. Das Modell der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung muss letztlich auch auf durchschnittliche Erwartungswerte zurückgreifen, so dass die Probleme der Risiko-selektion und Entmischung gleichfalls auftreten. Das Modell der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung hätte darüber hinaus zur Konsequenz, dass infolge der Orientierung des Übertragungsbetrags an den künftigen Versicherungsleistungen bei entsprechend negativer Gesundheitsprognose und nur kurzer Versicherungsdauer des wechselwilligen Versicherten ein Wert übertragen würde, der keinerlei Bezug zu der aus den Beiträgen dieses Versicherten aufgebauten Alterungsrückstellung hätte.

1.3.2.4.2.3.3 Wirtschaftstheoretisches Übertragungsmodell

Das Bundesministerium der Finanzen (BMF) hatte das ifo-Institut beauftragt, Modelle zur Übertragung von Alterungsrückstellungen zu überprüfen. Das Gutachten des ifo-Instituts kommt zu folgenden Ergebnissen (Vorläufiger Endbericht Juli 2003, S. 303 ff.):

- Die Übertragung kalkulatorischer Alterungsrückstellungen zerstört eine Grundfunktion der lebenslangen Krankenversicherungsverträge, nämlich die Absicherung gegen Prämienänderungen auf Grund dauerhafter Verschlechterungen des Gesundheitszustandes – sog. Prämienversicherungsfunktion (S. 303).
- Die aus wirtschaftstheoretischer Sicht ideale individualisierte Mitgabe der Alterungsrückstellung erscheint als sehr problematisch, wenn der aktuelle Gesundheitszustand nicht kostengünstig gerichtlich verifiziert werden kann (S. 304).
- Da die Implementierung von Rückstellungstransfers, die nach dem Gesundheitszustand differenziert sind, sich als hochgradig problematisch erweist, liegt der Schwerpunkt der wirtschaftstheoretischen Studie auf der Untersuchung von Transfers, die vom Gesundheitszustand unabhängig sind (S. 304). Im Hauptszenario wechseln ausschließlich gute Risiken und werden schlechte Risiken durch die entstehenden Wechselverluste abgeschreckt; dem Interesse schlechter Risiken wird insoweit gedient, als sie keine Prämien erhöhungen aufgrund der Risikoentmischung durch die Abwanderung guter Risiken erleiden (S. 305). Letztlich führt das Modell zur Übertragung der kalkulatorischen Alterungsrückstellung abzüglich eines Abschlags (S. 306).
- In einem weiteren Modell wird die Alterungsrückstellung in eine „Prämienversicherung“ und eine „Rentenversicherung“ zerlegt, letztere soll übertragbar gestaltet sein. Die Höhe des übertragbaren Teils hängt von unterstellten Wahrscheinlichkeiten ab, mit denen gute Risiken im Zeitablauf ihren Status verlieren und zu schlechten Risiken werden (S. 306). Zur Umsetzung sind Datengrundlagen erforderlich, die bisher nicht existieren (S. 307). Außerdem ergibt sich das Problem unvorhergesehener Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die allerdings durch den gesetzlichen Beitragszuschlag neutralisiert werden sollen. Hierbei wird unterstellt, dass der Kapitalstock, der aus dem gesetzlichen Zuschlag gebildet wurde, genau wie die Alterungsrückstellung gleichzeitig der Prämienversicherung und der Rentenversicherung dient, also einen übertragungsfähigen und einen nicht übertragungsfähigen Anteil besitzt (S. 307).
- Die Untersuchung alternativer institutioneller Arrangements der Vorfinanzierung der Krankheitskosten im Alter kommt zu keinem positiven Ergebnis (S. 308).

Im Ergebnis stellt das ifo-Institut nach eigener Einschätzung ein wirtschaftstheoretisches Modell vor, für dessen Umsetzung die erforderlichen Datengrundlagen nicht vorhanden sind. Damit bleibt die für die versicherungstechnische Durchführbarkeit entscheidende Frage un-

beantwortet, ob in ausreichender Weise die aktuariell erforderlichen medizinischen Daten generierbar sind und ob damit die notwendigen Kalkulationsgrundlagen geschaffen werden können, um die Grundsätze des lebenslangen Krankenversicherungsvertrags und seiner dauernden Erfüllbarkeit sicherzustellen. Bei dem Alternativmodell, das im wesentlichen auf einer Zerlegung der Alterungsrückstellung in eine „Prämienversicherung“ (nicht übertragbar) und eine „Rentenversicherung“ (übertragbar) basiert, muss berücksichtigt werden, dass der übertragungsfähige Anteil der Alterungsrückstellung mit zunehmendem Alter der Versicherungskohorte sinkt. Damit wird in diesem Modell älteren Versicherten ein geringerer Anteil ihrer Alterungsrückstellung mitgegeben als jüngeren Versicherten, was ebenfalls problematisch erscheint und zu Selektionseffekten führen würde.

1.3.2.4.2.3.4. Praktische Umsetzung bisheriger Übertragungsmodelle

Bei allen bisher diskutierten Übertragungsmodellen auf der Basis der individuellen prospektiven Alterungsrückstellungen kommen praktische Schwierigkeiten hinzu, für deren Lösung die Kommission keine umsetzungsfähigen Vorschläge machen kann.

Zur Realisierung der Modelle müsste zunächst eine große Anzahl homogener Risikogruppen gebildet werden. Jeder dieser Gruppen müsste anschließend die „richtige“ prospektive Alterungsrückstellung zugeordnet werden, deren Übertragung an den neuen Versicherer in Frage kommt. Im Kündigungsfall müsste dann der einzelne Versicherte aufgrund seiner Gesundheitssituation, die im Einzelfall festzustellen wäre, einer dieser Risikogruppen zugeordnet werden, um den mitzugebenden Betrag zu ermitteln. Da in jedem Einzelfall hinsichtlich der Höhe der mitzugebenden Beträge ein natürlicher Interessengegensatz zwischen dem bisherigen Versicherer und dem neuen Versicherer ebenso besteht wie zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer, müsste auch eine verbindliche Streitregelung vorgesehen werden; erst nach der Streitbeilegung kann nämlich der Wechsel tatsächlich vollzogen werden, weil vorher der zur Übertragung verfügbare Betrag nicht feststeht.

Eine solche verbindliche Streitregelung kann weder durch eine staatliche Behörde noch durch eine gesetzlich vorgeschriebene Schiedsstelle erfolgen, selbst wenn diese mit fachkundigen neutralen Sachverständigen besetzt ist; denn wegen der verfassungsrechtlichen Rechtsweggarantie (Artikel 19 Abs. 4 Satz 1 GG) kann der Rechtsweg zu den Gerichten nicht ausgeschlossen werden. Da Behörden und gesetzlich vorgeschriebene Schiedsstellen nicht die verfassungsrechtlichen Voraussetzungen eines Gerichts erfüllen, wäre ihre Entscheidung stets gerichtlich überprüfbar. Ein Gericht wäre an die Feststellungen der Behörde

oder der Schiedsstelle nicht gebunden und müsste wegen der komplexen medizinischen und versicherungsmathematischen Fragen Sachverständigengutachten einholen. Erst das unter Umständen nach vielen Jahren in mehreren Instanzen ergangene rechtskräftige Gerichtsurteil würde den Weg für den PKV-Wechsel frei machen. Eine Wechselmöglichkeit unter diesen rechtlich zwingenden Rahmenbedingungen ist praktisch wertlos; denn der Versicherungsnehmer erhält zum Wechselzeitpunkt keine Rechtsklarheit und Rechtssicherheit über die endgültigen Wechselbedingungen, die entscheidendes Motiv für seinen Wechsel sind.

1.3.2.4.2.3.5 Weitergehende Wechselmodelle

Die bisher diskutierten Übertragungsmodelle gehen davon aus, dass die Kernelemente der Individualversicherung – nämlich Vertragsfreiheit und risikoäquivalente Kalkulation – im wesentlichen unverändert fort gelten. Diese Kernelemente haben zur Konsequenz, dass keine Verpflichtung des Versicherers zum Abschluss einer Krankenversicherung, also kein Kontrahierungszwang besteht, dass der Versicherer den Vertragsabschluss von einer vorherigen Risikoprüfung (Gesundheitsprüfung) abhängig machen kann und dass die Beitragshöhe vom Eintrittsalter sowie vom Geschlecht abhängt.

Das Ziel, dem wechselnden Versicherungsnehmer die „Vorsorge für das Alter“ zu erhalten, sollte aber auch unter Inkaufnahme möglicherweise wesentlicher Änderungen des privaten Krankenversicherungssystems angestrebt werden, wenn anders die grundsätzlichen und die praktischen Hindernisse nicht beseitigt werden können. Ein Ergebnis, die bisherige Regelung insgesamt und auf Dauer beizubehalten, ist nämlich aus einer Vielzahl von Gründen unbefriedigend:

- Die Tatsache, dass der Wechsel des Versicherers nur eingeschränkt möglich ist, führt zu einer faktischen Beschränkung des Wettbewerbes. Es läge im Interesse einer Stärkung der freien Wettbewerbsordnung, wenn die vorhandenen Wechselhürden so weit wie möglich beseitigt werden könnten.
- Auch wenn jeder PKV-Versicherte durch die kalkulatorische Berücksichtigung der Stornowahrscheinlichkeiten an der dadurch bewirkten Prämienminderung partizipiert, wird es als Gerechtigkeitsproblem empfunden, dass er im Falle eines Versichererwechsels diesen Wechsel aufgrund des höheren Eintrittsalters und der damit verbundenen höheren Prämie letztlich alleine zu finanzieren hat.

- Eine Ungleichbehandlung innerhalb der Versichertengemeinschaft wird andererseits darin gesehen, dass in dem geltenden PKV-System praktisch nur junge und gesunde Versicherte die Chance zum Versichererwechsel haben, Versicherte in höherem Alter oder mit möglicherweise erheblichen Vorerkrankungen dagegen nicht.
- Ungeachtet aller fachlich begründeten Erwägungen ist es der Öffentlichkeit künftig kaum mehr überzeugend zu vermitteln, dass GKV-Versicherte ihre Krankenkasse frei wechseln können, PKV-Versicherte ihre Krankenversicherung – die ja die gesetzliche Krankenversicherung zu ersetzen hat (substitutive Krankenversicherung) – jedoch nur unter teilweise unüberwindbaren Hindernissen. Hier einen Gleichklang zwischen der GKV und der substitutiven Krankenversicherung der PKV herzustellen, ist angesichts der betont sozialen Funktion der substitutiven Krankenversicherung ein sozialpolitisches Bedürfnis.
- Die aktuellen sozialpolitischen Entwicklungen im Gesundheitswesen deuten darauf hin, dass sich die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung vor einem Paradigmenwechsel befinden, der auch auf das künftige Verhältnis von GKV und PKV abstrahlt. Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hat mit ersten Einschnitten in den Leistungskatalog der GKV begonnen, denen nach verbreiteter Einschätzung weitere folgen könnten. Begleitet wird diese Entwicklung von prinzipiellen Vorschlägen (vgl. oben 1.3.2.4.2.2.3), die Finanzierung der GKV auf grundsätzlich neue Grundlagen zu stellen und damit das Verhältnis zwischen GKV und PKV neu zu justieren. In diesem Zusammenhang wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, den freien Versichererwechsel zu jedem Zeitpunkt zu ermöglichen (vgl. Rürup-Kommission, Bericht Abschnitt 4.3.2.2; Herzog-Kommission, S. 27).

Wenn zur Beseitigung dieser Nachteile ein freier Versichererwechsel in der PKV eingeführt werden soll, ist eine zusätzliche gesetzliche Regulierung unabweisbar, die wesentliche Elemente der geltenden Vertragsfreiheit allerdings tiefer greifend beschränkt. Auf freiwillige Lösungen durch einvernehmliche Spielregeln, die die PKV-Unternehmen untereinander vereinbaren, sollte nicht gesetzt werden; sie wären auch kartellrechtlich möglicherweise nicht zulässig.

Ein wirklich freier PKV-Wechsel wäre erst dann verwirklicht, wenn er nicht nur gesunden und jungen Versicherten offen steht, sondern wenn auch Menschen in höherem Alter oder mit möglicherweise erheblichen Vorerkrankungen einen Rechtsanspruch darauf erhielten, ohne gravierende Nachteile ihren Versicherer zu wechseln. Dies würde einerseits den gesetzlichen Verzicht auf eine erneute Risikoprüfung im Falle des Versichererwechsels und damit

einen uneingeschränkten Kontrahierungszwang sowie andererseits die Nichtberücksichtigung des inzwischen höheren Eintrittsalters bei der Beitragsbemessung zum Wechselzeitpunkt voraussetzen. Kontrahierungszwang ohne Risikodifferenzierung setzt gleichzeitig einen gesetzlich festgelegten und damit brancheeinheitlichen Versicherungsschutzumfang voraus, weil sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Versicherer wissen müssen, für welchen Leistungsumfang die Rechtspflicht zum Vertragsschluss besteht; gesetzlicher Kontrahierungszwang zu einem gesetzlich nicht definierten Vertragsinhalt ist rechtlich unmöglich. Gleichzeitig kann ein unternehmensübergreifendes Schadenausgleichssystem erforderlich sein, weil zufallsbedingt sich bei einzelnen Versicherern überdurchschnittlich viele Schwerstrisiken ansammeln können, was das Versicherungsunternehmen wegen des Kontrahierungszwanges nicht verhindern kann und auch nicht verhindern soll; dies aber würde die Kalkulationsbasis des PKV-Unternehmens zerstören.

Derartige Systemänderungen greifen elementar in das Rechts- und Kalkulationsgefüge des PKV-Systems ein. Hiervon ist nicht nur das Versicherungsvertragsrecht betroffen, sondern insbesondere auch das Versicherungsaufsichtsrecht, das – auf europarechtlicher Grundlage (vgl. Artikel 54 Abs. 2 der Richtlinie 92/49/EWG) – die Rahmenbedingungen für den Betrieb der substitutiven Krankenversicherung schafft (§§ 12 ff. VAG). Die Ausgestaltung möglicherweise erforderlicher unternehmensübergreifender Schadenausgleichssysteme in Verbindung mit einem Kontrahierungszwang erfordert spezielle Kalkulationsgrundsätze; das entsprechende Regelwerk ist materiell Versicherungsaufsichtsrecht. Da die substitutive Krankenversicherung in einem direkten sozialpolitischen Zusammenhang mit der GKV steht – was sich auch in dem für die PKV-Leistungen verbindlichen Gebührenrecht der medizinischen Leistungserbringer niederschlägt –, wird auch das öffentlich-rechtliche Gesundheits- und Sozialrecht tangiert. Auf diese engen Zusammenhänge ist zurückzuführen, dass ähnliche die PKV direkt betreffende Gesetzesregulierungen – nämlich der Standardtarif für ältere Versicherte und die private Pflegepflichtversicherung – im Sozialrecht geregelt und mit entsprechenden Zuständigkeiten der Versicherungsaufsichtsbehörde versehen sind (§ 257 Abs. 2b SGB V; §§ 110, 111 SGB XI). Mit diesen sozialpolitischen Grundentscheidungen zusammenhängende versicherungsvertragsrechtliche Regelungen sind sachlich nachrangig und können erst nach der jeweils vorrangigen Grundentscheidung konzipiert werden.

Ein solchermaßen komplexes, in das Sozialrecht und das Versicherungsaufsichtsrecht eingreifendes Regelwerk zu entwickeln, überschreitet den Kompetenzrahmen und den Auftrag der Kommission. Daher wird empfohlen, dass die nach der Geschäftsverteilung der Bundesregierung hierfür zuständigen Ressorts derartige Modelle alsbald entwickeln. Sie sollten da-

bei den Sachverständigen und die Erfahrung der Versicherungsaufsicht, der Versicherer, der Aktuar und anderer Experten von Anfang an einbeziehen.

1.3.2.4.3 Gesetzlicher Beitragszuschlag

1.3.2.4.3.1 Übertragbarkeit des Beitragszuschlags

1.3.2.4.3.1.1 Ausgangssituation

- a) Der gesetzliche Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a VAG geht auf eine Empfehlung im Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter (BT-Drucksache 13/4945 – im Folgenden zitiert: Gutachten, Abschnitt ...) zurück, die festgestellt hatte, ein Beitragszuschlag von 10 % reiche aus, um die Steigerung der Gesundheitskosten im Alter so weit aufzufangen, dass die langfristige Beitragsentwicklung für die Versicherungsnehmer im Alter erträglich bleibt. Im Rahmen der Verwendungsalternativen hatte die Expertenkommission weiter festgestellt, es sei sachgerecht, das Beitragsniveau ab Alter 65 für längere Zeit absolut stabil zu halten, und sinnvoll, eine „Situation mit dem Alter dann wieder stark ansteigender Krankenversicherungsbeiträge möglichst zu vermeiden“ (Gutachten, Abschnitt 9 Absatz 7).

- b) Hinsichtlich der versicherungstechnischen Behandlung hatte die Expertenkommission festgestellt (Gutachten, Abschnitt 8.3.7 Absatz 3): „Der Beitragszuschlag wird der Alterungsrückstellung des § 341f Abs. 3 HGB zugeschrieben und wie die bisherige Alterungsrückstellung behandelt.“ In der Frage der für den Versicherungsnehmer obligatorischen oder fakultativen Geltung hatte sich die Expertenkommission für das Modell 1 entschieden „Ergänzung der bisherigen Beitragskalkulation durch den obligatorischen Beitragszuschlag für alle Neuverträge“ (Gutachten, Abschnitt 8.3.7.1 Absatz 2). Hierzu sah sich die Expertenkommission durch Artikel 54 Abs. 2 der Dritten Richtlinie Schadenersicherung veranlasst, wonach „die Mitgliedstaaten für diese substitutive Krankenversicherung nur dann vorschreiben“ können, „dass sie in technischer Hinsicht nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, wenn die in Abs. 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Zu diesen zwingenden Voraussetzungen gehört auch, dass ‚eine Alterungsrückstellung‘ gebildet wird.“ Dementsprechend hatten die Modellrechnungen der Exper-

tenkommission zur Grundlage, dass der Beitragszuschlag nach den Grundsätzen der Alterungsrückstellung behandelt, d.h. unter anderem an das Kollektiv vererbt und im Falle eines PKV-Wechsels nicht übertragen wird. Infolgedessen werden nach geltendem Recht die in der Alterungsrückstellung aus dem Beitragszuschlag angesammelten Beträge bei Ausscheiden des Versicherten an die jeweilige Gefahrgemeinschaft „vererbt“. In der Begründung zu dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626) wird ausgeführt, dass der Beitragszuschlag „der Aufstockung der Alterungsrückstellung dient“ (BT-Drucksache 14/1245, S. 119).

- c) Mit dem gesetzlichen Beitragszuschlag wurde für das PKV-System der Zweck verfolgt, eine Lösung zu finden „für das zweite Hauptproblem der Beitragssteigerung im Alter, nämlich die Auswirkungen der speziellen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen“ (Gutachten, Abschnitt 8 Absatz 1). „Wie Modellrechnungen zeigen, reicht ein Beitragszuschlag von 10 % der Bruttobeiträge in Verbindung mit den weiteren in Kapitel 9 gemachten Vorschlägen aus, um die Steigerung der Gesundheitskosten im Alter soweit aufzufangen, dass die langfristige Beitragsentwicklung für die Versicherungsnehmer im Alter erträglich bleibt, ohne sie in jüngeren Jahren unzumutbar zu belasten“ (Gutachten, Abschnitt 8.3.7 Absatz 4).

Dieser Zweck wird für den einzelnen Versicherten dann verfehlt, wenn er das PKV-Unternehmen nach längerer Versicherungsdauer wechselt; denn die unter Umständen auf ein beträchtliches Volumen angewachsenen Beitragszuschläge gehen ihm in diesem Fall verloren. Diese Konsequenz kann als unbefriedigend empfunden werden, so dass sich die Frage stellt, ob unter Abwägung der Einzelinteressen des wechselnden Versicherten einerseits und der Kollektivinteressen der nicht wechselnden Versicherten andererseits gesetzliche Möglichkeiten eröffnet werden müssen, dem zu einem anderen PKV-Unternehmen wechselnden Versicherten die bisher von ihm gezahlten Beitragszuschläge einschließlich Verzinsung wertmäßig zu erhalten, damit sie seine Beitragslast im Alter vermindern.

Als prinzipielle Lösungsmodelle kommen in Betracht

- die Übertragung der angesammelten Mittel aus den Beitragszuschlägen auf das neue PKV-Unternehmen zugunsten des Versicherten,
- die Fortführung dieser Mittel durch das bisherige PKV-Unternehmen zugunsten des Versicherten und
- die Fortgeltung der bisherigen Rechtslage.

1.3.2.4.3.1.2 Übertragung auf das neue PKV-Unternehmen

- a) Für den wertmäßigen Erhalt der aus den Beiträgen angesammelten Beitragszuschläge und ihre Übertragung im Falle eines Versichererwechsels spricht der Gesetzeszweck, mit Hilfe der Mittel aus dem Beitragszuschlag im Alter eine Entlastung desjenigen Versicherten zu ermöglichen, der den Zuschlag bezahlt hat. Letztlich stellt der Beitragszuschlag eine Hybridkonstruktion dar: Er wird zwar mit einem pauschalen Prozentsatz des kollektiv kalkulierten Beitrags berechnet und dementsprechend der kollektiven Alterungsrückstellung zugeführt; gleichzeitig erhält er aber insoweit einen individuellen Charakter, als seine Mittel - solange sich der Versicherte im Kollektiv des PKV-Unternehmens befindet - im Alter ausschließlich für denjenigen Versicherten zu verwenden sind, aus dessen Beiträgen er gebildet wurde. Erst bei Ausscheiden des Versicherten aus der Gefahrengemeinschaft - etwa durch Tod oder Kündigung - werden die angesammelten Beitragszuschläge für das verbleibende Kollektiv verwendet, indem sie für die nicht wechselnden älteren Versicherten beitragsentlastend eingesetzt werden.

Da bei entsprechend langer Versicherungszeit sich aus den angesammelten Beitragszuschlägen zuzüglich der Verzinsung eine erhebliche Wertposition aufbaut, erscheint deren Erhaltung zugunsten des einzelnen Versicherten gerechtfertigt. Im Falle eines Versichererwechsels nach langer Vorversicherungszeit müsste der Versicherte einen vollkommen neuen Sparprozess beginnen mit der Folge, dass die verbleibende Restversicherungszeit bis zum Lebensalter von 60 Jahren sich deutlich verkürzen und nicht ausreichen würde, um das für eine wirksame Beitragsentlastung erforderliche Gesamtvolumen an Beitragszuschlagsmitteln zu erreichen.

Die Befürworter einer Übertragbarkeit des Beitragszuschlags verweisen darauf, dass aufgrund dessen gesetzlicher Ausgestaltung (individuelles Ansammeln, individuelle Verwendung) es sich um eine grundsätzlich andere Art der Risikovorsorge handele als bei der Bildung der normalen Alterungsrückstellung; letztere beinhalte einen versicherungstechnischen Ausgleich für die jeweiligen Kollektive insgesamt. Dagegen habe die aus dem Beitragszuschlag gebildete Rückstellung eine solche Funktion nicht, sie solle vielmehr genau demjenigen, der sie aufgebaut hat, als Risikovorsorge gegen im Alter stark steigende Prämien zugute kommen.

- b) Ein Übertragungsmodell müsste im übrigen zwingend die Anforderung erfüllen, nur die Beitragsentlastung im PKV-System zu bewirken, d.h. solange der Versicherte die Krankheitskostenvollversicherung, aus welcher der Beitragszuschlag gebildet wurde, bei ei-

nem PKV-Unternehmen führt (PKV-Wechsel). In allen übrigen Fällen, in denen der Versicherte mit dieser Versicherung das PKV-System verlässt (insbesondere Tod; Wechsel in die GKV; sonstige Aufgabe der Versicherung z. B. bei Auswanderung oder Wegzug ins Ausland), müssten die Beträge aus dem gesetzlichen Beitragszuschlag entsprechend der geltenden Rechtslage weiterhin an das bisherige Versichertenkollektiv vererbt werden; dies sichert dort die bezweckte nicht unerhebliche Beitragsentlastung im Alter.

- c) Ein Übertragungsmodell müsste ferner die Tatsache berücksichtigen, dass eine solche gesetzliche Änderung bei den beteiligten PKV-Unternehmen zu Verwaltungsaufwand führt, der in den Tarifen nicht einkalkuliert ist und aus dem vorhandenen Beitragszuschlag gedeckt werden müsste; dies gilt insbesondere für die Kosten der Übertragung vom bisherigen auf das neue PKV-Unternehmen. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht hat in ihrer schriftlichen Stellungnahme vom 7. November 2002 zum Zwischenbericht auf die Notwendigkeit von Bagatellgrenzen hingewiesen, zumal insbesondere in Beihilfetarifen in den ersten Versicherungsjahren mit nur geringen Beträgen zu rechnen sei; die Kosten für die Übertragung würden insoweit außer Verhältnis zu den übertragenen Beträgen stehen. Um unwirtschaftliche Übertragungsvorgänge zu vermeiden, wäre zu überlegen, einen Anspruch des Versicherten auf Übertragung erst ab bestimmten Betragsgrößen oder zurückgelegten Versicherungsjahren entstehen zu lassen.

1.3.2.4.3.1.3 Fortführung durch das bisherige PKV-Unternehmen

- a) Die Übertragung hätte zur Folge, dass im Falle eines PKV-Wechsels und - möglicherweise schon kurze Zeit danach - anschließenden dauerhaften Ausscheidens des Versicherten aus dem neuen PKV-Unternehmen durch Tod oder Wechsel in die GKV die Versichertenkollektive des neuen PKV-Unternehmens Mittel übertragen bekommen, die diese sich wirtschaftlich nicht zurechnen lassen können; denn diese Mittel stammen nicht aus den Tarifen des neuen PKV-Unternehmens und stünden ohne einen solchen PKV-Wechsel zweifelsfrei den Versichertenkollektiven des alten PKV-Unternehmens zur Verfügung. Diese systematische Benachteiligung der Kollektive der nicht wechselnden Versicherten des alten PKV-Unternehmens würde nur dann vermieden, wenn sie selbst die „Erben“ derjenigen Beitragzuschläge bleiben, die während der Zugehörigkeit des Versicherten zu ihren Kollektiven angesammelt wurden. Dieses Ergebnis würde dann erreicht, wenn die bisher angesammelten Mittel aus dem Beitragszuschlag im bisherigen PKV-Unternehmen fortgeführt und von diesem zugunsten des inzwischen gewechselten Versicherten dergestalt verwendet werden, dass diesem im Alter eine rentenähnliche

Geldleistung ausgezahlt wird, die seine Beitragslast im gleichen Umfang reduziert, wie wenn er das PKV-Unternehmen nicht gewechselt hätte.

Eine weitere Überlegung aus der Gesetzesgeschichte bestätigt die Sinnhaftigkeit der prinzipiellen Vererbung im Kollektiv des bisherigen PKV-Unternehmens: Der Beitragszuschlag wurde deshalb eingeführt, weil die ursprünglich angedachte Lösung (nämlich zur Beitragsversteigerung im Alter einen Inflationsfaktor in die Kalkulation einzubauen) aus währungspolitischen Gründen nicht verwirklicht werden konnte; der aus dem Inflationsfaktor resultierende höhere Beitrag wäre aber in jedem Fall in die normale Alterungsrückstellung eingegangen und damit im Falle eines PKV-Wechsels im bisherigen PKV-Unternehmen verblieben. Das gleiche hätte gegolten, wenn die ebenfalls als Alternative diskutierte Absenkung des Rechnungszinses verwirklicht worden wäre.

- b) Ein Fortführungsmodell müsste gleichfalls die schon für das Übertragungsmodell festgestellten Anforderungen und Rahmenbedingungen erfüllen. Insbesondere wäre die Fortführung der aus den Beitragszuschlägen angesammelten Mittel durch das bisherige PKV-Unternehmen mit der Verpflichtung zur Zahlung einer rentenähnlichen Leistung an den Versicherten aus wirtschaftlichen Gründen nur zu rechtfertigen, wenn diese Beträge eine Mindestgrößenordnung erreichen; denn es wäre nicht zu vertreten, wenn wesentliche Teile der angesammelten Beitragszuschläge durch Verwaltungsaufwand aufgezehrt werden.

1.3.2.4.3.1.4 Fortgeltung der bisherigen Rechtslage

- a) Die erörterten Modelle verfolgen den Zweck, die aus dem obligatorischen Beitragszuschlag angesammelten Mittel dem wechselnden Versicherten wertmäßig zu erhalten. Da unter den notwendigen Rahmenbedingungen des bestehenden PKV-Systems ein Versichererwechsel zwingend mit einer erneuten Risiko- und Gesundheitsprüfung verbunden ist, können von der Erhöhung der Wechselmöglichkeit nur Gesunde Gebrauch machen. Dies würde die systematische Entmischung der Versichertenkollektive fördern, was vermieden werden muss. Ebenso sollte vermieden werden, dem Versicherungsnehmer durch die Übertragung oder Fortführung der Beitragszuschläge einen zusätzlichen Anreiz zum Versichererwechsel zu geben, obwohl jeder Wechsel - jedenfalls bei einer Beibehaltung des Verfalles der allgemeinen Alterungsrückstellungen - mit Nachteilen verbunden ist.

- b) Die Expertenkommission hatte bei der Festlegung der Höhe des erforderlichen Beitragszuschlags die Vererbung zugunsten des nicht wechselnden Versichertenkollektivs eingerechnet (oben Ziff. 1.3.2.4.3.1.1 Buchst. b); ohne Vererbung hätte der Beitragszuschlag, um die gleiche Entlastungswirkung zu erzielen, deutlich höher ausfallen müssen. Würde der Vererbungseffekt durch Gesetzesänderung nachträglich fortfallen, so würden die aus dem Beitragszuschlag der Alterungsrückstellung zugeführten Mittel nur für einen kürzeren Zeitraum, als er im Gutachten der Expertenkommission angegeben ist, ausreichen, um die Prämien nach Vollendung des 65. Lebensjahres konstant zu halten. Nach Berechnungen der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. würden im Falle der Übertragung des Beitragszuschlags den Versicherten 25 bis 33 % weniger Mittel zur Stabilisierung der Beiträge im Alter zur Verfügung stehen als nach der geltenden Regelung; die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht hat in der Anhörung zum Zwischenbericht die erheblichen Auswirkungen für die dann noch zur Beitragsdämpfung im Alter zur Verfügung stehenden Mittel bestätigt. Die nur den Gesunden zugute kommende Übertragbarkeit des Beitragszuschlags hätte demnach zur Folge, dass der ganz überwiegenden Zahl der nicht wechselbereiten oder wegen Morbidität nicht wechselfähigen Versicherten erhebliche Teile der durch ihr Kollektiv finanzierten Beitragszuschläge entzogen werden, die ihnen für die notwendige und von der Expertenkommission festgestellte Beitragsstabilisierung im Alter fehlen. Dies steht im Widerspruch zu den eigentlichen Vorstellungen und Vorschlägen der Expertenkommission. Allerdings wird dabei auch zu erwägen sein, inwiefern die Versicherten, die nicht wechseln wollen oder nicht wechseln können, weiterhin einen begründbaren Anspruch darauf haben sollten, dass ihnen andere Versicherte anlässlich ihres Wechsels ein gewisses „Guthaben“ in Höhe der angesammelten Beitragszuschläge überlassen.
- c) Problematisch erscheint auch, dass der Versicherungsnehmer sich der vorgenannten Konsequenzen nicht entziehen könnte; denn der Beitragszuschlag ist für Neuverträge obligatorisch. Der Versicherungsnehmer hätte auch nicht die Wahl, anstelle des gesetzlichen Beitragszuschlags mit Übertragbarkeit einen dem gleichen Zweck dienenden Vorsorgetarif abzuschließen, wie er im PKV-Markt üblich ist und angeboten wird und dessen Alterungsrückstellung voll kollektiviert, d.h. nicht übertragbar ist. Diese Wahlmöglichkeit war aber – auf Vorschlag der Expertenkommission – den Versicherten für bestehende Versicherungsverträge eingeräumt worden.

Die nachträgliche Einführung der Übertragbarkeit des Beitragszuschlags für bestehende Versicherungsverträge erschiene möglicherweise auch verfassungsrechtlich problematisch. Denn wer sich für den Beitragszuschlag entschieden hatte, hatte seine Entschei-

dung auf der Grundlage der Nichtübertragbarkeit und damit der vollen Stabilisierungswirkung des Beitragszuschlags getroffen.

d) Die Expertenkommission hatte bereits auf die zwingenden europarechtlichen Rahmenbedingungen für die substitutive Krankenversicherung hingewiesen (oben Ziff. 1.3.2.4.3.1.1 Buchst. b). Nach Artikel 54 Abs. 2 Satz 1 der Richtlinie 92/49/EWG des Rates v. 18.06.1992 darf die Krankenversicherung nur dann nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wenn

- „die Beiträge unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten ... entsprechend der versicherungsmathematischen Methode berechnet werden“, und
- „eine Alterungsrückstellung gebildet wird“.

Eine andere als versicherungsmathematisch begründete, d.h. kollektive Beitragskalkulation und ihre entsprechende Abbildung in der kollektiven Alterungsrückstellung ist nach dem höherrangigen Europarecht unzulässig. Die Individualisierung des Beitragszuschlags dergestalt, dass die in der Alterungsrückstellung enthaltenen Beträge des Beitragszuschlags entgegen den Prinzipien der kollektiven Alterungsrückstellung auf den neuen Versicherer übertragen werden, wenn der Versicherungsnehmer das Kollektiv durch PKV-Wechsel verlässt, kann europarechtliche Konsequenzen für den Beitragszuschlag insgesamt zur Folge haben; denn ein solcher Beitragszuschlag hätte materiell nicht mehr uneingeschränkt die Eigenschaft der kollektiven Alterungsrückstellung.

1.3.2.4.3.1.5 Schlussfolgerung

Eine Mehrheit der Kommission hat sich bei einem Wechsel des Versicherten zu einem anderen PKV-Unternehmen für eine Übertragung der aus den Beitragszuschlägen angesammelten Mittel entsprechend Ziff. 1.3.2.4.3.1.2 ausgesprochen; die insoweit überstimmten Mitglieder wollen dagegen die bestehende Rechtslage unverändert lassen (Ziff. 1.3.2.3.1.4). Ein konkreter Gesetzesvorschlag im Sinne der Mehrheit kann aus folgenden Gründen nicht vorgelegt werden:

Rechtsgrundlage für die Erhebung des gesetzlichen Beitragszuschlags ist mit § 12 Abs. 4a VAG das Versicherungsaufsichtsrecht. Die Vorschrift ist durch Artikel 14 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626) eingefügt worden und beruht auf den

Vorschlägen der Expertenkommission. Sollte die geltende Rechtslage hinsichtlich der Übertragbarkeit der Beitragszuschläge geändert werden, ist dies unter Federführung des BMF als des für die Versicherungsaufsicht zuständigen Fachressorts unter Beteiligung des BMJ für die notwendigen versicherungsvertragsrechtlichen Änderungen abzustimmen. Für die nähere Ausgestaltung des übertragbaren Teiles der Beitragszuschläge unter Berücksichtigung notwendiger Bagatellgrenzen und der aus dem Beitragszuschlag zu deckenden Verwaltungskosten bedarf es einer Durchführungsverordnung, für die gleichfalls im Versicherungsaufsichtsgesetz eine Ermächtigungsgrundlage zu schaffen ist. Ferner fällt in die Zuständigkeit des BMF, die Vereinbarkeit einer solchen aufsichtsrechtlichen Regelung mit den europäischen Versicherungsrichtlinien sicherzustellen.

1.3.2.4.3.2 Verwendung des Beitragszuschlags

Nach § 12a Abs. 2a VAG ist der angesammelte Beitragszuschlag ab einem Alter von 65 Jahren zur Limitierung von Prämien erhöhungen und ab einem Alter von 80 Jahren zur Prämien senkung zu verwenden. Diese Verwendungsmechanik kann bei durchaus nicht untypischen Fallgestaltungen dazu führen, dass nach entsprechend langer Versicherungszeit die Krankenversicherungsprämie ab einem Alter von 80 Jahren fast bis auf Null abgesenkt wird. Dies ist ein wirtschaftlich nicht vernünftiges Ergebnis. Im Versicherteninteresse wäre es sehr viel sinnvoller, die Limitierung von Prämien erhöhungen bereits früher (ungefähr ab einem Alter von 60 Jahren) einsetzen zu lassen und gegebenenfalls im höheren Alter zu verstärken, so dass über eine sehr viel längere Lebenszeit im Alter eine dauerhafte Beitragsdämpfung erreicht wird, die z.B. dazu führen könnte, dass die Beiträge nicht stärker steigen als die normale Inflationsrate. Damit würde dem Rückgang des Einkommens infolge Aufgabe der Berufstätigkeit dauerhaft Rechnung getragen.

Da es sich bei der Verwendung des Beitragszuschlags um eine originäre Frage des Versicherungsaufsichtsrechts handelt, wird empfohlen, dass die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemeinsam mit der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. und den privaten Krankenversicherern ein verbessertes Verwendungsmodell entwickelt, das bei rechtzeitiger Fertigstellung auch im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur VVG-Reform berücksichtigt werden könnte.

1.3.2.4.4 Managed Care

1.3.2.4.4.1 Ausgangslage

In der GKV sind durch das gesetzliche Sachleistungsprinzip direkte Vertragsbeziehungen zwischen den Risikoträgern (Krankenkassen) und den medizinischen Leistungserbringern (insbesondere Kassenärztliche Vereinigungen mit ihren Bundesverbänden) vorgeschrieben, durch die auch die Qualität der medizinischen Versorgung und die Vergütungen geregelt werden. Die PKV wird dagegen bisher von einem dualen Vertragsmodell beherrscht: Der Einzelne schließt als Patient einen Behandlungsvertrag mit dem Leistungserbringer und davon unabhängig als Versicherter einen Versicherungsvertrag zur Erstattung der Behandlungskosten.

Der Versicherer hat keine direkten Vertragsbeziehungen mit dem Leistungserbringer und kann demnach auf Qualität oder Menge der medizinischen Leistungen keinen Einfluss nehmen; auch die mengenorientierten Vergütungsstrukturen kann er durch Verträge mit den Leistungserbringern nicht ändern, weil die entsprechenden Gebührenordnungen (GOÄ, GOZ, BpflV) unabdingbar sind. Im Gegensatz zur GKV steht der PKV damit kein rechtliches Instrumentarium zur Verfügung, um auf die Kostensteigerungen Einfluss zu nehmen.

Weil die Ausgabenentwicklung die Hauptursache für steigende Beiträge darstellt, hat die Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privaten Krankenversicherten im Alter empfohlen, der PKV rechtliche Möglichkeiten an die Hand zu geben, um die Kostenentwicklung wirksamer steuern zu können. Insbesondere hat die Expertenkommission in ihrem Gutachten empfohlen, die Aufnahme vertraglicher Beziehungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern zum Zweck ihrer Verknüpfung mit entsprechenden Tarifangeboten zu ermöglichen (Gutachten, Abschnitt 18).

1.3.2.4.4.2 Begriff „Managed Care“

Unter „Managed Care“ wird häufig eine Vielzahl unterschiedlichster Arten von Maßnahmen zur Kostensteuerung subsumiert. Sachlich sind folgende Hauptgruppen zu unterscheiden:

a) Leistungsmanagement:

Unter Leistungsmanagement werden alle Maßnahmen des Versicherers verstanden, die mit der Erbringung der von ihm tariflich geschuldeten Leistungen gegenüber dem Versicherungsnehmer zusammenhängen. Dazu gehören u.a. die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit der erbrachten Behandlungsleistungen nach Grund und Umfang sowie der korrekten Anwendung der zugrunde liegenden Gebührenordnungen.

b) Managed Care im engeren Sinn:

Unter Managed Care im engeren Sinn werden Instrumente zur Kosten- und Qualitätssteuerung zusammengefasst, die vor oder unmittelbar bei der Erbringung der medizinischen Leistung wirken. Eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze ist bekannt, wie z. B.: Disease Management (Behandlung schwerer chronischer Erkrankungen anhand von evidenzbasierten medizinischen Leitlinien), Case Management (umfassende Betreuung und Therapie schwerer Einzelfallerkrankungen), Drug Utilisation Review (System zur Identifikation von Kontraindikationen von Arzneimitteln), IT-basierte Kartensysteme, Versorgungsstrukturen (Health Maintenance Organisations, Preferred Provider Organisations), Pharmaceutical Benefit Management (Einkaufs- und Verteilungsmanagement von Arzneimitteln), Klinikketten in Trägerschaft von Versicherungsunternehmen.

1.3.2.4.4.3 Regelungsbedarf

In Übereinstimmung mit der Expertenkommission ist davon auszugehen, dass das Leitbild der Privaten Krankenversicherung zukunftsbezogen nicht nur auf die reine Kostenerstattung begrenzt werden kann, sondern den Rahmen eröffnen muss, auch neue Formen und Methoden zur wirksamen Kostensteuerung bei gleichzeitigem Erhalt bzw. Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität zu ermöglichen. Im einzelnen bedarf es für den Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung folgender Gesetzesänderungen:

- a) Gesetzlicher Übergang der Ansprüche des Versicherten gegen den Leistungserbringer aus ungerechtfertigter Bereicherung (Rückzahlung überhöhter Entgelte).
- b) Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche von Leistungserbringern gegenüber dem Versicherten, soweit dieser die unberechtigten Entgeltansprüche nicht auf eigene Kosten, d.h. ohne Inanspruchnahme des Versicherers erfüllen will.

- c) Unterstützung des Versicherten bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung medizinischer Leistungen und der hieraus resultierenden Folgen.
- d) Beratung des Versicherten über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Leistungserbringer.
- e) Unmittelbare Abrechnung der Leistungen mit den Leistungserbringern anstelle von Kostenerstattung.
- f) Beratung über medizinische Leistungen und über Leistungsanbieter.

Darüber hinaus gehende Regelungen sind nach dem derzeitigen Stand der Entwicklung im Gesundheitswesen nicht geboten.

1.3.2.4.5 Einzelne Themen und Vorschriften

1.3.2.4.5.1 Terminologie

1.3.2.4.5.1.1 Anwendungsbereich Krankenversicherung

Soweit das VVG und das VAG nur von „Krankenversicherung“ sprechen (z.B. Überschrift des 2. Titels sowie § 178a Abs. 1 VVG; Überschrift von Titel 4 sowie § 169 Abs. 2 E), sind stets die Krankenversicherung *und* die Pflegeversicherung gemeint. Sollen sich Vorschriften dagegen nur auf Krankenversicherungsverträge oder nur auf Pflegeversicherungsverträge im engeren Sinn beziehen, bedarf es eines konkretisierenden Zusatzes (vgl. die Fälle in § 178b VVG).

1.3.2.4.5.1.2 Einheitliche Begriffe im VVG und VAG

Aus unterschiedlichen Gründen, die vorwiegend auf die jeweiligen Gesetzeshistorien zurückzuführen sind, verwenden VVG und VAG für identische Sachverhalte nicht stets dieselben Begriffe. Aus Gründen der Einheit und Klarheit der Rechtsordnung sowie zur Vermeidung

unterschiedlicher Interpretationen soll künftig die Begriffswelt im VVG und VAG besser aufeinander abgestimmt und soweit möglich vereinheitlicht werden. Auf dem Gebiet der Krankenversicherung betrifft dies insbesondere den Begriff der „substitutiven Krankenversicherung“.

1.3.2.4.5.2 Sonderregelungen für Vorschriften des Allgemeinen Teiles

1.3.2.4.5.2.1 Rettungskosten

Für die Sachversicherung soll die Rechtsprechung des BGH zur Vorerstreckung von Rettungskosten in das Gesetz übernommen werden. Auf die Krankenversicherung soll sich diese Änderung nicht beziehen. Hier ist nämlich – im Gegensatz zur Sachversicherung – Versicherungsfall nicht das zum späteren Schaden führende Ereignis (d.h. die Krankheit), sondern erst die aufgrund dieses Ereignisses einsetzende medizinisch notwendige Behandlung. Damit hängt zusammen, dass in der Krankenversicherung – außer der Generalklausel der medizinischen Notwendigkeit – immer nur die in den jeweiligen AVB und Tarifbestimmungen ausdrücklich bezeichneten, medizinischen und sonstigen katalogisierten Leistungen – von denen einige auch als Rettungskosten verstanden werden könnten – Gegenstand des Versicherungsschutzes sind, die auch nicht über den Umweg vorgezogener Rettungskosten erweiterbar sind.

Eine Vorerstreckung von Rettungskosten würde dieses bisherige Regel-Ausnahme-Verhältnis in der Krankenversicherung umkehren und zur Folge haben, dass künftig alles das, was bisher von vornherein nicht versichert war, in den AVB oder Tarifbestimmungen ausdrücklich ausgeschlossen werden müsste. Dies ist praktisch nicht möglich und würde darüber hinaus nicht für die vorhandenen Versicherungsbestände gelten. Da Standort für die gesetzliche Regelung über die Vorerstreckung von Rettungskosten die allgemeinen Vorschriften für die Sachversicherung sein werden, bedarf es für die Krankenversicherung keiner besonderen Ausnahmeregelung.

1.3.2.4.5.2.2 Versicherung für fremde Rechnung

Die Vorschriften der Versicherung für fremde Rechnung (§§ 46 ff. E) sind grundsätzlich auch auf die Krankenversicherung anzuwenden. Typische Fallgestaltungen sind z.B. die Mitversi-

cherung der Kinder auch über deren Ausbildung hinaus durch die Eltern, die Mitversicherung des Ehepartners auch im Falle einer Trennung oder Scheidung oder die Versicherung von Verwandten aus Unterhaltsgründen.

Eine undifferenzierte Verweisung auf die §§ 46 ff. E würde jedoch in der Leistungsabrechnung zu erheblichen praktischen Problemen führen. Um nämlich Doppelzahlungen zu vermeiden bzw. eine befreiende Zahlung sicherzustellen, müsste der Versicherer vom jeweils Erstattung verlangenden Versicherungsnehmer oder Versicherten die Vorlage des Versicherungsscheins oder die Zustimmung des Versicherten bzw. Versicherungsnehmers verlangen. Das führt in einem Massengeschäftszweig wie der Krankenversicherung zu unvermeidbarem Verwaltungsaufwand und verzögert zum Nachteil des Erstattungsempfängers die Auszahlung der Leistung erheblich. Für die Unfallversicherung (§ 179 Abs. 2 VVG) liegt insoweit eine andere Situation vor, weil der Versicherungsfall relativ selten eintritt, während die Krankenversicherung laufend in Anspruch genommen wird. Außerdem kann eine befreiende Leistung an den Versicherten, der die Rechnung einreicht, die Interessen des Versicherungsnehmers nachteilig berühren, wenn dadurch ein sonst bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung vernichtet würde.

Die notwendige Modifizierung der §§ 46 ff. E soll darin bestehen, dass der Versicherte nur dann befreiende Leistung des Krankenversicherers verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer ihn – widerruflich oder unwiderruflich – gegenüber dem Versicherer als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat. Ohne den Versicherungsschein vorlegen zu müssen, ist damit eine eindeutige Empfangsberechtigung gegeben: Bei Benennung durch den Versicherungsnehmer nur der Versicherte und ohne Benennung nur der Versicherungsnehmer.

1.3.2.4.5.3 Erweiterung des Bereicherungsverbots

Leistungen der PKV treten häufig additiv neben Leistungen der GKV oder der Beihilfe. Rechtlich sind hieraus resultierende Überkompensationen eines Schadens nach geltendem Recht weder unter § 55 VVG (Beschränkung der Leistungspflicht auf den Ersatz des Schadens) noch unter § 59 VVG (Doppelversicherung) zu subsumieren. Dies kann dazu führen, dass der Versicherungsnehmer am Versicherungsfall verdient.

Beihilfe, GKV und PKV gehören unterschiedlichen Rechtskreisen an: Beihilfe ist öffentliches Recht (Beamtenrecht), GKV ist Sozialrecht, PKV ist Zivilrecht (Versicherungsvertragsrecht).

Das Problem der Überkompensation des Schadens kann somit auch nicht im VVG nach den Grundsätzen der Doppelversicherung (§ 80 E) gelöst werden; denn dies würde voraussetzen, dass alle konkurrierenden Risikoträger nach den Grundsätzen des Versicherungsvertragsrechts zu leisten hätten. Solange das öffentliche Recht für die Beihilfe und das Sozialrecht für die GKV jeweils für ihren Bereich keine Kollisionsregelungen im Verhältnis zur PKV treffen, kann die Erweiterung des Bereicherungsverbots nur durch eine Subsidiaritätsvorschrift des VVG zugunsten der PKV herbeigeführt werden.

Aus ordnungspolitischen Gründen darf kein Anreiz geschaffen werden, Krankheitskosten über das medizinisch und wirtschaftlich notwendige Maß hinaus zu verursachen. Da es kein allgemeines Bereicherungsverbot gibt, kann nur eine generelle gesetzliche Regelung sicherstellen, dass Erstattungsleistungen aus PKV und Beihilfe bzw. PKV und GKV zusammen die Gesamtkosten des Versicherten nicht übersteigen. Eine Regelung ausschließlich in den AVB reicht nicht aus, da diese nur für neue Versicherungsverträge gelten und sich nicht auf die große Zahl der bereits bestehenden Krankenversicherungsverträge erstrecken würde.

1.3.2.4.5.4 Befristung von Krankenversicherungsverträgen in Sonderfällen

Um in der substitutiven Krankenversicherung die Versicherten im Alter nicht ohne bezahlbaren Krankenversicherungsschutz zu lassen, hat der Gesetzgeber in § 178a Abs. 4 VVG das Befristungsverbot eingeführt.

Da die Kopfschäden mit dem Lebensalter der Versicherten erheblich steigen, müssen unbefristete und für den Versicherer unkündbare Krankenversicherungen wesentlich höhere Prämien haben als entsprechende Versicherungen, die nur bis zu einem bestimmten Lebensalter laufen. Das gleiche gilt für einige Krankenversicherungen, die nach ihrem wirtschaftlichen Zweck nur für bestimmte, zeitlich begrenzte Anlässe benötigt werden. Das Befristungsverbot spiegelt daher nicht in allen Konstellationen eine ausgewogene Interessenabwägung wider.

1.3.2.4.5.4.1 Beihilfetarife

Einen solchen Fall stellen die Beihilfetarife dar, da der Beihilfesatz bei jedem Beamten mit Eintritt in den Ruhestand steigt.

Regeldatum für den Eintritt in den Ruhestand ist die Vollendung des 65. Lebensjahres. Diese Grenze wird möglicherweise in Zukunft hinaufgesetzt werden. Viele Beamte gehen jedoch – freiwillig oder krankheitshalber – bereits früher in den Ruhestand. In Ausnahmefällen kann die Dienstzeit des Beamten auch verlängert werden.

Für den Anteil des Krankheitskostentarifs der Beamten, der nach der Versetzung in den Ruhestand wegen der Erhöhung des Beihilfesatzes auf 70 % nicht mehr benötigt wird, ist das Befristungsverbot zum Schutz des Versicherten nicht erforderlich. Es ist daher insoweit aufzugeben.

Eine entsprechende gesetzliche Regelung muss sicherstellen, dass der Versicherungsvertrag auf das Ruhestandsdatum des einzelnen versicherten Beamten abgestellt wird, da das Regeldatum (65 Jahre) in vielen Fällen unterschritten, in manchen Fällen jetzt schon überschritten wird. Für die Kalkulation muss der Versicherer einen realistischen Mittelwert finden.

1.3.2.4.5.4.2 Krankentagegeldversicherung

Einen weiteren Fall stellt die Krankentagegeldversicherung dar. Sie deckt nicht Krankheitskosten ab, sondern sichert die Lebenshaltungskosten des Versicherungsnehmers und seiner Familie für den Fall des krankheitsbedingten Verdienstaufhaltes. Diese Funktion entfällt in dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer in den Ruhestand geht, damit seine Arbeit aufgibt und seine Altersversorgung zur Deckung der Lebenshaltungskosten in Anspruch nimmt.

Für den Beginn des Ruhestandes steht allerdings weder ein Regeldatum (z.B. Vollendung des 65. Lebensjahres) noch ein für die Versicherer transparentes individuelles Datum fest. Allenfalls für die in einem rentenversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis befindlichen Personen könnte von dem Zeitpunkt ausgegangen werden, zu dem sie die gesetzliche Rente beziehen. Personen mit einer selbständigen Berufstätigkeit sind für dessen freiwillige Aufgabe weder an das Rentenalter von 65 Jahren gebunden, noch können sie in jedem Fall ein ausreichendes Vermögen bilden, um ohne weiteres mit 65 Jahren die Erwerbstätigkeit ganz aufzugeben.

Das Problem ist, wie oben dargelegt, prämienrelevant. Wenn der Versicherer die Krankentagegeldversicherung nicht – z.B. nicht auf das 65. Lebensjahr – befristen kann, muss er zu Lasten aller Versicherungsnehmer Vorsorge treffen für diejenigen (möglicherweise einige

wenige) Personen, die nicht spätestens im 65. Lebensjahr ihre Krankentagegeldversicherung kündigen.

Auch sind Fälle denkbar, in denen im höheren Alter eine selbständige Berufstätigkeit lediglich pro forma aufrecht erhalten wird, um dann im Krankheitsfall zusätzlich zur Altersabsicherung die Krankentagegeldversicherung in Anspruch nehmen zu können. Dem kann bei der heute üblichen Ausgestaltung der Krankentagegeldversicherung als Summenversicherung rechtlich nicht entgegen getreten werden.

Es ist daher erforderlich, das Befristungsverbot einzuschränken unter der Voraussetzung, dass eine ausreichende Absicherung des betroffenen Personenkreises auch nach Fristablauf sichergestellt wird. Als derartige Absicherung kommt ein Anspruch auf Fortführung nach Fristablauf als Schadenversicherung ohne neue Gesundheitsprüfung zu einem gesonderten (höheren) Tarif in Frage. Die Kommission hat sich davon überzeugt, dass ein solcher Tarif für die betreffenden Versicherten bezahlbar ist.

Die Befristung der Krankentagegeldtarife auf die Vollendung des 65. Lebensjahres (mit anschließender Verlängerungsoption) passt sich auch in die aufsichtsrechtliche Regelung des § 12 Abs. 4a Satz 2 VAG ein, der die Nichterhebung des Beitragszuschlags für solche Tarife mit ihrer regelmäßigen Beendigung zum 65. Lebensjahr verknüpft.

1.3.2.4.5.4.3 Krankenversicherungsverträge von Personen mit befristeter Aufenthaltserlaubnis

Krankenversicherungen von ausländischen Staatsangehörigen, die sich zwar nur vorübergehend, gleichwohl aber nicht nur kurzfristig in Deutschland aufhalten, werden nach gegenwärtiger Rechtslage bei entsprechendem Versicherungsumfang der substitutiven Krankenversicherung zugeordnet. Sie sind daher mit Alterungsrückstellung zu kalkulieren und dem Befristungsverbot nach § 178a Abs. 4 VVG unterworfen. Dies ist nicht interessengerecht und nicht vom gesetzlichen Schutzgedanken gefordert. Daher ist vorgesehen, befristeten und ohne Alterungsrückstellung kalkulierten Versicherungsschutz für die Dauer einer befristeten Aufenthaltsgenehmigung gesetzlich zuzulassen.

1.3.2.4.5.4.4 Nicht substitutive Krankenversicherungen

Nach der bisherigen Systematik können nicht substitutive Krankenversicherungen, die nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, befristet werden. § 12 Abs. 5 in Verbindung mit Abs. 1 Nr. 3 VAG verlangt für eine solche Krankenversicherung nur den vertraglichen Ausschluss des Kündigungsrechts, nicht aber deren Unbefristetheit. Dies erscheint nicht sachgerecht; denn die nach Art der Lebensversicherung betriebene und mit Alterungsrückstellung kalkulierte nicht substitutive Krankenversicherung verdient – abgesehen von den ausdrücklichen Ausnahmen – den gleichen Schutz im Interesse der Versicherten wie die substitutive Krankenversicherung. Dies soll gesetzlich klargestellt werden. Damit wird auch sichergestellt, dass im Falle einer künftigen Ausgliederung von GKV-Leistungen und deren Überführung in die Privatversicherung (vgl. Ziff. 1.3.2.4.1.3.2) diese Ergänzungstarife, die dann keine substitutive Krankenversicherung, aber nach Art der Lebensversicherung zu betreiben wären, den gleichen Versichertenschutz erhalten.

1.3.2.4.5.5 Medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeitsgebot

- a) Wenn bei gegebener Indikation mehrere medizinisch gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die sich kostenmäßig aber erheblich unterscheiden, besteht eine Leistungspflicht des Krankenversicherers nur für die kostenmäßig günstigere Behandlung. Dies ist herrschende Meinung, auf die sich die bisherige Leistungspraxis der Versicherer stützte. Gesicherte Rechtslage aufgrund bisheriger BGH-Rechtsprechung war ferner, dass ein im Verhältnis zum medizinischen Behandlungsumfang überhöhter Vergütungsansatz vom Versicherer nicht zu ersetzen ist (Übermaßvergütung).

Beide Rechtspositionen hat der BGH völlig überraschend kürzlich mit seinem Urteil v. 12.03.2003 (IV ZR 278/01) aufgegeben. Er lehnt zur erstgenannten Frage die herrschende Meinung ab und gibt zur zweiten Frage seine bisherige Rechtsprechung auf.

- b) Das Urteil erschwert nachhaltig das Bemühen der Krankenversicherer bzw. macht es ihnen unmöglich, die überproportionale Krankheitskostenentwicklung durch wirkungsvolles Leistungsmanagement ohne medizinische Qualitätseinbußen zu bekämpfen und damit im Interesse der Versicherten einen nachhaltigen Beitrag zur Stabilisierung der Beiträge zu leisten. Die schon von der Expertenkommission ausgesprochene und von der VVG-Kommission bestätigte Empfehlung, der PKV rechtliche Möglichkeiten an die

Hand zu geben, um die Kostenentwicklung wirksamer Steuern zu können (s. oben Ziff. 1.3.2.4.4), wird in ihr Gegenteil verkehrt.

Deshalb ist es erforderlich, im Zusammenhang mit der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung gesetzlich auch ein allgemeines Wirtschaftlichkeitsgebot für Behandlungsumfang und Aufwendungen hierfür zu verankern. Der PKV als einem unter Vertragsfreiheit stehenden System wird der notwendige Spielraum dadurch eingeräumt werden, dass die AVB die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit auch weiter fassen können, so dass auch echte „Luxus“-Medizin (im Sinne medizinisch nicht indizierter, sondern einfach nur unnötig teurer Medizin) oder teure alternative Heilmethoden (für die ein wissenschaftlich fundierter Wirksamkeitsnachweis fehlt) versichert werden können. Auch muss – wie bisher – die Möglichkeit für Tarife eröffnet bleiben, über den Regelsätzen der Gebührenordnungen liegende Vergütungen für medizinische Leistungen zu versichern.

- c) Damit die Ergänzung des Gesetzes nicht nur auf neue Verträge beschränkt bleibt, soll eine Überleitungsvorschrift die Möglichkeit einräumen, die AVB entsprechend dieser Gesetzesergänzung mit Wirkung für die vorhandenen Versicherungsverhältnisse zu ändern. Eine unvermeidbare Benachteiligung der bisher Versicherten ist damit nicht verbunden, weil lediglich diejenige Rechtslage wieder hergestellt wird, von der nach der bisher herrschenden Meinung auszugehen war.

1.3.2.4.5.6 Kindernachversicherung

Aufgrund einseitiger Erklärung des Versicherungsnehmers („Anmeldung“) besteht eine Verpflichtung des Versicherers, das Neugeborene rückwirkend und ohne Gesundheitsprüfung – also mit allen bereits vorhandenen Krankheiten – als weiteren Versicherten in den bestehenden Vertrag einzubeziehen. Die Regelung hat einen sozialpolitischen Hintergrund und bezweckt, Versicherungsschutz für Kinder sicherzustellen, auch wenn auf Grund von vorhandenen Erkrankungen dies auf dem Markt nicht möglich wäre. Für Adoptivkinder gilt im reduzierten Rahmen des § 178d Abs. 2 VVG dasselbe.

Die sozialpolitischen Gründe für diese Regelung greifen der Natur der Sache nach nur bei der substitutiven Krankenversicherung. Gleichwohl findet die Norm ihrem eindeutigen Wortlaut nach auf alle Formen der Krankenversicherung, also auch auf Zusatzversicherungen zur GKV sowie Auslands- und Reisekrankenversicherungen Anwendung. Insbesondere in der

Reisekrankenversicherung, aber auch in der Zusatzversicherung für Kinder, soll zu relativ geringen Prämien umfassender Risikoschutz geboten werden.

Hiergegen wird eingewandt, die sozialpolitische Zielsetzung vertrage sich nicht mit einer Er-streckung der Nachversicherungspflicht auf diese Formen der Versicherung. Deshalb wird eine dem sozialpolitischen Schutzzweck der Norm entsprechende Beschränkung des An-wendungsbereichs des § 178d VVG auf die substitutive Krankenversicherung gefordert.

Eine normzweckorientierte Einschränkung erscheint in der Tat sinnvoll. Allerdings ist weder eine Beschränkung auf die substitutive Krankenversicherung noch ein genereller Ausschluss von Auslands- oder Reisekrankenversicherungen eine angemessene Lösung, da auch dort in Einzelfällen durchaus eine dem Schutzzweck entsprechende Lebenssituation gegeben sein kann.

Eines besonderen Schutzes des Neugeborenen bedarf es in der Auslands- und in der Rei-sekrankenversicherung dann nicht, wenn – in der Regel über die Eltern – für das Kind ein anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im In- oder Ausland besteht. Diese Fälle sollen daher von der Anwendung des § 178d VVG gesetzlich ausge-schlossen werden.

1.3.2.4.5.7 Tarifwechsel

1.3.2.4.5.7.1 Verschmelzung und Bestandsübertragung

§ 178f VVG verfolgt den Zweck, die Versicherungsnehmer vor den negativen Folgen einer gezielten Tarifschließung (Vergreisung von Beständen) zu schützen. Die tatsächliche Wir-kung der Norm ist jedoch umfassender und geht über das gesetzgeberische Ziel hinaus. Ins-besondere erschwert sie eine Verschmelzung von Krankenversicherungsunternehmen und Bestandsübertragungen. Beides kann z.B. aus Gründen der Wettbewerbsfähigkeit oder zum Zweck der Sanierung sogar erwünscht sein. Die aktuellen Diskussionen um die Gründung von Auffanggesellschaften im Rahmen von versicherungsspezifischen Insolvenzschutzkonzepten machen den Handlungsbedarf deutlich. Die Notwendigkeit für eine Sonderrege-lung ergibt sich auch aus der Tatsache, dass die Europäische Kommission eine Richtlinie vorbereitet, die alle Versicherungszweige zur Einführung von Insolvenzschutzungen ver-

pflichtet; in der Krankenversicherung benötigt man hierfür zwingend die Instrumente der Bestandsübertragung und Verschmelzung.

Für den Fall der Verschmelzung von Krankenversicherungsunternehmen oder der Übertragung von Krankenversicherungsbeständen auf ein anderes Krankenversicherungsunternehmen soll daher die Anwendbarkeit des § 178f Abs. 1 VVG für die Dauer von fünf Jahren ab Rechtswirksamkeit der Verschmelzung oder Bestandsübertragung für den Wechsel zwischen den verschmolzenen oder übertragenen Krankenversicherungsbeständen ausgeschlossen werden.

Weitergehende Anforderungen an den Ausschluss des Tarifwechselrechts sind nicht zu stellen. Soweit es sich um eine Bestandsübertragung handelt, kann die Aufsichtsbehörde nach § 14 VAG im Rahmen des Genehmigungsverfahrens alle Maßnahmen treffen und Auflagen vorsehen, die zur Wahrung der Belange der Versicherten und der Versicherer notwendig sind. Dazu gehört auch die Festlegung der Voraussetzungen, unter denen die bisherigen Tarife geschlossen, fortgeführt oder sonst saniert werden sollen. Im Falle einer Verschmelzung hat die Aufsichtsbehörde nach § 14a in Verbindung mit § 14 Abs. 1 Satz 2 bis 4 VAG die gleichen Möglichkeiten.

1.3.2.4.5.7.2 Erstreckung auf Gesellschaften eines Konzernes

Verschiedentlich ist in der Fachöffentlichkeit erörtert worden, zur Vermeidung von Missbräuchen § 178f VVG auf den Wechsel zwischen verschiedenen Krankenversicherungsunternehmen desselben Konzerns zu erstrecken. Eine solche Erstreckung würde jedoch auch solche Fälle erfassen, in denen ein Konzern aus nachvollziehbaren und sinnvollen Gründen im Wege einer Mehrmarkenstrategie bewusst mehrere Krankenversicherungsunternehmen betreibt, ohne dass es zu einer faktischen Umgehung des § 178f VVG kommt. Auch Konzentrationsprozesse, die sozial- und wettbewerbspolitisch begrüßenswert sein können, würden verhindert. Die geltende Regelung wird daher nicht verändert.

Etwaigen Missbräuchen sollte dagegen durch eine Verschärfung des aufsichtsrechtlichen Instrumentariums begegnet werden.

1.3.2.4.5.8 Beitragsanpassungen

1.3.2.4.5.8.1 Ausgangslage

- a) Eine Beitragsanpassung ist nach § 178g Abs. 2 VVG nur möglich, wenn der tatsächliche Schadenbedarf sich gegenüber dem kalkulierten verändert. Die Veränderung anderer für die Beitragskalkulation relevanter Rechnungsgrundlagen – z.B. der Ausscheideordnung (Sterbetafeln, Stornowahrscheinlichkeit), der Schadenregulierungskosten oder des Rechnungszinses – löst nach geltender Rechtslage für sich allein keine Beitragsanpassung aus. Wenn allerdings der tatsächliche Schadenbedarf sich gegenüber dem kalkulierten verändert und aus diesem Grund die Beiträge zu überprüfen sind, müssen gleichzeitig auch alle anderen Rechnungsgrundlagen mit überprüft werden; dies ist der rechtliche Inhalt von § 12b Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 VAG und § 11 Abs. 1 Satz 1 KalV. Erst und nur dann können die Sterbe- und Stornowahrscheinlichkeiten, die Schadenregulierungskosten oder auch der Rechnungszins aktualisiert werden. Die Konsequenz ist, dass es zu einer Kumulierung von Anpassungsnotwendigkeiten kommt, die zu besonders drastischen Beitragsanpassungen zwingt, ohne dass die Versicherer dies verhindern könnten.

Diese Konsequenzen waren bei Schaffung des § 178g VVG noch nicht in vollem Umfang zu übersehen; denn die KalV, die nun die rechtliche Grundlage für die Kalkulation und damit auch für die Beitragsanpassung bildet, wurde erst zwei Jahre später erlassen.

- b) Es ist daher notwendig, solche Kumulierungen zu vermeiden und Beitragsanpassungen schon immer dann zu ermöglichen, wenn eine der anderen Rechnungsgrundlagen für sich allein aktualisiert werden muss. Da schon nach geltender Rechtslage im Falle einer Beitragsanpassung wegen entsprechender Schadenentwicklung gleichzeitig alle übrigen Rechnungsgrundlagen dahingehend zu überprüfen sind, ob ihre tatsächliche mit der in der Kalkulation angenommenen Entwicklung übereinstimmt, gibt es keinen logischen Grund, solche anderen Rechnungsgrundlagen als auslösenden Anlass einer Beitragsanpassung systematisch auszuschließen; denn bei einer Beitragsanpassung aus anderem Anlass müssen sie ohnehin mit angepasst werden.

Die Folge einer Erweiterung der Anlässe für eine Beitragsüberprüfung wäre eine Verstärkung der Beitragsentwicklung und die Vermeidung von Beitragssprüngen. Eine solche Verstärkung liegt vor allem auch im Interesse der Versicherungsnehmer: Die Verpflich-

tung zur Überprüfung der Beiträge verfolgt das Ziel, die Versichertengemeinschaft vor einer dauerhaften Unterkalkulation zu schützen und damit die dauernde Erfüllbarkeit der Verträge zu gewährleisten. Dies ist ein aufsichtsrechtliches Gebot. Gleichzeitig muss der einzelne Versicherte aber auch davor bewahrt werden, dass durch ein Hinausschieben notwendiger Beitragsanpassungen die Beitragssprünge zu groß werden. Ist der Versicherer längere Zeit faktisch gehindert, die Beiträge zu überprüfen, stehen ihm für dann größere Beitragserhöhungen möglicherweise nicht mehr ausreichend Überschussmittel zur Verfügung, um diese Beitragserhöhungen zu limitieren. Denn steuerlich ist er gezwungen, die Zuführungen zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) innerhalb von drei Jahren für die Versicherten zu verwenden. Der Versicherer kann also RfB-Mittel nicht über die dreijährige Verwendungsfrist hinaus parken, um sie für spätere Limitierungen einzusetzen. Kommt es dann aber nach längerer Zeit zu einer deutlichen Beitragsanpassung, fehlen die für sinnvolle Limitierungen erforderlichen Mittel.

1.3.2.4.5.8.2 Allgemeine Grundsätze der Beitragsberechnung und Beitragsanpassung

- a) Die Beitragskalkulation und jede Beitragsanpassung muss den nachprüfbar anerkannten aktuariellen Grundsätzen entsprechen. Was aktuariell anerkannt ist (§ 1 KalV: „anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik“), ist versicherungsaufsichtsrechtlich und damit auch versicherungsvertragsrechtlich bindend (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 VAG, § 1 KalV, § 178g Abs. 1 Satz 1 VVG).

Zu den anerkannten aktuariellen Methoden gehört der Grundsatz, dass jede einzelne Rechnungsgrundlage sich selbst tragen, d.h. in sich auskalkuliert sein muss; eine Saldierung der Kalkulationsergebnisse mehrerer Rechnungsgrundlagen ist unzulässig.

Jede einzelne Rechnungsgrundlage ist für sich mit ausreichenden Sicherheiten zu versehen (§ 2 Abs. 3 KalV). Es ist nicht zulässig, über mehrere Rechnungsgrundlagen hinweg pauschale Sicherheiten einzurechnen. Auch der Sicherheitszuschlag selbst hat nicht diese Funktion.

Für alle Rechnungsgrundlagen gilt der aktuarielle Grundsatz, dass nur solche Abweichungen (nach oben oder unten) zu einer Überprüfung der Beiträge (= Nachkalkulation) und Beitragsanpassung (nach oben oder unten) führen, die als nicht nur vorübergehend anzusehen sind (vgl. § 178g Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1 VVG).

- b) Bei der Überprüfung der Kalkulation im Rahmen der Nachkalkulation kommt es darauf an, ob die tatsächliche Entwicklung mit den der Kalkulation zugrunde gelegten Annahmen übereinstimmt. Ob etwaige tatsächliche Abweichungen der Rechnungsgrundlagen von den der Kalkulation zugrundegelegten auf vom Versicherungsunternehmen zu beeinflussenden Entwicklungen beruhen oder nicht, ist aktuariell und damit versicherungsaufsichtsrechtlich irrelevant. Dies stellt insbesondere für die kostenbezogenen Rechnungsgrundlagen § 8 Abs. 2 KalV ausdrücklich klar („die tatsächlichen Aufwendungen“; „dass sie die Aufwendungen rechnungsmäßig decken“). Nur im Falle einer von Anfang an aktuariell erkennbar unzureichenden Erst- oder Neukalkulation ist dem Versicherungsunternehmen eine Beitragsanpassung verwehrt (§ 12b Abs. 2 Satz 4 VAG).
- c) Beitragsanpassungen müssen – zunächst für den genehmigenden Treuhänder und im Streitfall für die Gerichte – überprüfbar sein. Sie müssen anhand feststellbarer externer oder interner Fakten und Daten belegt werden können (§ 9 KalV).

Externe Daten können z.B. die offiziellen PKV-Sterbetafeln der DAV oder Veröffentlichungen der BaFin zu den festgestellten Stornowahrscheinlichkeiten der PKV sein.

Interne Daten sind Daten des einzelnen Versicherungsunternehmens, die ihren Niederschlag z.B. in der externen Rechnungslegung, in der internen Rechnungslegung gegenüber der BaFin, in der auch dem Wirtschaftsprüfer zugänglichen Kosten- und Erlösrechnung des Versicherungsunternehmens oder in den dem Treuhänder bzw. der BaFin vorzulegenden technischen Berechnungsgrundlagen, kalkulatorischen Herleitungen, Wahrscheinlichkeitstabellen und statistischen Nachweisen finden (§ 12b Abs. 1 Satz 3, Abs. 2 Satz 2 VAG; § 15 Abs. 1 Satz 1, § 17 KalV).

1.3.2.4.5.8.3 Einzelne Rechnungsgrundlagen

1.3.2.4.5.8.3.1 Schadenregulierungskosten

Zwischen der Höhe der eigentlichen Versicherungsleistungen und den Schadenregulierungskosten besteht ein unlösbarer innerer Zusammenhang, der auch darin zum Ausdruck kommt, dass die Schadenregulierungskosten in der externen Rechnungslegung als Teil des Schadenaufwandes behandelt werden. In der Krankenversicherung hat der Zusammenhang eine besonders wichtige Bedeutung: Die Steuerung der Versicherungsleistungen – insbe-

sondere ihre Beschränkung auf das medizinisch Notwendige und auf das nach den ärztlichen Gebührenordnungen Geschuldete sowie ihre Ausrichtung an den Qualitätsstandards der evidenzbasierten Medizin und von Disease Management Programmen (DMP) – erfordert ein intensives und professionelles Leistungs- und Gesundheitsmanagement, das sich mit seinen Aufwendungen in den Schadenregulierungskosten niederschlägt. Je besser das Leistungs- und Gesundheitsmanagement durchgeführt wird, um so erfolgreicher wird der Anstieg der Versicherungsleistungen gedämpft und eine darauf gegründete Beitragsanpassung vermieden. Der Versicherer wäre damit aber auch gleichzeitig gehindert, seine gestiegenen Schadenregulierungskosten kalkulatorisch zu adjustieren, so dass er *wegen* seines erfolgreichen Leistungs- und Gesundheitsmanagements mit einer Unterdeckung aus den Schadenregulierungskosten „bestraft“ wird. Das ist kontraproduktiv und wird ihn veranlassen, lieber einen Anstieg der Versicherungsleistungen zuzulassen, weil nur dies ihm nach der geltenden Rechtslage eine Beitragsanpassung ermöglicht. Da die Einsparungen an Versicherungsleistungen durch gutes Leistungs- und Gesundheitsmanagement erheblich höher sind als der hierfür geleistete Schadenregulierungsmehraufwand, sollte daher auch die Abweichung der tatsächlichen von den kalkulierten Schadenregulierungskosten eine Beitragsanpassung ermöglichen.

Eine isolierte Abweichung der tatsächlichen von den kalkulierten Schadenregulierungskosten hätte allerdings in Relation zum Gesamtbeitrag ein vergleichsweise geringes Gewicht. Dies könnte – wenn alle übrigen Rechnungsgrundlagen sich als noch aktuell erweisen – dazu führen, dass nur wegen eines Kleinstbetrags eine aufwendige Beitragsanpassung durchgeführt werden müsste. Dem soll dadurch Rechnung getragen werden, dass die Versicherungsleistungen und die Schadenregulierungskosten für Zwecke des Auslösens einer Beitragsanpassung zu einem addierten Wert zusammengefasst werden. Dies würde im übrigen ihren inneren Zusammenhang deutlich machen, der auch dadurch zum Ausdruck kommt, dass in der externen Rechnungslegung beide Werte zusammen als Schadenaufwand ausgewiesen werden.

1.3.2.4.5.8.3.2 Sterbewahrscheinlichkeiten

Nach geltender Rechtslage sind erst bei einer Nachkalkulation anlässlich einer durch die Schadenentwicklung ausgelösten Beitragsanpassung die jeweils neuesten Sterbetafeln unmittelbar einzuführen. Maßgebend sind die PKV-Sterbetafeln, welche die DAV entwickelt; die BaFin ist hierbei eingebunden. Die Sterbewahrscheinlichkeiten werden ausschließlich in PKV-einheitlichen Sterbetafeln abgebildet; unternehmensindividuelle Sterbetafeln gibt es

nicht. Selbständiger Auslöser einer Beitragsanpassung sollte daher auch die Veröffentlichung neuer Sterbetafeln durch die DAV oder BaFin sein. Auslösende Faktoren wie im Falle der Versicherungsleistungen kann es hier nicht geben.

1.3.2.4.5.8.3.3 Rechnungszins

Der derzeitige Rechnungszins von 3,5 % ist ein Höchstzins, der in der Kalkulation nicht überschritten werden darf. Er kann aber – wenn die tatsächlichen Kapitalanlageergebnisse des Versicherungsunternehmens dies erfordern – unterschritten werden. Nach den geltenden Vorschriften kommt es nicht darauf an, welche Gründe dafür maßgeblich sind.

Objektive Größe für den Rechnungszins ist die „Nettoverzinsung“. Wenn die tatsächliche Nettoverzinsung des Versicherers (nicht nur vorübergehend) unter den der Kalkulation zugrunde gelegten Rechnungszins sinkt, muss das Versicherungsunternehmen seinen Rechnungszins senken, was zu entsprechenden Beitragserhöhungen führt. Nach geltender Rechtslage ist dies erst möglich, wenn wegen gesteigerter Versicherungsleistungen eine Beitragsanpassung durchgeführt wird. Künftig soll daher ein dauerhaft veränderter Rechnungszins auch für sich alleine eine Beitragsanpassung auslösen.

Die Formel für die Nettoverzinsung ist in § 1 ÜbschV festgelegt; sie wird für die Ermittlung des Überzinses benötigt. Kurz gefasst bildet sie das Kapitalanlageergebnis bezogen auf den mittleren Kapitalanlagebestand ab.

Es ist notwendig, auch beim Rechnungszins einen auslösenden Faktor (s.u. Ziff. 1.3.2.4.5.8.4) zu definieren, der mit demjenigen im Falle des Schadenaufwandes identisch ist: Bezogen auf den derzeitigen Rechnungszins von 3,5 % entspricht eine um 10 % (dauerhaft) niedrigere Nettoverzinsung einer Senkung des Rechnungszinses um 0,35 %-Punkte; dies ist wegen der Hebelwirkung des Zinses ein beachtlicher Wert.

1.3.2.4.5.8.4 Auslösende Faktoren

1.3.2.4.5.8.4.1 Obligatorische Überprüfung

- a) Nach § 12b Abs. 2 Satz 2 VAG besteht eine Pflicht zur Überprüfung der Beiträge, wenn die Abweichung der tatsächlichen von den kalkulierten Versicherungsleistungen 10 % überschreitet („Auslösender Faktor“ = „AF“). Zwar können die AVB einen niedrigeren AF festlegen; indessen ist davon fast im gesamten PKV-Markt so gut wie kein Gebrauch gemacht worden, vielmehr sind niedrigere AF stets nur als „Kann“-Überprüfung eingeführt worden.

Der AF für die obligatorische Überprüfung der Beiträge verfolgt das Ziel, die Versicherungsgemeinschaft vor einer dauerhaften Unterkalkulation zu schützen und damit die dauernde Erfüllbarkeit der Verträge zu gewährleisten. Dies ist ein aufsichtsrechtliches Gebot. Gleichzeitig muss der einzelne Versicherte aber auch davor bewahrt werden, dass durch ein Hinausschieben notwendiger Beitragsanpassungen die Beitragssprünge zu groß werden. Der AF muss daher so gewählt werden, dass im großen und ganzen die Beiträge alle ein bis zwei Jahre zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen sind. Nichts anderes geschieht letztlich auch in der GKV und in der gesetzlichen Rentenversicherung – und zwar allein schon wegen der jährlichen Änderung der Beitragsbemessungsgrenzen.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Aspekte erscheint der geltende Wert für den AF in Höhe von 10 % als ausreichend. Die Versicherer haben die Möglichkeit, in den AVB einen niedrigeren AF zu vereinbaren, und zwar sowohl für eine „Kann“-Überprüfung als auch für eine obligatorische Überprüfung.

- b) Für die Rechnungsgrundlagen „Versicherungsleistungen einschließlich Schadenregulierungskosten“ und „Rechnungszins“ ist es notwendig, die Beitragsüberprüfung an die Erreichung bzw. Überschreitung eines rechnerischen AF zu knüpfen. Für die Rechnungsgrundlage „Sterbewahrscheinlichkeit“ ist dies nicht sinnvoll: Die Sterbewahrscheinlichkeiten werden in Abständen von ca. fünf Jahren für alle Versicherer einheitlich und marktweit überprüft und in der PKV-Sterbetafel festgelegt; diese Sterbetafeln müssen dann einheitlich und gesamthaft, also unabhängig vom Erreichen eines bestimmten Veränderungssatzes eingeführt werden.

1.3.2.4.5.8.4.2 Untergrenze für Überprüfung

Eine Untergrenze für den AF soll wie bisher nicht gesetzlich eingeführt werden. Es bleibt dem Versicherer überlassen, durch AVB einen niedrigeren AF als 10 % festzulegen. Wie bisher können die AVB auch vorsehen, dass der niedrigere AF zu einer Überprüfung der Beiträge führen kann oder muss.

1.3.2.4.5.8.5 Bestandswirksamkeit

Wenn das gesetzliche Regelwerk für Beitragsanpassungen verändert wird, muss der Versicherer die Möglichkeit haben, diese Veränderungen auch bestandswirksam werden zu lassen; anderenfalls würden sie praktisch nichts bewirken, weil sie nur für neue Tarife und AVB gelten würden. Deshalb muss eine Überleitungsregel eine entsprechende AVB-Änderung für den Bestand ermöglichen. Vorbild hierfür wäre Art. 16 § 7 Drittes DurchfG/EWG zum VAG.

1.3.2.4.5.9 Anpassung von Selbstbehalten und Risikozuschlägen

Die Prämienanpassungsregelung in § 178g Abs. 2 VVG lässt dem Wortlaut nach nur eine Änderung der zu erhebenden Prämie selbst, nicht aber eines Risikozuschlags oder eines Selbstbehaltes zu. Dies steht im Widerspruch zu § 12b Abs. 2 Satz 3 VAG. Hiernach kann bei Vorliegen der Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung auch ein betragsmäßiger Selbstbehalt und Prämienzuschlag angepasst werden.

Deshalb wird § 195 Abs. 2 E ausdrücklich auf in absoluten Beträgen ausgewiesene Selbstbehalte und Risikozuschläge erstreckt.

1.3.2.4.5.10 Unabhängiger Treuhänder

- a) In der Krankenversicherung ist die ordentliche Kündigung des Versicherungsvertrags durch den Versicherer grundsätzlich ausgeschlossen. Ändern sich die für die Kalkulation maßgebenden Rechnungsgrundlagen oder die Verhältnisse des Gesundheitswesens, wird die Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung gestört. Da der Versicherer sich in diesem Fall nicht von dem Vertrag lösen kann, muss er die Möglichkeit haben, die verloren gegangene Äquivalenz durch einseitige Anpassung der Prämie oder der Versiche-

rungsbedingungen wieder herzustellen. Die gesetzliche Anpassungsmöglichkeit nach § 178g Abs. 2 und 3 VVG ist daher das zwingend notwendige Korrektiv für den gesetzlichen oder vertraglichen Ausschluss des Kündigungsrechts.

b) Ausmaß und Höhe der Prämienanpassung nach § 178g Abs. 2 VVG dürfen nicht im Belieben des Versicherers stehen. Deshalb war die Prämienanpassung bis 1994 an die Genehmigung der Aufsichtsbehörde gebunden, die die sachliche Ordnungsmäßigkeit und Richtigkeit der Anpassung zu überprüfen hatte. Mit der Deregulierung musste europarechtlich diese Genehmigungspflicht fortfallen. An ihre Stelle traten

- für die Einhaltung der Kalkulationsvorschriften der Verantwortliche Aktuar (§ 12 Abs. 3 VAG),
- für die Überprüfung der Prämienanpassung der unabhängige Treuhänder (§ 178g Abs. 2 VVG, § 12b Abs. 1 bis 4 VAG).

Die geltende Treuhänderregelung ist auf die besonderen Belange der Krankenversicherung zugeschnitten; sie ist sachgerecht und hat sich in der Praxis bewährt. Für Bestellung und Verfahren des Treuhänders gibt es eingespielte Regelungen, die ein hohes Maß an fachlich qualifizierter Tätigkeit und Unabhängigkeit sicherstellen.

Der unabhängige Treuhänder ist eine Überprüfungsinstitution; ohne Treuhänderzustimmung kann der Versicherer die Prämienanpassung nicht durchführen. Der Treuhänder wird dagegen nicht streitentscheidend tätig; seine Zustimmung schließt die gerichtliche Kontrolle der Prämienanpassung nicht aus. Wegen der verfassungsrechtlichen Rechtsweggarantie (Artikel 19 Abs. 4 Satz 1 GG) kann ein mit verbindlicher Entscheidungsgewalt ausgestatteter Treuhänder nicht eingeführt werden.

Die Institution des Treuhänders ist für die Krankenversicherung fortzuführen. Würde diese jeder Prämienanpassung vorgeschaltete Prüfungsinstanz beseitigt, käme es zu einer nachhaltigen und schweren Beeinträchtigung des Krankenversicherungsgeschäftes. Denn die Prämienanpassung könnte dann auf ihre kalkulatorische und fachliche Ordnungsmäßigkeit nur und erstmals im Prozessweg durch die Gerichte überprüft werden. Zwar vermag die Treuhänderzustimmung die gerichtliche Überprüfung nicht zu verhindern; die Tatsache der vorherigen fachlichen Überprüfung durch den Treuhänder sorgt jedoch dafür, dass eine etwa geplante unzutreffende oder gar missbräuchliche Prämienanpassung bereits im Vorfeld erkannt und verhindert wird. Die Treuhänderüberprüfung dient daher ganz maßgeblich der Streitvorbeugung und Streitverhinderung.

Der Treuhänder hat im Rahmen seiner Prüfung insbesondere die Belange der Versicherten und damit der Versichertenkollektive zu beachten (vgl. insbesondere § 12b Abs. 1a Satz 3 VAG). Ein von einem Versicherungsnehmer geführter Prämienanpassungsprozess entfaltet dagegen keine Rechtskraft im Verhältnis zu anderen Versicherten und damit zum gesamten Versicherungs(teil)bestand. Die Gefahr von sich in der Interessenabwägung gemäß § 12b Abs. 1a Satz 3 VAG widersprechenden Urteilen unterschiedlicher Gerichte ist unabweisbar. Der Versicherer könnte solche widerstreitenden Gerichtsentscheidungen in seinen Kalkulationsgrundlagen nicht umsetzen. Die einheitliche Kalkulationsbasis insgesamt bräche zusammen.

- c) Wie kein anderer Versicherungszweig hängt die Krankenversicherung von den politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für das gesamte Gesundheitswesen ab: Änderungen für die GKV, Änderungen des Beihilferechts oder Änderungen des staatlichen Preisrechts für medizinische Leistungen (Gebührenordnungen, Bundespflegegesetzverordnung, Arzneimittel) können sich unmittelbar auf den tariflichen Umfang von Versicherungsleistungen oder auf die Kalkulation mit der Folge auswirken, dass auch von dieser Seite die ursprüngliche Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung beseitigt wird. Weil der Versicherer auch in diesen Fällen den Versicherungsvertrag nicht einseitig lösen kann, benötigt er zwingend als Korrektiv die gesetzliche Bedingungsanpassung nach § 178g Abs. 3 VVG.

Der Treuhänder muss außer hervorragenden Kenntnissen in der versicherungsmathematischen Kalkulation auch Kenntnisse der Entwicklungen des gesamten Gesundheitswesens (einschließlich GKV) besitzen.

Die zur Prämienanpassung angeführten Gründe für die Einschaltung eines unabhängigen Treuhänders gelten auch für die Bedingungsanpassung. Die Vorprüfung durch eine sachverständige Institution trägt entscheidend zu einer Erhöhung der Rechtssicherheit und zu Streitvermeidung bei.

- d) Das VAG kennt außer dem Treuhänder für die Lebens- und Krankenversicherung den Treuhänder für den Deckungsstock, der ebenfalls vom Unternehmen bestellt wird. Was die fachlichen Qualifikationen der Treuhänder oder den Einfluss der Aufsichtsbehörde auf die Bestellung anlangt, unterscheiden sich die Treuhänder für den Deckungsstock nicht von den Treuhändern in der Lebens- und Krankenversicherung.

Die fachliche Qualifikation und Unabhängigkeit des Treuhänders ist in § 12b Abs. 3 VAG geregelt; die Aufsichtsbehörde hat alle Möglichkeiten, diese Anforderungen durchzusetzen; notfalls kann sie den Treuhänder selbst bestellen (§ 12b Abs. 4 VAG). Damit ist ein Höchstmaß an Aufsichtsbefugnissen gewährleistet.

1.3.2.4.5.11 Nachweis für den Eintritt der Versicherungspflicht

Wenn eine versicherte Person kranken- oder pflegeversicherungspflichtig wird, steht ihr das Recht zu, ihren privaten Krankenversicherungsvertrag zu kündigen, u.U. auch rückwirkend zu beenden. Das Gesetz sieht keine Nachweispflicht für den Eintritt der Versicherungspflicht vor. Dies kann zu Rechtsunsicherheit über die Wirksamkeit einer Kündigung führen.

Deshalb soll § 178h Abs. 2 Satz 1 VVG dahingehend ergänzt werden, dass im Falle einer derartigen Kündigung der Versicherungsnehmer einen Nachweis vorlegen und die Kündigung nur unwirksam sein soll, wenn der Versicherungsnehmer seiner Nachweispflicht auch auf schriftliches Verlangen des Versicherers nicht innerhalb von zwei Monaten nach Absenden des Verlangens nachgekommen ist (§ 197 Abs. 2 E).

1.3.2.4.5.12 Fortsetzung des Versicherungsvertrags durch mitversicherte Personen

Es könnte zweifelhaft sein, ob die zweimonatige Frist nach § 178n VVG für die Fortsetzung des Versicherungsvertrags durch eine mitversicherte Person ausreichend lang bemessen ist. Da praktisch relevante Probleme mit der jetzigen Regelung bisher nicht erkennbar geworden sind und eine Fristverlängerung die Manipulationsmöglichkeiten der mitversicherten Person unvertretbar erhöhen würde, soll die geltende Regelung nicht geändert werden.

1.3.2.4.5.13 Vertragsfortführung bei Wegzug innerhalb der EU

Um die Mobilität innerhalb der EU zu erhöhen und die Portabilität des privaten Krankenversicherungsschutzes zu erleichtern, wird eine gesetzliche Regelung eingeführt, die den Versicherer verpflichtet, bei einem Wegzug des Versicherungsnehmers in das EU-Ausland den Vertrag – ohne Erweiterung der Leistungspflicht über die im Inland zu erstattenden Kosten hinaus – weiterzuführen (§ 200 Abs. 3 E).

1.3.2.4.5.14 Abweichende Vereinbarungen

Die unterschiedlichen Gliederungsmerkmale der Krankenversicherung (z.B. substitutive/nicht substitutive Krankenversicherung; mit/ohne Alterungsrückstellung kalkuliert; Schadenversicherung/Summenversicherung) eignen sich nach ihrer Zweckrichtung nicht zur Differenzierung in zwingende, halbzwingende und nicht zwingende Vorschriften. Insoweit ergibt sich kein grundsätzlicher Änderungsbedarf, soweit er nicht durch die vorgeschlagenen VVG-Änderungen selbst veranlasst ist.

1.3.2.4.6 Versicherungsvertragsrecht außerhalb des VVG

1.3.2.4.6.1 Sozialrecht

- a) Das Sozialrecht enthält vielfach Vorschriften, die dort systematisch falsch angesiedelt sind, weil es sich materiell um Versicherungsvertrags-, Versicherungsaufsichts- oder Zivilprozessrecht handelt. Diese Ansiedlung findet ihre Ursache überwiegend in dem Umstand, dass es sich um sozialpolitisch motivierte Gesetzesänderungen handelte, deren Federführung in den jeweiligen für die Sozialversicherung zuständigen Bundesministerien lag. Wenn nunmehr unter Federführung des BMJ das Versicherungsvertragsrecht vollständig reformiert wird, ist es rechtssystematisch unabweisbar, die im Sozialrecht fälschlich angesiedelten Vorschriften in die richtigen Rechtsgebiete zu überführen bzw. ihre inhaltlich parallele Regelung dort sicherzustellen.

Das gleiche gilt wegen des engen sachlichen Zusammenhanges zwischen VVG und VAG auch für das Versicherungsaufsichtsrecht, so dass auch insoweit inhaltlich parallele Regelungen zwischen Sozialrecht und VAG sicherzustellen sind.

- b) Nach § 51 Abs. 2 Satz 2 SGG sind die Sozialgerichte auch zuständig für privatrechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der privaten Pflegeversicherung. Diese Rechtswegzuweisung ist systemwidrig und führt rechtspolitisch und praktisch zu problematischen Ergebnissen:

Der Gesetzgeber hat materiell-rechtlich den Grundsatz „Pflege folgt Kranken“ verwirklicht. Pflegeversicherung und Krankenversicherung sollen dem Grundsatz nach beim selben Versicherer liegen, weil es sich wegen der mitunter fließenden Übergänge zwi-

schen Krankheit und Pflege um einheitliche Lebenssachverhalte handelt und weil möglichst wenig Streitstoff bei Grenzfragen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung aufkommen soll. Dem widerspricht es, den einheitlichen Lebenssachverhalt aufzuspalten und prozessual getrennte Wege zu gehen. Versicherungsvertragsrechtliche Streitigkeiten gehören ausschließlich vor die ordentlichen Gerichte.

Der Versicherer zieht die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung zusammen ein. Wenn der Versicherungsnehmer in Verzug gerät, dann wegen der Beiträge sowohl aus der Krankenversicherung als auch der Pflegeversicherung. Klagt der Versicherer die rückständigen Beiträge ein, muss der Versicherungsnehmer wegen desselben Sachverhaltes zwei getrennte Prämienprozesse vor unterschiedlichen Gerichtsbarkeiten an unterschiedlichen Orten und möglicherweise durch mehrere Rechtsanwälte führen. Das benachteiligt den prozessunerfahrenen Versicherungsnehmer unververtretbar und widerspricht auch den Grundsätzen der Prozessökonomie.

Die vom Sozialgesetzgeber offenbar gewollte prozessuale Gleichstellung von sozialer und privater Pflegeversicherung berücksichtigt darüber hinaus nicht den unterschiedlichen Rechtsstatus von GKV und PKV: Die GKV zieht die fälligen Beiträge über den Arbeitgeber als Schuldner ein; fehlt ein Arbeitgeber als Beitragsschuldner (z.B. bei Selbständigen), können die Kassen als öffentlich-rechtliche Körperschaften den Beitrag sofort über den Gerichtsvollzieher eintreiben. Die Prozesslast ist umgekehrt verteilt: Die PKV muss mahnen und bei Widerspruch des Versicherungsnehmers klagen, während in der GKV stets der Versicherte sich gegen Verwaltungsakte mit Rechtsmitteln wehren muss.

Um die notwendige Symmetrie herzustellen und den privatrechtlich einheitlichen Lebenssachverhalt der privaten Kranken- und Pflegeversicherung nicht zulasten des Versicherungsnehmers zu zerreißen, ist daher die Rechtswegzuweisung zur Sozialgerichtsbarkeit für privatrechtliche Streitigkeiten in der privaten Pflegeversicherung aufzuheben.

1.3.2.4.6.2 Versicherungsvertragsrecht im VAG

VVG und VAG enthalten Vorschriften zur Berechnung und zur Anpassung der Prämie. Im Interesse vertragsrechtlicher Klarheit sind beide Rechtsgebiete insoweit noch besser miteinander zu verzahnen.

1.4 Informationspflichtenverordnung

Nach dem Vorbild der BGB-Informationspflichten-Verordnung ist in § 7 Abs. 2 E eine Verordnungsermächtigung vorgesehen. Dadurch soll das Versicherungsvertragsgesetz von der Regelung der Einzelheiten der Informationen, die der Versicherer dem Versicherungsnehmer insbesondere beim Abschluss eines Versicherungsvertrags erteilen muss, entlastet werden. Das ist schon deswegen sinnvoll, weil - bei der großen Bedeutung ausreichender Informationen für den Versicherungsnehmer als Ganzes - die einzelne Detailinformation doch in mancher Hinsicht annähernd belanglos sein kann, aber gemeinschaftsrechtlich weitgehend vorgegeben ist. Außerdem hat die Verlagerung in eine Rechtsverordnung den Vorteil, dass deren Bestimmungen bei Bedarf schneller und einfacher geändert werden können.

Der Kommission lagen Entwürfe für eine Verordnung nach § 7 Abs. 2 E vor, die aber in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht mehr abschließend erörtert werden konnten. Deshalb werden im Folgenden nur einige Grundsätze festgehalten, die nach Ansicht der Kommission zu berücksichtigen sind.

1.4.1 Beachtung der gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben

Es bedarf keiner Begründung, dass die gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben für die Bestimmungen beim Abschluss eines Versicherungsvertrags auch hinsichtlich der Informationen insgesamt erfüllt werden müssen. Dabei kann sich empfehlen, im Einzelfall den Wortlaut einer Richtlinie auch dann zu übernehmen, wenn die Wortwahl für die deutsche Gesetzgebung ungewöhnlich erscheint. Ein von der gemeinschaftsrechtlichen Vorgabe sprachlich abweichende Formulierung kann leicht dazu führen, dass Zweifel über die vollständige Umsetzung auftreten.

Der Entwurf sieht einheitliche Bestimmungen über den Abschluss von Versicherungsverträgen unabhängig von dem Vertriebsweg vor. Dies gilt auch für das Widerrufsrecht nach § 8 E; dabei beginnt die Widerrufsfrist erst, wenn der Versicherungsnehmer u. a. die nach § 7 Abs.1 und 2 E vorgesehenen Informationen erhalten hat. Dies hat zur Konsequenz, dass die Verordnung grundsätzlich für sämtliche Versicherungsverträge (ausgenommen Großrisiken) alle gemeinschaftsrechtlichen Informationsvorgaben erfüllen muss, auch diejenigen, die an sich nur für einzelne Vertriebsformen (z. B. für den Fernabsatz) gelten.

1.4.2 Informationspflichten für alle Versicherungsweige

Die Verordnung sollte nach Möglichkeit einheitliche Vorgaben für alle Versicherungsweige aufstellen. Dies ist schon deswegen anzustreben, weil die einzelnen Bereiche vielfach nicht trennscharf nebeneinander stehen; es gibt Mischformen und Zweifelsfälle, deren Zuordnung zu einem Versicherungsweig streitig sein kann. Müsste der Versicherer in diesen Fällen zwischen mehreren alternativen Vorgaben wählen, würden seine Verträge noch für lange Zeit widerrufbar sein, wenn sich später ergibt, dass er nach der falschen Vorgabe informiert hat.

Dies schließt nicht aus, aus sachlichen Gründen für bestimmte Versicherungsweige oder Vertragstypen zusätzliche Informationspflichten vorzusehen. Für die Lebensversicherung ist das schon gemeinschaftsrechtlich vorgesehen und von der Kommission im Einzelnen vorgeschlagen (vgl. Ziff. 1.3.2.1.5). Dabei ist der Ordnungsgeber nicht gehindert, für Versicherungen, die bestimmte Übereinstimmungen aufweisen, trotzdem aber keine Lebensversicherungen sind, dieselben Informationen wie für Lebensversicherungen vorzusehen (Verträge der Unfall- und Berufsunfähigkeitsversicherung mit Beitragsrückgewähr).

1.4.3 Bestimmtheit der Informationspflichten

An die Bestimmtheit der Informationspflichten sind besondere Anforderungen zu stellen; unbestimmte oder auch nur auslegungsbedürftige Begriffe sind nach Möglichkeit zu vermeiden. Nach dem insoweit weitgehend gemeinschaftsrechtlich vorgegebenen Entwurf ist die Erfüllung der Informationspflichten des Versicherers Voraussetzung für den Beginn der Widerrufsfrist. Dies hat zur Folge, dass Verträge, bei deren Abschluss unzureichende Informationen erteilt worden sind, auch noch nach Jahren widerrufen werden können. Wählt ein Versicherer bei einer unbestimmten Informationspflicht vielleicht guten Glaubens eine Auslegung, die letztlich keinen Bestand hat, könnten nachträglich alle Verträge dieses Versicherers bis zur Nachholung der richtigen Information und neuerlichen Belehrung widerrufbar sein. Diese Unsicherheit muss durch möglichst klare Regelungen der Verordnung minimiert werden.

1.4.4 Muster für die Widerrufsbelehrung

Nach dem Vorbild des §14 BGB-InfoV sollte die Verordnung ein Muster für die Widerrufsbelehrung enthalten. Bei der Verwendung dieses Musters, das den Versicherern freigestellt ist, sind die gesetzlichen Anforderungen an den Inhalt der Belehrung erfüllt.

1.5 Inkrafttreten; Übergangsvorschriften

1.5.1 Allgemeines Inkrafttreten

Die Kommission schlägt vor, das neue Versicherungsvertragsgesetz am 1. Januar des zweiten Jahres nach der Verkündung in Kraft treten zu lassen. Das bedeutet z.B. bei einer Verkündung im Sommer oder Herbst 2006 ein Inkrafttreten am 1. Januar 2008.

Dabei ist zunächst der erhebliche Umstellungsaufwand der Versicherungswirtschaft zu berücksichtigen, die ihre Vertragsmuster und -bedingungen an die neue Rechtslage anpassen wird. Das ist nicht nur bei neuen oder geänderten halbzwingenden Vorschriften notwendig, sondern kann auch bei neuen oder geänderten dispositiven Vorschriften der Fall sein, von denen ein Versicherer nicht abweichen will. Den größten Zeitaufwand sieht die Kommission bei der Umstellung der Provisionsregelungen, die durch die geänderten vertragsrechtlichen Rahmenbedingungen veranlasst sein können; insoweit kann ein Versicherer nicht einseitig handeln, sondern ist auf Verhandlungen mit seinen Vertriebspartnern angewiesen.

Auf der anderen Seite gerät der Gesetzgeber unter einen erheblichen Druck, wenn er den Schutz der Versicherungsnehmer, wie von der Kommission in vielen Einzelpunkten vorgeschlagen, verbessert, zugleich aber die begünstigte Marktseite auf einen weit nach der Verkündung des Gesetzes liegenden Termin des Inkrafttretens vertröstet. Auch ein Versicherer wird es schwer haben, sich noch für lange Zeit z. B. auf eine Leistungsfreiheit nach altem Recht zu berufen, die nach neuem Recht nicht mehr bestehen würde.

Unter diesen Umständen sollte das neue Vertragsrecht so früh wie möglich in Kraft treten. Da in der Versicherungswirtschaft zahlreiche Verträge jeweils für Kalenderjahre abgeschlossen werden, sollte in jedem Fall der Beginn eines Jahres als Stichtag gewählt werden. Für die notwendige Umstellung reicht ein Zeitraum von mehr als einem Jahr und weniger als zwei Jahren aus.

1.5.2 Vorzeitiges Inkrafttreten einzelner Vorschriften

Die Kommission hat ohne abschließendes Ergebnis diskutiert, ob einzelne Vorschriften oder Vorschriftengruppen bereits vor dem allgemeinen Inkraftsetzungszeitpunkt angewendet werden sollten. Genannt wurden insoweit u. a. die Streichung des § 12 Abs. 3 VVG, die Aufgabe des rückwirkenden Verlustes der vorläufigen Deckung bei Prämienverzug und die Schadensabwicklung im Versicherungsfall; in Betracht kommt ein vorgezogenes Inkrafttreten auch für alle Vorschriften, die keinen erheblichen Umstellungsbedarf der Versicherungswirtschaft auslösen.

Gegen derartige Sonderregelungen des Inkrafttretens wird eingewendet, dass auf diese Weise eine zusätzliche Übergangsphase zwischengeschaltet wird, in der ein Teil der Neuregelungen bereits gilt, während der vielleicht größte Teil erst später in Kraft tritt; dies wird die Umstellung auf das neue Recht weiter erschweren. Die Argumente für ein Vorziehen einzelner Vorschriften würden allerdings an Gewicht gewinnen, wenn abweichend von dem Vorschlag der Kommission eine sehr lange Übergangsfrist bis zu dem allgemeinen Inkrafttreten vorgesehen werden sollte.

1.5.3 Erstreckung der Neuregelungen auf Altverträge

Die neuen vertragsrechtlichen Regelungen gelten grundsätzlich nur für Versicherungsverträge, die nach dem Inkrafttreten (1. Januar des zweiten Jahres nach Verkündung) abgeschlossen werden (Neuverträge). Die Kommission ist der Auffassung, dass die Geltung der neuen vertragsrechtlichen Vorschriften, soweit es nur irgendwie vertretbar ist, auch für Altverträge angeordnet werden sollte. Dies gilt selbstverständlich nicht für die beim Abschluss von Verträgen zu beachtenden Vorschriften; insoweit können bei Altverträgen nur die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses geltenden Vorschriften angewendet werden. Von diesem Vorbehalt abgesehen wäre es kaum vertretbar hinzunehmen, dass für Altverträge bis zu ihrer Beendigung unter Umständen noch jahrzehntelang das alte Versicherungsvertragsgesetz gilt.

Für die Überleitung der Altverträge gibt es verschiedene denkbare Regelungsansätze. Am einfachsten wäre es, die Geltung des neuen Vertragsrechts zu einem bestimmten Stichtag vorzusehen – entweder sofort mit dem Inkrafttreten des neuen Versicherungsvertragsgesetzes oder beispielsweise ein Jahr später. Eine solche Regelung, die durchaus Vorbilder hat, ist allerdings dem Einwand ausgesetzt, dass der Gesetzgeber in bestehende Verträge ein-

greift und einem Vertragspartner Rechte gegenüber dem anderen Partner einräumt, die im ursprünglichen Vertrag so nicht vorgesehen waren. Ein solcher Eingriff bedürfte der Rechtfertigung.

Diesen Einwand vermeidet der Regelungsansatz des Artikels 3 des geltenden EGVVG. Danach würde für Altverträge das neue Vertragsrecht ab dem Zeitpunkt gelten, zu dem beide Vertragspartner den Vertrag kündigen können. Bei einer derartigen Regelung hätte derjenige Vertragspartner, der den Vertrag unter Einbeziehung des neuen Vertragsrechts nicht fortsetzen möchte, die Möglichkeit zur Kündigung vor der Einbeziehung. Um Unübersichtlichkeiten zu vermeiden, müsste eine solche Regelung möglicherweise auf die ordentlichen Kündigung beschränkt werden, also z. B. die außerordentliche Kündigung im Versicherungsfall ausschließen. Es könnte auch erforderlich werden, das Sonderkündigungsrecht nach § 8 Abs. 3 VVG und seine Neuregelung nach § 11 Abs. 4 E insoweit besonders zu regeln.

1.5.3.1 Sonderregelung für Altverträge der Lebensversicherung

Der Regelungsansatz des Artikels 3 EGVVG geht bei der Lebensversicherung ins Leere, da der Versicherer nicht kündigen darf und der Versicherungsnehmer nur unter Inkaufnahme wirtschaftlicher Nachteile kündigen kann. Eine nur von einer Frist abhängige Erstreckung des neuen Vertragsrechts insgesamt auf Altverträge der Lebensversicherung ist aber auch sachlich nicht möglich, da insbesondere die Neuregelung der Rückkaufswerte in Rechnungsgrundlagen eingreift. Die Kommission schlägt deshalb vor, bei der Entscheidung der Grundsatfrage (oben Ziff. 1.5.2) gegebenenfalls bestimmte Vorschriften des neuen Vertragsrechts für die Lebensversicherung (z.B. §§ 145, 158 und 161 E) auszunehmen; in jedem Fall sollte die Regelung des § 147 E (jährliche Unterrichtung) zu einem möglichst frühen Zeitpunkt auch für Altverträge gelten.

1.5.3.2 Sonderregelung für Altverträge der Krankenversicherung

In der Krankenversicherung stellt sich das Problem der Einbeziehung der Altverträge in besonderer Weise und zwar unter zwei Gesichtspunkten. Die meisten Verträge werden auf Lebenszeit abgeschlossen und laufen auch tatsächlich über viele Jahrzehnte; die Kündigung durch den Versicherer ist ausgeschlossen. Außerdem ist eine Spaltung der Bestände in (unveränderte) Altverträge einerseits und Neuverträge andererseits nicht hinnehmbar. Da in der ersten Gruppe naturgemäß keine neuen Verträge mehr abgeschlossen werden, würden alle

diese Kollektive „vergreisen“; damit würden die Ausgleichsmechanismen zwischen jüngeren und älteren Versicherten nach und nach entfallen, bis schließlich nur noch sehr alte Versicherte mit sehr hohem Leistungsbedarf übrig wären. Deshalb müssen Regelungen vorgesehen werden, die möglichst schon mit dem Inkrafttreten des neuen Versicherungsvertragsgesetzes die Einbeziehung aller Altverträge regeln. Einen solchen Regelungsansatz hatte z. B. Artikel 16 § 7 Drittes Durchführungsgesetz/EWG zum VAG vorgesehen.

1.5.3.3 Sonderregelung für Pflichtversicherungen

Bei gesetzlich angeordneten Haftpflichtversicherungen wäre es fragwürdig, das Recht zur Direktklage zu unterschiedlichen Zeitpunkten je nach der Versicherungsperiode des entsprechenden Versicherungsvertrags einzuführen. Deshalb sollte für solche Versicherungen das neue Recht auch bei Altverträgen bereits mit dem Inkrafttreten des Gesetzes gelten. Soweit § 115 E eine Erhöhung der Deckungssumme bewirkt, muss der Versicherer berechtigt sein, eine entsprechend höhere Prämie zu verlangen.

1.5.4 Regelungen für einzelne neue Vorschriften

Im Gesetzgebungsverfahren wird noch zu prüfen sein, ob für einzelne Vorschriften wie z.B. § 32 E (Kenntnis anderer Versicherer) Einschränkungen erforderlich sind.

Umgekehrt kann es erforderlich sein, die §§ 69 bis 74 E über die Vertretungsmacht des Versicherungsvertreters auf alle Altverträge bereits mit Inkrafttreten des neuen Versicherungsvertragsgesetzes zu erstrecken.

1.5.5 Ergänzende Überlegungen

Es wird noch zu prüfen sein, ob Sonderregelungen erforderlich sind, um Unklarheiten oder Störungen des Vertragsgleichgewichtes zu vermeiden. Möglicherweise muss z. B. geregelt werden, dass die Verlängerung von Fristen nicht in Fällen eingreift, in denen eine Frist nach bisherigem Recht bereits abgelaufen war.

Ergänzende Regelungen werden erforderlich sein hinsichtlich der Rechte, die einem Realgläubiger gegenüber dem Versicherer nach bisher geltendem Recht zustehen.

1.5.6. Einseitige AVB-Änderungen und -Ergänzungen durch Versicherer

Die Kommission hält die Einführung einer gesetzlichen Verpflichtung des Versicherers, seine AVB für Altverträge an die Neuregelungen anzupassen, nicht für notwendig und außerdem kaum für durchführbar. Halbzwingende neue Vorschriften setzen sich gegenüber entgegenstehenden AVB-Klauseln ohne Weiteres durch; der Versicherungsnehmer hat also keinen Nachteil, wenn es der Versicherer unterlässt, seine AVB der neuen Rechtslage anzupassen.

Die Kommission hält es aber für geboten, den Versicherer zu verpflichten, den Versicherungsnehmer zu informieren, wenn sich durch die Erstreckung der Neuregelungen auf Altverträge etwas an dem Vertrag ändert. Auf besondere Sanktionen kann insoweit verzichtet werden; allgemeine vertragsrechtliche Sanktionen reichen aus.

Die Kommission hält es weiter für geboten, den Versicherer entsprechend § 16 E zu berechtigen, die AVB einseitig zu ändern, soweit dies für die weitere Durchführung von Altverträgen erforderlich ist. Dabei ist sicherzustellen, dass nur durch die Erstreckung der Neuregelungen auf Altverträge notwendige Änderungen vorgenommen werden dürfen. Die Belange der Versicherungsnehmer werden durch die Übernahme der Grundsätze des § 16 E gewahrt. Bei der Lebensversicherung und bei der Krankenversicherung ist entsprechend §§ 157, 195 E ein Treuhänder einzuschalten.

2 Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungs- vertragsrechts

2.1 Artikel 1 Gesetz über den Versicherungsvertrag (Ver- sicherungsvertragsgesetz 2006 – VVG 2006)

Kapitel 1 Allgemeiner Teil

Abschnitt 1 Vorschriften für alle Versicherungszweige

Titel 1 Allgemeine Vorschriften

§ 1 Vertragstypische Pflichten

Der Versicherer verpflichtet sich mit dem Versicherungsvertrag, ein bestimmtes Risiko des Versicherungsnehmers oder eines Dritten durch eine Leistung abzusichern, die er bei Eintritt des vereinbarten Versicherungsfalles zu erbringen hat. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die vereinbarte Prämie zu zahlen.

§ 2 Rückwärtsversicherung

(1) Der Versicherungsvertrag kann vorsehen, dass der Versicherungsschutz vor dem Zeitpunkt des Vertragsschlusses beginnt (Rückwärtsversicherung).

(2) Hat der Versicherer bei Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung davon Kenntnis, dass der Eintritt eines Versicherungsfalles ausgeschlossen ist, so steht ihm ein Anspruch auf die Prämie nicht zu. Hat der Versicherungsnehmer bei Abgabe seiner Willenserklärung davon Kenntnis, dass ein Versicherungsfall schon eingetreten ist, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Wird der Vertrag von einem Vertreter geschlossen, so ist in den Fällen des Absatzes 2 sowohl die Kenntnis des Vertreters als auch die Kenntnis des Vertretenen zu berücksichtigen.

(4) § 40 Abs. 2 ist auf die Rückwärtsversicherung nicht anzuwenden.

§ 3 Versicherungsschein

(1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer einen Versicherungsschein in Textform zu übermitteln.

(2) Wird der Vertrag nicht durch eine Niederlassung des Versicherers im Inland geschlossen, so ist im Versicherungsschein die Anschrift des Versicherers und der Niederlassung, über die der Vertrag geschlossen worden ist, anzugeben.

(3) Ist ein Versicherungsschein abhanden gekommen oder vernichtet, so kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer die Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins verlangen. Unterliegt der Versicherungsschein der Kraftloserklärung, so ist der Versicherer erst nach der Kraftloserklärung zur Ausstellung verpflichtet.

(4) Der Versicherungsnehmer kann jederzeit vom Versicherer Abschriften der Erklärungen verlangen, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. Benötigt der Versicherungsnehmer die Abschriften für die Vornahme von Handlungen gegenüber dem Versicherer, die an eine bestimmte Frist gebunden sind, und sind sie ihm nicht schon früher vom Versicherer übermittelt worden, so ist der Lauf der Frist vom Zugang des Verlangens beim Versicherer bis zum Eingang der Abschriften beim Versicherungsnehmer gehemmt.

(5) Die Kosten für die Erteilung eines neuen Versicherungsscheins nach Absatz 3 und der Abschriften nach Absatz 4 hat der Versicherungsnehmer zu tragen und auf Verlangen vorzuschließen.

§ 4 Versicherungsschein auf den Inhaber

(1) Auf einen als Urkunde auf den Inhaber ausgestellten Versicherungsschein ist § 808 des Bürgerlichen Gesetzbuchs anzuwenden.

(2) Ist im Vertrag bestimmt, dass der Versicherer nur gegen Rückgabe eines als Urkunde ausgestellten Versicherungsscheins zu leisten hat, so genügt, wenn der Versicherungsnehmer erklärt, zur Rückgabe außerstande zu sein, das öffentlich beglaubigte Anerkenntnis, dass die Schuld erloschen sei. Satz 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsschein der Kraftloserklärung unterliegt.

§ 5 Abweichender Versicherungsschein

(1) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Antrag des Versicherungsnehmers oder den getroffenen Vereinbarungen ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 2 erfüllt sind und der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht.

(2) Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei Übermittlung des Versicherungsscheins darauf hinzuweisen, dass Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht. Der Hinweis ist durch besondere Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheins hervorgehoben ist, zu übermitteln; jede einzelne Abweichung ist deutlich zu kennzeichnen.

(3) Hat der Versicherer den Verpflichtungen nach Absatz 2 nicht entsprochen, so gilt der Vertrag als mit dem Inhalt des Antrags des Versicherungsnehmers geschlossen.

(4) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.

§ 6 Beratung des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherer hat die Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erfragen, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, sowie nach der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht; ferner hat er dem Versicherungsnehmer die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben. Ein Verzicht des Versicherungsnehmers auf eine Beratung bedarf der Textform. Satz 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Vertrag mit dem Versicherungsnehmer von einem Versicherungsmakler vermittelt wird.

(2) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer vor dem Abschluss des Vertrags eine Dokumentation der Wünsche und Bedürfnisse sowie der Gründe für den erteilten Rat in Textform zur Verfügung zu stellen. Die Angaben nach Satz 1 dürfen mündlich übermittelt werden, wenn der Versicherungsnehmer dies wünscht oder wenn und soweit der Versicherer vorläufige Deckung gewährt; in diesen Fällen ist die Dokumentation dem Versicherungs-

nehmer unverzüglich nach Vertragsschluss zur Verfügung zu stellen. Die Verpflichtung nach Satz 1 entfällt, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

(3) Die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 besteht auch nach Vertragsschluss während der Dauer des Versicherungsverhältnisses, soweit für eine Nachfrage und Beratung des Versicherungsnehmers ein Anlass besteht. Absatz 1 Satz 2 ist anzuwenden.

(4) Verletzt der Versicherer schuldhaft eine Verpflichtung nach Absatz 1 oder 3, so ist er dem Versicherungsnehmer zum Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verpflichtet. Dies gilt nicht, soweit der Versicherungsnehmer auf eine Beratung verzichtet hat.

(5) Die Absätze 1 bis 4 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006 nicht anzuwenden.

§ 7 Information des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer, bevor dieser an seine auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung gebunden ist, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die in einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 bestimmten Informationen in Textform mitzuteilen. Die Informationen sind in einer dem eingesetzten Fernkommunikationsmittel entsprechenden Weise klar und verständlich zu übermitteln. Wird der Vertrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers telefonisch oder unter Verwendung eines anderen Kommunikationsmittels geschlossen, das die Mitteilung in Textform vor Vertragsschluss nicht gestattet, so muss die Mitteilung unverzüglich nach Vertragsschluss nachgeholt werden.

(2) Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates unter Beachtung der vorgeschriebenen Angaben nach der Richtlinie 92/49/EWG (Schadensversicherung), der Richtlinie 2002/83/EG (Lebensversicherung) und der Richtlinie 2002/65/EG (Finanzfernabsatzrichtlinie) festzulegen,

1. welche Einzelheiten des Vertrags, insbesondere zum Versicherer, zur angebotenen Leistung und zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie zum Bestehen eines Widerrufsrechts dem Versicherungsnehmer mitzuteilen sind,

2. welche weiteren Mitteilungen bei Verträgen mit Überschussbeteiligung erforderlich sind, und
3. welche Mitteilungen erforderlich sind, wenn der Versicherer mit dem Versicherungsnehmer telefonisch Kontakt aufgenommen hat.

(3) In der Rechtsverordnung nach Absatz 2 sind ferner die Informationen zu bestimmen, die der Versicherer während der Laufzeit des Vertrags im Hinblick auf Änderungen erteilter Informationen sowie bei der Krankenversicherung im Falle von Prämien erhöhungen in Textform zu erteilen hat.

(4) Der Versicherungsnehmer kann während der Laufzeit des Vertrags jederzeit vom Versicherer verlangen, dass ihm dieser die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in Papierform zur Verfügung stellt.

(5) Die Absätze 1 bis 4 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006 nicht anzuwenden. Ist bei einem solchen Vertrag der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, so hat ihm der Versicherer vor Vertragsschluss das anwendbare Recht und die zuständige Aufsichtsbehörde in Textform mitzuteilen.

§ 8 Widerruf des Versicherungsnehmers

(1) Dem Versicherungsnehmer steht bis zum Ablauf der Frist nach Absatz 2 ein Widerrufsrecht zu. Vor diesem Zeitpunkt ist der Versicherungsnehmer an seine auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung nicht gebunden.

(2) Der Widerruf der auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung ist innerhalb von zwei Wochen in Textform zu erklären. Er muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem

1. der Versicherungsschein, die maßgeblichen Versicherungsbedingungen und die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 und

2. eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels seine Rechte deutlich macht und die den Namen und die Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Satzes 2 enthält,

dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind. Die Belehrung genügt den Anforderungen des Satzes 3 Nr. 2, wenn das vom Bundesministerium der Justiz auf Grund einer Rechtsverordnung nach Absatz 4 veröffentlichte Muster verwandt wird. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 3 obliegt dem Versicherer.

(3) Das Widerrufsrecht besteht nicht

1. bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,
2. bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinne des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
3. bei Versicherungsverträgen, die von beiden Parteien auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vor Ende der Widerrufsfrist erfüllt sind,
4. bei Versicherungsverträgen über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006.

(4) Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, Inhalt und Gestaltung der dem Versicherungsnehmer gemäß Absatz 2 Satz 3 Nr. 2 mitzuteilenden Belehrung über das Widerrufsrecht festzulegen.

§ 9 Rechtsfolgen des Widerrufs

(1) Übt der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach § 8 Abs. 1 aus, so hat ihm der Versicherer die gezahlten Prämien spätestens nach 30 Tagen zu erstatten. Der Versicherungsnehmer hat Leistungen des Versicherers spätestens nach 30 Tagen zurückzugewähren. Die Frist beginnt jeweils mit dem Tag, an dem der Widerruf dem Versicherer zugegangen ist.

(2) Übt der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach § 8 Abs.1 nach Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie aus, so hat der Versicherer abweichend von Absatz 1 nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten, wenn der Versicherungsnehmer in der Belehrung nach § 8 Abs.2 Satz 3 Nr.2 auf diese Rechtsfolge und den zu zahlenden Betrag hingewiesen worden ist und wenn er ausdrücklich zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Leistungen des Versicherers sind vom Versicherungsnehmer nicht zurückzugewähren.

(3) Ist der Versicherungsnehmer nicht gemäß § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 belehrt worden, so ist Absatz 1 auch dann anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie ausübt.

(4) Auf einen Vertrag über vorläufige Deckung sind die Absätze 2 und 3 auch dann anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht vor Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie ausübt.

§ 10 Beginn und Ende der Versicherung

Ist die Dauer der Versicherung nach Tagen, Wochen, Monaten oder einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum bestimmt, so beginnt die Versicherung mit Beginn des Tages, an dem der Vertrag geschlossen wird, und endet um 24.00 Uhr des letzten Tages der Frist.

§ 11 Verlängerung, Kündigung

(1) Wird bei einem auf eine bestimmte Zeit eingegangenen Versicherungsverhältnis im voraus eine Verlängerung für den Fall vereinbart, dass das Versicherungsverhältnis nicht vor Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, so ist die Verlängerung unwirksam, soweit sie sich jeweils auf mehr als ein Jahr erstreckt.

(2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen, so kann es von beiden Parteien nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden.

(3) Die Kündigungsfrist muss für beide Parteien gleich sein; sie darf nicht weniger als einen Monat und nicht mehr als drei Monate betragen.

(4) Ein Versicherungsvertrag mit einem Verbraucher als Versicherungsnehmer (Verbraucherversicherungsvertrag), der für die Dauer von mehr als drei Jahren geschlossen worden ist, kann vom Versicherungsnehmer zum Ende des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.

§ 12 Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode im Sinne dieses Gesetzes gilt, falls nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten bemessen ist, der Zeitraum eines Jahres.

§ 13 Änderung von Anschrift und Name

(1) Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem sie ohne die Anschriftsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde. Die Sätze 1 und 2 sind im Falle einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Vorschriften des Absatzes 1 Satz 1 und 2 entsprechende Anwendung.

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, so kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf

der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 15 Verjährung

(1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig wird.

(2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 16 Anpassung unwirksamer Versicherungsbedingungen

(1) Ist eine Bestimmung in Versicherungsbedingungen des Versicherers unwirksam, so richtet sich der Inhalt des Vertrags insoweit nach den gesetzlichen Vorschriften.

(2) Der Versicherer kann die unwirksame Bestimmung durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Partei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherten angemessen berücksichtigt.

§ 17 Insolvenz des Versicherers

(1) Wird über das Vermögen des Versicherers das Insolvenzverfahren eröffnet, so endet das Versicherungsverhältnis mit Ablauf eines Monats seit der Eröffnung; bis zu diesem Zeitpunkt bleibt es der Insolvenzmasse gegenüber wirksam.

(2) Die Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes über die Wirkungen der Insolvenzeröffnung bleiben unberührt.

§ 18 Insolvenz des Versicherungsnehmers

(1) Für den Fall der Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Versicherungsnehmers kann der Vertrag vorsehen, dass der Versicherer das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat kündigen kann.

(2) Absatz 1 ist auch für den Fall der Anordnung der Zwangsverwaltung des versicherten Grundstücks anzuwenden.

§ 19 Abtretungsverbot bei unpfändbaren Sachen

Soweit sich die Versicherung auf unpfändbare Sachen bezieht, kann die Forderung aus der Versicherung nur an solche Gläubiger des Versicherungsnehmers abgetreten werden, die diesem zum Ersatz der zerstörten oder beschädigten Sachen andere Sachen geliefert haben.

§ 20 Abweichende Vereinbarungen

Von den Vorschriften des § 3 Abs. 2 und 4, § 5 Abs. 1 bis 3, der §§ 6 bis 8 Abs. 3, §§ 9 und 11 Abs. 2 bis 4, des § 14 Abs. 2 Satz 1 und der §§ 16 und 18 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

Titel 2 Anzeigepflicht, Gefahrerhöhung, Obliegenheiten

§ 21 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1, so ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Falle hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätte; dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich verletzt hat. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Inhalt des Vertrags.

(5) Hat der Versicherungsnehmer erhebliche Gefahrumstände, nach denen der Versicherer nicht in Textform gefragt hat, nicht angezeigt, so stehen dem Versicherer die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn die Nichtanzeige auf Arglist des Versicherungsnehmers beruht.

(6) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 außer im Falle des Absatzes 5 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer bei Antragstellung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(7) Erhöht sich im Falle des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 20 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei seiner Erklärung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 22 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, so sind bei der Anwendung des § 21 Abs. 1 bis 5 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als

auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 23 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 21 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erhält. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Falle eines Rücktrittes nach § 21 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 21 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, so beläuft sich diese Frist auf zehn Jahre.

§ 24 Arglistige Täuschung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.

§ 25 Gefahrerhöhung

(1) Der Versicherungsnehmer darf nach Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung ohne Einwilligung des Versicherers keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme durch einen Dritten gestatten.

(2) Erkennt der Versicherungsnehmer nachträglich, dass er ohne Einwilligung des Versicherers eine Gefahrerhöhung vorgenommen oder gestattet hat, so hat er die Gefahrerhöhung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(3) Tritt nach Abgabe der auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung des Versicherungsnehmers eine Gefahrerhöhung unabhängig von seinem Willen ein, so muss er sie dem Versicherer unverzüglich nach Kenntniserlangung anzeigen.

§ 26 Kündigung wegen Gefahrerhöhung

(1) Verletzt der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig seine Verpflichtung nach § 25 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Beruht die Verletzung auf einfacher Fahrlässigkeit, so kann der Versicherer unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Ist eine nach Satz 1 erklärte Kündigung mangels Vorsatzes oder grober Fahrlässigkeit unwirksam, so gilt sie als Kündigungserklärung nach Satz 2.

(2) In den Fällen einer Gefahrerhöhung nach § 25 Abs. 2 und 3 kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(3) Das Kündigungsrecht nach den Absätzen 1 und 2 erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats ab der Kenntnis des Versicherers von der Erhöhung der Gefahr ausgeübt wird oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Gefahrerhöhung bestanden hat.

§ 27 Prämienenerhöhung wegen Gefahrerhöhung

(1) Der Versicherer kann an Stelle einer Kündigung ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung eine seinen Geschäftsgrundsätzen für diese höhere Gefahr entsprechende Prämie verlan-

gen oder die Absicherung der höheren Gefahr ausschließen. Für das Erlöschen dieses Rechtes gilt § 26 Abs. 3 entsprechend.

(2) Erhöht sich die Prämie als Folge der Gefahrerhöhung um mehr als 20 Prozent oder schließt der Versicherer die Absicherung der höheren Gefahr aus, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Leistungsfreiheit wegen Gefahrerhöhung

(1) Tritt der Versicherungsfall nach einer Gefahrerhöhung ein, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer seine Verpflichtung nach § 25 Abs. 1 vorsätzlich verletzt hat. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(2) In den Fällen einer Gefahrerhöhung nach § 25 Abs. 2 und 3 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugegangen sein müssen, es sei denn, dem Versicherer war die Gefahrerhöhung zu diesem Zeitpunkt bekannt. Die Pflicht zur Leistung bleibt bestehen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht nach § 25 Abs. 2 und 3 nicht auf Vorsatz beruht; im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung gilt Absatz 1 Satz 2.

(3) Die Befreiung des Versicherers von der Pflicht zur Leistung oder deren Einschränkung nach den Absätzen 1 und 2 entfällt,

1. soweit die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ist oder
2. wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt war.

§ 29 Unerhebliche Gefahrerhöhung

Die §§ 25 bis 28 sind nicht anzuwenden, wenn nur eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr vorliegt oder wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass die Gefahrerhöhung mitversichert sein soll.

§ 30 Obliegenheitsverletzung

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, so entfällt die Leistungspflicht nur, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 tritt bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit nur ein, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

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

§ 31 Teilrücktritt, Teilkündigung, teilweise Leistungsfreiheit

(1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Titels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur bezüglich eines Teiles der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht zum Rücktritt oder zur Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, das für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bedingungen nicht geschlossen haben würde.

(2) Macht der Versicherer von dem Recht zum Rücktritt oder zur Kündigung bezüglich eines Teiles der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis bezüglich des übrigen Teiles zu kündigen. Die Kündigung muss spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt oder die Kündigung des Versicherers wirksam wird.

(3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Gefahrerhöhung ganz oder teilweise von seiner Pflicht zur Leistung frei ist, nur bezüglich eines Teiles der Gegenstände oder Personen, auf die sich die Versicherung bezieht, vor, so findet auf die Befreiung Absatz 1 entsprechende Anwendung.

§ 32 Kenntnis anderer Versicherer

Der Versicherer muss sich die Kenntnis eines anderen Versicherers von Daten des Versicherungsnehmers zurechnen lassen, wenn er Veranlassung hatte und in der Lage war, die bei dem anderen Versicherer gespeicherten Daten abzurufen.

§ 33 Anzeige des Versicherungsfalles

(1) Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen. Steht das Recht auf die vertragliche Leistung des Versicherers einem Dritten zu, so ist auch dieser zur Anzeige verpflichtet.

(2) Auf eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer im Falle der Verletzung der Anzeigepflicht nach Absatz 1 nicht zur Leistung verpflichtet ist, kann sich der Versicherer nicht

berufen, wenn er auf andere Weise vom Eintritt des Versicherungsfalles rechtzeitig Kenntnis erlangt hat.

§ 34 Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherer kann nach dem Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass der Versicherungsnehmer jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist. Belege kann der Versicherer insoweit verlangen, als deren Beschaffung dem Versicherungsnehmer billigerweise zugemutet werden kann.

(2) Steht das Recht auf die vertragliche Leistung des Versicherers einem Dritten zu, so hat auch dieser die Pflichten nach Absatz 1 zu erfüllen.

§ 35 Abweichende Vereinbarungen

Von den Vorschriften der §§ 21 bis 30 Abs. 4, §§ 32 und 34 Abs.1 Satz 2 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden. Für Anzeigen, zu denen der Versicherungsnehmer nach diesem Titel verpflichtet ist, kann jedoch die Schriftform oder die Textform vereinbart werden.

Titel 3 Prämie

§ 36 Fälligkeit

(1) Der Versicherungsnehmer hat eine einmalige Prämie oder, wenn laufende Prämien vereinbart sind, die erste Prämie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(2) Ist die Prämie zuletzt vom Versicherer eingezogen worden, so ist der Versicherungsnehmer zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

§ 37 Zahlung durch Dritte

(1) Der Versicherer muss fällige Prämien oder sonstige ihm auf Grund des Vertrags zustehende Zahlungen vom Versicherten bei einer Versicherung für fremde Rechnung, von einem Bezugsberechtigten, der ein Recht auf die Leistung des Versicherers erworben hat, sowie von einem Pfandgläubiger auch dann annehmen, wenn er die Zahlung nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs zurückweisen könnte.

(2) Ein Pfandrecht an der Forderung aus der Versicherung kann auch wegen der Beträge einschließlich ihrer Zinsen geltend gemacht werden, die der Pfandgläubiger zur Zahlung von Prämien oder zu sonstigen dem Versicherer auf Grund des Vertrags zustehenden Zahlungen verwendet hat.

§ 38 Aufrechnung durch den Versicherer

Der Versicherer kann eine fällige Prämienforderung oder eine andere ihm aus dem Vertrag zustehende fällige Forderung gegen eine Forderung aus der Versicherung auch dann aufrechnen, wenn diese Forderung nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem Dritten zusteht.

§ 39 Leistungsort

(1) Leistungsort für die Zahlung der Prämie ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers. Der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und seine Kosten die Prämie dem Versicherer zu übermitteln.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so tritt, wenn er seine gewerbliche Niederlassung an einem anderen Ort hat, der Ort der Niederlassung an die Stelle des Wohnsitzes.

§ 40 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Ist die Zahlung der Prämie Voraussetzung für den Beginn des Versicherungsschutzes, so tritt die Leistungsfreiheit nur ein, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie hingewiesen hat.

§ 41 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten in Verzug, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 42 Vorzeitige Vertragsbeendigung

(1) Im Falle der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem anteilig getragenen Risiko entspricht. Wird das Versicherungsverhältnis auf Grund des § 21 Abs. 2 durch Rücktritt des Versicherers beendet, so steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 40 Abs. 1 zurück, so kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Endet das Versicherungsverhältnis nach § 17 oder wird es vom Versicherer auf Grund einer Vereinbarung nach § 18 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

§ 43 Kündigung bei Prämienhöhung

Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, das Versicherungsverhältnis kündigen. Dies gilt auch, wenn der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel den Umfang des Versicherungsschutzes vermindert, ohne die Prämie entsprechend zu senken. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen.

§ 44 Herabsetzung der Prämie

Ist wegen bestimmter gefahrerhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart und sind diese Umstände nach Antragstellung des Versicherungsnehmers oder nach Vertragsschluss weggefallen oder bedeutungslos geworden, so kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass die Prämie ab Zugang des Verlangens beim Versicherer angemessen herabgesetzt wird. Dies gilt auch, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch unrichtige, auf einem Irrtum des Versicherungsnehmers beruhende Angaben über einen solchen Umstand veranlasst worden ist.

§ 45 Abweichende Vereinbarungen

Von den Vorschriften des § 36 Abs. 2 und der §§ 40 bis 44 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

Titel 4 Versicherung für fremde Rechnung

§ 46 Begriffsbestimmung

(1) Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, schließen (Versicherung für fremde Rechnung).

(2) Wird der Versicherungsvertrag für einen anderen geschlossen, so ist, auch wenn dieser benannt wird, im Zweifel anzunehmen, dass der Versicherungsnehmer nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.

(3) Ergibt sich aus den Umständen nicht, dass der Versicherungsvertrag für einen anderen geschlossen werden soll, so gilt dieser als für eigene Rechnung geschlossen.

§ 47 Rechte des Versicherten

(1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Übermittlung eines Versicherungsscheins kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers nur dann über seine Rechte verfügen und diese Rechte gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz des Versicherungsscheins ist.

§ 48 Rechte des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsnehmer kann über die Rechte, die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehen, im eigenen Namen verfügen.

(2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten zur Annahme der Leistung des Versicherers und zur Übertragung der Rechte des Versicherten nur befugt, wenn er im Besitz des Versicherungsscheins ist.

(3) Der Versicherer ist zur Leistung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser nachweist, dass der Versicherte seine Zustimmung zu der Versicherung erteilt hat.

§ 49 Rechte zwischen Versicherungsnehmer und Versichertem

Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über dessen Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet ist, der Insolvenzmasse den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen seiner Ansprüche gegen den Versicherten in Bezug auf die versicherte Sache befriedigt ist. Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung und nach der Einziehung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§ 50 Kenntnis und Verhalten des Versicherten

(1) Soweit die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten zu berücksichtigen.

(2) Die Kenntnis des Versicherten ist nicht zu berücksichtigen, wenn der Vertrag ohne sein Wissen geschlossen worden ist oder ihm eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht möglich oder nicht zumutbar war. Der Versicherer braucht den Einwand, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten geschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten geschlossen und bei Vertragsschluss dem Versicherer nicht angezeigt hat, dass er den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten schließt.

§ 51 Versicherung für Rechnung „wen es angeht“

Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist dem Vertrag in sonstiger Weise zu entnehmen, dass unbestimmt bleiben soll, ob eigenes oder fremdes Interes-

se versichert ist, so sind die §§ 46 bis 50 anzuwenden, wenn sich ergibt, dass fremdes Interesse versichert ist.

Titel 5 Vorläufige Deckung

§ 52 Inhalt des Vertrags

(1) Bei einem Versicherungsvertrag, dessen wesentlicher Inhalt die Gewährung einer vorläufigen Deckung durch den Versicherer ist, kann vereinbart werden, dass dem Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen und die Informationen nach § 7 Abs. 1 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 nur auf Anforderung spätestens mit dem Versicherungsschein vom Versicherer zu übermitteln sind. Die Vorschriften der §§ 60 bis 68 über die Informationspflichten der Versicherungsvermittler bleiben unberührt. Auf einen Fernabsatzvertrag im Sinne des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist Satz 1 nicht anzuwenden.

(2) Werden die Versicherungsbedingungen dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss nicht übermittelt, so werden die vom Versicherer zu diesem Zeitpunkt für den vorläufigen Versicherungsschutz üblicherweise verwendeten Bedingungen, bei Fehlen solcher Bedingungen die für den Hauptvertrag vom Versicherer verwendeten Bedingungen auch ohne ausdrücklichen Hinweis hierauf Bestandteil des Vertrags. Bestehen Zweifel, welche Bedingungen für den Vertrag gelten sollen, so werden die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses vom Versicherer verwendeten Bedingungen, die für den Versicherungsnehmer am günstigsten sind, Vertragsbestandteil.

§ 53 Nichtzustandekommen des Hauptvertrags

Ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, im Falle des Nichtzustandekommens des Hauptvertrags eine Prämie für die vorläufige Deckung zu zahlen, so steht dem Versicherer ein Anspruch auf einen der Laufzeit der vorläufigen Deckung entsprechenden Teil der Prämie zu, die beim Zustandekommen des Hauptvertrags für diesen zu zahlen wäre.

§ 54 Prämienzahlung

(1) Der Beginn des Versicherungsschutzes kann von der Zahlung der Prämie abhängig gemacht werden, sofern der Versicherer den Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein auf diese Voraussetzung hinweist.

(2) Eine Vereinbarung, nach der bei einem Vertrag über vorläufige Deckung bei Verzug des Versicherungsnehmers mit der Zahlung der Prämie für die vorläufige Deckung oder der Erstprämie für den Hauptvertrag die vorläufige Deckung rückwirkend entfällt, ist unwirksam. § 40 ist insoweit nicht anzuwenden.

(3) Von der Vorschrift des Absatzes 1 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

§ 55 Beendigung des Vertrags

(1) Der Vertrag über vorläufige Deckung endet, sofern es sich um einen Verbraucherversicherungsvertrag handelt, spätestens zu dem Zeitpunkt, zu dem nach einem vom Versicherungsnehmer abgeschlossenen Hauptvertrag oder einem weiteren Vertrag über vorläufige Deckung ein gleichartiger Versicherungsschutz beginnt. Ist der Beginn des Versicherungsschutzes nach dem Hauptvertrag oder einem weiteren Vertrag über vorläufige Deckung von der Zahlung der Prämie durch den Versicherungsnehmer abhängig, so endet der Vertrag über vorläufige Deckung bei Nichtzahlung oder verspäteter Zahlung der Prämie abweichend von Satz 1 mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer mit der Prämienzahlung in Verzug ist, sofern der Versicherer den Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(2) Schließt der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag oder einen weiteren Vertrag über vorläufige Deckung mit einem anderen Versicherer, so endet der Vertrag nach Absatz 1 erst mit der Kenntnis des bisherigen Versicherers von dem Vertragsschluss.

(3) Kommt der Hauptvertrag mit dem Versicherer, mit dem der Vertrag über vorläufige Deckung besteht, nicht zustande, weil der Versicherungsnehmer seine auf den Abschluss des Vertrags gerichtete Willenserklärung nach § 8 widerruft oder nach § 5 Abs. 1 und 2 einen Wi-

derspruch erklärt, so endet der Vertrag über vorläufige Deckung mit dem Zugang des Widerrufs oder des Widerspruchs beim Versicherer.

(4) Ist das Vertragsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen, so kann jede Partei den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Die Kündigung des Versicherers wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang wirksam, sofern es sich um einen Verbraucherversicherungsvertrag handelt.

(5) Von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

Titel 6 Laufende Versicherung

§ 56 Anmeldepflicht

Wird ein Vertrag in der Weise geschlossen, dass die versicherten Interessen bei Vertragschluss nur der Gattung nach bezeichnet und erst nach ihrer Entstehung dem Versicherer einzeln aufgegeben werden (laufende Versicherung), so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, entweder die versicherten Risiken einzeln oder, wenn der Versicherer darauf verzichtet hat, die vereinbarte Prämiengrundlage unverzüglich anzumelden oder, wenn dies vereinbart ist, jeweils Deckungszusagen zu beantragen.

§ 57 Verletzung der Anmeldepflicht

(1) Hat der Versicherungsnehmer die Anmeldung eines versicherten Risikos oder der vereinbarten Prämiengrundlage unterlassen oder fehlerhaft vorgenommen, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Die Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn die Anmeldepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist und der Versicherungsnehmer die Anmeldung unverzüglich nach Kenntniserlangung von dem Fehler nachholt oder berichtigt.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer die Anmeldepflicht vorsätzlich, so kann der Versicherer den Vertrag fristlos kündigen. Die Versicherung von Einzelrisiken, für die der Versicherungsschutz begonnen hat, bleibt, wenn anderes nicht vereinbart ist, über das Ende der laufenden Versicherung hinaus bis zu dem Zeitpunkt in Kraft, zu dem die vereinbarte Dauer der

Versicherung dieser Einzelrisiken endet. Der Versicherer kann ferner die Prämie verlangen, die bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu zahlen gewesen wäre, wenn der Versicherungsnehmer die Anmeldepflicht erfüllt hätte.

§ 58 Einzelpolice

(1) Ist bei einer laufenden Versicherung für ein einzelnes Risiko eine Einzelpolice oder ein Versicherungszertifikat ausgestellt worden, so ist der Versicherer nur gegen Vorlage der Urkunde zur Leistung verpflichtet. Durch die Leistung an den Inhaber der Urkunde wird er befreit.

(2) Ist die Urkunde abhanden gekommen oder vernichtet, so ist der Versicherer erst zur Leistung verpflichtet, wenn die Urkunde für kraftlos erklärt oder Sicherheit geleistet ist; eine Sicherheitsleistung durch Bürgen ist ausgeschlossen. Das gleiche gilt von der Verpflichtung des Versicherers zur Ausstellung einer Ersatzurkunde.

(3) Der Inhalt der Einzelpolice oder eines Versicherungszertifikats gilt abweichend von § 5 als vom Versicherungsnehmer genehmigt, wenn dieser nicht unverzüglich nach der Aushändigung widerspricht. Das Recht des Versicherungsnehmers, die Genehmigung wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.

§ 59 Obliegenheitsverletzung

(1) Verletzt der Versicherungsnehmer bei einer laufenden Versicherung schuldhaft eine vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllende Obliegenheit, so ist der Versicherer in Bezug auf ein versichertes Einzelrisiko, auf das sich die verletzte Obliegenheit bezieht, nicht zur Leistung verpflichtet.

(2) Bei schuldhafter Verletzung einer Obliegenheit kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er Kenntnis von der Verletzung erlangt hat, mit einer Frist von einem Monat kündigen.

Titel 7 Versicherungsvermittler
Untertitel 1 Mitteilungspflichten, Beratung

§ 60 Begriffsbestimmungen

(1) Versicherungsvermittler im Sinne dieses Gesetzes sind Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler.

(2) Versicherungsvertreter im Sinne dieses Gesetzes ist, wer von einem Versicherer oder einem Versicherungsvertreter damit betraut ist, Versicherungsverträge zu vermitteln oder abzuschließen oder bei deren Verwaltung und Erfüllung mitzuwirken (Versicherungsvermittlungsgeschäfte), und in das Register nach § X der Gewerbeordnung eingetragen ist.

(3) Versicherungsmakler im Sinne dieses Gesetzes ist, wer, ohne von einem Versicherer damit betraut zu sein, für den Auftraggeber Versicherungsvermittlungsgeschäfte übernimmt und in das Register nach § Y der Gewerbeordnung eingetragen ist. Als Versicherungsmakler gilt, wer sich im Geschäftsverkehr als Versicherungsmakler bezeichnet, obwohl er als Versicherungsvertreter in das in Absatz 2 bezeichnete Register eingetragen ist; eine Haftung des Versicherers für seinen Versicherungsvertreter bleibt unberührt.

§ 61 Mitteilungspflichten

(1) Der Versicherungsvermittler ist verpflichtet, dem Versicherungsnehmer folgendes mitzuteilen:

1. Name und Anschrift des Versicherungsvermittlers,
2. Bezeichnung des Registers, in das er eingetragen ist, sowie Angabe, ob er als Versicherungsvertreter oder als Versicherungsmakler eingetragen ist, und auf welche Weise sich die Eintragung überprüfen lässt,
3. Angabe der Versicherer, an denen der Versicherungsvermittler unmittelbar oder mittelbar eine Beteiligung von mehr als 10 Prozent der Stimmrechte oder des Kapitals hält,
4. Angabe der Versicherer, die unmittelbar oder mittelbar eine Beteiligung von mehr als 10 Prozent der Stimmrechte oder des Kapitals des Versicherungsvermittlers halten,

5. Angaben, die es den Versicherungsnehmern und anderen Betroffenen ermöglichen, Beschwerden über Versicherungsvermittler einzureichen, sowie Angaben über die Möglichkeiten der außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten.

(2) Der Versicherungsvermittler hat dem Versicherungsnehmer ferner mitzuteilen, ob er seinen Rat auf eine objektive, ausgewogene Marktuntersuchung stützt.

(3) Die Mitteilungen nach Absatz 1 sind nicht erforderlich, soweit sie der Versicherungsnehmer bereits bei einem früheren Versicherungsvertrag vom Versicherungsvermittler oder in einem Vertrag mit einem Versicherungsmakler in der in § 65 vorgeschriebenen Form erhalten hat und die Mitteilungen unverändert richtig sind.

§ 62 Zusätzliche Mitteilungspflicht des Versicherungsvertreters

Der Versicherungsvertreter hat dem Versicherungsnehmer in Bezug auf den angebotenen Versicherungsvertrag mitzuteilen, ob er verpflichtet ist, Versicherungsvermittlungsgeschäfte ausschließlich oder nicht ausschließlich für einen oder mehrere Versicherer zu tätigen. Auf Verlangen hat er dem Versicherungsnehmer die Namen der von ihm vertretenen Versicherer anzugeben; auf das Recht, diese Angabe zu verlangen, hat er den Versicherungsnehmer ausdrücklich hinzuweisen.

§ 63 Beratungsgrundlage

(1) Teilt der Versicherungsvermittler dem Versicherungsnehmer mit, dass er seinen Rat auf eine objektive, ausgewogene Marktuntersuchung stützt, so ist er verpflichtet, seinem Rat eine hinreichende Zahl von auf dem Markt angebotenen Versicherungsverträgen und von Versicherern zu Grunde zu legen, so dass er nach fachlichen Kriterien eine Empfehlung dahin abgeben kann, welcher Versicherungsvertrag geeignet ist, die Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erfüllen. Auf Verlangen hat er dem Versicherungsnehmer die Namen der seinem Rat zugrunde gelegten Versicherer anzugeben; auf das Recht, diese Angabe zu verlangen, hat er den Versicherungsnehmer ausdrücklich hinzuweisen.

(2) Die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 2 gilt auch für einen Versicherungsvermittler, der dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass er seinen Rat nicht auf eine Marktuntersuchung im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 stützt.

§ 64 Beratung des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsvermittler hat die Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erfragen, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, sowie nach der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht, und die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben. Der Versicherungsvermittler hat die Wünsche und Bedürfnisse sowie die Gründe für den erteilten Rat unter Berücksichtigung des Schwierigkeitsgrads des angebotenen Versicherungsvertrags nach Maßgabe des § 65 zu dokumentieren.

§ 65 Zeitpunkt und Form der Informationen

(1) Dem Versicherungsnehmer sind die Mitteilungen und Angaben nach den §§ 61 bis 63 vor Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung, die Dokumentation nach § 64 Satz 2 vor dem Abschluss des Vertrags in Textform klar und verständlich in deutscher Sprache oder in der von den Parteien vereinbarten Sprache zu übermitteln.

(2) Die Mitteilungen und Angaben nach Absatz 1 dürfen mündlich übermittelt werden, wenn der Versicherungsnehmer dies wünscht oder wenn und soweit der Versicherer vorläufige Deckung gewährt. In diesen Fällen sind die Mitteilungen und Angaben unverzüglich nach Vertragsschluss dem Versicherungsnehmer in Textform zur Verfügung zu stellen.

§ 66 Schadensersatzpflicht

Der Versicherungsvermittler ist zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der dem Versicherungsnehmer durch die schuldhafte Verletzung einer Pflicht nach §§ 63 oder 64 entsteht. Dies gilt nicht im Falle des § 64, soweit der Versicherungsnehmer vor Vertragsschluss in Textform auf eine Beratung verzichtet.

§ 67 Nicht eingetragene Vermittler

Auf Personen, die selbständig Versicherungsverträge vermitteln, ohne in ein Register nach § 60 Abs. 2 oder 3 Satz 1 eingetragen zu sein, sind die Vorschriften der §§ 61 bis 66 entsprechend anzuwenden.

§ 68 Großrisiken

Die §§ 60 bis 67 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006 nicht anzuwenden.

Untertitel 2 Vertretungsmacht des Versicherungsvertreters

§ 69 Gesetzliche Vollmacht

(1) Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, in dem Versicherungszweig, in dem er mit Versicherungsvermittlungsgeschäften betraut ist,

1. Anträge, die auf den Abschluss eines Versicherungsvertrags gerichtet sind, und deren Widerruf sowie die vor Vertragsschluss abzugebenden Anzeigen und sonstigen Erklärungen vom Versicherungsnehmer entgegen zu nehmen,
2. Anträge auf Verlängerung oder Änderung eines Versicherungsvertrags und deren Widerruf, die Kündigung, den Rücktritt und sonstige das Versicherungsverhältnis betreffende Erklärungen sowie die während der Dauer des Versicherungsverhältnisses zu erstattenden Anzeigen vom Versicherungsnehmer entgegen zu nehmen,
3. die vom Versicherer ausgefertigten Versicherungsscheine oder Verlängerungsscheine dem Versicherungsnehmer auszuhändigen,
4. Prämien nebst Zinsen und Kosten anzunehmen, sofern er im Besitz einer vom Versicherer unterzeichneten Prämienrechnung ist; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift.

(2) Den Versicherungsnehmer trifft die Beweislast für die Abgabe oder den Inhalt eines Antrags oder einer sonstigen Willenserklärung nach Absatz 1 Nr. 1 und 2. Die Beweislast für die Nichtabgabe einer auf Grund einer Obliegenheit gebotenen Anzeige durch den Versicherungsnehmer trifft den Versicherer.

§ 70 Kenntnis des Versicherungsvertreters

Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis des Versicherers erheblich ist, steht die Kenntnis des Versicherungsvertreters der Kenntnis des Versicherers gleich. Dies

gilt nicht für Kenntnisse des Versicherungsvertreters, die er außerhalb seiner Tätigkeit als Vertreter und ohne Zusammenhang mit dem betreffenden Versicherungsvertrag erlangt hat.

§ 71 Abschlussvollmacht

Ist der Versicherungsvertreter zum Abschluss von Versicherungsverträgen bevollmächtigt, so ist er auch befugt, die Änderung oder Verlängerung solcher Verträge zu vereinbaren sowie Kündigungs- und Rücktrittserklärungen abzugeben.

§ 72 Beschränkung der Vertretungsmacht

Eine Beschränkung der dem Versicherungsvertreter nach den §§ 69 und 71 zustehenden Vertretungsmacht durch Allgemeine Geschäftsbedingungen ist gegenüber Dritten unwirksam.

§ 73 Gerichtsstand

(1) Hat ein Versicherungsvertreter den Versicherungsvertrag vermittelt oder geschlossen, so ist für Klagen gegen den Versicherer aus dem Versicherungsverhältnis auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vertreter zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte.

(2) Die nach Absatz 1 begründete Zuständigkeit kann durch Vereinbarung nicht ausgeschlossen werden.

§ 74 Angestellte; nicht eingetragene Vermittler

Die §§ 69 bis 73 sind auf Angestellte eines Versicherers, die mit Versicherungsvermittlungsgeschäften betraut sind, und auf Personen, die selbständig Versicherungsverträge vermitteln, ohne in ein Register nach § 60 Abs. 2 eingetragen zu sein, entsprechend anzuwenden.

Abschnitt 2 Schadenversicherung

Titel 1 Allgemeine Vorschriften

§ 75 Leistung des Versicherers

Bei der Schadenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, dem Versicherungsnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles den dadurch verursachten Vermögensschaden nach Maßgabe des Vertrags zu ersetzen oder die sonst vereinbarte Leistung zu erbringen.

§ 76 Überversicherung

(1) Übersteigt die Versicherungssumme den Wert des versicherten Interesses (Versicherungswert) erheblich, so können sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer verlangen, dass die Versicherungssumme zur Beseitigung der Überversicherung unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie mit sofortiger Wirkung herabgesetzt wird.

(2) Schließt der Versicherungsnehmer den Vertrag in der Absicht, sich aus der Überversicherung einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Vertrag nichtig; dem Versicherer steht die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, in dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.

§ 77 Unterversicherung

Ist die Versicherungssumme niedriger als der Versicherungswert zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles (Unterversicherung), so ist der Versicherer nur verpflichtet, die Leistung nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zu diesem Wert zu erbringen.

§ 78 Taxe

Der Versicherungswert kann durch Vereinbarung auf einen bestimmten Betrag (Taxe) festgesetzt werden. Die Taxe gilt auch als der Wert, den das versicherte Interesse bei Eintritt des Versicherungsfalles hat, es sei denn, dass sie den wirklichen Versicherungswert zu diesem Zeitpunkt erheblich übersteigt. Ist die Versicherungssumme niedriger als die Taxe, so

hat der Versicherer, auch wenn die Taxe erheblich übersetzt ist, den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zur Taxe zu ersetzen.

§ 79 Mehrere Versicherer

(1) Wer bei mehreren Versicherern ein Interesse gegen dieselbe Gefahr versichert, ist verpflichtet, jedem Versicherer die andere Versicherung unverzüglich mitzuteilen. In der Mitteilung sind der Versicherer, bei dem die andere Versicherung genommen worden ist, und die Versicherungssumme anzugeben.

(2) Wird bezüglich derselben Sache bei einem Versicherer der entgehende Gewinn, bei einem anderen Versicherer der sonstige Schaden versichert, so ist Absatz 1 entsprechend anzuwenden.

§ 80 Doppelversicherung

(1) Ist bei mehreren Versicherern ein Interesse gegen dieselbe Gefahr versichert und übersteigen die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert oder übersteigt aus anderen Gründen die Summe der Entschädigungen, die von jedem Versicherer ohne Bestehen der anderen Versicherung zu zahlen wären, den Gesamtschaden (Doppelversicherung), so haften die Versicherer in der Weise als Gesamtschuldner, dass jeder Versicherer den von ihm nach dem Vertrag zu leistenden Betrag zu zahlen hat, der Versicherungsnehmer aber insgesamt nicht mehr als den Betrag des Schadens verlangen kann.

(2) Die Versicherer sind im Verhältnis zueinander zu Anteilen nach Maßgabe der Beträge verpflichtet, die sie dem Versicherungsnehmer nach dem Vertrag zu zahlen haben. Ist auf eine der Versicherungen ausländisches Recht anzuwenden, so kann der Versicherer, für den das ausländische Recht gilt, gegen den anderen Versicherer einen Anspruch auf Ausgleichung nur geltend machen, wenn er selbst nach dem für ihn maßgeblichen Recht zur Ausgleichung verpflichtet ist.

(3) Hat der Versicherungsnehmer eine Doppelversicherung in der Absicht vereinbart, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig; dem Versicherer steht die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, in dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.

§ 81 Beseitigung der Doppelversicherung

(1) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag, durch den die Doppelversicherung entstanden ist, ohne Kenntnis von dem Entstehen der Doppelversicherung geschlossen, so kann er verlangen, dass der später geschlossene Vertrag aufgehoben oder die Versicherungssumme unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie auf den Teilbetrag herabgesetzt wird, der durch die frühere Versicherung nicht gedeckt ist.

(2) Absatz 1 ist auch anzuwenden, wenn die Doppelversicherung dadurch entstanden ist, dass nach Abschluss der mehreren Versicherungen der Versicherungswert gesunken ist. Sind in diesem Falle die mehreren Versicherungen gleichzeitig oder im Einvernehmen der Versicherer geschlossen worden, so kann der Versicherungsnehmer nur verhältnismäßige Herabsetzung der Versicherungssummen und der Prämien verlangen.

§ 82 Fehlendes versichertes Interesse

(1) Der Versicherungsnehmer ist von der Pflicht zur Zahlung der Prämie frei, wenn das versicherte Interesse bei Beginn der Versicherung nicht besteht. Dies gilt auch, wenn das Interesse bei einer Versicherung, die für ein künftiges Unternehmen oder für ein anderes künftiges Interesse genommen ist, nicht entsteht. Der Versicherer kann jedoch eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

(3) Hat der Versicherungsnehmer ein nicht bestehendes Interesse in der Absicht versichert, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Vertrag nichtig; dem Versicherer steht die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, zu dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.

§ 83 Herbeiführung des Versicherungsfalles

(1) Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich herbeiführt.

(2) Führt der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall grob fahrlässig herbei, so ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 84 Abwendung und Minderung des Schadens

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.

(2) Der Versicherungsnehmer hat Weisungen des Versicherers, soweit für ihn zumutbar, zu befolgen sowie Weisungen einzuholen, wenn die Umstände dies gestatten. Erteilen mehrere an dem Versicherungsvertrag beteiligte Versicherer unterschiedliche Weisungen, so hat der Versicherungsnehmer nach pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.

(3) Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Absätzen 1 und 2 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung vorsätzlich begangen hat. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(4) Abweichend von Absatz 3 bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

§ 85 Aufwendungsersatz

(1) Aufwendungen des Versicherungsnehmers gemäß § 84 Abs. 1 und 2 hat der Versicherer, auch wenn sie erfolglos bleiben, insoweit zu erstatten, als der Versicherungsnehmer sie den

Umständen nach für geboten halten durfte. Der Versicherer hat den für die Aufwendungen erforderlichen Betrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen.

(2) Ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen, so kann er auch den Aufwendersatz nach Absatz 1 entsprechend kürzen.

(3) Aufwendungen des Versicherungsnehmers, die er gemäß den Weisungen des Versicherers macht, sind auch insoweit zu erstatten, als sie zusammen mit der sonstigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen.

(4) Bei der Tierversicherung gehören die Kosten der Fütterung und der Pflege sowie die Kosten der tierärztlichen Untersuchung und Behandlung nicht zu den vom Versicherer nach den Absätzen 1 bis 3 zu erstattenden Aufwendungen.

§ 86 Sachverständigenverfahren

(1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder die Höhe des Schadens durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch gerichtliche Entscheidung. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen durch das Gericht zu ernennen, so ist für die Ernennung das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk der Schaden entstanden ist. Durch eine ausdrückliche Vereinbarung der Beteiligten kann die Zuständigkeit eines anderen Amtsgerichts begründet werden. Die Verfügung, durch die dem Antrag auf Ernennung der Sachverständigen stattgegeben wird, ist nicht anfechtbar.

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

§ 87 Schadenermittlungskosten

(1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer die Kosten, die durch die Ermittlung und Feststellung des von ihm zu ersetzenden Schadens entstehen, insoweit zu erstatten, als ihre

Aufwendung den Umständen nach geboten war. Diese Kosten sind auch insoweit zu erstatten, als sie zusammen mit der sonstigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen.

(2) Kosten, die dem Versicherungsnehmer durch die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistandes entstehen, hat der Versicherer nicht zu erstatten, es sei denn, der Versicherungsnehmer ist zu der Zuziehung vertraglich verpflichtet oder vom Versicherer aufgefordert worden.

(3) Ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen, so kann er auch den Kostensatz entsprechend kürzen.

§ 88 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, so wird der Versicherer von seiner Pflicht zur Leistung insoweit frei, als er infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, so kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 89 Abweichende Vereinbarungen

Von den Vorschriften des § 76 Abs. 1 und der §§ 82, 84, 85, 88 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

Titel 2 Sachversicherung

§ 90 Versicherungswert

(1) Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt als Versicherungswert, wenn sich die Versicherung auf eine Sache oder einen Inbegriff von Sachen bezieht, der Betrag, den der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles für die Wiederbeschaffung oder Wiederherstellung der beschädigten Sache in neuwertigem Zustand unter Abzug des sich aus dem Unterschied zwischen alt und neu ergebenden Minderwertes aufzuwenden hat.

(2) Eine Versicherung, die für einen Inbegriff von Sachen genommen wird, umfasst die jeweils dem Inbegriff zugehörigen Sachen.

§ 91 Mitversicherte bei häuslicher Gemeinschaft oder Dienstverhältnis

Ist die Versicherung für einen Inbegriff von Sachen genommen, so erstreckt sie sich auf die Sachen der Personen, mit denen der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt oder die zu diesem Zeitpunkt in einem Dienstverhältnis zum Versicherungsnehmer stehen und ihre Tätigkeit an dem Ort ausüben, für den die Versicherung gilt. Insoweit gilt die Versicherung als für fremde Rechnung genommen.

§ 92 Erweiterter Aufwendungsersatz

Macht der Versicherungsnehmer Aufwendungen, um einen unmittelbar bevorstehenden Versicherungsfall abzuwenden oder in seinen Auswirkungen zu mindern, so ist § 85 entsprechend anzuwenden.

§ 93 Verzinsung der Entschädigung

Die vom Versicherer zu zahlende Entschädigung ist nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles für das Jahr mit 4 Prozent zu verzinsen, soweit nicht aus einem anderen Rechtsgrund höhere Zinsen verlangt werden können. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange der Schaden infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht festgestellt werden kann oder die Leistungspflicht des Versicherers von Voraussetzungen abhängt, die der Versicherungsnehmer noch zu erfüllen hat.

§ 94 Kündigung nach Versicherungsfall

(1) Nach dem Eintritt des Versicherungsfalles kann das Versicherungsverhältnis gekündigt werden.

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

(3) Bei der Hagelversicherung kann der Versicherer nur für den Schluss der Versicherungsperiode kündigen, in welcher der Versicherungsfall eingetreten ist. Kündigt der Versicherungsnehmer für einen früheren Zeitpunkt als den Schluss dieser Versicherungsperiode, so steht dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode zu.

§ 95 Wiederherstellungsklausel

Ist der Versicherer nach dem Vertrag verpflichtet, einen Teil der Entschädigung nur bei Wiederherstellung oder Wiederbeschaffung der versicherten Sache zu zahlen, so kann der Versicherungsnehmer die Zahlung eines über den Versicherungswert hinausgehenden Betrags erst verlangen, wenn die Wiederherstellung oder Wiederbeschaffung gesichert ist. Der Versicherungsnehmer ist zur Rückzahlung der vom Versicherer geleisteten Entschädigung abzüglich des Versicherungswertes der Sache verpflichtet, soweit die Sache nicht wiederhergestellt oder wiederbeschafft worden ist.

§ 96 Veräußerung der versicherten Sache

(1) Wird die versicherte Sache vom Versicherungsnehmer veräußert, so tritt an dessen Stelle der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein.

(2) Der Veräußerer und der Erwerber haften für die Prämie, die auf die zur Zeit des Eintrittes des Erwerbers laufende Versicherungsperiode entfällt, als Gesamtschuldner.

(3) Der Versicherer muss den Eintritt des Erwerbers erst gegen sich gelten lassen, wenn er hiervon Kenntnis erlangt hat.

§ 97 Kündigung nach Veräußerung

(1) Der Versicherer ist berechtigt, dem Erwerber das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats ab der Kenntnis des Versicherers von der Veräußerung ausgeübt wird.

(2) Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen; die Kündigung ist nur mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode zulässig. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb, bei fehlender Kenntnis des Erwerbers vom Bestehen der Versicherung innerhalb eines Monats ab Erlangung der Kenntnis, ausgeübt wird.

(3) Im Falle der Kündigung des Versicherungsverhältnisses nach Absatz 1 oder 2 ist der Veräußerer zur Zahlung der Prämie verpflichtet; eine Haftung des Erwerbers für die Prämie besteht nicht.

§ 98 Anzeige der Veräußerung

(1) Die Veräußerung ist dem Versicherer vom Veräußerer oder Erwerber unverzüglich anzuzeigen. Ist die Anzeige unterblieben, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem die

Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, und der Versicherer nachweist, dass er den mit dem Veräußerer bestehenden Vertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte.

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, wenn ihm die Veräußerung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen, oder zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen war und er nicht gekündigt hat.

§ 99 Schutz des Erwerbers

Der Versicherer kann sich auf eine Bestimmung des Versicherungsvertrags, durch die von den §§ 96 bis 98 zum Nachteil des Erwerbers abgewichen wird, nicht berufen. Jedoch kann für die Kündigung des Erwerbers nach § 97 Abs. 2 und die Anzeige der Veräußerung die Schriftform oder die Textform bestimmt werden.

§ 100 Zwangsversteigerung

Bei einer Zwangsversteigerung der versicherten Sache sind die §§ 96 bis 99 entsprechend anzuwenden.

Kapitel 2 Einzelne Versicherungszweige

Abschnitt 1 Haftpflicht-, Rechtsschutz- und Transportversicherung

Titel 1 Haftpflichtversicherung

Untertitel 1 Allgemeine Vorschriften

§ 101 Leistung des Versicherers

Bei der Haftpflichtversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den Versicherungsnehmer von Ansprüchen freizustellen, die von einem Dritten auf Grund der Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers für eine während der Versicherungszeit eintretende Tatsache geltend gemacht werden, und unbegründete Ansprüche abzuwehren.

§ 102 Kosten des Rechtsschutzes

(1) Die Versicherung umfasst auch die gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten, die durch die Abwehr der von einem Dritten geltend gemachten Ansprüche entstehen, soweit die Aufwendung der Kosten den Umständen nach geboten ist. Die Versicherung umfasst ferner die auf Weisung des Versicherers aufgewendeten Kosten der Verteidigung in einem Strafverfahren, das wegen einer Tat eingeleitet wurde, welche die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnte. Der Versicherer hat die Kosten auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen.

(2) Ist eine Versicherungssumme bestimmt, so hat der Versicherer die Kosten eines auf seine Veranlassung geführten Rechtsstreits und die Kosten der Verteidigung nach Absatz 1 Satz 2 auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit den Aufwendungen des Versicherers zur Freistellung des Versicherungsnehmers die Versicherungssumme übersteigen. Dies gilt auch für Zinsen, die der Versicherungsnehmer infolge einer vom Versicherer veranlassenen Verzögerung der Befriedigung des Dritten diesem schuldet.

(3) Ist dem Versicherungsnehmer nachgelassen, die Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung abzuwenden, so hat der Versicherer die Sicherheitsleistung oder Hinterlegung zu bewirken. Diese Verpflichtung besteht nur bis zum Betrag der Versicherungssumme; ist der Versicherer nach Absatz 2 über diesen Betrag hinaus verpflichtet, so tritt der Versicherungssumme der Mehrbetrag hinzu. Der Versicherer ist von der Verpflichtung nach Satz 1 frei, wenn er den Anspruch des Dritten dem Versicherungsnehmer gegenüber als begründet anerkennt.

§ 103 Betriebshaftpflichtversicherung

(1) Besteht das Versicherungsverhältnis für ein Unternehmen, so erstreckt es sich auf die Haftpflicht der zur Vertretung des Unternehmens befugten Personen sowie der Personen, die in einem Dienstverhältnis zu dem Unternehmen stehen. Die Versicherung gilt insoweit als für fremde Rechnung genommen.

(2) Wird das Unternehmen an einen Dritten veräußert oder auf Grund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen, so tritt anstelle des Versicherungsnehmers der Dritte in die während der Dauer seiner Berechti-

gung sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten ein. § 96 Abs. 2 und 3 sowie §§ 97 und 98 sind entsprechend anzuwenden.

§ 104 Herbeiführung des Versicherungsfalles

Der Versicherer ist von seiner Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den bei dem Dritten eingetretenen Schaden vorsätzlich und widerrechtlich herbeigeführt hat.

§ 105 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer innerhalb einer Woche die Tatsachen anzuzeigen, die seine Verantwortlichkeit gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnten. Macht der Dritte seinen Anspruch gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend, so ist dieser zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Geltendmachung verpflichtet.

(2) Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihm gerichtlich der Streit verkündet, so hat er dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt auch, wenn gegen den Versicherungsnehmer wegen des den Anspruch begründenden Ereignisses ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wird.

(3) Zur Wahrung der Fristen nach den Absätzen 1 und 2 genügt die rechtzeitige Absendung der Anzeige. § 33 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden.

§ 106 Anerkenntnis des Versicherungsnehmers

Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet ist, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt oder dessen Anspruch anerkennt, ist unwirksam.

§ 107 Fälligkeit der Versicherungsleistung

Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen von dem Zeitpunkt an, zu dem der Anspruch des Dritten durch rechtskräftiges Urteil, Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden ist, vom Anspruch des Dritten freizustellen. Ist der Dritte von dem Versicherungsnehmer befriedigt worden, so hat der Versicherer die Entschädigung innerhalb von zwei Wochen nach der Befriedigung des Dritten an den Versicherungsnehmer zu zahlen. Kosten, die gemäß § 102 zu ersetzen sind, hat der Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach der Mitteilung der Berechnung zu zahlen.

§ 108 Rentenanspruch

(1) Ist der Versicherungsnehmer dem Dritten zur Zahlung einer Rente verpflichtet, so ist der Versicherer, wenn die Versicherungssumme den Kapitalwert der Rente nicht erreicht, nur zur Zahlung eines verhältnismäßigen Teiles der Rente verpflichtet.

(2) Hat der Versicherungsnehmer für die von ihm geschuldete Rente dem Dritten kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten, so erstreckt sich die Verpflichtung des Versicherers auf die Leistung der Sicherheit. Absatz 1 gilt entsprechend.

§ 109 Verfügung über den Freistellungsanspruch

(1) Verfügungen des Versicherungsnehmers über den Freistellungsanspruch gegen den Versicherer sind dem Dritten gegenüber unwirksam. Der rechtsgeschäftlichen Verfügung steht eine Verfügung im Wege der Zwangsvollstreckung oder Arrestvollziehung gleich.

(2) Die Abtretung des Freistellungsanspruchs kann nicht durch Allgemeine Versicherungsbedingungen ausgeschlossen werden.

§ 110 Mehrere Geschädigte

Ist der Versicherungsnehmer gegenüber mehreren Dritten verantwortlich und übersteigen deren Ansprüche die Versicherungssumme, so hat der Versicherer diese Ansprüche nach dem Verhältnis ihrer Beträge zu erfüllen. Ist hierbei die Versicherungssumme erschöpft, so

kann sich ein bei der Verteilung nicht berücksichtigter Dritter nachträglich auf die Vorschrift des § 109 Abs. 1 nicht berufen, wenn der Versicherer mit der Geltendmachung dieser Ansprüche nicht gerechnet hat und auch nicht rechnen musste.

§ 111 Insolvenz des Versicherungsnehmers

Ist über das Vermögen des Versicherungsnehmers das Insolvenzverfahren eröffnet, so kann der Dritte wegen des ihm gegen den Versicherungsnehmer zustehenden Anspruchs absonderte Befriedigung aus dem Freistellungsanspruch des Versicherungsnehmers verlangen.

§ 112 Kündigung nach Versicherungsfall

(1) Hat der Versicherer nach dem Eintritt des Versicherungsfalles den Anspruch des Versicherungsnehmers auf Freistellung anerkannt oder abgelehnt, so ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen. Dies gilt auch, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Weisung erteilt, es zum Rechtsstreit über den Anspruch des Dritten kommen zu lassen.

(2) Die Kündigung ist nur innerhalb eines Monats seit der Anerkennung oder Ablehnung des Freistellungsanspruchs oder seit der Rechtskraft des im Rechtsstreit mit dem Dritten ergangenen Urteils zulässig. § 94 Abs. 2 Satz 2 und 3 ist anzuwenden.

§ 113 Abweichende Vereinbarungen

Von den §§ 105 und 107 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

Untertitel 2 Vorschriften für die Pflichtversicherung

§ 114 Pflichtversicherung

(1) Eine Haftpflichtversicherung, zu deren Abschluss eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Pflichtversicherung), ist mit einem im Inland zum Geschäftsbetrieb befugten Versicherungsunternehmen zu den nach Maßgabe des Versicherungsaufsichtsgesetzes eingereichten Allgemeinen Versicherungsbedingungen abzuschließen.

(2) Besteht für den Abschluss einer Haftpflichtversicherung eine gesetzliche Verpflichtung, so hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Angabe der Versicherungssumme zu bescheinigen, dass eine dem zu bezeichnenden Gesetz entsprechende Haftpflichtversicherung besteht.

(3) Die Vorschriften dieses Untertitels finden auch insoweit Anwendung, als der Versicherungsvertrag eine über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinausgehende Deckung gewährt.

§ 115 Mindestversicherungssumme

Die Mindestversicherungssumme einer Pflichtversicherung beträgt, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, 250.000 Euro je Versicherungsfall, höchstens jedoch eine Million Euro je Versicherungsjahr.

§ 116 Direktanspruch

(1) Der geschädigte Dritte kann im Rahmen der Leistungspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsverhältnis und, soweit eine Leistungspflicht nicht besteht, im Rahmen des § 117 Abs. 1 bis 4 seinen Anspruch auf Ersatz des Schadens auch gegen den Versicherer geltend machen. Der Versicherer hat den Schadensersatz in Geld zu leisten.

(2) Soweit der Dritte nach Absatz 1 seinen Anspruch auf Ersatz des Schadens auch gegen den Versicherer geltend machen kann, haften der Versicherer und der ersatzpflichtige Versicherungsnehmer als Gesamtschuldner.

(3) Der Anspruch nach Absatz 1 unterliegt der gleichen Verjährung wie der Schadensersatzanspruch gegen den ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer. Die Verjährung beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Verjährung gegen den ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer beginnt; sie endet jedoch spätestens in zehn Jahren von dem Schadensereignis an. Ist der Anspruch des Dritten bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt. Die Hemmung, die Ablaufhemmung und der Neubeginn der Verjährung des Anspruchs gegen den Versicherer wirken auch gegenüber dem ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer und umgekehrt.

§ 117 Leistungspflicht gegenüber Dritten

(1) Dem Anspruch des Dritten nach § 116 kann nicht entgegengehalten werden, dass der Versicherer dem ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer nicht zur Leistung verpflichtet ist.

(2) Ein Umstand, der das Nichtbestehen oder die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zur Folge hat, kann vorbehaltlich des Satzes 4 dem Anspruch des Dritten nach § 116 nur entgegengehalten werden, wenn das Schadensereignis später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eingetreten ist, zu dem der Versicherer diesen Umstand der hierfür zuständigen Stelle angezeigt hat. Das gleiche gilt, wenn das Versicherungsverhältnis durch Zeitablauf endet. Der Lauf der Frist beginnt nicht vor Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Ein in den Sätzen 1 und 2 bezeichneter Umstand kann dem Anspruch des Dritten auch dann entgegengehalten werden, wenn vor dem Zeitpunkt des Schadensereignisses der hierfür zuständigen Stelle die Bestätigung einer entsprechend den gesetzlichen Vorschriften abgeschlossenen neuen Versicherung zugegangen ist.

(3) In den Fällen der Absätze 1 und 2 ist der Versicherer nur im Rahmen der gesetzlichen Mindestversicherungssumme und der von ihm übernommenen Gefahr verpflichtet. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, soweit der Dritte in der Lage ist, Ersatz seines Schadens von einem anderen Schadenversicherer oder von einem Sozialversicherungsträger zu erlangen.

(4) Trifft die Leistungspflicht des Versicherers nach den Absätzen 1 oder 2 mit einer Ersatzpflicht auf Grund fahrlässiger Amtspflichtverletzung zusammen, so wird die Ersatzpflicht nach § 839 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Voraussetzungen für die Leistungspflicht des Versicherers vorliegen. Satz 1 gilt nicht, wenn der Beamte nach § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuchs persönlich haftet.

(5) Wird über das Vermögen des Versicherers das Insolvenzverfahren eröffnet, so endet das Versicherungsverhältnis abweichend von § 17 erst mit dem Ablauf eines Monats, nachdem der Insolvenzverwalter diesen Umstand der hierfür zuständigen Stelle angezeigt hat; bis zu diesem Zeitpunkt bleibt es der Insolvenzmasse gegenüber wirksam. Ist eine zur Entgegennahme der Anzeige nach Satz 1 zuständige Stelle nicht benannt, so endet das Versicherungsverhältnis einen Monat nach Benachrichtigung des Versicherungsnehmers; die Benachrichtigung bedarf der Textform.

§ 118 Rangfolge mehrerer Ansprüche

(1) Übersteigen die Ansprüche auf Entschädigung, die auf Grund desselben Ereignisses zu leisten ist, die Versicherungssumme, so wird die Versicherungssumme nach folgender Rangfolge, bei gleichem Rang nach dem Verhältnis ihrer Beträge, an die Ersatzberechtigten ausgezahlt:

1. für Ansprüche wegen Personenschäden, soweit die Geschädigten nicht in der Lage sind, Ersatz ihrer Schäden vom Schädiger, von einem anderen Versicherer als dessen Haftpflichtversicherer, einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Dritten zu erlangen;
2. für Ansprüche wegen sonstiger Schäden natürlicher und juristischer Personen des Privatrechts, soweit die Geschädigten nicht in der Lage sind, vom Schädiger, einem anderen Versicherer als dessen Haftpflichtversicherer oder einem Dritten Ersatz zu erlangen;
3. für Ansprüche, die nach Privatrecht auf Versicherer oder sonstige Dritte wegen Personen- und sonstiger Schäden übergegangen sind;
4. für Ansprüche, die auf Sozialversicherungsträger übergegangen sind;
5. für alle sonstigen Ansprüche.

(2) Ist die Versicherungssumme unter Berücksichtigung nachrangiger Ansprüche erschöpft, so kann sich ein vorrangig zu befriedigender Anspruchsberechtigter, der bei der Verteilung nicht berücksichtigt worden ist, nachträglich auf die Vorschrift des Absatzes 1 nicht berufen, wenn der Versicherer mit der Geltendmachung dieses Anspruchs nicht gerechnet hat und auch nicht rechnen musste.

§ 119 Obliegenheiten des Dritten

(1) Der Dritte hat ein Schadensereignis, aus dem er einen Anspruch nach § 116 Abs. 1 herleiten will, dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach dem Schadensereignis in Textform anzuzeigen; durch die Absendung der Anzeige wird die Frist gewahrt.

(2) Der Versicherer kann von dem Dritten Auskunft verlangen, soweit sie zur Feststellung des Schadensereignisses und der Höhe des Schadens erforderlich ist. Belege kann der Versicherer insoweit verlangen, als deren Beschaffung dem Dritten billigerweise zugemutet werden kann.

§ 120 Obliegenheitsverletzung des Dritten

Verletzt der Dritte die Obliegenheit nach § 119 Abs. 2, so beschränkt sich die Haftung des Versicherers nach den §§ 116 und 117 auf den Betrag, den er auch bei gehöriger Erfüllung der Obliegenheit zu leisten gehabt hätte, sofern der Dritte vorher in Textform auf die Folgen der Verletzung hingewiesen worden ist.

§ 121 Aufrechnung gegenüber Dritten

§ 38 findet in Ansehung des Dritten keine Anwendung.

§ 122 Gesamtschuldner

Im Verhältnis der Gesamtschuldner nach § 116 Abs. 2 zueinander ist der Versicherer allein verpflichtet, soweit er dem Versicherungsnehmer aus dem Versicherungsverhältnis zur Leistung verpflichtet ist. Soweit eine solche Verpflichtung nicht besteht, ist in ihrem Verhältnis zueinander der Versicherungsnehmer allein verpflichtet. Der Versicherer kann Ersatz der Aufwendungen verlangen, die er den Umständen nach für erforderlich halten durfte; die Verjährung dieses Anspruchs beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch des Dritten erfüllt wird.

§ 123 Veräußerung der versicherten Sache

Die Vorschriften der §§ 96 bis 99 über die Veräußerung der versicherten Sache gelten sinngemäß.

§ 124 Rückgriff bei mehreren Versicherten

(1) Ist bei einer Versicherung für fremde Rechnung der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber nicht zur Leistung verpflichtet, so kann er dies einem Versicherten, der zur selbständigen Geltendmachung seiner Rechte aus dem Versicherungsvertrag befugt ist, nur entgegenhalten, wenn die der Leistungsfreiheit zugrunde liegenden Umstände in der Person dieses Versicherten vorliegen oder wenn diese Umstände dem Versicherten bekannt oder grob fahrlässig nicht bekannt waren.

(2) Der Umfang der Leistungspflicht nach Absatz 1 bestimmt sich nach § 117 Abs. 3 Satz 1; § 117 Abs. 3 Satz 2 findet keine Anwendung. § 117 Abs. 4 ist entsprechend anzuwenden.

(3) Soweit der Versicherer nach Absatz 1 leistet, kann er gegen den Versicherungsnehmer Rückgriff nehmen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind entsprechend anzuwenden, wenn die Frist nach § 117 Abs. 2 Satz 1 und 2 noch nicht abgelaufen ist oder der Versicherer die Beendigung des Versicherungsverhältnisses der hierfür zuständigen Stelle nicht angezeigt hat.

§ 125 Rechtskrafterstreckung

(1) Soweit durch rechtskräftiges Urteil festgestellt wird, dass dem Dritten ein Anspruch auf Ersatz des Schadens nicht zusteht, wirkt das Urteil, wenn es zwischen dem Dritten und dem Versicherer ergeht, auch zugunsten des Versicherungsnehmers, wenn es zwischen dem Dritten und dem Versicherungsnehmer ergeht, auch zugunsten des Versicherers.

(2) Ist der Anspruch des Dritten gegenüber dem Versicherer durch rechtskräftiges Urteil, Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden, so muss der Versicherungsnehmer, gegen den von dem Versicherer Ansprüche auf Grund des § 122 Satz 2 erhoben werden, diese Feststellung gegen sich gelten lassen, sofern er nicht nachweist, dass der Versicherer die

Pflicht zur Abwehr unbegründeter Entschädigungsansprüche sowie zur Minderung oder zur sachgemäßen Feststellung des Schadens schuldhaft verletzt hat.

Titel 2 Rechtsschutzversicherung

§ 126 Leistung des Versicherers

Bei der Rechtsschutzversicherung ist der Versicherer verpflichtet, die für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten erforderlichen Leistungen im vereinbarten Umfang zu erbringen.

§ 127 Schadenabwicklungsunternehmen

(1) Werden Gefahren aus dem Bereich der Rechtsschutzversicherung neben anderen Gefahren versichert, so muss im Versicherungsschein der Umfang der Deckung in der Rechtsschutzversicherung und die hierfür zu entrichtende Prämie gesondert ausgewiesen werden. Beauftragt der Versicherer mit der Leistungsbearbeitung ein selbständiges Schadenabwicklungsunternehmen, so ist dieses im Versicherungsschein zu bezeichnen.

(2) Ansprüche auf die Versicherungsleistung aus einem Vertrag über eine Rechtsschutzversicherung können, wenn ein selbständiges Schadenabwicklungsunternehmen mit der Leistungsbearbeitung beauftragt ist, nur gegen dieses geltend gemacht werden. Der Titel wirkt für und gegen den Rechtsschutzversicherer. § 727 der Zivilprozessordnung ist entsprechend anzuwenden.

§ 128 Freie Anwaltswahl

(1) Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, zu seiner Vertretung in Gerichts- und Verwaltungsverfahren den Rechtsanwalt, der seine Interessen wahrnehmen soll, aus dem Kreis der Rechtsanwälte, deren Vergütung der Versicherer nach dem Versicherungsvertrag trägt, frei zu wählen. Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer Rechtsschutz für die sonstige Wahrnehmung rechtlicher Interessen in Anspruch nehmen kann. Besteht Versicherungsschutz zur Wahrnehmung rechtlicher Interessen, so kann der Versicherer die von ihm zu ersetzenden Kosten eines für den Versicherungsnehmer tätigen Rechtsanwaltes auf den

wirtschaftlich notwendigen Betrag beschränken, wenn die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen auf gleichen oder gleichartigen Ursachen beruht, in einem rechtlichen, zeitlichen oder wirtschaftlichen Zusammenhang steht und gegen identische Gegner gerichtet ist (Sammelverfahren).

(2) Rechtsanwalt im Sinne dieser Vorschrift ist auch, wer berechtigt ist, unter einer der in der Anlage zu § 1 des Gesetzes über die Tätigkeit europäischer Rechtsanwälte in Deutschland vom 9. März 2000 (BGBl. I S. 182) genannten Bezeichnungen beruflich tätig zu werden.

§ 129 Gutachterverfahren

Für den Fall, dass der Versicherer seine Leistungspflicht verneint, weil die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen keine hinreichende Aussicht auf Erfolg biete oder mutwillig sei, hat der Versicherungsvertrag ein Gutachterverfahren oder ein anderes Verfahren mit vergleichbaren Garantien für die Objektivität vorzusehen, in dem Meinungsverschiedenheiten zwischen den Parteien über die Erfolgsaussichten oder die Mutwilligkeit einer Rechtsverfolgung entschieden werden. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei Verneinung seiner Leistungspflicht hierauf hinzuweisen. Sieht der Versicherungsvertrag kein derartiges Verfahren vor oder unterlässt der Versicherer den Hinweis, gilt das Rechtsschutzbedürfnis des Versicherungsnehmers im Einzelfall als anerkannt.

§ 130 Abweichende Vereinbarungen

Von den Vorschriften der §§ 127 bis 129 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

Titel 3 Transportversicherung

§ 131 Gefahrtragung

(1) Bei der Versicherung von Gütern gegen die Gefahren der Beförderung sowie der damit verbundenen Lagerung trägt der Versicherer alle Gefahren, denen die Güter während der Dauer der Versicherung ausgesetzt sind.

(2) Bei der Versicherung eines Schiffes oder eines Luftfahrzeugs gegen die Gefahren der Schifffahrt oder der Luftfahrt trägt der Versicherer alle Gefahren, denen das Schiff oder das Luftfahrzeug während der Dauer der Versicherung ausgesetzt ist. Bei der Versicherung eines Schiffes haftet der Versicherer auch für den Schaden, den der Versicherungsnehmer infolge eines Zusammenstoßes von Schiffen dadurch erleidet, dass er den einem Dritten zugefügten Schaden zu ersetzen hat.

(3) Die Versicherung gegen die Gefahren der Schifffahrt umfasst die Beiträge zur großen Haverei.

§ 132 Anzeigepflichtverletzung

(1) Abweichend von § 21 Abs. 2 ist bei Verletzung der Anzeigepflicht der Rücktritt des Versicherers ausgeschlossen; der Versicherer kann innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an, zu dem er Kenntnis von dem nicht oder unrichtig angezeigten Umstand erlangt hat, den Vertrag kündigen und die Leistung verweigern. Die Verpflichtung zur Leistung bleibt bestehen, wenn der nicht oder unrichtig angezeigte Umstand nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers war.

(2) Verweigert der Versicherer die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu welchem dem Versicherungsnehmer die Entscheidung des Versicherers, dass er die Leistung verweigert, zugeht.

§ 133 Gefahränderung

(1) Der Versicherungsnehmer darf abweichend von § 25 die Gefahr erhöhen oder in anderer Weise ändern und die Änderung durch einen Dritten gestatten.

(2) Der Versicherungsnehmer hat die Änderung der Gefahr dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(3) Hat der Versicherungsnehmer eine Gefahrerhöhung nicht angezeigt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(4) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Gefahrerhöhung in dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn die Anzeigepflicht ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers verletzt worden ist oder wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers war.

(5) Der Versicherer ist abweichend von § 26 nicht berechtigt, das Versicherungsverhältnis wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen.

§ 134 Vertragswidrige Beförderung

(1) Werden die Güter mit einem Beförderungsmittel anderer Art befördert als vereinbart oder werden sie umgeladen, obwohl direkter Transport vereinbart ist, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Das gleiche gilt, wenn ausschließlich ein bestimmtes Beförderungsmittel oder ein bestimmter Transportweg vereinbart ist.

(2) Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt bestehen, wenn nach Beginn der Versicherung die Beförderung infolge eines versicherten Ereignisses geändert oder aufgegeben wird. Das gleiche gilt, wenn nach Beginn der Versicherung die Beförderung ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers geändert oder aufgegeben wird. Die Regelung des § 133 über die Gefahränderung ist anzuwenden.

(3) Die Versicherung umfasst in den Fällen des Absatzes 2 die Kosten der Umladung oder der einstweiligen Lagerung sowie die Mehrkosten der Weiterbeförderung.

§ 135 Ungeeignete Beförderungsmittel

(1) Ist für die Beförderung der Güter kein bestimmtes Beförderungsmittel vereinbart, so ist der Versicherungsnehmer, soweit er auf dessen Auswahl Einfluss hat, verpflichtet, Beförderungsmittel einzusetzen, die für die Aufnahme und Beförderung der Güter geeignet sind.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, die Verletzung war nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers.

(3) Erlangt der Versicherungsnehmer Kenntnis von der mangelnden Eignung des Beförderungsmittels, so hat er diesen Umstand dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Regelung des § 133 über die Gefahränderung ist anzuwenden.

§ 136 Aufwendungsersatz

(1) Aufwendungen, die dem Versicherungsnehmer durch Beiträge zur großen Haverei und zur Abwendung oder Minderung des Schadens entstehen, sowie die Kosten für die Ermittlung und Feststellung eines versicherten Schadens fallen dem Versicherer auch insoweit zur Last, als sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen.

(2) Sind Aufwendungen zur Abwendung oder Minderung oder zur Ermittlung und Feststellung eines Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der durch einen Versicherungsfall beschädigten Sache gemacht oder Beiträge zur großen Haverei geleistet oder ist eine persönliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Entrichtung solcher Beiträge entstanden, so ist der Versicherer verpflichtet, den Schaden, der durch einen späteren Versicherungsfall verursacht wird, ohne Rücksicht auf die ihm zur Last fallenden früheren Aufwendungen und Beiträge zu ersetzen.

§ 137 Versicherungswert

(1) Als Versicherungswert gilt der gemeine Handelswert und in dessen Ermangelung der gemeine Wert, den die Güter am Ort der Absendung bei Beginn der Versicherung haben, zuzüglich der Versicherungskosten sowie der Kosten, die bis zur Annahme der Güter durch den Beförderer entstehen, und der endgültig bezahlten Fracht.

(2) Der sich nach Absatz 1 ergebende Wert gilt auch bei Eintritt des Versicherungsfalles als Versicherungswert.

(3) Bei Gütern, die beschädigt am Ablieferungsort ankommen, ist der Wert, den sie dort in beschädigtem Zustand haben, von dem Wert abzuziehen, den sie an diesem Ort in unbeschädigtem Zustand haben würden. Der dem Verhältnis der Wertminderung zu ihrem Wert in unbeschädigtem Zustand entsprechende Bruchteil des Versicherungswertes gilt als Betrag des Schadens.

§ 138 Herbeiführung des Versicherungsfalles

(1) Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeiführt.

(2) Der Versicherungsnehmer hat das Verhalten der Schiffsbesatzung als solcher nicht zu vertreten.

§ 139 Veräußerung der versicherten Sache

(1) Ist eine versicherte Sache, für die eine Einzelpolice oder ein Versicherungszertifikat ausgestellt worden ist, veräußert worden, so haftet der Erwerber abweichend von § 96 nicht für die Prämie. In diesem Fall kann sich der Versicherer nicht auf Leistungsfreiheit wegen Nichtzahlung der Prämie oder wegen Nichtleistung einer Sicherheit berufen, es sei denn, der Erwerber kannte den Grund für die Leistungsfreiheit oder hätte ihn kennen müssen.

(2) Der Versicherer ist abweichend von § 97 nicht berechtigt, das Versicherungsverhältnis wegen Veräußerung der versicherten Güter *zu* kündigen.

(3) Der Versicherungsnehmer ist abweichend von § 98 nicht verpflichtet, dem Versicherer die Veräußerung anzuzeigen.

§ 140 Veräußerung des versicherten Schiffes

Wird ein versichertes Schiff veräußert, so endet abweichend von § 96 die Versicherung mit der Übergabe des Schiffes an den Erwerber, für unterwegs befindliche Schiffe mit der Übergabe an den Erwerber im Bestimmungshafen.

§ 141 Abandon

(1) Der Versicherer ist nach Eintritt des Versicherungsfalles berechtigt, sich durch Zahlung der Versicherungssumme von allen weiteren Verbindlichkeiten zu befreien. Der Versicherer bleibt zum Ersatz der Kosten verpflichtet, die zur Abwendung oder Minderung des Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der versicherten Sache aufgewendet worden

sind, bevor seine Erklärung, dass er sich durch Zahlung der Versicherungssumme befreien wolle, dem Versicherungsnehmer zugegangen ist.

(2) Das Recht des Versicherers, sich durch Zahlung der Versicherungssumme zu befreien, erlischt, wenn die Erklärung dem Versicherungsnehmer nicht innerhalb einer Woche nach dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer Kenntnis von dem Versicherungsfall und seinen unmittelbaren Folgen erlangt hat, zugeht.

Abschnitt 2 Personenversicherung

Titel 1 Lebensversicherung

§ 142 Versicherte Person

(1) Wird die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen genommen und übersteigt die vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten, so ist zur Wirksamkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich; bei Kollektivlebensversicherungen kann die Einwilligung in Textform erklärt werden. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten.

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

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

§ 143 Ärztliche Untersuchung

Durch die Vereinbarung einer ärztlichen Untersuchung der versicherten Person wird ein Recht des Versicherers, die Vornahme der Untersuchung zu verlangen, nicht begründet.

§ 144 Widerruf des Versicherungsnehmers

(1) Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 beträgt die Widerrufsfrist 30 Tage.

(2) Übt der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie aus, so hat der Versicherer abweichend von § 9 Abs. 2 Satz 1 den Rückkaufswert nach § 161 zu zahlen.

§ 145 Überschussbeteiligung

(1) Eine Überschussbeteiligung kann nur durch ausdrückliche Vereinbarung ausgeschlossen werden.

(2) Der Versicherer hat die Überschussverteilung nach einem verursachungsorientierten Verfahren durchzuführen, es sei denn, es sind andere angemessene Verteilungsgrundsätze vereinbart.

(3) Bei Verträgen mit Überschussbeteiligung ist in Textform mitzuteilen, dass der Überschuss nach handelsrechtlichen Gesichtspunkten ermittelt wird, eine Mindestzuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nach § 81c des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorzunehmen ist und die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes auch zur Verlustdeckung herangezogen werden kann.

§ 146 Modellrechnung

(1) Macht ein Versicherer im Zusammenhang mit dem Angebot oder dem Abschluss einer Lebensversicherung bezifferte Angaben zur Höhe von möglichen Leistungen über die vertraglich garantierten Leistungen hinaus, so hat er dem Versicherungsnehmer eine Modellrechnung zu übergeben, bei der die mögliche Ablaufleistung unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen für die Prämienkalkulation, jedoch mit folgenden abweichenden Zinssätzen dargestellt wird:

1. Höchstrechnungszinssatz multipliziert mit 1,67
2. Zinssatz nach Nummer 1 zuzüglich eines Prozentpunktes
3. Zinssatz nach Nummer 1 abzüglich eines Prozentpunktes

(2) Absatz 1 gilt nicht für Risikoversicherungen und Verträge, die Leistungen der in § 54b Abs. 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes bezeichneten Art vorsehen.

(3) Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in Textform darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Modellrechnung nur um ein Rechenmodell handelt, dem fiktive Annahmen zu Grunde liegen, und dass der Versicherungsnehmer aus der Modellrechnung keine vertraglichen Ansprüche gegen den Versicherer ableiten kann.

§ 147 Jährliche Unterrichtung

(1) Bei der Versicherung auf den Todes- oder Erlebensfall mit Überschussbeteiligung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer jährlich unaufgefordert in Textform über die tatsächliche Entwicklung seiner Ansprüche unter Einbeziehung der Überschussbeteiligung zu unterrichten. Dabei ist im einzelnen für das Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres anzugeben

1. die Todesfalleistung,
2. der Rückkaufswert,
3. der erreichte Stand der Erlebensfalleistung und
4. die prämienfreie Versicherungssumme.

(2) Hat der Versicherer über die Modellrechnung hinaus bezifferte Angaben zur möglichen zukünftigen Entwicklung der Überschussbeteiligung gemacht, so hat er den Versicherungsnehmer jährlich unaufgefordert in Textform auf Abweichungen der tatsächlichen Entwicklung von den anfänglichen Angaben hinzuweisen.

§ 148 Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, wird bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten berücksichtigt.

§ 149 Unrichtige Altersangabe

Ist das Alter der versicherten Person unrichtig angegeben worden, so verändert sich die Leistung des Versicherers nach dem Verhältnis, in welchem die dem wirklichen Alter entsprechende Prämie zu der vereinbarten Prämie steht. Das Recht, wegen der Verletzung der Anzeigepflicht von dem Vertrag zurückzutreten, steht dem Versicherer abweichend von § 21 Abs. 2 nur zu, wenn er nachweist, dass er den Vertrag bei richtiger Altersangabe nicht geschlossen hätte.

§ 150 Anzeigepflichtverletzung

Die Rechte des Versicherers nach § 21 Abs. 2 bis 4 wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss obliegenden Anzeigepflicht erlöschen abweichend von § 23 Abs. 3 Satz 1 nach Ablauf von fünf Jahren.

§ 151 Gefahränderung

(1) Als Erhöhung der Gefahr gilt nur eine solche Änderung der Gefahrumstände, die nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrerhöhung angesehen werden soll; die Vereinbarung bedarf der Textform.

(2) Eine Erhöhung der Gefahr kann der Versicherer nicht mehr geltend machen, wenn seit der Erhöhung fünf Jahre verstrichen sind. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer arglistig gegen § 25 verstoßen hat.

(3) § 44 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass eine Herabsetzung der Prämie nur wegen einer solchen Minderung der Gefahrumstände verlangt werden kann, die nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrminderung angesehen werden soll.

§ 152 Bezugsberechtigung

(1) Der Versicherungsnehmer ist im Zweifel berechtigt, ohne Zustimmung des Versicherers einen Dritten als Bezugsberechtigten zu bezeichnen sowie an die Stelle des so bezeichneten Dritten einen anderen zu setzen.

(2) Ein widerruflich als bezugsberechtigt bezeichneter Dritter erwirbt, wenn der Versicherungsnehmer nichts abweichendes bestimmt, das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles.

(3) Ein unwiderruflich als bezugsberechtigt bezeichneter Dritter erwirbt, wenn der Versicherungsnehmer nichts abweichendes bestimmt, das Recht auf die Leistung des Versicherers bereits mit der Bezeichnung als Bezugsberechtigter.

§ 153 Auslegung der Bezugsberechtigung

(1) Sind mehrere Personen ohne Bestimmung ihrer Anteile als Bezugsberechtigte bezeichnet, so sind sie zu gleichen Teilen bezugsberechtigt. Der von einem Bezugsberechtigten nicht erworbene Anteil wächst den übrigen Bezugsberechtigten zu.

(2) Soll die Leistung des Versicherers nach dem Tode des Versicherungsnehmers an dessen Erben erfolgen, so sind im Zweifel diejenigen, welche zur Zeit des Todes als Erben berufen sind, nach dem Verhältnis ihrer Erbteile bezugsberechtigt. Eine Ausschlagung der Erbschaft hat auf die Berechtigung keinen Einfluss.

(3) Wird das Recht auf die Leistung des Versicherers von dem bezugsberechtigten Dritten nicht erworben, so steht es dem Versicherungsnehmer zu.

(4) Ist der Fiskus als Erbe berufen, so steht ihm ein Bezugsrecht im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 nicht zu

§ 154 Selbsttötung

(1) Bei einer Versicherung für den Todesfall ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn die versicherte Person sich innerhalb von drei Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrags vorsätzlich selbst getötet hat. Dies gilt nicht, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

(2) Die Frist nach Absatz 1 Satz 1 kann durch Einzelvereinbarung geändert werden.

(3) Ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, so hat er den Rückkaufswert nach § 161 zu zahlen.

§ 155 Tötung durch Leistungsberechtigten

(1) Ist die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen als des Versicherungsnehmers genommen, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod des anderen herbeiführt.

(2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn dieser den Tod der versicherten Person vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung herbeiführt.

§ 156 Prämien- und Leistungsänderung

(1) Bietet eine Lebensversicherung Versicherungsschutz für ein Risiko, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers ungewiss ist, so ist der Versicherer zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn

1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,
2. die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Nummern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung der Prämie ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies hätte erkennen müssen.

(2) Bei einer prämienfreien Versicherung ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt.

(3) Soweit nichts anderes vereinbart, wird eine Neufestsetzung der Prämie und eine Herabsetzung der Versicherungsleistung zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(4) Die Mitwirkung des Treuhänders nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 entfällt, wenn die Neufestsetzung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

§ 157 Bedingungsanpassung

Ersetzt der Versicherer eine unwirksame Bestimmung in den Versicherungsbedingungen, so bedarf die neue Regelung zu ihrer Wirksamkeit der Bestätigung eines unabhängigen Treuhänders, dass die Voraussetzungen nach § 16 Abs. 2 erfüllt sind.

§ 158 Prämienfreie Versicherung

(1) Der Versicherungsnehmer kann jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangen, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Wird diese nicht erreicht, so hat der Versicherer den auf die Versicherung entfallenden Rückkaufswert nach § 161 zu zahlen.

(2) Die prämienfreie Versicherungsleistung ist nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach § 161 Abs. 3 bis 5 zu berechnen und im Vertrag für jedes Versicherungsjahr anzugeben.

(3) Die prämienfreie Leistung ist für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Berücksichtigung von Prämienrückständen zu berechnen. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers aus der Überschussbeteiligung bleiben unberührt.

§ 159 Kündigung des Versicherers

(1) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis, so wandelt sich mit der Kündigung die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung um. Auf die Umwandlung findet § 158 Anwendung.

(2) Im Falle des § 41 Abs. 2 ist der Versicherer zu der Leistung verpflichtet, die ihm obliegen würde, wenn sich mit dem Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt hätte.

(3) Bei der Bestimmung einer Zahlungsfrist nach § 41 Abs. 1 hat der Versicherer auf die eintretende Umwandlung der Versicherung hinzuweisen.

§ 160 Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) Sind laufende Prämien zu entrichten, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

(2) Ist eine Versicherung in der Art genommen, dass der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung des vereinbarten Kapitals gewiss ist, so steht das Kündigungsrecht dem Versicherungsnehmer auch dann zu, wenn die Prämie in einer einmaligen Zahlung besteht.

§ 161 Rückkaufswert

(1) Wird eine Versicherung, bei welcher der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers gewiss ist, durch Kündigung des Versicherungsnehmers oder durch Rücktritt oder Anfechtung des Versicherers aufgehoben, so hat der Versicherer den Rückkaufswert zu zahlen.

(2) Der Rückkaufswert ist nur insoweit zu zahlen, als dieser die Leistung bei einem Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Kündigung nicht übersteigt. Der danach nicht gezahlte Teil des Rückkaufswertes ist für eine prämienfreie Versicherung zu verwenden. Im Falle des Rücktrittes und der Anfechtung ist der volle Rückkaufswert zu zahlen.

(3) Der Rückkaufswert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versiche-

rungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung, bei einer Kündigung mindestens jedoch die Hälfte des ungezillmerten Deckungskapitals. Der Rückkaufswert ist im Vertrag für jedes Versicherungsjahr anzugeben.

(4) Bei fondsgebundenen Versicherungen und anderen Versicherungen, die Leistungen der in § 54b des Versicherungsaufsichtsgesetzes bezeichneten Art vorsehen, ist der Rückkaufswert abweichend von Absatz 3 nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik als Zeitwert der Versicherung zu berechnen. Die Grundsätze der Berechnung sind in dem Vertrag anzugeben.

(5) Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die Vereinbarung eines Abzugs für noch nicht getilgte überrechnungsmäßige Abschlusskosten ist unwirksam.

(6) Neben dem nach den Absätzen 3 bis 5 berechneten Betrag hat der Versicherer bereits zugeteilte Überschussanteile und einen für den Kündigungsfall bereits deklarierten Schlussüberschussanteil zu zahlen.

§ 162 Eintrittsrecht

(1) Wird in den Anspruch aus dem Versicherungsvertrag ein Arrest vollzogen oder eine Zwangsvollstreckung vorgenommen oder wird das Insolvenzverfahren über das Vermögen des Versicherungsnehmers eröffnet, so kann der namentlich bezeichnete Bezugsberechtigte mit Zustimmung des Versicherungsnehmers an seiner Stelle in den Versicherungsvertrag eintreten. Tritt der Bezugsberechtigte ein, so hat er die Forderungen der betreibenden Gläubiger oder der Insolvenzmasse bis zur Höhe des Betrags zu befriedigen, dessen Zahlung der Versicherungsnehmer im Falle der Kündigung des Versicherungsvertrags vom Versicherer verlangen kann.

(2) Ist ein Bezugsberechtigter nicht oder nicht namentlich bezeichnet, so steht das gleiche Recht dem Ehegatten oder Lebenspartner und den Kindern des Versicherungsnehmers zu.

(3) Der Eintritt erfolgt durch Anzeige an den Versicherer. Die Anzeige kann nur innerhalb eines Monats erfolgen, nachdem der Eintrittsberechtigte von der Pfändung Kenntnis erlangt hat oder das Insolvenzverfahren eröffnet worden ist.

§ 163 Abweichende Vereinbarungen

Von den Vorschriften der §§ 144 bis 147, 149 bis 151, 154 und 156 bis 162 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder des Eintrittsberechtigten abgewichen werden. Für das Verlangen des Versicherungsnehmers auf Umwandlung nach § 158 und für seine Kündigung nach § 160 kann die Schriftform oder die Textform vereinbart werden.

Titel 2 Berufsunfähigkeitsversicherung

§ 164 Leistung des Versicherers

(1) Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der Versicherer verpflichtet, für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum vereinbarten Endtermin, die vereinbarte Leistung zu erbringen.

(2) Berufsunfähig ist, wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann.

(3) Als weitere Voraussetzung einer Leistungspflicht kann vereinbart werden, dass der Versicherte auch keine andere Tätigkeit, die zu übernehmen er auf Grund seiner Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, ausübt oder ausüben kann.

§ 165 Anerkenntnis

(1) Der Versicherer muss nach einem Leistungsantrag bei Fälligkeit in Textform erklären, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt.

(2) Das Anerkenntnis darf nur einmal zeitlich begrenzt werden. Es ist bis zum Ablauf der Frist bindend.

§ 166 Leistungsfreiheit nach Anerkenntnis

(1) Entfallen nach einem Anerkenntnis, das nicht nach § 165 Abs. 2 Satz 1 wirksam begrenzt ist, die Voraussetzungen der Leistungspflicht, so wird der Versicherer nur leistungsfrei, wenn er dem Versicherungsnehmer diese Veränderung in Textform dargelegt hat.

(2) Die Leistungsfreiheit tritt frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach der Erklärung des Versicherers ein.

§ 167 Abweichende Vereinbarungen

Von den Vorschriften der §§ 165 und 166 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.

§ 168 Anzuwendende Vorschriften

Die Vorschriften der §§ 142 bis 162 sind auf die Berufsunfähigkeitsversicherung entsprechend anzuwenden, soweit die Besonderheiten dieser Versicherung dem nicht entgegenstehen.

§ 169 Ähnliche Versicherungsverträge

(1) Die §§ 165 bis 168 sind auf alle Versicherungsverträge, bei denen der Versicherer für eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eine Leistung verspricht, entsprechend anzuwenden.

(2) Auf Krankenversicherungsverträge, die das Risiko der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zum Gegenstand haben, sowie auf die Unfallversicherung findet Absatz 1 keine Anwendung.

Titel 3 Unfallversicherung

§ 170 Versicherte Person

(1) Die Unfallversicherung kann für den Eintritt eines Unfalles, der dem Versicherungsnehmer oder einem anderen zustößt, geschlossen werden. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen.

(2) Wird die Versicherung auf eine andere Person von dem Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Wirksamkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten.

(3) Soweit im Falle des Absatzes 2 nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, wird auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen berücksichtigt.

§ 171 Leistung des Versicherers

(1) Bei der Unfallversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei einem Unfall der versicherten Person oder einem vertraglich diesem gleichgestellten Ereignis die versprochenen Leistungen zu erbringen.

(2) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.

§ 172 Invalidität

Der Versicherer schuldet die für den Fall der Invalidität versprochenen Leistungen im vereinbarten Umfang, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person dauerhaft beeinträchtigt ist. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustandes nicht erwartet werden kann.

§ 173 Gefahrerhöhung

(1) Als Erhöhung der Gefahr gilt nur eine solche Änderung der Gefahrumstände, die nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrerhöhung angesehen werden soll; die Vereinbarung bedarf der Textform.

(2) Ergeben sich im Falle einer erhöhten Gefahr nach dem geltenden Tarif des Versicherers bei unveränderter Prämie niedrigere Versicherungsleistungen, so gelten diese mit Ablauf eines Monats nach Eintritt der Gefahrerhöhung als vereinbart. Weitergehende Rechte kann der Versicherer nur geltend machen, wenn der Versicherungsnehmer die Gefahrerhöhung arglistig nicht angezeigt hat.

§ 174 Mitwirkende Ursachen

Ist vereinbart, dass der Anspruch auf die versprochenen Leistungen entfällt oder sich mindert, wenn Krankheiten oder Gebrechen bei der durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, so hat der Versicherer die Voraussetzungen des Wegfalles oder der Minderung des Anspruchs nachzuweisen.

§ 175 Herbeiführung des Versicherungsfalles

(1) Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn im Falle des § 170 Abs. 2 der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Versicherungsfall herbeigeführt hat.

(2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Versicherungsfall herbeigeführt hat.

§ 176 Abwendung und Minderung des Schadens

Die Vorschriften der §§ 84 und 85 sind auf die Unfallversicherung nicht anzuwenden.

§ 177 Bezugsberechtigung

Ist als Leistung des Versicherers die Zahlung eines Kapitals vereinbart, so gelten die Vorschriften der §§ 152 und 153 entsprechend.

§ 178 Hinweispflicht des Versicherers

Zeigt der Versicherungsnehmer einen Versicherungsfall an, so hat der Versicherer ihn auf vertragliche Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen sowie einzuhaltende Fristen in Textform hinzuweisen. Unterbleibt dieser Hinweis, so kann sich der Versicherer auf Fristversäumnis nicht berufen.

§ 179 Anerkenntnis

(1) Der Versicherer hat nach einem Leistungsantrag innerhalb eines Monats nach Vorlage der zu dessen Beurteilung erforderlichen Unterlagen in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt. Wird eine Invaliditätsleistung beantragt, so beträgt die Frist drei Monate.

(2) Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe des Anspruchs geeinigt, so wird die Leistung innerhalb von zwei Wochen fällig. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, so hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers einen angemessenen Vorschuss zu leisten.

§ 180 Neubemessung der Invalidität

(1) Sind Leistungen für den Fall der Invalidität vereinbart, so sind Versicherungsnehmer und Versicherer berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, neu bemessen zu lassen. In der Kinderunfallversicherung kann die Frist, innerhalb derer eine Neubemessung verlangt werden kann, verlängert werden.

(2) Mit der Erklärung des Versicherers über die Leistungspflicht ist der Versicherungsnehmer über sein Recht zu unterrichten, den Grad der Invalidität neu bemessen zu lassen. Unter-

bleibt diese Unterrichtung, so kann sich der Versicherer auf eine Verspätung des Verlangens des Versicherungsnehmers, den Grad der Invalidität neu zu bemessen, nicht berufen.

§ 181 Sachverständigenverfahren, Schadenermittlungskosten

Die Vorschriften der §§ 86 und 87 sind entsprechend anzuwenden.

§ 182 Pflichtversicherung

Besteht für den Abschluss einer Unfallversicherung eine gesetzliche Verpflichtung, so hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Angabe der Versicherungssumme zu bescheinigen, dass eine dem zu bezeichnenden Gesetz entsprechende Unfallversicherung besteht.

§ 183 Abweichende Vereinbarungen

Von den Vorschriften des § 171 Abs. 2 Satz 2 und der §§ 173, 178 bis 180 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden.

Titel 4 Krankenversicherung

§ 184 Versicherte Person

Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.

§ 185 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadenversicherung gewährt wird, sind die §§ 75 bis 82 und 84 bis 89 anzuwenden. Die Vorschriften der §§ 25 bis 29 und des § 31 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 21 Abs. 3 Satz 2

und Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht ohne Verschulden verletzt hat.

(2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, so ist § 88 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Die §§ 46 bis 51 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich der Versicherte die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer ihn gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Anderenfalls kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 186 Leistung des Versicherers

(1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten. An Stelle der Erstattung von Aufwendungen kann die unmittelbare Abrechnung der Leistungen mit deren Erbringern vereinbart werden.

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

(3) Der Versicherer ist nach den Absätzen 1 und 2 nur insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Heilbehandlung oder sonstige Leistung sowie die Aufwendungen hierfür auch nach wirtschaftlichen Maßstäben notwendig sind. Die wirtschaftliche Notwendigkeit fehlt nur, wenn unter mehreren in gleicher Weise geeigneten Maßnahmen der Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen nicht diejenige gewählt wird, welche die geringeren Kosten verursacht, oder wenn die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

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

(5) Als Inhalt der Krankheitskostenversicherung kann ferner vereinbart werden

1. die Beratung über Leistungen nach Absatz 1 sowie über die Anbieter solcher Leistungen;
2. die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;
3. die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;
4. die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen nach Absatz 1 und der sich hieraus ergebenden Folgen.

(6) In der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für die Pflege der versicherten Person zu erstatten (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung). Absatz 3 gilt für die Pflegekostenversicherung entsprechend.

(7) In der privaten Pflegeversicherung im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten für die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit und für die Pflegestufen die Grundsätze der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der auf Grund des § 16 dieses Gesetzbuchs erlassenen Rechtsverordnung.

§ 187 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 unbefristet. Wird in der nicht substitutiven Krankenversicherung die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet, gilt Satz 1 entsprechend.

(2) Für Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Für die Krankenversicherung einer Person mit befristeter Aufenthaltserlaubnis im Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, so kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit abgeschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer abgeschlossen wird.

(4) In der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet; auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, so hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif. Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Satz 2 Halbsatz 2 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, so gilt Satz 3 mit der Maßgabe entsprechend, dass die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt; ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Satz 2 Halbsatz 1 und Satz 3 gelten entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Satz 3 oder 4 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(5) Krankenversicherungen im Sinne der Absätze 2 und 3 sowie nach Absatz 4 Satz 2 bis 5 können ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.

§ 188 Wartezeiten

(1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und

als besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. In der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.

(2) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluss daran beantragt wird. Gleiches gilt für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.

§ 189 Kindernachversicherung

(1) Besteht am Tag der Geburt für mindestens ein Elternteil eine Krankenversicherung, so ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, so ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.

(3) Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. Diese darf drei Monate nicht übersteigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Auslands- und die Reisekrankenversicherung nicht, wenn für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

§ 190 Beihilfeempfänger

(1) Bei der Krankheitskostenversicherung einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes kann vereinbart werden, dass sie insoweit mit der Versetzung der versicherten Person in den Ruhestand endet, als sich damit der Beihilfebemessungssatz erhöht.

(2) Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, so hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.

§ 191 Bereicherungsverbot

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes oder Anspruch auf Kostenerstattung gegen eine Kranken- oder Pflegekasse nach den Vorschriften des Fünften oder des Elften Buches Sozialgesetzbuch, so ist der Versicherer nur abzüglich der Leistungen der Beihilfeträger und der Kranken- oder Pflegekassen zur Leistung verpflichtet.

§ 192 Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, wird bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten berücksichtigt.

§ 193 Herbeiführung des Versicherungsfalles

Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Krankheit oder den Unfall bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat.

§ 194 Auskunftspflicht des Versicherers

Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Der Auskunftsanspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§ 195 Prämien- und Bedingungsanpassung

(1) Bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird, kann der Versicherer nur die entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12, 12a und 12e in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnende Prämie verlangen. Unbeschadet bleibt die Möglichkeit, mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren.

(2) Ist bei einem Versicherungsverhältnis das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Berechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei darf auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Berechnungsgrundlagen im Sinne der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen einschließlich der Schadenregulierungskosten, die Sterbewahrscheinlichkeit und der Rechnungszins. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gelten die Regelungen des § 12b Abs. 1 bis 2b in Verbindung mit einer auf Grund des § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.

(3) Ist bei einem Versicherungsverhältnis im Sinne des Absatzes 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen

den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Ersetzt der Versicherer eine unwirksame Bestimmung in den Versicherungsbedingungen, so bedarf die neue Regelung zu ihrer Wirksamkeit der Bestätigung eines unabhängigen Treuhänders, dass die Voraussetzungen nach § 16 Abs. 2 erfüllt sind.

(4) Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Unterrichtung des Versicherungsnehmers durch den Versicherer über die Anpassung folgt.

§ 196 Tarifwechsel

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 in Verbindung mit § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlags und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.

(2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

(3) Im Falle der Verschmelzung von Krankenversicherungsunternehmen oder der Übertragung von Krankenversicherungsbeständen auf ein anderes Krankenversicherungsunternehmen im Sinne von § 14 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gilt Absatz 1 für die Dauer von fünf Jahren nicht, soweit ein Wechselrecht des Versicherungsnehmers nur auf Grund der Verschmelzung oder Bestandsübertragung begründet würde. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Verschmelzung oder Bestandsübertragung rechtswirksam geworden ist.

§ 197 Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer in der Krankheitskosten- und in der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen; die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, so steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(3) Erfüllt der Versicherer die Voraussetzungen nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht, so kann der Versicherungsnehmer mit sofortiger Wirkung kündigen.

(4) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten

Person innerhalb von einem Monat nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(6) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teiles der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

§ 198 Rückkehr aus der GKV

(1) Kündigt der Versicherungsnehmer ein Versicherungsverhältnis, das mindestens fünf Jahre ununterbrochen bestanden hat, nach § 197 Abs. 2 und kommt eine gesetzliche Krankenversicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von drei Monaten nach Ende des Versicherungsverhältnisses nicht zustande, so sind die versicherten Personen berechtigt, innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären. Dies gilt auch, wenn eine gesetzliche Krankenversicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von zwölf Monaten nach Ende des Versicherungsverhältnisses endet.

(2) Die Erklärungsfrist beginnt im Falle des Absatzes 1 Satz 1 mit dem Ablauf von drei Monaten nach Ende des Versicherungsverhältnisses, im Falle des Absatzes 1 Satz 2 mit dem Ende der gesetzlichen Krankenversicherung.

(3) Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses beginnt im Falle des Absatzes 1 Satz 1 mit dem Ende des gekündigten Versicherungsverhältnisses, im Falle des Absatzes 1 Satz 2 am Tag nach der Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 199 Kündigung des Versicherers

(1) Die ordentliche Kündigung einer substitutiven Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ist ausgeschlossen. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 1 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

(2) Für die ordentliche Kündigung einer nicht substitutiven Krankenversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird, gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

(4) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können.

§ 200 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

(1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, so sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.

(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, so gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer nur zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er auch bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 201 Abweichende Vereinbarungen

Von den Vorschriften der §§ 187 bis 190 und 193 bis 200 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden.

Kapitel 3 Schlussvorschriften

§ 202 Rückversicherung

Die Vorschriften dieses Gesetzes sind auf die Rückversicherung nicht anzuwenden.

§ 203 Großrisiken, laufende Versicherung

Die Beschränkungen der Vertragsfreiheit nach diesem Gesetz sind auf die in Artikel 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006 genannten Großrisiken und auf laufende Versicherungen nicht anzuwenden.

§ 204 Kleinere Versicherungsvereine

(1) Die Vorschriften der §§ 40, 41, 45 über den Zahlungsverzug bei Erstprämie oder Folgeprämie und die Vorschriften der §§ 158 bis 161 für die Lebensversicherung über die Gewährung einer prämienfreien Versicherung, die Kündigung und den Rückkaufswert finden, soweit mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen abweichende Bestimmungen getroffen sind, keine Anwendung auf

1. Versicherungen bei Werkpensionskassen mit Zwangsbeitritt und auf Versicherungen, die bei einem Verein genommen werden, der als kleinerer Verein im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes anerkannt ist,

2. Lebensversicherungen mit kleineren Beträgen,
3. Unfallversicherungen mit kleineren Beträgen.

(2) Sind für Versicherungen mit kleineren Beträgen im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 und 3 abweichende Bestimmungen getroffen, so kann deren Wirksamkeit nicht unter Berufung darauf angefochten werden, dass es sich nicht um Versicherungen mit kleineren Beträgen handele.

2.2 Artikel 2 Änderung des Einführungsgesetzes zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

Das Einführungsgesetz zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Bezeichnung des Gesetzes wird wie folgt gefasst:
„Einführungsgesetz zum Versicherungsvertragsgesetz 2006“.
2. Das Erste Kapitel wird wie folgt gefasst:

„Erstes Kapitel
Übergangsvorschriften

Die Kommission hat hierzu keine formulierten Vorschläge vorgelegt (vgl. Ziff. 1.5).

2.3 Artikel 3 Informationspflichtenverordnung

Die Kommission hat hierzu keine formulierten Vorschläge vorgelegt (vgl. Ziff. 1.4).

2.4 Artikel 4 Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs

§ 330 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 112), das zuletzt durch Gesetz vom geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 330
Auslegungsregel bei Leibrentenvertrag“

2. Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Wird in einem Leibrentenvertrag die Zahlung der Leibrente an einen Dritten vereinbart, so ist im Zweifel anzunehmen, dass der Dritte unmittelbar das Recht erwerben soll, die Leistung zu fordern.“

2.5 Artikel 5 Änderung des Handelsgesetzbuchs

Der Zehnte Abschnitt des Fünften Buches und § 905 des Handelsgesetzbuchs in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Gesetz vom ... geändert worden ist, werden aufgehoben.

2.6 Artikel 6 Änderung des Pflichtversicherungsgesetzes

Das Pflichtversicherungsgesetz vom 5. April 1965 (BGBl. I S. 213), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden die Wörter „des Sechsten Titels des Zweiten Abschnitts des Gesetzes über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „der §§ 101 bis 125 des Versicherungsvertragsgesetzes 2006“ ersetzt.

b) In Satz 4 wird die Angabe „§ 3 Nrn. 9 bis 11“ durch die Angabe „§§ 122, 125 des Versicherungsvertragsgesetzes 2006“ ersetzt.

2. § 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 3

Ist der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer nicht zur Leistung verpflichtet, weil das Fahrzeug den Bau- und Betriebsvorschriften der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung nicht entsprach oder von einem unberechtigten Fahrer oder von einem Fahrer ohne die vorgeschriebene Fahrerlaubnis geführt wurde, so kann der Versicherer den Dritten abweichend von § 117 Abs. 3 Satz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes 2006 nicht auf die Möglichkeit verweisen, Ersatz seines Schadens von einem anderen Schadenversicherer oder von einem Sozialversicherungsträger zu erlangen. Soweit der Dritte jedoch in der Lage ist, von einem nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 von der Versicherungspflicht befreiten Fahrzeughalter Ersatz seines Schadens zu erlangen, entfällt die Leistungspflicht des Versicherers.“

3. In § 3a wird im Einleitungssatz die Angabe „§ 3 Nr. 1“ durch die Angabe „§ 116 Abs.1 des Versicherungsvertragsgesetzes 2006“ ersetzt.

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

„§ 3b

Schließt der Erwerber eines veräußerten Fahrzeugs eine neue Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung, ohne das auf ihn übergegangene Versicherungsverhältnis zu kündigen, so gilt dieses mit Beginn des neuen Versicherungsverhältnisses als gekündigt.“

2.7 Artikel 7 Änderung der Kraftfahrzeug-Pflichtversicherungsverordnung

§ 9 Satz 2 der Kraftfahrzeug-Pflichtversicherungsverordnung vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1837), die zuletzt durch Gesetz vom geändert worden ist, wird aufgehoben.

2.8 Artikel 8 Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch Gesetz vom, wird wie folgt geändert:

1. In § 8 Abs. 1 Satz 1 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und nach Nummer 3 folgende Nummer 4 angefügt:

„4. im Falle des Betriebs der Krankenversicherung Tatsachen vorliegen, welche die Annahme rechtfertigen, dass das Versicherungsunternehmen Tarife einführen wird, die im Sinne des § 196 des Versicherungsvertragsgesetzes 2006 einen gleichartigen Versicherungsschutz gewähren wie die Tarife eines anderen mit ihm konzernmäßig verbundenen Versicherungsunternehmens, sofern durch die Einführung solcher Tarife die Belange der Versicherten nicht ausreichend gewahrt werden.“

2. § 10a wird wie folgt gefasst:

„§ 10a

Mehrere Anträge, Informationen bei Krankenversicherung und Pensionsfonds

(1) Antragsvordrucke dürfen nur so viele Anträge auf Abschluss rechtlich selbständiger Versicherungsverträge enthalten, dass die Übersichtlichkeit, Lesbarkeit und Verständlichkeit nicht beeinträchtigt werden. Der Antragsteller ist schriftlich und unter besonderer Hervorhebung auf die rechtliche Selbständigkeit der beantragten Verträge einschließlich der für sie vorgesehenen Versicherungsbedingungen sowie auf die jeweils geltenden Antragsbindungsfristen und Vertragslaufzeiten hinzuweisen.

(2) Vor Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrags ist von dem Interessenten der Empfang eines amtlichen Informationsblattes der Bundesanstalt zu bestätigen, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt.

(3) Gegenüber Versorgungsanwärtern und Versorgungsempfängern der Pensionsfonds im Sinne von § 112 Abs. 1 müssen die nachfolgend aufgeführten Informationen erteilt werden:

1. Name, Anschrift, Rechtsform und Sitz des Pensionsfonds und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll;
2. Angabe zur Laufzeit;
3. allgemeine Angaben über die für diese Versorgungsart geltende Steuerregelung;
4. den Jahresabschluss und den Lagebericht auf Anfrage.

Jeder Versorgungsanwärter erhält außerdem aussagekräftige Informationen über

1. die voraussichtliche Höhe der ihm zustehenden Leistungen und
2. die Anlagemöglichkeiten und die Struktur des Anlagenportfolios sowie Informationen über das Risikopotential und die Kosten der Vermögensverwaltung, sofern der Versorgungsanwärter das Anlagerisiko trägt;

die genannten Auskünfte sind dem Versorgungsanwärter jährlich zu erteilen. Ferner erhält jeder Versorgungsempfänger angemessene Informationen über die Versorgungsleistungen und die Zahlungsmodalitäten.

3. Die Anlage Teil D zu § 10a wird aufgehoben.
4. In § 11b Satz 3 wird die Angabe „§ 172 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes“ durch die Angabe „§ 157 des Versicherungsvertragsgesetzes 2006“ ersetzt.
5. § 12 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird der Einleitungssatz vor Nummer 1 wie folgt gefasst:

„Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei“.

b) Absatz 4a Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 187 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes 2006 sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, gilt Satz 1 nicht.“

c) Dem Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Substitutive Krankenversicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 187 Abs. 2, 3 und 4 Satz 2 bis 5 des Versicherungsvertragsgesetzes 2006 können ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.“

6. § 12b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Versicherungsunternehmen hat für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif zumindest jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen einschließlich der Schadenregulierungskosten zu vergleichen.“

b) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze eingefügt:

„(2a) Absatz 2 gilt entsprechend für den Rechnungszins.

(2b) Das Versicherungsunternehmen hat für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten zu vergleichen. Weichen die von der Aufsichtsbehörde veröffentlichten Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten ab, so hat das Unternehmen die Prämien dieser Tarife auf der Grundlage der von der Aufsichtsbehörde zuletzt veröffentlichten Sterbewahrscheinlichkeiten anzupassen. Absatz 2 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“

c) In Absatz 5 wird die Angabe „§ 178g Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes“ durch die Angabe „§ 195 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes 2006“ ersetzt.

7. § 12c Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Rechtsverordnungen nach Absatz 1 Satz 1 und 2 sind im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Justiz zu erlassen.“

8. § 12f wird wie folgt gefasst:

„§12f
Pflegeversicherung

Für die private Pflegeversicherung gelten die Vorschriften der §§ 110 und 111 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, des § 257 Abs. 2b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie des § 12 Abs. 1 bis 4 und der §§ 12b und 12c entsprechend.“

9. In der Überschrift des § 85a wird das Wort „Verbraucherinformation“ durch das Wort „Informationen“ ersetzt.
10. In § 110a Abs. 4 Nr. 2 werden die Wörter „mit der Maßgabe, dass in der Verbraucherinformation nach Anlage Teil D Abschnitt I Nr. 1 Buchstabe h auch die Anschrift einer sonstigen Stelle anzugeben ist, an die sich der Versicherungsnehmer bei Beschwerden über den Versicherer nach dem ausländischen Recht wenden kann“ gestrichen.
11. In § 111 Abs. 2 werden die Wörter „des Einführungsgesetzes zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag“ durch die Wörter „des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006“ ersetzt.
12. § 113 Abs. 2 Nr. 4 wird wie folgt gefasst:
„4. § 10a mit der Maßgabe, dass der Arbeitnehmer die Angaben nach § 10a Abs. 3 erhält;“

2.9 Artikel 9 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477. 2482), zuletzt geändert durch , wird wie folgt geändert:

1. § 5 Abs. 9 und 10 wird aufgehoben.
2. § 257 Abs. 2c wird aufgehoben.

2.10 Artikel 10 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch , wird wie folgt geändert:

1. § 23 Abs. 6 wird aufgehoben.
2. § 110 Abs. 4 Satz 2 wird aufgehoben.

2.11 Artikel 11 Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

In § 51 Abs. 2 Satz 3 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Gesetz vom geändert worden ist, werden die Wörter „und die private Pflegeversicherung“ gestrichen.

2.12 Artikel 12 Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf Artikel 3 beruhenden Teile der VVG-Informationspflichtenverordnung und die auf Artikel 7 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnung können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigungen durch Rechtsverordnung geändert werden.

2.13 Artikel 13 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar des zweiten auf die Verkündung folgenden Jahres in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten außer Kraft:

1. Das Gesetz über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch;
2. das Gesetz zur Überleitung landesrechtlicher Gebäudeversicherungsverhältnisse vom 22. Juli 1993 (BGBl. I S. 1282);
3. die Verordnung zur Vereinheitlichung des Rechts der Vertragsversicherung vom 19. Dezember 1939 (RGBl. I S. 2443);
4. die Verordnung zur Ergänzung und Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom 28. Dezember 1942 (RGBl. I S. 740);
5. die Zweite Verordnung zur Ergänzung und Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom 6. April 1943 (RGBl. I S. 178).

3 Begründung des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts

3.1 Zu Artikel 1 – Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz 2006 – VVG 2006)

Zu § 1 Vertragstypische Pflichten

Im bisherigen § 1 VVG ist der Begriff des Versicherungsvertrags nicht näher bestimmt. Absatz 1 regelt zum einen für die Schadenversicherung, zum anderen für die Personenversicherung die charakteristischen Verpflichtungen des Versicherers. Die Gegenüberstellung dieser Begriffe ist jedoch sachlich nicht zutreffend, da eine Personenversicherung auch eine Schadenversicherung beinhalten kann (z. B. Krankenversicherung).

§ 1 E umschreibt für alle Arten von Versicherungen die vertragstypischen Pflichten der Vertragspartner. Auf eine Definition des Begriffes der Versicherung wird weiterhin verzichtet, da sie auf der Grundlage der aktuellen Versicherungsformen bestimmt werden müsste und damit unbeabsichtigt zukünftige Entwicklungen der Versicherungsprodukte vom Anwendungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes ausgeschlossen werden könnten. Als entscheidendes Merkmal wird in Satz 1 die Absicherung eines bestimmten Risikos des Versicherungsnehmers durch den Versicherer festgelegt; sie besteht in der Verpflichtung des Versicherers, bei Eintritt des vertraglich, insbesondere auch durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestimmten Versicherungsfalles die versprochene Ausgleichsleistung zu erbringen. Diese Formulierung erscheint einerseits ausreichend, den Anwendungsbereich des Gesetzes zu bestimmen, andererseits hinreichend offen, um auch heute noch nicht bekannte Versicherungsprodukte einzubeziehen.

Die Vorschrift erfasst zunächst beide grundsätzlichen Organisationsformen der Versicherung, den privatrechtlichen Versicherungsvertrag zwischen zwei rechtlich und wirtschaftlich selbständigen Partnern wie auch den Versicherungsschutz im Zusammenhang mit der Zugehörigkeit des Versicherungsnehmers zu einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Im letzteren Falle können die relevanten Bestimmungen über den Versicherungsschutz auf Vereinssatzung und Einzelvertrag unterschiedlich verteilt werden; die Anwendung des Gesetzes bleibt davon unberührt. Einer ausdrücklichen Klarstellung dieser selbstverständlichen Tatsache im Gesetz bedarf es nicht. Konsequenterweise wird daher auch auf die bisherige

Klarstellung in Absatz 2 Satz 2, dass als Prämie auch die Beiträge beim Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit gelten, verzichtet.

Die Vorschrift erfasst auch die Versicherung durch einen Geschäftsbesorgungsvertrag (dazu Ziff. 1.2.2.1.1).

Die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers in Satz 2 entspricht dem § 1 Abs. 2 Satz 1 VVG.

Zu § 2 Rückwärtsversicherung

Die neue Regelung entspricht in der Sache weitgehend dem geltenden Recht.

Absatz 1

Die Neufassung enthält eine Legaldefinition der Rückwärtsversicherung. Eine Rückwärtsversicherung ist danach gegeben, wenn der materielle Versicherungsschutz vor dem Zeitpunkt des Vertragsschlusses liegt. Der neue Text stellt im übrigen klar, dass auch eine reine Rückwärtsversicherung möglich ist.

Absatz 2

Satz 1 weicht sachlich von § 2 Abs. 2 Satz 1 VVG zunächst insofern ab, als bezüglich der Kenntnis des Versicherers nicht auf den Vertragsschluss, sondern auf den Zeitpunkt der Abgabe seiner auf den Abschluss des Vertrags gerichteten Willenserklärung abgestellt wird. Dies ist im Regelfall die Annahmeerklärung des Versicherers, so dass der derzeitige Rechtszustand praktisch nur unwesentlich geändert wird. Diese Änderung ist aber erforderlich, um zu einer Übereinstimmung mit der entsprechenden Änderung in Satz 2 beim Versicherungsnehmer zu kommen. Dort erscheint es notwendig, bezüglich der Kenntnis des Versicherungsnehmers vom Eintritt des Versicherungsfalles nicht auf den Vertragsschluss, sondern auf den Zeitpunkt der Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung abzustellen. Da dies im Regelfall seine Antragstellung und nur in Ausnahmefällen seine Annahmeerklärung ist, wird dem eigentlichen Zweck der Rückwärtsversicherung, das Risiko des Versicherungsnehmers für die Zeit zwischen Antrag und Vertragsschluss abzusichern, Rechnung getragen.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass in der Praxis auch nach Eintritt eines Versicherungsfalles durchaus Interesse am Weiterbestehen des Vertrags bestehen kann, da künftig

und auch noch vor Vertragsschluss weitere Versicherungsfälle eintreten oder bekannt werden können. Abweichend vom geltenden Text, der auf die Kenntnis des Versicherungsfalles abstellt, wird daher zum einen klargestellt, dass der Versicherer seinen Prämienanspruch nach Satz 1 erst dann verliert, wenn er weiß, dass der Eintritt eines Versicherungsfalles überhaupt ausgeschlossen ist. Außerdem soll sich der Verlust des Leistungsanspruchs des Versicherungsnehmers nach Satz 2 nur auf den ihm bekannten Versicherungsfall erstrecken. Den Parteien kann nach Kenntnis vom Eintritt eines Versicherungsfalles ein Kündigungsrecht nach den jeweils maßgeblichen Vorschriften zustehen (z. B. § 94 E bei der Sachversicherung). Bei Nichtbestehen oder Wegfall des versicherten Interesses bestimmt sich die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Prämienzahlung nach § 82 E; die bisherige Regelung in § 2 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 VVG, die auf dem Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie beruht, braucht daher nicht angepasst zu werden, sondern kann entfallen.

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht sachlich dem geltenden Recht.

Absatz 4

Die Bestimmung in § 40 Abs. 2 Satz 1 E, die dem bisherigen § 38 Abs. 2 VVG entspricht, wonach der Versicherer von seiner Leistungspflicht frei ist, wenn die Erst- oder Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt ist, steht im Widerspruch zum Wesen der Rückwärtsversicherung. Daher gehen Rechtsprechung und Literatur zu § 2 VVG davon aus, dass § 38 Abs. 2 VVG als stillschweigend abbedungen gilt (vgl. Römer/Langheid, 2. Auflage, Rz 6 mit weiteren Nachweisen). Diese Auslegungshilfe erübrigt sich durch den neuen Absatz 4. Die Nichtanwendbarkeit gilt auch für den neuen § 40 Abs. 2 Satz 2 E, da diese Bestimmung ebenfalls vom Einlösungsprinzip ausgeht, das dem Sinn und Zweck der Rückwärtsversicherung widerspricht.

Zu § 3 Versicherungsschein

Die Vorschrift stimmt im wesentlichen mit dem bisherigen § 3 VVG überein.

Absatz 1

Auf die Legaldefinition des Versicherungsscheins wird verzichtet, da hierfür kein praktisches Bedürfnis besteht. Abweichend vom geltenden Recht wird für den Versicherungsschein des Versicherers die Textform (§ 126b BGB) zugelassen. Schon nach § 3 Abs. 1 Satz 2 VVG genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift des Versicherers. Der Versicherungs-

schein soll dem Versicherungsnehmer zur Verfügung stehen, damit er sich über seine Rechte und Pflichten unterrichten kann; daneben soll er auch als Beweismittel dienen. Er gibt jedoch nicht immer erschöpfend Auskunft über die Rechtsbeziehungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer, so dass der Informationszweck im Vordergrund steht. Diesem kann aber auch genügt werden, wenn der Versicherungsschein dem Versicherungsnehmer in Textform zur Verfügung gestellt wird. Wegen dieser sachlichen Änderung ist der Begriff der Aushändigung durch „übermitteln“ ersetzt (so auch Absatz 4).

Absatz 2

Die Vorschrift stimmt mit § 3 Abs. 5 VVG überein. Da sie den Inhalt des Versicherungsscheins betrifft, wird sie im Anschluss an Absatz 1 eingefügt.

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 3 Abs. 2 VVG. Lediglich auf den Begriff der „Ersatzurkunde“ wird im Hinblick auf die Textform in Absatz 1 verzichtet.

Absatz 4

Einzig sachliche Änderung gegenüber § 3 Abs. 3 VVG ist der Verzicht auf den bisherigen Satz 2, nach dem der Versicherer den Versicherungsnehmer auf das Recht, Abschriften seiner Erklärung zu verlangen, aufmerksam zu machen hat. Eine solche Information erscheint zur Wahrung der Interessen des Versicherungsnehmers nicht erforderlich.

Absatz 5

Die Vorschrift entspricht § 3 Abs. 4 VVG. Wie in Absatz 3 wird auf den Begriff „Ersatzurkunde“ verzichtet.

Zu § 4 Versicherungsschein auf den Inhaber

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 4 VVG sachlich unverändert.

Zu berücksichtigen ist, dass für den Versicherungsschein nach § 3 E die Textform zugelassen wird. Das Wertpapierrecht des BGB geht dagegen noch von der Körperlichkeit der Wertpapiere aus; dies gilt, wie sich aus § 808 Abs. 2 BGB ergibt, auch für Legitimationspapiere nach § 808 BGB. Daher wird in § 4 E auf Versicherungsscheine abgestellt, die wie bisher als Urkunde und nicht elektronisch in Textform ausgestellt sind.

Zu § 5 Abweichender Versicherungsschein

Die Vorschrift regelt wie bisher § 5 VVG die Fälle, in denen Vertragsangebot und Vertragsannahme nicht übereinstimmen. Da sich die Regelung in der Praxis bewährt hat, soll sie sachlich unverändert beibehalten werden.

Absatz 1

Durch die Verweisung auf Absatz 2 wird von vorneherein klargestellt, dass die Genehmigungswirkung nur unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 eintritt. Das bisherige Schriftformerfordernis für den Widerspruch des Versicherungsnehmers wird systemgerecht durch die Textform ersetzt; auch für den vergleichbaren Fall des Widerrufs soll die Textform ausreichen (vgl. § 8 E, § 355 Abs. 2 BGB).

Schließlich wird der Beginn der Monatsfrist nicht an den Empfang, sondern an den Zugang des Versicherungsscheins geknüpft. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass nach § 3 Abs. 1 E für den Versicherungsschein die Textform genügt.

Absatz 2

Die redaktionellen Änderungen in Satz 1 gegenüber der geltenden Fassung des § 5 Abs. 2 VVG beruhen auf den zu Absatz 1 dargelegten Änderungen. In Satz 2 wird für den Hinweis des Versicherers auf die Rechtsfolgen nach Satz 1 ebenfalls die Textform zugelassen; im übrigen handelt es sich um sprachliche Anpassungen.

Absatz 3

Der Text enthält lediglich sprachliche Änderungen gegenüber der geltenden Fassung.

Absatz 4

Die bisherige Vorschrift wird unverändert beibehalten.

Zu § 6 Beratung des Versicherungsnehmers

Die Vorschrift ist neu. Sie knüpft an die Regelung der §§ 64, 65 E an, die entsprechend den Vorgaben der Richtlinie 2002/92/EG über Versicherungsvermittlung für die Versicherungsvermittler eine eigenständige Pflicht vorsieht, für eine sachgerechte Beratung der Versicherungsnehmer vor Abschluss eines Versicherungsvertrags zu sorgen. Für das Versicherungsvertragsrecht macht es keinen Sinn, dem in den meisten Fällen für Rechnung eines Versi-

cherers handelnden Vermittler Pflichten im Interesse des Versicherungsnehmers aufzuerlegen, die der Versicherer nicht haben soll (vgl. im einzelnen dazu Ziff. 1.2.2.15.4).

Absatz 1

Die Verpflichtung des Versicherers nach Satz 1, die Wünsche und Bedürfnisse des Kunden, mit dem ein Versicherungsvertrag abgeschlossen werden soll, zu erfragen, sowie die Gründe für den zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben, stimmt mit der Regelung des § 64 Satz 1 für Versicherungsvermittler überein. Auf die dortige Begründung kann daher insbesondere hinsichtlich der Voraussetzungen und Grenzen einer Verpflichtung zur Nachfrage und Beratung Bezug genommen werden.

Satz 2 sieht die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer vor, auf eine Beratung durch den Versicherer ganz oder teilweise zu verzichten. Damit soll einem praktischen Bedürfnis auch des Versicherungsnehmers entsprochen werden, wenn dieser sich mit einem eindeutigen Antrag zum Abschluss einer bestimmten, einfach gelagerten Versicherung an den Versicherer wendet; dies wird insbesondere beim Abschluss eines Versicherungsvertrags mit einem Direktversicherer häufig der Fall sein. Der Verzicht auf Beratung enthebt den Versicherer auch von der Pflicht, die Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erfragen, da diese Fragepflicht ausschließlich den Zweck hat, eine sachgerechte Beratung des Versicherungsnehmers zu ermöglichen. Da durch einen Verzicht des Versicherungsnehmers auf Beratung ein Schadensersatzanspruch wegen Falschberatung ausgeschlossen ist (vgl. Absatz 4 Satz 2), ist im Interesse des Versicherungsnehmers für die Verzichtserklärung die Textform vorgeschrieben. Beim Versicherungsvermittler muss von der Aufnahme einer dem Satz 2 entsprechenden Vorschrift in § 64 E abgesehen werden, da die Vermittlerrichtlinie einen generellen Verzicht auf eine Beratung im Sinne des Artikels 12 Abs. 3 nicht vorsieht.

Die sowohl dem Versicherer als auch dem Vermittler obliegende Frage- und Beratungspflicht ist dem Versicherungsnehmer gegenüber nur einmal zu erfüllen. Nimmt der Versicherer für die Akquisition von Versicherungsverträgen die Dienste von Versicherungsvertretern im Sinne des § 60 Abs. 2 E in Anspruch, so erfüllt der nach § 64 E verpflichtete Vertreter gleichzeitig die Pflicht des Versicherers nach § 6 Abs. 1 Satz 1 E, da er auf Grund des Versicherungsvertretervertrags mit dem Versicherer für diesen handelt; einer gesetzlichen Regelung bedarf es insoweit nicht. Etwas anderes gilt im Falle einer Vermittlung durch einen Versicherungsmakler im Sinne des § 60 Abs. 3 E; dieser wird nicht als Vertreter des Versicherers, sondern für den Versicherungsnehmer tätig. Der Versicherer darf jedoch im Falle der Einschaltung eines Versicherungsmaklers davon ausgehen, dass dieser seine ihm gegenüber dem Versicherungsnehmer obliegende Frage- und Beratungspflicht nach § 64 E erfüllt. Unter

diesen Umständen ist eine zusätzliche, entsprechende Pflicht des Versicherers nicht erforderlich. Satz 3 schließt daher die Verpflichtung des Versicherers nach Satz 1 aus, sofern der Vertrag mit dem Versicherungsnehmer von einem Versicherungsmakler vermittelt wird.

Absatz 2

Die Dokumentationspflicht des Versicherers nach Satz 1 im Hinblick auf die Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers sowie die Gründe für den erteilten Rat stimmt mit derjenigen des Versicherungsvermittlers nach § 65 E in der Sache überein. Auf die Aufnahme der zusätzlichen Formerfordernisse nach § 65 Abs. 1 E, die auf den Vorgaben der Vermittlerrichtlinie beruhen, kann hier verzichtet werden, da sie sich weitgehend von selbst verstehen.

Die Dokumentationspflicht besteht nur insoweit, als der Versicherer nach Absatz 1 Satz 1 zur Nachfrage und Beratung verpflichtet ist. Eine Dokumentation entfällt daher in den Fällen des Absatzes 1 Satz 2 bei Verzicht des Versicherungsnehmers auf Beratung sowie bei Vermittlung durch einen Versicherungsmakler (Absatz 1 Satz 3). Die Dokumentationspflicht des Versicherers besteht ferner nach Satz 3 dann nicht, wenn der mit dem Kunden in Aussicht genommene Versicherungsvertrag, der Gegenstand der Erfragung und Beratung nach Absatz 1 Satz 1 war, nicht zustande kommt. In diesem Falle besteht keine Notwendigkeit, den Versicherer zu verpflichten, dem Kunden die in Satz 1 umschriebene Dokumentation zur Verfügung zu stellen. Etwas anderes gilt allerdings für Versicherungsvermittler; eine Befreiung von der Dokumentationspflicht nach § 65 Abs. 1 E wäre gemeinschaftsrechtlich nicht zulässig.

Die Sonderregelung in Absatz 2 Satz 2 stimmt mit § 65 Abs. 2 E überein.

Absatz 3

Für den Versicherungsnehmer kann unter Umständen ein erhebliches Interesse daran bestehen, während der Laufzeit des mit dem Versicherer geschlossenen Vertrags durch eine Nachfrage und Beratung des Versicherers auf Umstände hingewiesen zu werden, die Anlass zu einer Vertragsänderung bzw. zum Abschluss eines neuen Versicherungsvertrags sein können. Zu denken ist z. B. an die Fälle, in denen eine Kapitallebensversicherung zum Zwecke der Ablösung eines Baudarlehens abgeschlossen wird und sich infolge des unerwarteten Rückgangs der Überschüsse und Gewinne beim Versicherer eine Finanzierungslücke beim Versicherungsnehmer abzeichnet. Absatz 3 Satz 1 sieht daher vor, dass dem Versicherer die Pflicht nach Absatz 1 Satz 1 zur Nachfrage und Beratung auch während der Dauer des Vertragsverhältnisses obliegt, soweit hierfür objektiv ein Anlass besteht. Ein sol-

cher Anlass kann sich aus unterschiedlichen Umständen ergeben; neben den in Absatz 1 Satz 1 genannten Kriterien können tatsächliche oder rechtliche Veränderungen – wie z. B. Änderung der für bestimmte Versicherungsverträge geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen – relevant sein. Der Versicherungsnehmer kann auch hier – wie nach Absatz 1 Satz 2 für die Zeit vor Abschluss des Vertrags – auf eine Beratung in Textform verzichten (vgl. Satz 2). Bei einem solchen Verzicht entfällt auch die Pflicht des Versicherers zur Nachfrage. Bei einer Vermittlung durch einen Versicherungsmakler ist Absatz 3 ebenfalls nicht anzuwenden, da nach Absatz 1 Satz 3 keine Beratungspflicht nach Absatz 1 Satz 1 besteht.

Für die Versicherungsvermittler sieht der Entwurf im Titel 7 Untertitel 1 keine entsprechende Verpflichtung während der Dauer des Vertragsverhältnisses vor. Maßgeblich hierfür ist zum einen, dass nach der Vermittlerrichtlinie den Vermittlern die Pflichten nach Artikel 12 und 13 nur für den Zeitraum vor Abschluss des Versicherungsvertrags obliegen; es erscheint fraglich, ob eine Erweiterung dieser Pflichten mit dem abschließenden Charakter der Richtlinie vereinbar wäre. Zum anderen ist es zur Wahrung der Interessen des Versicherungsnehmers auch nicht erforderlich, sowohl dem Versicherer als auch dem Vermittler eine Nachfrage- und Beratungspflicht nach Vertragsschluss aufzuerlegen. Im Falle des Tätigwerdens eines Versicherungsvertreeters liegt dies auf der Hand; hat der Versicherungsnehmer einen Versicherungsmakler eingeschaltet, so kann sich für den Makler aus dem Maklervertrag eine entsprechende Verpflichtung gegenüber dem Versicherungsnehmer ergeben.

Absatz 4

Die Vorschrift stellt klar, dass der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer zum Schadensersatz verpflichtet ist, wenn er seine Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 1 schuldhaft verletzt. Es kann insoweit auf die Begründung zu der Parallelvorschrift des § 66 E für Versicherungsvermittler verwiesen werden.

Ein Schadensersatzanspruch des Versicherungsnehmers entfällt auch hier, wenn dieser formgerecht gegenüber dem Versicherer auf eine Beratung verzichtet hat.

Die Verletzung der Dokumentationspflicht nach Absatz 2 kann dagegen für sich allein keine Schadensersatzpflicht des Versicherers auslösen. Die Dokumentation hat im wesentlichen nur Beweisfunktion; hat der Versicherer keine Dokumentation zur Verfügung gestellt, so liegt die Beweislast für das Nichtvorliegen des vom Versicherungsnehmer dargelegten Beratungsfehlers beim Versicherer.

Absatz 5

Entsprechend der Regelung des § 68 E für Versicherungsmittler werden hinsichtlich der Verpflichtung des Versicherers die Versicherungsverträge über ein Großrisiko vom Anwendungsbereich des § 6 Abs. 1 bis 4 E ausgenommen.

Zu § 7 Information des Versicherungsnehmers

Die Vorschrift ist neu. Sie erfasst die Informationen, die von allen Versicherern den Versicherungsnehmern zu erteilen sind, bevor diese an ihre auf den Abschluss eines Versicherungsvertrags gerichtete Willenserklärung gebunden sind. In § 7 E werden alle Informationspflichten zusammengefasst, die sich aus EU-rechtlichen Vorgaben für alle Versicherungszweige ergeben. Dies sind zum einen die Angaben, die bisher in § 10a VAG in Verbindung mit der Anlage zum VAG unter Teil D Abschnitt I und II geregelt sind. Zum anderen handelt es sich um die umfangreichen Informationspflichten, die den Versicherern nach den Artikeln 3 und 5 der Richtlinie 2002/65/EG (Fernabsatzrichtlinie für Finanzdienstleistungen – kurz: Fernabsatzrichtlinie) obliegen. Diese Verpflichtungen gelten zwar nur für Fernabsatzverträge. Der überwiegende Teil dieser Informationen ist aber für die Versicherungsnehmer unabhängig von der Vertriebsform für ihre Entscheidung über den Abschluss eines Versicherungsvertrags von Bedeutung. Außerdem würde es einem Versicherer schwer fallen, bei der Informationserteilung zuverlässig zu unterscheiden, in welcher Form ein Vertrag zu Stande gekommen ist. Daher verzichtet der Entwurf bei den Informationspflichten auf eine Differenzierung nach der Art des Zustandekommens des Vertrags; entsprechendes gilt auch für das Widerrufsrecht nach § 8 E.

Zusätzliche Informationen sind für die Lebensversicherung hinsichtlich der Überschussbeteiligung (§ 145 Abs. 3 E) und der Modellrechnung (§ 146 Abs. 3 E) vorgeschrieben. Bezüglich der Überschussbeteiligung sind auch die Unfall- und Berufsunfähigkeitsversicherungen mit Prämienrückgewähr zu berücksichtigen.

Absatz 1

Die Informationspflichten nach Satz 1, die im einzelnen durch die auf Grund der Ermächtigung nach Absatz 2 zu erlassenden Rechtsverordnung geregelt werden, gelten grundsätzlich für alle Versicherungsnehmer; ausgenommen sind lediglich Verträge über Großrisiken nach Maßgabe des Absatzes 5. Eine Beschränkung auf Verbraucher im Sinne des § 13 BGB, wie sie bezüglich der Informationen nach der Fernabsatzrichtlinie möglich wäre, erscheint nicht sachgerecht. Zu dem ausgeklammerten Personenkreis, der einen Versiche-

rungsvertrag in Ausübung der gewerblichen oder selbständigen beruflichen Tätigkeit abschließt, gehören auch kleine Unternehmer und Freiberufler; ihr Schutzbedürfnis ist in aller Regel nicht geringer als das eines Verbrauchers. Der Entwurf verzichtet außerdem auf eine Differenzierung zwischen natürlichen und juristischen Personen, da die Rechtsform kein geeignetes Kriterium für die Beurteilung des Schutzbedürfnisses darstellt.

Maßgeblicher Zeitpunkt, zu dem die Informationen nach Satz 1 spätestens erteilt werden müssen, ist die Bindung des Versicherungsnehmers an seinen Vertragsantrag oder – was in der Versicherungspraxis die Ausnahme darstellt – an seine Annahmeerklärung. Diese Regelung übernimmt im wesentlichen die Formulierung der Fernabsatzrichtlinie (Artikel 5 Abs. 1). Bei der Frage, wann die Bindung des Versicherungsnehmers eintritt, ist zu berücksichtigen, dass im Grundsatz jedem Versicherungsnehmer nach § 8 E ein Widerrufsrecht zusteht; § 8 Abs. 1 Satz 2 E stellt klar, dass der Versicherungsnehmer vor Ablauf der Widerrufsfrist an seine Vertragserklärung nicht gebunden ist.

Verletzt der Versicherer seine Informationspflicht nach Satz 1, so ergibt sich aus § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 E als Sanktion, dass die Widerrufsfrist nicht zu laufen beginnt und der Versicherungsnehmer somit zum Widerruf seiner Vertragserklärung berechtigt bleibt.

Mit der Bestimmung in Satz 2, dass die Informationen entsprechend dem eingesetzten Fernkommunikationsmittel (vgl. § 312b Abs. 2 BGB) klar und verständlich übermittelt werden müssen, wird Artikel 3 Abs. 2 der Fernabsatzrichtlinie entsprochen.

Satz 3 greift die Sonderregelung des Artikels 5 Abs. 2 der Fernabsatzrichtlinie auf.

Absatz 2

Die Ermächtigung des Bundesministeriums der Justiz, durch Rechtsverordnung die vom Versicherer zu erteilenden Informationen im einzelnen zu regeln, wird weitgehend durch die Vorgaben der in Bezug genommenen Fernabsatzrichtlinie und der für die Lebensversicherung geltenden Richtlinie 2002/83/EG konkretisiert. Dabei ist der Ordnungsgeber an diese und andere Richtlinien in der Weise gebunden, dass er zumindest die in den Richtlinien vorgesehenen Informationen auch in die Rechtsverordnung aufnehmen muss. Soweit die Richtlinien die Informationspflichten nicht abschließend regeln, kann er weitere Informationen vorschreiben, wenn sie für die Entscheidung des Versicherungsnehmers, ob er einen bestimmten Versicherungsvertrag abschließen soll, von Bedeutung erscheinen. Deshalb kann der Ordnungsgeber z. B. auch vorsehen, dass die zunächst nur für Lebensversicherungen vorgeschriebenen besonderen Informationen auch bei Verträgen zu erteilen sind, die einzel-

ne Elemente der Lebensversicherung enthalten; das ist der Fall bei der Unfall- und der Berufsunfähigkeitsversicherung mit Beitragsrückgewähr.

Absatz 3

Absatz 3 erfasst die Informationen, die bei einem bereits bestehenden Vertragsverhältnis während der Laufzeit des Vertrags im Hinblick auf Änderungen erteilter Informationen sowie bei der Krankenversicherung nach der bisherigen Anlage zum VAG unter D Abschnitt II Nr. 4 zu erteilen sind. Zusätzliche Informationspflichten enthält § 147 E bei der Lebensversicherung.

Absatz 4

Das Recht des Versicherungsnehmers, vom Versicherer jederzeit alle Vertragsbestimmungen einschließlich der maßgeblichen AVB in Papierform zu verlangen, ist durch Artikel 5 Abs. 3 Satz 1 der Fernabsatzrichtlinie vorgegeben. Dieses Recht kann sich auch auf den Zeitraum nach Vertragsbeendigung erstrecken, wenn der Versicherungsnehmer die Unterlagen für die Abwicklung des Vertrags benötigt. Eine ergänzende Regelung enthält der Entwurf in § 3 Abs. 3 und 4 E bezüglich eines verlorenen oder vernichteten Versicherungsscheins sowie für Abschriften von Erklärungen des Versicherungsnehmers. Von einer dem § 3 Abs. 5 E entsprechenden Kostenregelung zu Lasten des Versicherungsnehmers wird in § 7 Abs. 4 E abgesehen, da sie nicht im Einklang mit der Fernabsatzrichtlinie stehen würde.

Absatz 5

Die Ausnahme der Großrisiken in Satz 1 von den Informationspflichten nach den Absätzen 1 bis 4 entspricht sowohl den EU-rechtlichen Vorgaben als auch den allgemeinen Grundsätzen des Entwurfes.

Mit der Ausnahmegvorschrift in Satz 2 wird den Erfordernissen der Richtlinie 92/49/EWG (Dritte Richtlinie Schadenversicherung – Artikel 31), die bisher in § 10a Abs. 1 Satz 2 VAG geregelt sind, entsprochen.

Zu § 8 Widerruf des Versicherungsnehmers

Die Vorschrift über das allgemeine Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers ist neu. Sie ersetzt insbesondere die Regelung im bisherigen § 5a VVG. Für die Lebensversicherung enthält § 144 E eine Sonderregelung.

Absatz 1

Mit der Regelung des Widerrufsrechts des Versicherungsnehmers wird zunächst den Vorgaben der Fernabsatzrichtlinie entsprochen. Eine Beschränkung dieses Rechtes auf den Anwendungsbereich dieser Richtlinie ist aber weder im Hinblick auf den geschützten Personenkreis noch auf die Art des Zustandekommens des Versicherungsvertrags sachlich gerechtfertigt. Wie zu § 7 Abs. 1 E bezüglich der Informationspflicht des Versicherers ausgeführt, ist ein Schutzbedürfnis nicht nur für Verbraucher im Sinne des § 13 BGB, sondern gleichermaßen für alle natürlichen und juristischen Personen, ausgenommen Versicherungsverträge über Großrisiken, anzuerkennen. Daher räumt Absatz 1 allen Versicherungsnehmern ein Widerrufsrecht ein; es ist lediglich in den in Absatz 3 erfassten Fällen ausgeschlossen. Satz 2 stellt klar, dass der Versicherungsnehmer erst nach Ablauf der Widerrufsfrist nach Absatz 2 an seine Vertragserklärung gebunden ist. In aller Regel ist dies sein Vertragsantrag; nur in Ausnahmefällen kommt der Versicherungsvertrag durch Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers zustande.

Absatz 2

Die Regelung des Absatzes 2 über die Widerrufsfrist, den Fristbeginn, die Belehrung und alle Formalien ist durch Artikel 6 Abs. 1 und 6 der Fernabsatzrichtlinie vorgegeben. Für den Schutz des Versicherungsnehmers ist entscheidend, dass die Widerrufsfrist von zwei Wochen erst dann zu laufen beginnt, wenn dem Versicherungsnehmer sämtliche nach § 7 Abs. 1 und 2 E vorgeschriebenen Unterlagen und Informationen sowie eine ordnungsgemäße Belehrung in Textform zugegangen sind. Es liegt also beim Versicherer, für eine vollständige und regelgerechte Information und Belehrung zu sorgen und damit auszuschließen, dass der Versicherungsnehmer noch lange Zeit nach Vertragsschluss seine Vertragserklärung widerrufen kann.

Das in Satz 4 erwähnte Muster des Bundesministeriums der Justiz für die Widerrufsbelehrung soll in Anlehnung an § 14 der BGB-Informationspflichten-Verordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 5.8.2002 (BGBl. I S. 3002), der durch das Gesetz zur Änderung der Vorschriften über Fernabsatzverträge bei Finanzdienstleistungen an die Vorgaben der Fernabsatzrichtlinie angepasst wird, auf Grund der Ermächtigung in Absatz 4 durch Rechtsverordnung festgelegt werden.

Der dem Versicherer nach Satz 5 obliegende Zugangsbeweis kann jedenfalls für die Belehrung dadurch erbracht werden, dass sich der Versicherer den Zugang des Belehrungsformulars vom Versicherungsnehmer unterschreiben lässt. Eine Vermutung für den Zugang des Versicherungsscheins, der AVB sowie der anderen notwendigen Informationsunterlagen

kann in Betracht kommen, wenn der Versicherungsnehmer bereits mehrfach die Prämie bezahlt hat und danach den Widerruf mit der Behauptung erklärt, die Unterlagen seien ihm nicht zugegangen.

Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Ausnahmefälle, in denen dem Versicherungsnehmer kein Widerrufsrecht zusteht. Die Ausnahmen in den Nummern 1 und 3 sind in Artikel 6 Abs. 2 Buchstabe b und c der Fernabsatzrichtlinie begründet.

Ein Widerrufsrecht bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung (vgl. Titel 5) würde dem Sinn und Zweck des vorläufigen Deckungsschutzes widersprechen. Vom Ausschluss nach Nummer 2 müssen allerdings Fernabsatzverträge im Sinne des § 312b Abs. 1 und 2 BGB ausgenommen werden, da Verträge über vorläufige Deckung in der Fernabsatzrichtlinie im Ausnahmekatalog des Artikels 6 Abs. 2 nicht berücksichtigt worden sind.

Schließlich wird in Nummer 4 in Übereinstimmung mit den gemeinschaftsrechtlichen Regelungen für Verträge über ein Großrisiko das Widerrufsrecht ausgeschlossen. Dies entspricht auch der Regelung der Informationspflichten in § 7 Abs. 5 Satz 1 E.

Absatz 4

Die Ermächtigung für das Bundesministerium der Justiz, durch Rechtsverordnung den Inhalt und die Gestaltung der Belehrung über das Widerrufsrecht gemäß Absatz 2 Satz 3 Nr. 2 in Verbindung mit § 7 Abs. 2 E festzulegen, lehnt sich an Artikel 245 EGBGB an, auf Grund dessen das Belehrungsmuster nach § 14 der BGB-Informationspflichtenverordnung festgelegt worden ist.

Zu § 9 Rechtsfolgen des Widerrufs

Die Vorschrift ist neu. Sie regelt unter Beachtung der Vorgaben nach der Fernabsatzrichtlinie (Artikel 7) die Rechtsfolgen, die sich für die Vertragspartner aus einem vom Versicherungsnehmer gemäß § 8 E erklärten Widerruf ergeben.

Absatz 1

Die Vorschrift enthält den Grundsatz, dass ein Widerruf des Versicherungsnehmers auf den Zeitpunkt des Vertragsschlusses zurückwirkt und daher die etwa bereits empfangenen Leistungen jeweils zurückzugewähren sind. Dies bedeutet, dass der Versicherer die vom Versi-

versicherungsnehmer gezahlten Prämien zu erstatten hat. Hat der Versicherer eine von ihm im Versicherungsfall vertraglich geschuldete Leistung bereits erbracht, so ist sie ihm vom Versicherungsnehmer zurückzuzahlen; im Normalfall wird der Versicherungsnehmer allerdings auf einen Widerruf verzichten, wenn bereits der Versicherungsfall eingetreten ist.

Diese Regelung gilt jedoch, wie sich aus Absatz 2 ergibt, nur für die Regelfälle, in denen der Widerruf innerhalb eines überschaubaren Zeitraums nach Vertragsschluss gemäß § 8 Abs. 2 E erklärt wird. Dieser Zeitraum wird auf ein Jahr festgelegt, wobei in Anlehnung an den bisherigen § 5a Abs. 2 Satz 4 und § 8 Abs. 5 Satz 4 VVG an die Zahlung der ersten Prämie, die auch eine Einmalprämie sein kann, angeknüpft wird; im Gegensatz zum Tag des Vertragsschlusses lässt sich dieser Zeitpunkt für beide Vertragsparteien ohne weiteres erkennen und - im Falle des Bestreitens - auch beweisen.

Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Rechtsfolgen eines Widerrufs, der erst nach Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie wirksam erklärt wird, da die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 E für den Beginn der Widerrufsfrist zu einem früheren Zeitpunkt nicht erfüllt waren. Eine Rückabwicklung des Vertrags erscheint in diesem Falle nicht mehr sachgerecht. Auch wenn man berücksichtigt, dass die späte Widerrufsmöglichkeit auf einem Verstoß des Versicherers gegen seine Informationspflicht und nicht nur auf dem fehlenden Beweis des Zuganges sämtlicher Unterlagen beruhen kann, wäre es unbillig, den Versicherer zur Rückzahlung sämtlicher Prämien zu verpflichten, obwohl er Versicherungsschutz gewährt hat; im Schadensfalle hätte er trotz einer möglicherweise nicht vollständigen Erfüllung der Informationspflichten in Anspruch genommen werden können.

Daher sieht Absatz 2 bei einem Widerruf erst nach einem Jahr nach Zahlung der ersten Prämie vor, dass der Widerruf dieselben Konsequenzen wie eine fristlose Kündigung hat. Eine Prämienerrstattung kommt daher nur in soweit in Betracht, als eine Zahlung ausnahmsweise noch nach Zugang des Widerrufs erfolgt. Umgekehrt braucht der Versicherungsnehmer eine vor Zugang des Widerrufs erbrachte Leistung des Versicherers nicht zurückzugewähren (Satz 2). Voraussetzung für den Ausschluss der Rückgewähr der Prämien ist aber, dass zum einen die Belehrung nach § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 E einen zusätzlichen Hinweis für den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolgen nach Absatz 2 enthält; beim Hinweis auf den zu zahlenden Betrag genügt es klar zu stellen, welche Beträge zurückzugewähren sind, ohne dass diese beziffert werden müssen. Zum anderen muss der Versicherungsnehmer dem Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist ausdrücklich zugestimmt haben; durch eine entsprechende Klausel im Vertrag kann diesem Erfordernis Rechnung

getragen werden. Diese Regelung entspricht den Vorgaben des Artikels 7 Abs. 3 Satz 2 der Fernabsatzrichtlinie.

Absatz 3

Die Vorschrift enthält eine Ausnahme von Absatz 2. Verletzt der Versicherer seine Pflicht, den Versicherungsnehmer ordnungsgemäß nach § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 E zu belehren, so kommt die für den Versicherungsnehmer günstigere Rückabwicklungsregelung des Absatzes 1 auch dann zur Anwendung, wenn der Versicherungsnehmer erst nach Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie den Widerruf wirksam erklärt. Dies entspricht im Hinblick auf die praktische Bedeutung der Belehrung wie auch auf den hier – anders als bei Übermittlung der Unterlagen nach § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 E – für den Versicherer leicht möglichen Zugangsnachweis (vgl. Begründung zu § 8 Abs. 2 E) der Billigkeit.

Absatz 4

Die Vorschrift enthält eine weitere Ausnahme von Absatz 2. Bei einem Vertrag über vorläufige Deckung (vgl. § 52 E) widerspricht ein Widerrufsrecht dem Sinn und Zweck des vorläufigen Deckungsschutzes. Aus EU-rechtlichen Gründen kann es aber für Fernabsatzverträge nicht ausgeschlossen werden (vgl. § 8 Abs. 3 Nr. 2 E). In den Fällen, in denen kein Fernabsatzvertrag vorliegt, soll eine Rückabwicklung des Vertrags nach Maßgabe des Absatzes 1 auch dann ausgeschlossen sein, wenn – was die Regel sein wird – der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht vor dem nach Absatz 2 maßgeblichen Zeitpunkt ausübt. Es wäre in diesem Fall unbillig, dem Versicherungsnehmer das Recht einzuräumen, die von ihm für den vorläufigen Deckungsschutz geleistete Prämie zurückzuverlangen.

Etwas anderes muss aus den zu Absatz 3 dargelegten Gründen auch hier gelten, wenn der Versicherer seine Pflicht nach § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 E zur ordnungsgemäßen Belehrung des Versicherungsnehmers verletzt hat. Aus den Absätzen 2 und 3 ergibt sich, dass in diesem Falle stets Absatz 1 gilt.

Zu § 10 Beginn und Ende der Versicherung

In praktisch besonders bedeutsamen Versicherungszweigen wie z. B. der Kfz-Haftpflichtversicherung beginnt der Versicherungsschutz nach den AVB abweichend vom geltenden § 7 VVG bereits jetzt nicht um 12.00 Uhr, sondern um 0.00 Uhr des Tages des Vertragschlusses. Entsprechendes gilt für die private Krankenversicherung, da hier der unmittelbare Anschluss an eine gesetzliche Krankenversicherung, die um 24 Uhr des letzten Tages endet,

sichergestellt werden muss. Im neu gefassten § 10 E wird der gesetzliche Grundsatz deshalb an diese Praxis angepasst. Die Vorschrift ist wie bisher dispositiv (vgl. § 20 E); sie kommt also nur zur Anwendung, wenn sich aus dem Vertrag oder den AVB nichts anderes ergibt.

Zu § 11 Verlängerung, Kündigung

Die Frage der zulässigen Laufzeiten von Versicherungsverträgen und der Kündigung wird abweichend vom geltenden Recht geregelt; die hierfür maßgeblichen allgemeinen Erwägungen ergeben sich aus Ziff. 1.2.2.7.

Ferner entfallen die bisherigen Absätze 4 und 5 des § 8 VVG über das Widerrufs- bzw. Rücktrittsrecht des Versicherungsnehmers sowie die hieran anknüpfende Vorschrift des bisherigen Absatzes 6. An die Stelle des Widerrufsrechts nach § 8 Abs. 4 VVG bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von mehr als einem Jahr tritt das generelle Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers (§ 8 E). Die gemeinschaftsrechtlich vorgegebene Sonderregelung in § 8 Abs. 5 VVG über das Rücktrittsrecht bei der Lebensversicherung ist Teil der Vorschriften für die Lebensversicherung in § 144 E (vgl. Ziff. 1.3.2.1.6).

Absatz 1

Die bisherige Regelung in § 8 Abs. 1 VVG über Verlängerungsklauseln bei zeitlich begrenzten Versicherungsverträgen soll sachlich unverändert beibehalten werden. Danach ist eine Verlängerung, soweit sie mehr als ein Jahr beträgt, unwirksam. Der Wortlaut der Vorschrift ist lediglich aus redaktionellen Gründen geringfügig geändert; insbesondere ist berücksichtigt, dass die Vorschrift alle auf bestimmte Zeit geschlossene Verträge mit Verlängerungsklausel und nicht nur Verträge, die als stillschweigend verlängert gelten, erfassen soll.

Absatz 2

Absatz 2 stimmt mit § 8 Abs. 2 Satz 1 VVG überein.

Absatz 3

Die Vorschrift stimmt mit § 8 Abs. 2 Satz 2 VVG überein. Durch die Verlagerung in einen gesonderten Absatz wird der bisher auf Verträge auf unbestimmte Zeit beschränkte Anwendungsbereich auf Verträge mit bestimmter Laufzeit mit Verlängerungsklausel erstreckt; auch in diesen Fällen soll der Vertrag keine Kündigungsfristen von mehr als drei Monaten oder weniger als einem Monat vorsehen dürfen.

Die bisherige Vorschrift des § 8 Abs. 2 Satz 3 VVG, nach der die Parteien einvernehmlich bis zur Dauer von zwei Jahren auf eine Kündigung verzichten können, soll entfallen, da hierfür kein Bedürfnis ersichtlich ist. Der notwendige Schutz des Verbrauchers als Versicherungsnehmer wird durch Absatz 4 mit einem nicht abdingbaren Kündigungsrecht zum Ende des dritten Vertragsjahres hinreichend sichergestellt. Für die Verträge anderer Versicherungsnehmer ist weder eine gesetzliche Höchstlaufzeit noch eine zeitliche Begrenzung des Verzichts auf die Kündigung im Sinne des § 8 Abs. 2 Satz 3 VVG vorgesehen.

Absatz 4

Die bisherige Begrenzung der Laufzeit auf fünf Jahre soll nunmehr auf drei Jahre reduziert werden. Allerdings ist die neue Regelung auf Versicherungsverträge mit Verbrauchern, im Entwurf als Verbraucherversicherungsverträge bezeichnet, beschränkt; hinsichtlich der anderen Versicherungsnehmer wie auch in Bezug auf die Versicherer besteht kein Bedürfnis, die Vertragsfreiheit in diesem Punkt gesetzlich zu beschränken.

Wie bisher gilt für die Lebensversicherung eine in § 160 E enthaltene Sonderregelung (vgl. Zif. 1.3.2.1.4).

Zu § 12 Versicherungsperiode

Die Vorschrift stimmt mit § 9 VVG überein.

Zu § 13 Änderung von Anschrift und Name

Absatz 1

Die Regelung in Satz 1 und 2 stimmt in der Sache mit dem bisherigen § 10 Abs. 1 VVG überein; die redaktionellen Änderungen wie z. B. Ersetzung des Worts „Wohnung“ durch „Anschrift“ sind rein sprachlicher Natur.

Neu ist die Erstreckung der Regelung auf die Fälle einer Namensänderung in Satz 3. Hierfür besteht wegen der heute häufigeren Namensänderung der Versicherungsnehmer ein praktisches Bedürfnis.

Absatz 2

Die Vorschrift ist gegenüber § 10 Abs. 2 VVG unverändert.

Zu § 14 Fälligkeit der Geldleistung

Absatz 1

Die Regelung des § 11 VVG über die Fälligkeit der Geldleistungen des Versicherers nach einem Versicherungsfall wird sachlich unverändert beibehalten.

Absatz 2

Die Vorschrift weicht redaktionell vom bisherigen § 11 Abs. 2 VVG insofern ab, als die Wörter „in Anrechnung auf die Gesamtforderung“ als überflüssig gestrichen werden und der bisherige Absatz 3 wegen des Sachzusammenhanges als Satz 2 angefügt ist.

Absatz 3

§ 11 Abs. 4 VVG wird inhaltlich unverändert beibehalten.

Zu § 15 Verjährung

Die vorgesehene Verjährungsregelung weicht nicht unerheblich von § 12 VVG ab. Dies gilt zum einen für die Verjährungsfrist nach Absatz 1, zum anderen wird auf die Vorschrift des Absatzes 3 verzichtet, die eine gerichtliche Geltendmachung des Anspruchs durch den Versicherungsnehmer innerhalb einer Ausschlussfrist von sechs Monaten vorsieht (vgl. dazu Ziff. 1.2.2.12).

Absatz 1

Nach geltendem Recht verjähren Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Diese Verjährungsfristen weichen von der Neuregelung des Verjährungsrechts im BGB durch das Gesetz zur Modernisierung des Schuldrechts ab, nach der eine Regelfrist von drei Jahren gilt (vgl. § 195 BGB).

Für Versicherungsverträge sind keine schutzwürdigen Interessen der Vertragspartner ersichtlich, die eine Abweichung von der Regelfrist weiterhin erforderlich machen würden. Daher legt Absatz 1 Satz 1 die Verjährungsfrist für alle Versicherungszweige einheitlich auf drei Jahre fest. Dieses Ergebnis würde zwar auch bei einem Verzicht auf diese Vorschrift im VVG

erreicht. Für die Aufnahme der Vorschrift in das neue Gesetz spricht aber zum einen die Tatsache, dass es für den Beginn der Verjährung auch weiterhin nicht darauf ankommen kann, wann der Anspruch entsteht (so § 199 BGB), sondern wann er fällig ist. Zwar findet sich im Bericht des BT-Rechtsausschusses zu § 199 BGB (Drucksache 14/7052 S. 180) die Feststellung, dass der bisher in § 198 Satz 1 BGB verwandte Begriff der Entstehung des Anspruchs gleichbedeutend mit der Fälligkeit des Anspruchs ist. Aus Gründen der Rechtsklarheit erscheint es aber erforderlich, auch im neuen Gesetz ausdrücklich auf die Fälligkeit abzustellen (vgl. Satz 2). Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass weiterhin ein Bedürfnis für die besondere Hemmungsregelung in Absatz 2 besteht, deren Verständnis durch die Anknüpfung an die Verjährungsregelung in Absatz 1 erleichtert wird.

Absatz 2

Die Vorschrift über die Hemmung der Verjährung entspricht sachlich dem geltenden Recht. Lediglich das Schriftformerfordernis für die Mitteilung des Versicherers wird entsprechend der grundsätzlichen Entscheidung des Entwurfes, die Schriftform nur in den zum Schutz des Versicherungsnehmers unverzichtbaren Fällen beizubehalten, durch die Textform ersetzt. Ferner werden durch die redaktionellen Änderungen des bisherigen § 12 Abs. 2 VVG die Fälle berücksichtigt, in denen der angemeldete Anspruch nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem Pfandgläubiger oder Zessionar zusteht.

Zu § 16 Anpassung unwirksamer Versicherungsbedingungen

Die Vorschrift ist neu. Die bisher nur für die Lebensversicherung (§ 172 Abs. 2 VVG) und die Krankenversicherung (§ 178g Abs. 3 Satz 2 VVG) bestehende Möglichkeit des Versicherers, unwirksame Bedingungen zu ersetzen, soll allen Versicherungszweigen eröffnet werden, da sich ein praktisches Bedürfnis hierfür bei jeder Versicherung mit AVB ergeben kann. Da der geltende § 172 Abs. 2 VVG zu Auslegungsproblemen geführt hat und einige Fragen offen lässt, kommt eine bloße Übernahme dieser Regelung in den Allgemeinen Teil des Gesetzes nicht in Betracht. Auch die allgemeine Regelung des § 306 BGB entspricht nicht in vollem Umfang den Besonderheiten der AVB. Die neue Vorschrift lehnt sich aber soweit wie möglich an die BGB-Regelung an. Der Grundsatz des § 306 Abs. 1 BGB, dass die Unwirksamkeit einer Allgemeinen Geschäftsbedingung die Wirksamkeit des Vertrags im übrigen nicht berührt, gilt auch für die AVB; einer ausdrücklichen Klarstellung im Gesetz bedarf es nicht.

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht der Regelung des § 306 Abs. 2 BGB. Im Falle der Unwirksamkeit einer Bestimmung in AVB sind vorrangig entsprechende dispositive Vorschriften, die in diesem oder einem anderen Gesetz enthalten sind, einschließlich der Regeln der ergänzenden Vertragsauslegung zur Schließung der Regelungslücke heranzuziehen. Derartige Vorschriften werden allerdings nur in Ausnahmefällen zur Verfügung stehen.

Unerheblich ist, aus welchem Grund eine Bestimmung in AVB unwirksam ist. In erster Linie kann sich die Unwirksamkeit aus einem Verstoß gegen die §§ 307 bis 309 BGB ergeben; andere Gründe dürften in der Praxis selten sein. Die Beurteilung der Frage, ob eine Klausel als unwirksam anzusehen ist, liegt zunächst in der eigenen Verantwortung des Versicherers. Es ist davon auszugehen, dass er eine Klausel nur dann für unwirksam erklären und ersetzen wird, wenn die Unwirksamkeit bereits gerichtlich festgestellt worden ist oder hinreichende Gründe vorliegen, die eine gerichtliche Bestätigung der Unwirksamkeit als wahrscheinlich erscheinen lassen. Wird die Wirksamkeit der Klausel nachträglich rechtskräftig festgestellt, so entfällt die vom Versicherer getroffene Ersatzregelung rückwirkend.

Absatz 2

Ist die Ersetzung einer unwirksamen Bedingung nach Maßgabe des Absatzes 1 nicht möglich, so steht dem Versicherer nach Satz 1 das Recht, eine ergänzende Regelung zu treffen, zu, wenn eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Ergänzung muss notwendig sein, um den Vertrag überhaupt fortführen zu können; dies dürfte nur in Ausnahmefällen zu bejahen sein - z. B. bei Unwirksamkeit einer Bedingung, die den Umfang der Versicherungsleistung regelt. Von größerer praktischer Bedeutung ist die Alternative, dass die Fortführung des Vertrags ohne die vom Versicherer vorgesehene Anpassung für den Versicherer oder für den Versicherungsnehmer eine unzumutbare Härte bedeuten würde; mit dieser Voraussetzung wird die Regelung des § 306 Abs. 3 BGB aufgegriffen.

Nach Satz 2 ist die vom Versicherer getroffene neue Regelung, welche die unwirksame Bedingung ersetzen soll, nur wirksam, wenn sie die Belange der Versicherten insgesamt angemessen berücksichtigt, aber dabei auch das konkrete Vertragsziel des Vertragspartners gewahrt wird. Die Wahrung der Belange der Versicherten ist ein Kriterium, das im VAG verwendet wird (vgl. z. B. § 81d Abs. 3 VAG). Die Belange der Versicherten sind bei der Bedingungsanpassung von Bedeutung, da von der Unwirksamkeit einer Bedingung und deren Ersetzung durch eine neue Regelung jeweils eine Vielzahl von Verträgen betroffen ist.

Zu § 17 Insolvenz des Versicherers

Die neue Regelung für den Fall der Insolvenz des Versicherers entspricht sachlich § 13 VVG. Aus redaktionellen Gründen wird der bisherige Satz 2 in einem gesonderten Absatz 2 aufgenommen und sprachlich modernisiert.

Zu § 18 Insolvenz des Versicherungsnehmers

Absatz 1

Die Regelung des § 14 VVG für den Fall der Insolvenz des Versicherungsnehmers wird sachlich unverändert beibehalten. Die Textänderungen dienen lediglich der sprachlichen Verbesserung.

Die Vorschrift ist wie bisher halbzwingend (§ 20 E); dies bedeutet, dass die Kündigungsfrist nicht vertraglich verkürzt werden kann.

Absatz 2

Die Vorschrift ist inhaltlich unverändert.

Zu § 19 Abtretungsverbot bei unpfändbaren Sachen

Bei einer Versicherung, die sich auf nicht pfändbare Sachen bezieht, sind Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis nur an die hier bezeichneten Gläubiger abtretbar und damit pfändbar. Diese Regelung entspricht dem geltenden § 15 VVG, dessen Wortlaut lediglich durch die Ersetzung des Begriffes „übertragen“ durch „abtreten“ geändert wird.

Zu § 20 Abweichende Vereinbarungen

Soweit die geltenden Vorschriften, wenn auch teilweise geändert, beibehalten werden, bleiben sie im bisherigen Umfang halbzwingend. Die Beschränkungen der Vertragsfreiheit gelten nicht für die in Artikel 10 Abs. 1 EGVVG 2006 genannten Großrisiken (vgl. § 203 E).

Zu § 21 Anzeigepflicht

§ 21 E regelt die vorvertragliche Anzeigepflicht des künftigen Versicherungsnehmers, durch die dem Versicherer eine zutreffende Risikoeinschätzung ermöglicht werden soll. Die derzeitige Regelung des § 16 VVG berücksichtigt nicht hinreichend die berechtigten Interessen des Versicherungsnehmers. Insbesondere seine Verpflichtung nach § 16 Abs. 1 VVG, alle ihm bekannten Umstände, die für die Gefahrübernahme erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen, bürdet ihm ein unangemessenes Risiko auf; die Beurteilung, ob ein Umstand gefahrerheblich ist, ist für den Versicherungsnehmer unter Umständen sehr schwierig.

Die Voraussetzungen und Rechtsfolgen der Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten sind im übrigen bisher in den §§ 16 bis 22 VVG nicht sehr übersichtlich geregelt. Daher wird entsprechend den von der Kommission entwickelten Grundsätzen (vgl. Ziff. 1.2.2.10) in den §§ 21 bis 24 E eine Neuregelung der Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers vorgeschlagen.

Absatz 1

Die wichtigste Neuerung ist darin zu sehen, dass der Versicherungsnehmer grundsätzlich nur solche ihm bekannten Umstände anzeigen muss, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat. Das Risiko einer Fehleinschätzung, ob ein Umstand gefahrrelevant ist, liegt also nicht mehr beim Versicherungsnehmer. Die Nachfrage nach einem bestimmten Umstand spricht dafür, dass dieser Umstand für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich ist; diese Bewertung liegt daher zunächst ausschließlich beim Versicherer. Das Verschweigen eines gefahrerheblichen Umstandes, den der Versicherer nicht nachgefragt hat, stellt lediglich bei Arglist des Versicherungsnehmers eine Pflichtverletzung dar (vgl. Absatz 5).

Bezüglich des Zeitpunktes für die Erfüllung der Anzeigepflicht stellt Absatz 1 Satz 1 nicht mehr auf den Vertragsschluss, sondern auf die auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung des Versicherungsnehmers ab. Dies ist in der Praxis meist der Antrag des Versicherungsnehmers, im seltenen Falle der Antragstellung durch den Versicherer die Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer wird davon ausgehen, dass er seiner Pflicht gegenüber dem Versicherer nachgekommen ist, wenn er die ihm vorgelegten Fragen zum Zeitpunkt seiner Antragstellung zutreffend beantwortet hat. Eine bloße Belehrung durch den Versicherer, dass er auch solche nachgefragten Umstände anzuzeigen hat, die erst nach der Antragstellung entstanden oder ihm bekannt geworden sind, erscheint angesichts des Umfangs der vom Versicherungsnehmer vor Ver-

tragsschluss zur Kenntnis zu nehmenden Informationen des Versicherers nicht ausreichend. Daher ist diese erweiterte Anzeigepflicht nach Absatz 1 Satz 2 davon abhängig, dass der Versicherer vor Vertragsannahme die in Satz 1 umschriebenen Fragen in Textform wiederholt oder auch erstmalig stellt.

Absatz 2

Dem Versicherer steht im Falle der Verletzung der Anzeigepflicht nach Absatz 1 ein Rücktrittsrecht zu; Ausnahmen hiervon enthalten die Absätze 3 und 4. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn der Versicherungsnehmer eine Frage des Versicherers unrichtig beantwortet, da er in diesem Falle einen für den Versicherer erheblichen Umstand nicht anzeigt. Einer ausdrücklichen Klarstellung im Gesetz entsprechend § 17 VVG bedarf es im Hinblick auf den neuen Wortlaut des Absatzes 1 hier – anders als bei Absatz 4 Satz 2 – nicht.

Durch den Rücktritt, der gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären ist (vgl. § 349 BGB), wird der Vertrag ex tunc beseitigt. Die Bedingungen für die Ausübung des Rücktrittsrechtes sind in § 23 E sowie in § 42 Abs. 1 Satz 2 E bezüglich der Prämie geregelt. Im übrigen bestimmen sich die Wirkungen des Rücktrittes nach § 346 BGB.

Absatz 3

Während nach § 16 Abs. 3 VVG ein Rücktritt des Versicherers nur bei fehlendem Verschulden des Versicherungsnehmers ausgeschlossen ist, soll künftig das Rücktrittsrecht auch bei einfacher Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers entfallen, da in diesem Falle eine so weit reichende Sanktion, wie sie das Rücktrittsrecht darstellt, nicht gerechtfertigt erscheint. Die Beweislast für das Nichtvorliegen von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit liegt beim Versicherungsnehmer.

Ist das Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat, so kann der Versicherer nach Satz 2 den Vertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat für die Zukunft beenden. Das Kündigungsrecht besteht jedoch dann nicht, wenn der Versicherer nach Absatz 4 den Vertrag rückwirkend anpassen kann.

Absatz 4

Die Vorschrift enthält einen weiteren Ausschlussgrund für das Rücktrittsrecht des Versicherers nach Absatz 2. Ein Rücktritt erscheint dann nicht gerechtfertigt, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Dies kann aber nicht gelten, wenn der Versicherungsnehmer

seine Anzeigepflicht vorsätzlich verletzt hat; dem Versicherer kann nicht zugemutet werden, an einem Vertrag mit einem Versicherungsnehmer festgehalten zu werden, der seine Pflicht nach Absatz 1, die für den Versicherer erheblichen Umstände anzuzeigen, bewusst verletzt.

Ist das Rücktrittsrecht nach Satz 1 ausgeschlossen, so werden die Bedingungen, zu denen der Versicherer in Kenntnis der nicht angezeigten Umstände den Vertrag geschlossen hätte, rückwirkend Vertragsinhalt, sobald der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine entsprechende Erklärung zugehen lässt. Das Kündigungsrecht des Versicherers nach Absatz 3 entfällt.

Die Rückwirkung einer Erhöhung der Prämie führt zwar zu einer Schlechterstellung des Versicherungsnehmers gegenüber § 41 Abs. 1 VVG. Bei einer Gesamtbetrachtung der Neuregelung der Anzeigepflicht, die in wesentlichen Punkten mit einer Erleichterung für den Versicherungsnehmer verbunden ist, erscheint diese Abweichung zu Ungunsten des Versicherungsnehmers sachgerecht, zumal sich der Versicherungsnehmer durch Kündigung für die Zukunft von dem neuen Vertrag lösen kann, wenn die Vertragsänderung den in Absatz 7 Satz 1 erfassten Inhalt hat.

Absatz 5

Entsprechend der bisherigen Regelung in § 18 Abs. 2 VVG gewährt Absatz 5 dem Versicherer ein Rücktrittsrecht sowie die weiteren Rechte nach Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 bei Nichtanzeige von gefahrerheblichen Umständen, nach denen der Versicherer nicht gemäß Absatz 1 gefragt hat, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeige arglistig unterlässt.

Absatz 6

Zum Schutze des Versicherungsnehmers wird in Satz 1 der Versicherer verpflichtet, den Versicherungsnehmer über die Folgen einer Verletzung seiner Anzeigepflicht nach Absatz 1 in Textform zu belehren. Unterlässt der Versicherer diese Belehrung, so kann er sich auf die Pflichtverletzung des Versicherungsnehmers nicht berufen. Keiner Belehrung bedarf es dagegen für den Fall der Arglist nach Absatz 5.

Der Ausschluss der in den Absätzen 2 bis 4 geregelten Rechte des Versicherers nach Satz 2, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte, entspricht § 16 Abs. 3 und § 17 Abs. 2 VVG. Die ausdrückliche Erfassung der Kenntnis des Versicherers von der Unrichtigkeit der Anzeige erscheint hier aus Gründen der Klarstellung notwendig.

Absatz 7

Macht der Versicherer von seinem Recht nach Absatz 4 Satz 2 zur Vertragsänderung Gebrauch, so können sich hieraus für den Versicherungsnehmer Verschlechterungen ergeben, die sein Festhalten an dem geänderten Vertrag als nicht zumutbar erscheinen lassen. Dies ist der Fall, wenn er zur Zahlung einer um mehr als 20 Prozent höheren Prämie als zunächst vorgesehen verpflichtet ist oder wenn die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand vom Versicherer ausgeschlossen wird. Nach Satz 1 hat der Versicherungsnehmer unter diesen Voraussetzungen das Recht, den geänderten Vertrag durch fristlose Kündigung zu beenden; für den Fall der Prämienhöhung entspricht dies der Regelung des § 31 VVG, die als § 43 E beibehalten werden soll. Die Kündigung lässt allerdings die sich aus dem geänderten Vertrag ergebenden Verpflichtungen des Versicherungsnehmers für die Vergangenheit unberührt, da die Anpassung mit ex tunc Wirkung erfolgt. Über das Kündigungsrecht nach Satz 1 hat der Versicherer den Versicherungsnehmer zu belehren; die Belehrung ist mit der Erklärung über die Vertragsänderung zu verbinden.

Zu § 22 Vertreter des Versicherungsnehmers

Die Vorschrift stimmt in der Sache mit § 19 VVG überein. Die dortige Unterscheidung von Bevollmächtigter und Vertreter ohne Vertretungsmacht ist entbehrlich; der neue Text verwendet daher nur den Begriff des Vertreters.

Die sonstigen redaktionellen Abweichungen berücksichtigen die Änderungen des bisherigen § 16 VVG in § 21 E.

Zu § 23 Ausübung der Rechte des Versicherers

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt in Satz 1 und 2 die bisherige Regelung des § 20 Abs. 1 VVG für den Rücktritt auch bezüglich der weiteren Rechte des Versicherers nach § 21 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 Satz 2 E. Im Interesse der Rechtsklarheit für den Versicherungsnehmer schreibt Satz 1 für die Ausübung dieser Rechte die Schriftform vor; dies entspricht auch der bisherigen Praxis bei Rücktrittserklärungen. Ferner wird in Satz 3 bestimmt, dass der Versicherer die Gründe anzugeben hat, auf die er das von ihm erklärte Recht stützt; dies entspricht ebenfalls einem berechtigten Interesse des Versicherungsnehmers. Um eine „Überfrachtung“ der schriftlichen Erklärung des Versicherers zu vermeiden und ihm die Möglichkeit zu geben,

zusätzliche Erkenntnisse, die für das von ihm geltend gemachte Recht relevant sind, geltend zu machen, wird ihm ein fristgerechtes Nachschieben von Gründen gestattet.

Die bisherige Regelung des § 20 Abs. 2 VVG über den Rücktritt und dessen Wirkungen ist entbehrlich, da sie dem allgemeinen Schuldrecht (vgl. §§ 346, 349 BGB) entspricht; hinsichtlich der gezahlten Prämie sieht § 42 Abs. 1 Satz 1 E eine Sonderregelung vor.

Absatz 2

Die Vorschrift, nach der die Leistungsfreiheit des Versicherers im Falle des Rücktrittes von der Kausalität der Anzeigepflichtverletzung für den Eintritt des Versicherungsfalles und den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers abhängt, stimmt in der Sache mit § 21 VVG überein.

Die redaktionellen Abweichungen vom derzeitigen Text sind zur Anpassung an die Parallelregelung des § 30 Abs. 3 E erforderlich.

Absatz 3

Die allgemeine Ausschlussfrist von drei Jahren nach Satz 1 für die Geltendmachung der Rechte nach § 21 Abs. 2 bis 4 E durch den Versicherer ist neu. Eine entsprechende Vorschrift besteht bisher nur für die Krankenversicherung (§ 178k Satz 1 VVG). Sie trägt dem Interesse des Versicherungsnehmers Rechnung, in einem angemessenen Zeitraum Sicherheit darüber zu erlangen, dass der Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt Bestand hat. Eine Rückabwicklung bzw. rückwirkende Anpassung des Vertrags nach vielen Jahren kann zu unzumutbaren Belastungen des Versicherungsnehmers führen, denen keine hinreichenden schutzwürdigen Interessen des Versicherers gegenüber stehen.

Die Ausschlussfrist verlängert sich im Falle der Arglist des Versicherungsnehmers nach Satz 2 auf zehn Jahre. Die unbefristete Beibehaltung des Rücktrittsrechtes, wie sie § 178k Satz 2 VVG vorsieht, erscheint auch bei Arglist zu weitgehend; dies entspricht der Regelung des § 124 Abs. 3 BGB für die Anfechtung wegen arglistiger Täuschung.

Zu § 24 Arglistige Täuschung

Die Vorschrift stimmt mit § 22 VVG wörtlich überein. Die Klarstellung, dass das Recht des Versicherers unberührt bleibt, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstän-

de gemäß § 123 BGB anzufechten, ist auch für die Neuregelung der Anzeigepflichtverletzung erforderlich.

Zu § 25 Gefahrerhöhung

Das geltende Recht enthält in den §§ 23 bis 29a VVG eine komplizierte Regelung über die Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss. Inhaltlich entsprechen diese Vorschriften teilweise nicht den Interessen der Beteiligten, vor allem nicht dem Schutzinteresse des Versicherungsnehmers. Die Kommission hat daher Vorschläge zur Gefahrerhöhung entwickelt, die auf den zur Obliegenheitsverletzung (§ 30 E) sowie zur Verletzung der Anzeigepflicht (§§ 21 ff. E) dargelegten einheitlichen Grundsätzen beruhen (vgl. Ziff. 1.2.2.10).

Mit der vorgesehenen Neuregelung der Gefahrerhöhung in den §§ 25 bis 29 E werden diese Grundsätze umgesetzt. Für die generelle Ausnahmeregelung des § 26 VVG besteht kein praktisches Bedürfnis; sie soll daher entfallen.

Absatz 1

In Übereinstimmung mit dem geltenden Recht legt Absatz 1 das Verbot für den Versicherungsnehmer fest, ohne Einwilligung des Versicherers eine Gefahrerhöhung vorzunehmen oder zuzulassen. Während bisher der Vertragsschluss maßgeblicher Zeitpunkt für das Vorliegen einer Gefahrerhöhung ist, stellt die neue Regelung als Konsequenz der entsprechenden Regelung in § 21 Abs. 1 E für die Anzeigepflicht auf die Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers ab; dies ist in der Regel der Zeitpunkt seiner Antragserklärung. Damit entfällt auch ein Bedürfnis für die Regelung des § 29a VVG über die Gefahrerhöhung zwischen Antragstellung und Annahme durch den Versicherer.

Absatz 2

Die Vorschrift ist lediglich sprachlich gegenüber § 23 Abs. 2 VVG verändert. Insbesondere wird vermieden, auf eine Änderung abzustellen und offen zu lassen, worauf sich diese Änderung beziehen soll.

Absatz 3

Der bisher in § 27 VVG geregelte Fall, dass die Gefahrerhöhung unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eintritt, ist wegen des Sachzusammenhanges als neuer Absatz 3 in die Regelung des § 25 E einbezogen; die Sanktionen werden für alle drei Tatbestände gesondert in den §§ 26 bis 28 E geregelt.

Entsprechend der Änderung in Absatz 1 wird auch im Falle des Absatzes 3 auf den Zeitpunkt nach Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers an Stelle des Vertragschlusses abgestellt.

Zu § 26 Kündigung wegen Gefahrerhöhung

Absatz 1

Abweichend vom geltenden Recht (§ 24 VVG) soll dem Versicherer nach Satz 1 ein fristloses Kündigungsrecht nur bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung der Verpflichtung nach § 25 Abs. 1 E, ohne Einwilligung des Versicherers keine Gefahrerhöhung vorzunehmen oder zu gestatten, zustehen. Bei einfacher Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers hat der Versicherer dagegen wie in den vergleichbaren Fällen der Pflichtverletzung nach § 25 Abs. 2 und 3 E eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten (vgl. Satz 2). Anders als bei § 30 E erscheint ein Verzicht auf eine Sanktion bei leichter Fahrlässigkeit hier nicht gerechtfertigt, da es sich bei der Gefahrerhöhung um einen den Versicherer auch in Zukunft belastenden Dauerverstoß handelt. Ein Kündigungsrecht des Versicherers ist lediglich dann ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Pflichtverletzung schuldlos erfolgt ist und auch die Voraussetzungen für eine Kündigung nach Absatz 2 in Verbindung mit § 25 Abs. 2 E nicht vorliegen.

Satz 3 enthält in Anlehnung an § 140 BGB eine Umdeutung der Kündigungserklärung des Versicherers, durch die verhindert wird, dass der Versicherer sein Kündigungsrecht bei leichter Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers wegen Ablaufs der Frist nach Absatz 3 verliert, wenn sich die fristlose Kündigung mangels Nachweises eines Vorsatzes oder grober Fahrlässigkeit als unwirksam herausstellt.

Absatz 2

Bei einer Gefahrerhöhung soll dem Versicherer grundsätzlich ein Kündigungsrecht zustehen. Da die Fälle des § 25 Abs. 2 und 3 E mit der Situation des Versicherungsnehmers nach Absatz 1 Satz 2 vergleichbar sind, wird auch hier eine Kündigungsfrist von einem Monat vorgeschrieben. Bezüglich des § 25 Abs. 3 E entspricht dies dem geltenden § 27 Abs. 1 VVG; neu dagegen ist die Differenzierung zwischen der Vornahme einer Gefahrerhöhung nach § 25 Abs. 1 und einer Gefahrerhöhung nach § 25 Abs. 2 E, die der Versicherungsnehmer als solche zunächst nicht erkannt hat.

Absatz 3

Die Vorschrift über das Erlöschen des Kündigungsrechts stimmt mit dem geltenden Recht (§ 24 Abs. 2, § 27 Abs. 1 Satz 2 VVG) überein.

Zu § 27 Prämienerrhöhung wegen Gefahrerrhöhung

Absatz 1

Mit dieser neuen Regelung soll dem Versicherer ein Wahlrecht eingeräumt werden, statt der Kündigung nach § 26 E eine erhöhte Prämie zu verlangen oder die Absicherung der höheren Gefahr auszuschließen. Die Prämie ist nach den für die höhere Gefahr maßgeblichen Geschäftsgrundsätzen des Versicherers zu bemessen. Die Erlöschensvorschrift des § 26 Abs. 3 E gilt nach Satz 2 auch für die Ausübung dieses Rechts auf Prämienerrhöhung bzw. auf Ausschluss der Absicherung.

Absatz 2

Der Versicherungsnehmer soll bei einer Prämienerrhöhung von mehr als 20 Prozent die Gelegenheit erhalten, durch fristlose Kündigung des Vertrags das höhere Risiko anderweitig günstiger zu versichern oder auf eine Versicherung zu verzichten; entsprechendes gilt für den Fall des Ausschlusses der Absicherung durch den Versicherer. Das Kündigungsrecht muss innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers ausgeübt werden. Über das Kündigungsrecht hat der Versicherer den Versicherungsnehmer zu belehren; dies entspricht den neuen Regelungen in § 21 Abs. 5 und § 43 E.

Zu § 28 Leistungsfreiheit wegen Gefahrerrhöhung

Absatz 1

Die Regelung über die Leistungsfreiheit des Versicherers bei Gefahrerrhöhung soll nach den von der Kommission entwickelten Grundsätzen für die Verletzung vertraglicher Verpflichtungen des Versicherungsnehmers umgestaltet werden. Dies bedeutet zum einen, dass die Leistungspflicht des Versicherers abweichend vom geltenden § 25 Abs. 2 Satz 1 VVG bei nur leichter Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers bestehen bleibt. Zum anderen wird für die Fälle der groben Fahrlässigkeit das bisherige starre Alles-oder-Nichts-Prinzip durch eine Quotelungsregelung ersetzt. Absatz 1 Satz 2 stimmt insoweit mit § 30 Abs. 2 Satz 2 E voll überein; auf die dortigen Erläuterungen wird daher Bezug genommen.

Eine weitere Abweichung vom geltenden Recht liegt schließlich darin, dass die nicht erkannte Gefahrerhöhung (§ 25 Abs. 2 E) wie in § 26 Abs. 2 E von der vorgenommenen Gefahrerhöhung (§ 25 Abs. 1 E) unterschieden und dem Fall der objektiven Gefahrerhöhung (§ 25 Abs. 3 E) gleichgestellt wird (vgl. Absatz 2).

Absatz 2

Für die Fälle der Gefahrerhöhung nach § 25 Abs. 2 und 3 E regelt Satz 1 die Leistungsfreiheit des Versicherers entsprechend den geltenden Vorschriften des § 25 Abs. 2 Satz 2 und § 28 Abs. 1 und 2 Satz 1 VVG. Für die Begrenzung der Leistungsfreiheit in Satz 2 gelten dagegen die gleichen Neuerungen, wie sie zu Absatz 1 beschrieben sind (keine Leistungsfreiheit bei nur leicht fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht; Quotelung bei grober Fahrlässigkeit).

Absatz 3

Die in Absatz 3 Nr. 1 und 2 geregelten Fälle, in denen der Versicherer uneingeschränkt leistungspflichtig bleibt, entsprechen dem geltenden Recht (§ 25 Abs. 3, § 28 Abs. 2 Satz 2 VVG).

Zu § 29 Unerhebliche Gefahrerhöhung

Die Vorschrift übernimmt § 29 Satz 2 VVG mit geringfügigen redaktionellen Anpassungen, durch die insbesondere der Inhalt des bisherigen Satzes 2 verdeutlicht wird.

Zu § 30 Obliegenheitsverletzung

Die geltende Regelung des § 6 VVG, durch welche die meist durch AVB vereinbarte Leistungsfreiheit des Versicherers bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit des Versicherungsnehmers beschränkt wird, entspricht teilweise nicht den berechtigten Schutzinteressen des Versicherungsnehmers. Das Verständnis der Vorschrift wird zudem durch eine komplizierte Fassung, die grundsätzlich zwischen Verletzungen vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles unterscheidet, unnötig erschwert.

Die Neufassung setzt das von der Kommission entwickelte System um, das einheitliche Grundsätze für sämtliche vertragliche Verpflichtungen des Versicherungsnehmers vorsieht (vgl. Ziff. 1.2.2.10). Sie weicht daher sowohl sachlich als auch redaktionell erheblich von der

bisherigen Regelung des § 6 VVG ab. Auf eine Definition des Begriffes der Obliegenheit wird dabei weiterhin verzichtet, weil dessen Weiterentwicklung durch die Rechtsprechung erschwert würde und im übrigen das schwierige Abgrenzungsproblem der sog. verdeckten Obliegenheiten nicht gelöst werden könnte.

Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Kündigungsrecht des Versicherers, wenn der Versicherungsnehmer eine vertragliche Obliegenheit verletzt, die vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen ist. Abweichend von § 6 Abs. 1 Satz 2 VVG besteht dieses Recht künftig nur bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Obliegenheitsverletzung. Ein Verzicht auf Sanktionen für einfache Fahrlässigkeit sehen bereits jetzt die Bedingungswerke vieler Versicherer vor. Die Beweislast für das Fehlen von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit liegt wie bisher beim Versicherungsnehmer.

Die Ausübung des Kündigungsrechtes ist – anders als nach geltendem Recht – keine Voraussetzung für die Leistungsfreiheit des Versicherers, da eine Kündigung nicht immer im Interesse des Versicherungsnehmers liegt.

Absatz 2

Die Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit des Versicherers, die vertraglich bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit vorgesehen ist, werden in Absatz 2 einheitlich geregelt; die bisherige Unterscheidung von Verletzungen vor oder nach dem Versicherungsfall (vgl. § 6 Abs. 1 Satz 1, Absatz 2 und 3 VVG) ist sachlich nicht geboten und führt zu einer unnötigen Komplizierung.

Entsprechend der Kündigungsregelung nach Absatz 1 tritt bei nur leichter Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers keine Leistungsfreiheit des Versicherers ein. Während bei einer vorsätzlichen Obliegenheitsverletzung der Versicherer – vorbehaltlich des Kausalitätserfordernisses nach Absatz 3 – stets vollständig von seiner Leistungspflicht frei ist, soll bei grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzungen das Alles-oder-nichts-Prinzip durch eine Quotelung ersetzt werden, da das starre Prinzip des geltenden Rechts häufig zu ungerechten Ergebnissen führt (vgl. Ziff. 1.2.2.10). Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers bei grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers soll sich künftig nach dem Verschuldensmaß bestimmen: Der Versicherer ist danach berechtigt, seine Leistung in einem Verhältnis zu kürzen, das dem Grad der groben Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers entspricht. Diese Quotelung wird zwar zunächst mit nicht unerheblichen Problemen in der praktischen Umsetzung verbunden sein; sie dürften im Ergebnis aber nicht größer sein als die bei der Entscheidung, ob im Einzelfall grobe oder nur einfache Fahrlässigkeit vorlag. Nach den Erfah-

rungen in anderen Staaten mit diesem Prinzip kann davon ausgegangen werden, dass sich in der Praxis Kriterien herausbilden werden, die zu sachgerechten und überschaubaren Ergebnissen führen.

Für die Beweislast gilt folgendes: Die Beweislast für Vorsatz trägt der Versicherer, wenn er Leistungen insgesamt vermeiden will. Von grober Fahrlässigkeit muss sich dagegen der Versicherungsnehmer entlasten, wenn er - trotz der objektiven Obliegenheitsverletzung - die volle Leistung des Versicherers erhalten will.

Absatz 3

In Anlehnung an die sog. Relevanzrechtsprechung des BGH legt Absatz 3 Satz 1 für die Leistungsbefreiung nach Absatz 2 ein Kausalitätserfordernis fest. Der Versicherer wird von seiner Leistungspflicht nicht frei, wenn und soweit die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Dies erscheint sachlich gerechtfertigt, da der Versicherer keinen Nachteil erleidet, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass seine Obliegenheitsverletzung irrelevant ist. Daher soll auch die bisherige Beschränkung des Kausalitätserfordernisses nach § 6 Abs. 3 VVG auf einfach fahrlässige Verletzungen nach Eintritt des Versicherungsfalles entfallen. Etwas anderes gilt aus Gründen der Generalprävention nur bei Arglist des Versicherungsnehmers (Absatz 3 Satz 2).

Absatz 4

Ebenfalls auf die Rechtsprechung geht die Regelung in Absatz 4 über die Belehrungspflichten des Versicherers bei Verletzung einer vertraglich bestimmten Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit des Versicherungsnehmers nach Eintritt des Versicherungsfalles (vgl. § 34 E) zurück. Die Leistungsbefreiung des Versicherers nach den Absätzen 2 und 3 tritt nur dann ein, wenn der Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform auf diese Folgen einer Obliegenheitsverletzung hingewiesen worden ist. Dies gilt allerdings nicht für Obliegenheiten, die nach Eintritt des Versicherungsfalles auf Grund des konkreten Ablaufs entstehen und auf die der Versicherer daher nicht im voraus hinweisen kann. Im Falle der Arglist des Versicherungsnehmers bedarf es keiner Belehrung nach Absatz 4.

Absatz 5

Die Vorschrift übernimmt § 6 Abs. 4 VVG sachlich unverändert.

Zu § 31 Teilrücktritt, Teilkündigung, teilweise Leistungsfreiheit

Absatz 1

Die Vorschrift über den Teilrücktritt und die Teilkündigung des Versicherers gemäß den Regelungen dieses Titels stimmt – abgesehen von kleineren sprachlichen Anpassungen – mit § 30 Abs. 1 VVG überein.

Absatz 2

Auch das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers im Hinblick auf die Gegenstände oder Personen, die nicht vom Rücktritt oder der Kündigung des Versicherers nach Absatz 1 erfasst sind, entspricht sachlich dem geltenden Recht.

Absatz 3

Die Vorschrift über die auf einen Teil der Gegenstände oder Personen beschränkte Leistungsbefreiung des Versicherers nach § 28 E stimmt mit § 30 Abs. 3 VVG überein. Mit der Ergänzung des Wortlauts („ganz oder teilweise“) wird berücksichtigt, dass nach § 28 Abs. 1 Satz 2 E bei grober Fahrlässigkeit eine Teilbefreiung in Betracht kommt.

Zu § 32 Kenntnis anderer Versicherer

Die neue Regelung knüpft an die höchstrichterliche Rechtsprechung zur Wissenszurechnung im Konzern an. Im Interesse der Rechtssicherheit werden die Voraussetzungen bestimmt, unter denen sich ein Versicherer ausnahmsweise das Wissen eines anderen Versicherers zurechnen lassen muss. In erster Linie geht es um die Fälle, in denen der Versicherungsnehmer einem Versicherer gemäß § 21 E bestimmte Umstände anzeigt und sich beim Abschluss eines weiteren Versicherungsvertrags mit einem anderen Versicherer auf diese Anzeige beruft.

Die vorgeschlagene halbzwingende Regelung stellt nicht darauf ab, ob die beiden betroffenen Versicherer konzernverbunden sind. Durch eine Bezugnahme auf den aktienrechtlichen Konzernbegriff, der eine einheitliche Leitung der so verbundenen Unternehmen voraussetzt, könnte keine sachlich befriedigende Abgrenzung erreicht werden; es gibt Versicherungsgruppen, bei denen die einheitliche Leitung fehlt oder nicht nachzuweisen ist. Entscheidend ist vielmehr, ob der Versicherer rechtlich und tatsächlich in der Lage ist, die bei dem anderen Versicherer gespeicherten Daten des Versicherungsnehmers abzurufen. In der Regel wird dies allerdings nur im Verhältnis von Konzernunternehmen untereinander der Fall sein. Bei

der Beurteilung, ob dem Versicherer diese Abrufungsmöglichkeit zusteht, sind insbesondere auch die datenschutzrechtlichen Vorschriften zu beachten.

Weitere Voraussetzung für eine Wissenszurechnung ist, dass für den Versicherer ein konkreter Anlass dafür bestand, bei dem anderen Versicherer gespeicherte Daten abzurufen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sich der Versicherungsnehmer bei seinen Angaben gegenüber dem Versicherer auf frühere Anzeigen und Auskünfte gegenüber dem anderen Versicherer beruft.

Zu § 33 Anzeige des Versicherungsfalles

Absatz 1

Die Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers nach Satz 1 stimmt in der Sache mit § 33 Abs. 1 VVG überein. Eine Anzeigepflicht ist zu verneinen, wenn die Leistungspflicht des Versicherers schon im Vertrag kalendermäßig festgelegt ist, wie dies bei der Lebensversicherung auf den Erlebensfall zutrifft; einer ausdrücklichen Klarstellung im Gesetz entsprechend dem bisherigen § 171 Abs. 1 VVG bedarf es nicht.

Zusätzlich wird in Satz 2 die bisherige Regelung des § 171 Abs. 2 VVG für die Lebensversicherung einbezogen, nach der ein Dritter, dem vertraglich oder durch Zession das Recht auf die Leistung des Versicherers zusteht, den Eintritt des Versicherungsfalles anzuzeigen hat; die Anzeige muss unverzüglich nach Kenntniserlangung erfolgen. Dies gilt in allen Fällen einer Versicherung für fremde Rechnung. Abweichend von § 171 Abs. 2 VVG bleibt der Versicherungsnehmer neben dem Dritten zur Anzeige verpflichtet, sobald er Kenntnis vom Eintritt des Versicherungsfalles erlangt. Sonderregelungen gelten wie bisher für die Haftpflichtversicherung (vgl. §§ 105, 119 E).

Absatz 2

Die Vorschrift stimmt inhaltlich mit § 33 Abs. 2 VVG überein und ist lediglich sprachlich leicht verändert.

Zu § 34 Auskunftsspflicht des Versicherungsnehmers

Absatz 1

Die Auskunftsspflicht des Versicherungsnehmers nach Satz 1 sowie die Pflicht zur Beschaffung von Belegen nach Satz 2 entspricht § 34 Abs. 1 und 2 VVG.

Absatz 2

Der neue Absatz 2 übernimmt – entsprechend § 33 Abs. 1 Satz 2 E – die bisherige auf die Lebensversicherung beschränkte Regelung des § 171 Abs. 2, zweiter Satzteil, VVG für alle Versicherungszweige. Die Verpflichtung des Versicherungsnehmers nach Absatz 1 bleibt jedoch wie in § 33 Abs. 1 Satz 2 E neben der des Dritten bestehen.

Zu § 35 Abweichende Vereinbarungen

Soweit die geltenden Vorschriften, wenn auch teilweise geändert, beibehalten werden, bleiben sie im bisherigen Umfang nach Satz 1 halbzwingend. Zusätzlich ist die neue Vorschrift des § 32 E über die Zurechnung des Wissens eines anderen Versicherers erfasst. Entsprechend der bisherigen Regelung ist in Satz 2 klargestellt, dass für die den Versicherungsnehmer nach den §§ 21 bis 34 E obliegenden Anzeigen die Schriftform, aber auch die Textform als erleichterte Form, vereinbart werden kann.

Zu § 36 Fälligkeit

Absatz 1

Der bisherige § 35 VVG sieht als dispositive Regelung vor, dass die Prämie sofort nach dem Abschluss des Vertrags zu zahlen ist. Eine sofortige Fälligkeit des Prämienanspruchs steht im Widerspruch zum Widerrufsrecht, das künftig nach dem neuen § 8 E grundsätzlich jedem Versicherungsnehmer zusteht. Nach § 8 Abs. 1 Satz 2 E ist der Versicherungsnehmer vor Ablauf der Widerrufsfrist an seine Vertragserklärung nicht gebunden; es besteht somit insoweit auch keine Zahlungspflicht.

Daher wird nach dem neuen § 36 Abs. 1 E die Fälligkeit der Prämie auf den Zeitpunkt verschoben, zu dem im Normalfalle die Widerrufsfrist abläuft. In aller Regel wird die Frist nach § 8 Abs. 2 E von zwei Wochen mit dem Zugang des Versicherungsscheins zu laufen beginnen. Eine Ausnahmeregelung für die Fälle, in denen kein Widerrufsrecht besteht (vgl. § 8 Abs. 3

E), erscheint entbehrlich, da es sich bei § 36 E um eine abdingbare Vorschrift handelt (vgl. § 45 E).

Absatz 2

Der neue Absatz 2 enthält den bisherigen § 37 VVG. Der dort geregelte Fall der unmittelbaren Einziehung der Prämie beim Versicherungsnehmer hat zwar keine praktische Bedeutung mehr. Ein Bedürfnis für die Beibehaltung einer solchen Regelung besteht aber im Hinblick auf die in der Praxis übliche Einziehungsermächtigung, auf Grund deren der Versicherer die Prämie vom Konto des Versicherungsnehmers einziehen kann.

Für die Anwendung der Vorschrift genügt es, dass die Prämie zuletzt vom Versicherer eingezogen worden ist; soll die Prämie vom Versicherungsnehmer abweichend hiervon geleistet werden, so bedarf es hierfür einer Aufforderung des Versicherers in Textform.

Zu § 37 Zahlung durch Dritte

Absatz 1

Die bisherige Regelung des § 35a VVG wird in der Sache unverändert beibehalten. Der Text bedarf lediglich in sprachlicher Hinsicht einiger Korrekturen. Da die Vorschriften dieses Gesetzes selbst Teil des bürgerlichen Rechts sind, muss sich die Verweisung auf das BGB beziehen.

Absatz 2

Die Regelung ist sachlich unverändert.

Zu § 38 Aufrechnung durch den Versicherer

Das Recht des Versicherers zur Aufrechnung in Fällen, in denen die Gegenseitigkeit der Forderungen nicht gegeben ist und daher nach BGB eine Aufrechnung nicht zulässig wäre, soll sachlich unverändert erhalten bleiben.

Die Textänderungen gegenüber § 35b VVG dienen der Angleichung an die Terminologie des § 387 BGB; zudem wird klargestellt, dass es sich stets um fällige Forderungen des Versicherers handeln muss.

Die Regelung ist auf die Pflichtversicherung nicht anzuwenden (vgl. § 121 E).

Zu § 39 Leistungsort

Die Regelung des § 36 VVG über den Leistungsort wird sachlich unverändert übernommen.

Zu § 40 Zahlungsverzug bei Erstprämie

Absatz 1

Das Rücktrittsrecht des Versicherers bei nicht rechtzeitiger Zahlung der Einmal- oder Erstprämie entspricht im Grundsatz dem bisherigen § 40 Abs. 1 Satz 1 VVG. Der Rücktritt soll allerdings ausgeschlossen sein, wenn der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass die Nichtzahlung nicht von ihm zu vertreten ist; ein Rücktrittsrecht erscheint in diesem Fall unbillig. Die Rechtsfolgen des § 40 E treten auch ein, wenn nur ein Teil der Prämie nicht bezahlt wird (vgl. Ziff. 1.2.2.9.1 und 2).

Die Rücktrittsfiktion des § 38 Abs. 1 Satz 2 VVG für den Fall, dass der Versicherer seinen Prämienanspruch nicht innerhalb von drei Monaten gerichtlich geltend macht, soll entfallen, da der Rücktritt nicht immer im Interesse des Versicherungsnehmers liegt. Dem Interesse des Versicherers, sich von dem Vertrag mit einem schon zu Beginn säumigen Versicherungsnehmer zu lösen, wird dadurch hinreichend entsprochen, dass er den Rücktritt vom Vertrag erklären kann.

Absatz 2

Satz 1 übernimmt den Grundsatz des geltenden Rechtes, dass der Versicherer bei Eintritt des Versicherungsfalles vor Zahlung der Prämie von seiner Leistungspflicht frei ist. Dieser Grundsatz führt allerdings dann – wie im Falle des Absatzes 1 – zu unbilligen Ergebnissen, wenn die Zahlung des Versicherungsnehmers unverschuldet unterbleibt. Daher tritt die Leistungsbefreiung des Versicherers nach Satz 1 nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Eine weitere Neuerung gegenüber dem geltenden Recht enthält Satz 2. Soll der Versicherungsschutz vereinbarungsgemäß erst mit der Zahlung der Prämie beginnen, befindet sich der Versicherungsnehmer in einer ähnlichen Situation, wie sie § 41 Abs. 1 E voraussetzt. Da eine rückwirkende Leistungsfreiheit des Versicherers schwerwiegende Konsequenzen für den Versicherungsnehmer hat, bedarf es nach der Rechtsprechung einer deutlichen und klaren Belehrung des Versicherungsnehmers über die Rechtsfolgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Prämie. Dem entsprechend wird in dem neuen Satz 2 die Leistungsfreiheit des Versicherers davon abhängig gemacht, dass der Versicherungsnehmer entweder durch eine

gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein, für den nach § 3 Abs. 1 E ebenfalls die Textform gilt, über diese Rechtsfolge nach Absatz 2 Satz 1 belehrt wird.

Zu § 41 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

Absatz 1

Die Regelung des § 39 Abs. 1 VVG wird im wesentlichen beibehalten, da sie sich als sachgerecht erwiesen hat. Außer einer redaktionellen Vereinfachung, durch die der bisherige Satz 3 sowie Absatz 4 entfallen, weist der neue Absatz 1 Satz 2 unwesentliche sachliche Änderungen auf: Die Fristbestimmung samt Bezifferung der rückständigen Beträge und Belehrung kann in Textform anstelle der Schriftform erfolgen; schon bisher genügt zur Erleichterung im Massengeschäft die Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Ferner wird klargestellt, dass in Fällen, in denen einzelne Verträge im Versicherungsschein zusammengefasst werden, die rückständigen Beträge gesondert für jeden Vertrag angegeben werden müssen.

Absatz 2

§ 39 Abs. 2 VVG wird sachlich unverändert beibehalten.

Absatz 3

Auch die Kündigungsregelung für den Versicherer entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. Eine sachliche Änderung ergibt sich aus Satz 3: Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung des Versicherungsverhältnisses durch Zahlung der Prämie auch dann verhindern, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Diese Tatsache ist lediglich für die Frage der Leistungsbefreiung des Versicherers nach Absatz 2 relevant; dies wird im letzten Halbsatz ausdrücklich klargestellt.

Zu § 42 Vorzeitige Vertragsbeendigung

Das geltende VVG sieht in zahlreichen Vorschriften vor, dass dem Versicherer die volle Jahresprämie auch dann zusteht, wenn der Vertrag nicht zum Ende der Versicherungsperiode, sondern im Laufe des Jahres außerplanmäßig z. B. durch Kündigung oder Rücktritt endet. Das dieser Regelung zu Grunde liegende Prinzip der Unteilbarkeit der Prämie führt vielfach zu einer unangemessenen Begünstigung des Versicherers zu Lasten des Versicherungs-

nehmers. Daher soll dieses Prinzip aufgegeben werden (vgl. Ziff. 1.2.2.8). Für § 40 VVG folgt hieraus eine grundsätzliche Neugestaltung der Absätze 1 und 2. Die Regelung ist wie bisher halbzwingend (vgl. § 45 E).

Absatz 1

Der neue Satz 1 stellt generell klar, dass dem Versicherer im Falle einer Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor dem Ende einer laufenden Versicherungsperiode (vgl. § 12 E) nur der Teil der vereinbarten Prämie zusteht, der dem vom Versicherer anteilig getragenen Risiko entspricht. In aller Regel folgt hieraus eine zeitanteilige Prämienteilung, die der Dauer der Gefahrtragung während der laufenden Versicherungsperiode entspricht, da sie zu einem angemessenen Ausgleich der beiderseitigen Interessen führt. Etwas anderes gilt nur in den Fällen, in denen die versicherten Risiken sehr ungleichmäßig über das Versicherungsjahr verteilt sind. Die Lösung solcher Fälle kann den Vereinbarungen der Vertragspartner insoweit überlassen werden, als diese nicht mit einem Nachteil des Versicherungsnehmers verbunden sind (vgl. § 45 E); sie sind also nur wirksam, wenn sie zu einer risikoproportionalen Verteilung führen.

Hauptanwendungsfall des Satzes 1 ist die vorzeitige Beendigung des Vertragsverhältnisses durch Ausübung eines besonderen Kündigungsrechtes, das nach diesem Gesetz in zahlreichen Fällen (z. B. bei Verletzung einer Obliegenheit nach § 30 Abs. 1 E oder einer Anzeigepflicht nach § 21 Abs. 3 Satz 2 E, einer Gefahrerhöhung nach § 26 E, bei Zahlungsverzug des Versicherungsnehmers nach § 41 Abs. 3 E oder einer Prämienerrhöhung nach § 21 Abs. 7, § 27 Abs. 2 E) eingeräumt wird. Bei einer rückwirkenden Vertragsbeendigung durch Anfechtung oder Rücktritt folgt aus Satz 1, dass entgegen dem bisherigen Recht kein Prämienanspruch besteht, da die vertragliche Risikotragung durch den Versicherer mit Wirkung ex tunc entfällt; Ausnahmen hiervon sind in Bedarfsfällen nach § 76 Abs. 2 E (Überversicherung), § 80 Abs. 3 E (Doppelversicherung) und § 82 Abs. 3 E (fehlendes versichertes Interesse) vorgesehen.

Eine von Satz 1 abweichende Bestimmung enthält ferner Satz 2 für den Rücktritt des Versicherers nach § 21 Abs. 2 E bei Verletzung der Anzeigepflicht. Hier erscheint es angemessen, dem Versicherer einen Prämienanspruch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Rücktrittes einzuräumen, da er nach § 23 Abs. 2 E zur Leistung verpflichtet bleibt, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht für den Versicherungsfall nicht kausal ist.

Ferner wird in Satz 3 die Bestimmung des § 40 Abs. 2 Satz 2 VVG übernommen; danach kann der Versicherer im Falle des Rücktrittes nach § 40 Abs. 1 E wegen Nichtzahlung der Einmal- oder Erstprämie eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Absatz 2

Die Bestimmung übernimmt § 40 Abs. 3 VVG unverändert, da er bereits Ausnahmen vom Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie enthält.

Zu § 43 Kündigung bei Prämienhöhung

Die Regelung des geltenden Rechts (§ 40a VVG), nach der dem Versicherungsnehmer bei einer Prämienhöhung auf Grund einer vertraglichen Anpassungsklausel ein Kündigungsrecht zusteht, ist in Satz 1 unverändert übernommen.

Der neue Satz 2 stellt klar, dass eine Prämienhöhung im Sinne des Satzes 1 auch dann vorliegt, wenn sich auf Grund einer Anpassungsklausel der Umfang des Versicherungsschutzes vermindert, ohne dass die Prämie entsprechend herabgesetzt wird.

Schließlich wird mit dem neuen Satz 3 der Versicherer zur Belehrung des Versicherungsnehmers über sein Kündigungsrecht verpflichtet, da der Versicherungsnehmer normalerweise über die Rechtslage in einem solchen Falle nicht informiert ist. Die Mitteilung des Versicherers über die unmittelbare oder mittelbare Prämienhöhung muss diese Information für den Versicherungsnehmer enthalten.

Zu § 44 Herabsetzung der Prämie

Die neu gefasste Regelung weicht inhaltlich lediglich in einem Punkt von § 41a VVG ab: Während bisher der Versicherungsnehmer entsprechend dem Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie eine angemessene Herabsetzung der Prämie wegen des Wegfalles eines gefahrerhöhenden Umstandes erst für die zukünftige Versicherungsperiode verlangen kann, ist die Prämie künftig bereits ab dem Zugang des Verlangens beim Versicherer angemessen zu reduzieren. Damit wird dem zu § 42 E dargelegten Grundsatz Rechnung getragen, nach welchem dem Versicherer nur derjenige Teil der Prämie zusteht, der dem von ihm getragenen Risiko entspricht.

Die sonstigen Änderungen sind redaktioneller Natur; der bisherige § 41a Abs. 2 VVG ist wegen des engen Sachzusammenhanges mit Satz 1 unmittelbar als Satz 2 angefügt.

Zu § 45 Abweichende Vereinbarungen

Soweit die geltenden Vorschriften, wenn auch teilweise geändert, beibehalten werden, bleiben sie im bisherigen Umfang halbzwingend.

Zu § 46 Begriffsbestimmung

Absatz 1

Die Definition der Versicherung für fremde Rechnung stimmt sachlich mit § 74 VVG überein. Versicherter im Sinne des Titels 4 ist eine versicherte Person, die nicht der Versicherungsnehmer ist.

Absatz 2

Die Vorschrift ist – wie Absatz 1 – lediglich sprachlich geändert.

Absatz 3

Die Vorschrift enthält den bisherigen § 80 Abs. 1 VVG, der wegen des Sachzusammenhanges einbezogen wird. Dagegen verbleibt der bisherige § 80 Abs. 2 VVG als selbständige Vorschrift am Ende dieses Titels als § 51 E.

Zu § 47 Rechte des Versicherten

Die Regelung stimmt mit § 75 VVG überein. Lediglich Absatz 1 Satz 2 enthält eine redaktionelle Abweichung: Im Hinblick auf den geänderten § 3 Abs. 1 E wird auf die Übermittlung des Versicherungsscheins, nicht auf dessen Aushändigung, abgestellt.

Zu § 48 Rechte des Versicherungsnehmers

Die Regelung stimmt mit § 76 VVG überein.

Zu § 49 Rechte zwischen Versicherungsnehmer und Versichertem

Die Regelung stimmt sachlich mit § 77 VVG überein.

Zu § 50 Kenntnis und Verhalten des Versicherten

Absatz 1

Die Vorschrift ist gegenüber § 79 Abs. 1 VVG lediglich sprachlich geändert.

Absatz 2

Satz 1 entspricht sachlich § 79 Abs. 2 VVG. Der Begriff „nicht tunlich“ ist durch die Formulierung „nicht möglich oder nicht zumutbar“ ersetzt. Wegen des Sachzusammenhanges ist die Regelung des § 79 Abs. 3 VVG in Absatz 2 als Satz 2 angefügt und lediglich sprachlich vereinfacht.

Zu § 51 Versicherung für Rechnung „wen es angeht“

Die Regelung stimmt mit § 80 Abs. 2 VVG überein.

Zu § 52 Inhalt des Vertrags

Absatz 1

Satz 1 stellt klar, dass es sich bei der Gewährung einer vorläufigen Deckung um einen eigenständigen Versicherungsvertrag handelt, der von dem in aller Regel sich anschließenden Hauptvertrag zu unterscheiden ist. Wesentliches Merkmal des Vertrags ist, dass der Versicherer das Risiko des Versicherungsnehmers für einen vorübergehenden Zeitraum bis zum endgültigen Versicherungsschutz absichert. Grundsätzlich gelten die einschlägigen Vorschriften dieses Gesetzes auch für diesen Vertrag.

Ausnahmen sind insbesondere hinsichtlich der Vorschriften über die dem Versicherungsnehmer vor Vertragsschluss zu erteilenden Informationen notwendig, um den Abschluss des nur vorübergehenden Vertrags zu erleichtern.

Um den Bedürfnissen der Praxis nach Gewährung eines raschen vorläufigen Versicherungsschutzes zu entsprechen, muss beim Vertrag über vorläufige Deckung auf das Erfordernis,

dem Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 E bei Antragstellung, spätestens bei Vertragsschluss zu übermitteln, verzichtet werden. Diese Unterlagen müssen nur auf Verlangen des Versicherungsnehmers spätestens mit dem Versicherungsschein zur Verfügung gestellt werden. Eine entsprechende Vereinbarung, die in der Regel stillschweigend zustande kommen wird, entspricht auch den Interessen des Versicherungsnehmers. Die kurze Dauer des Vertrags und die in § 55 E zusätzlich vorgesehenen Möglichkeiten seiner vorzeitigen Beendigung schließen eine unangemessene Benachteiligung des Versicherungsnehmers weitgehend aus. Für den Hauptvertrag verbleibt es bei den Informationspflichten des Versicherers.

In Satz 2 wird klargestellt, dass die den Versicherungsvermittlern obliegenden Mitteilungspflichten auch bei Verträgen über vorläufige Deckung gelten. Dies beruht auf der zwingenden Vorgabe durch die Richtlinie 2002/92/EG, die eine Ausnahme für solche Verträge nur insofern zulässt, als nach Artikel 13 Abs.2 die erforderlichen Auskünfte zunächst mündlich erteilt werden können; unmittelbar nach Vertragsschluss muss aber auch bei Verträgen über vorläufige Deckung eine Information des Versicherungsnehmers in Textform erfolgen.

Die Anwendung der besonderen Informationsregelung des Satzes 1 muss für Verträge über vorläufige Deckung, welche die Kriterien eines Fernabsatzvertrags im Sinne des § 312b Abs. 1 und 2 BGB erfüllen, ausgeschlossen werden (vgl. Satz 3). Dies folgt aus der zwingenden Vorgabe der Richtlinie 2002/65/EG, die keine generelle Ausnahme für Verträge über vorläufige Deckung vorsieht. Eine Unterrichtung des Versicherungsnehmers durch den Versicherer erst nach Vertragsschluss ist in diesen Fällen nur unter den Voraussetzungen des § 7 Abs. 1 Satz 3 E zulässig.

Absatz 2

Im Interesse einer möglichst einfachen Handhabung des vorläufigen Schutzes muss hingenommen werden, dass dem Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen (AVB) nicht ausgehändigt werden. Auch ist zu berücksichtigen, dass in der Praxis nicht in allen Fällen eine Einbeziehung der AVB in den Vertrag über vorläufige Deckung durch ausdrücklichen Hinweis des Versicherers erfolgen wird. Außerdem darf der Versicherungsschutz nicht entfallen, wenn eine an sich mögliche Einbeziehung der AVB fehlerhafterweise unterblieben ist. Da der Versicherungsschutz meist nur auf der Grundlage von AVB inhaltlich bestimmbar ist, legt Absatz 2 Satz 1 abweichend von § 305 Abs. 2 BGB fest, dass die AVB des Versicherers auch bei Fehlen eines ausdrücklichen Hinweises Vertragsbestandteil werden. In erster Linie sind dies die vom Versicherer für den vorläufigen Deckungsschutz verwendeten Bedingungen. Gibt es solche Bedingungen nicht, so gelten die Bedingungen des Versicherers für den angestrebten Hauptvertrag.

Satz 2 berücksichtigt den Fall, dass der Versicherer unterschiedliche AVB verwendet, ohne die maßgebliche Fassung für die vorläufige Deckungszusage hinreichend genau zu bezeichnen. Sofern sich insoweit die bestehenden Zweifel insbesondere durch Auslegung der Texte nicht ausräumen lassen, soll die für den Versicherungsnehmer im konkreten Fall günstigste Fassung maßgeblich sein.

Zu § 53 Nichtzustandekommen des Hauptvertrags

In der bisherigen Praxis verzichtet der Versicherer zwar nicht selten auf die Durchsetzung einer gesonderten Prämie für die vorläufige Deckung, wenn der in Aussicht genommene Hauptvertrag nicht zustande kommt; die Prämie entfällt ohnehin, wenn der Hauptvertrag mit demselben Versicherer rückwirkend für den Zeitraum der vorläufigen Deckung in Kraft tritt. Andererseits wird der Versicherer aber regelmäßig die Deckung nur gegen eine gesonderte Prämie insbesondere bei Scheitern des Hauptvertrags gewähren.

Im Interesse der Versicherungsnehmer erscheint es erforderlich, die Höhe einer vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämie gesetzlich zu regeln und nicht der einseitigen Bestimmung durch den Versicherer gemäß § 315 BGB zu überlassen. Daher legt § 53 E fest, dass sich der Prämienanspruch pro rata temporis nach der Prämie bestimmt, die bei Zustandekommen des Hauptvertrags für diesen zu zahlen wäre. Eine hiervon abweichende Vereinbarung der Vertragspartner soll aber zulässig sein.

Zu § 54 Prämienzahlung

Absatz 1

Bei einem Vertrag über vorläufige Deckung wird der Versicherungsnehmer in der Regel darauf Wert legen, sofortigen Versicherungsschutz für ein bestimmtes Risiko zu erhalten. Dementsprechend wird der Versicherer im allgemeinen darauf verzichten, die sofortige Zahlung der Prämie als Voraussetzung für den Beginn der vorläufigen Deckung zu verlangen.

Der Versicherer soll aber wie bisher die Möglichkeit haben, den vorläufigen Versicherungsschutz von einer vorherigen Prämienzahlung abhängig zu machen. Dies bedeutet, dass § 40 Abs. 2 Satz 1 E in diesem Falle anzuwenden ist. Wegen der sich hieraus für den Versicherungsnehmer ergebenden Risiken muss sichergestellt werden, dass er durch einen deutlichen Warnhinweis auf die Notwendigkeit, umgehend die vereinbarte Prämie zu zahlen, aufmerksam gemacht wird. Absatz 1 verpflichtet daher den Versicherer, den Versicherungs-

nehmer durch eine besondere Mitteilung, die der Textform bedarf, oder durch einen deutlich gekennzeichneten Vermerk im Versicherungsschein hierüber aufzuklären.

Absatz 2

Der in § 40 E geregelte Rücktritt ex tunc des Versicherers im Falle der vom Versicherungsnehmer zu vertretenden Nichterfüllung seiner Prämienzahlungspflicht ist beim Vertrag über vorläufige Deckung nicht angemessen. Wesentliches Element dieses Vertrags ist die verbindliche Zusage des Versicherers, dem Versicherungsnehmer sofort vorläufigen Versicherungsschutz zu gewähren. Der Versicherer kann dies von einer vorherigen Zahlung abhängig machen (vgl. Absatz 1); verzichtet er hierauf, handelt er auf eigenes Risiko. Dieses Risiko soll er nicht auf den Versicherungsnehmer zurückwälzen können, indem er wegen Zahlungsverzugs den Versicherungsschutz rückwirkend auch für bereits eingetretene Schäden aufkündigt. Gegen eine Rückwirkung spricht auch der Umstand, dass die Höhe des Prämienanspruchs sich erst aus dem später vorgesehenen Hauptvertrag ergibt; ein Anspruch des Versicherers auf Abschluss des Hauptvertrags und damit auf die Erstprämie besteht bei Abgabe des Deckungsangebots nicht. Der Versicherer muss damit rechnen, dass der Hauptvertrag scheitert und er dann allenfalls Anspruch auf eine Prämie für die vorläufige Deckung hat.

Absatz 2 schließt daher zum einen die Anwendbarkeit des § 40 E aus (Satz 2). Zum anderen sind nach Satz 1 Vereinbarungen unwirksam, nach denen bei Verzug des Versicherungsnehmers mit der Zahlung der Prämie für die vorläufige Deckung oder, wenn der Hauptvertrag zustande kommt, der Erstprämie die vorläufige Deckung rückwirkend entfallen soll.

Der Ausschluss des rückwirkenden Wegfalles des Versicherungsschutzes soll insbesondere auch in der Kfz-Pflichtversicherung gelten. Die entsprechende Änderung des § 9 Satz 2 der Kfz-Pflichtversicherungsverordnung ist in Artikel 7 des Gesetzentwurfs vorgesehen.

Absatz 3

Zum Schutze des Versicherungsnehmers ist sicherzustellen, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht zu seinem Nachteil abbedungen oder geändert werden können.

Zu § 55 Beendigung des Vertrags

Absatz 1

Die vorgesehene Regelung über die Beendigung des Vertrags über vorläufige Deckung beruht zum einen auf der Überlegung, dass der Versicherungsnehmer, sofern er Verbraucher

im Sinne des § 13 BGB ist, sowohl vor einem überraschenden Verlust des vorläufigen Versicherungsschutzes als auch vor einer Doppelversicherung geschützt werden muss. Zum anderen muss der Versicherer die Möglichkeit haben, den Versicherungsschutz mit Wirkung für die Zukunft wieder zurückzuziehen, da er zunächst Deckungsschutz für Risiken gewährt, die unter Umständen noch völlig ungeklärt sind.

Dem Schutz des Versicherungsnehmers dient die Vorschrift in Absatz 1 Satz 1. Danach endet der Vertrag über vorläufige Deckung nicht bereits mit dem Abschluss des Hauptvertrags mit dem bisherigen Versicherer oder einem anderen Versicherer. Vielmehr ist maßgeblich der Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer durch den Hauptvertrag einen Versicherungsschutz erlangt, der im wesentlichen dem vorläufigen Versicherungsschutz entspricht. Entscheidend ist der Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsschutz nach dem neuen Vertrag eintritt. Ein späterer rückwirkender Wegfall des Vertrags z.B. durch Anfechtung wegen arglistiger Täuschung bleibt außer Betracht, führt also nicht zum Wiederaufleben der vorläufigen Deckung.

Die Vorschrift kommt auch dann zur Anwendung, wenn die vorläufige Deckung sachlich weiter geht als der später vereinbarte endgültige Versicherungsschutz. Anstelle des Hauptvertrags kommt auch ein weiterer Vertrag über vorläufige Deckung mit einem anderen Versicherer in Betracht.

Satz 2 regelt die Fälle, in denen der Eintritt des endgültigen oder eines weiteren vorläufigen Versicherungsschutzes von der Zahlung der Prämie durch den Versicherungsnehmer abhängig ist. Hier ist im Interesse des Versicherers auszuschließen, dass der Versicherungsnehmer durch Nichtzahlung bzw. Verzögerung der Zahlung der Prämie das Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes hinausschiebt. Daher ist in diesen Fällen der Eintritt des Verzugs der für die Beendigung des Vertrags über vorläufige Deckung maßgebliche Zeitpunkt. Voraussetzung für die Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes ist aber, dass der Versicherungsnehmer über diese Rechtsfolge entsprechend § 40 Abs. 2 Satz 2 E belehrt worden ist, da sich für den Versicherungsnehmer eine vergleichbare Situation ergibt, die einen entsprechenden Schutz erforderlich macht.

Absatz 2

Nach Absatz 2 ist zusätzliche Voraussetzung für die Vertragsbeendigung die Kenntnis des Versicherers von der Tatsache, dass der Versicherungsnehmer mit einem anderen Versicherer einen Hauptvertrag oder einen neuen Vertrag über vorläufige Deckung geschlossen hat. Der Versicherer hat ein schutzwürdiges Interesse, darüber unterrichtet zu werden, dass sein

Versicherungsnehmer sich anderweitig Versicherungsschutz besorgt hat und daher das Vertragsverhältnis mit ihm beendet wird. Die entsprechende Unterrichtung des Versicherers kann zum einen durch den Versicherungsnehmer erfolgen. Zum anderen kommt aber auch eine Unterrichtung durch den neuen Versicherer in Betracht. Der neue Versicherer wird ohnehin vor Abschluss des Vertrags zur Vermeidung einer Doppelversicherung (vgl. § 81 E) vom Versicherungsnehmer eine Auskunft über das Bestehen eines gleichartigen Versicherungsschutzes einholen.

Absatz 3

Mit einem Widerruf gemäß § 8 E oder einem Widerspruch nach § 5 Abs. 1 und 2 E wendet sich der Versicherungsnehmer kraft autonomer Meinungsbildung gegen den Hauptvertrag, wie ihn der Versicherer vorschlägt. Da der Hauptvertrag offensichtlich gescheitert ist, soll dann auch der Vertrag über vorläufige Deckung mit dem Wirksamwerden des Widerrufs oder Widerspruchs enden. Eine zusätzliche Erklärung des Versicherungsnehmers über den Widerruf oder Widerspruch hinaus ist nicht erforderlich. Eine Nachfrist wie bei der Kündigung durch den Versicherer nach Absatz 4 Satz 2 ist hier entbehrlich, da der Versicherungsnehmer sich für das Scheitern des Hauptvertrags entscheidet und innerhalb der geltenden Widerrufs- oder Widerspruchsfrist für neue Deckung sorgen kann.

Erklärt der Versicherungsnehmer anstelle eines Widerrufs die Rücknahme seines Antrags auf Vertragsschluss, so liegt eine vergleichbare Situation vor, die auch ohne ausdrückliche Regelung zu einer entsprechenden Anwendung des Absatzes 3 führt.

Absatz 4

Das Vertragsverhältnis über vorläufige Deckung wird in der Praxis meist auf unbestimmte Zeit eingegangen. Nach Satz 1 hat jeder Vertragspartner das Recht, sich durch Kündigung von dem Vertrag zu lösen. Allerdings muss dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit eingeräumt werden, sich kurzfristig anderweitig einen Versicherungsschutz zu beschaffen. Daher wird die Kündigung des Versicherers bei einem Verbraucherversicherungsvertrag erst zwei Wochen nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

Ist der Vertrag über vorläufige Deckung ausnahmsweise befristet, so endet die vorläufige Deckung automatisch mit Fristablauf, wenn die Parteien nichts anderes vereinbart haben; dies ergibt sich aus allgemeinem Vertragsrecht und bedarf keiner gesetzlichen Regelung. Für solche Verträge über eine bestimmte Laufzeit sieht der Entwurf auch für den Verbraucher kein gesetzliches Kündigungsrecht vor, da hierfür im Hinblick auf die Regelung in Absatz 1 kein hinreichendes praktisches Bedürfnis besteht.

Absatz 5

Da die Vorschriften des § 55 E in erster Linie dem Schutz des Versicherungsnehmers dienen, werden Vereinbarungen, die zum Nachteil des Versicherungsnehmers von den Absätzen 1 bis 4 abweichen, ausgeschlossen.

Zu § 56 Anmeldepflicht

Die Vorschrift begründet die Rechtspflicht zur Anmeldung der Einzelrisiken, für die unter einer laufenden Versicherung Versicherungsschutz gewährt werden soll. Sowohl für bereits bestehende, hauptsächlich aber für künftige Interessen gewähren laufende Versicherungen Versicherungsschutz in Form von General- oder Pauschalpolicen, Umsatz-, Summen- oder Abschreibepolicen für eine bestimmte Versicherungszeit. Die Konkretisierung des versicherten Interesses erfolgt mit der Anmeldung. Die Anmeldung ist keine Willenserklärung, sondern Tatsachenerklärung, Erfüllungshandlung und Leistung des Versicherungsnehmers. Je nach Versicherungszweig sowie nach Art und Kategorie der versicherten Risiken kann die Anmeldepflicht aber unterschiedlich gestaltet sein und etwa bei der Kreditversicherung auch den Fall einschließen, dass über die Bestätigung der Anmeldung hinaus für die Begründung des Versicherungsschutzes die Deckungszusage im Einzelfall vertraglich ausbedungen ist.

Zu § 57 Verletzung der Anmeldepflicht

Absatz 1

Die Vorschrift regelt in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 die Rechtsfolgen einer Verletzung der Anmeldepflicht. Unterlässt der Versicherungsnehmer die für die Konkretisierung des versicherten Interesses erforderliche Anmeldung, so fehlt die für die Gewährung von Versicherungsschutz notwendige Bestimmtheit des versicherten Interesses. Eine schuldlos oder leicht fahrlässig unterlassene oder fehlerhafte Anmeldung soll nach Absatz 1 Satz 2 folgenlos bleiben, wenn sie unverzüglich nachgeholt oder berichtigt wird. Die Erwähnung der Prämiengrundlage in Satz 1 berücksichtigt Besonderheiten der Umsatzpolice, die insbesondere bei der Warenkreditversicherung eine besonders weitgehende Form von laufenden Policen darstellt.

Absatz 2

Absatz 2 Satz 2 und 3 regelt das Prinzip der Auslaufhaftung, das in der Warentransportversicherung gängige und notwendige Versicherungspraxis ist, aber in der Kreditversicherung bei Überschreitung des äußersten Kreditziels häufig vertragliche Einschränkungen erfährt.

Zu § 58 Einzelpolice

Absatz 1

Die laufende Versicherung deckt häufig, jedenfalls in der Warentransportversicherung, durchstehende Risiken von Haus zu Haus unter Einschluss von Versicherung für fremde Rechnung. Als Verkehrsdokument ist die laufende Police ungeeignet, weil sie keine Aussage über ein bestimmtes versichertes Einzelrisiko enthält. Da aber der Verkehr eines dokumentierten Nachweises bedarf, hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf Verlangen über die einzelne Aufgabe eine Einzelpolice auszuhändigen, die als Police im Sinne des Gesetzes gilt und wie jede Police an Order gestellt werden kann. Hiervon wird besonders dann Gebrauch gemacht, wenn es sich im Einzelfall um eine Versicherung für fremde Rechnung handelt.

Absatz 2

Die Vorschrift enthält eine Sonderregelung zu § 3 Abs. 3 E.

Absatz 3

Abweichend vom § 5 Abs. 1 bis 3 E gilt der Inhalt einer Einzelpolice nach Satz 1 als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht unverzüglich nach der Aushändigung widerspricht. Das Anfechtungsrecht gemäß Satz 2 ist abweichend von § 5 Abs. 4 E abdingbar.

Zu § 59 Obliegenheitsverletzung

Absatz 1

Laufende Versicherungen werden nur in der gewerblich-kommerziellen Versicherungspraxis verwendet. Vom Versicherungsnehmer kann deshalb grundsätzlich auch in Bezug auf die Beachtung von Obliegenheiten die Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmannes verlangt werden. In der Seeversicherung ist unbestritten, dass alle Beteiligten an einem Versicherungsverhältnis „Treu und Glauben im höchsten Maße zu betätigen“ haben. Dies gilt in gleicher Weise auch für alle anderen laufenden Versicherungen. Die schuldhafte Verletzung einer Obliegen-

heit kann deshalb nicht ohne Sanktion bleiben. Dabei ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass in einer laufenden Versicherung Einzelrisiken mit jeweils unterschiedlichen Versicherungssummen und -limiten versichert sind, und die Verletzung einer für ein Einzelrisiko geltenden Obliegenheit nicht notwendiger Weise die übrigen Einzelrisiken oder den Mantelvertrag berühren muss.

Absatz 2

Unbeschadet von den Auswirkungen einer Obliegenheitsverletzung in Bezug auf das betroffene Einzelrisiko muss der Versicherer wegen der Beeinträchtigung des für den Fortbestand des Versicherungsverhältnisses notwendigen Vertrauensverhältnisses auch die Möglichkeit haben, die laufende Versicherung selbst mit einer angemessenen Frist zu kündigen

Zu § 60 Begriffsbestimmungen

Absatz 1

Der in der Richtlinie 2002/92/EG über Versicherungsvermittlung (Vermittlerrichtlinie; im Folgenden kurz: Richtlinie) verwendete und definierte Begriff des Versicherungsvermittlers wird neu in das deutsche Recht eingeführt. Für die Definition des Versicherungsvermittlers erscheint allerdings der in Artikel 2 Nr. 5 der Richtlinie verwendete funktionale Vermittlerbegriff nicht geeignet, da er sowohl Vertreter als auch Makler erfasst. Eine klare Abgrenzung dieser Funktionen ist aber insbesondere auch wegen der teilweise unterschiedlichen Anforderungen in Artikel 12 der Richtlinie unverzichtbar. Daher stellt die Definition in Absatz 1 auf Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler ab, die im einzelnen in den Absätzen 2 und 3 definiert werden.

Der bisher in den §§ 43 bis 48 VVG verwendete Begriff des Versicherungsagenten ist überholt, nachdem im HGB bereits 1953 durch das Handelsvertretergesetz der Begriff des „Agenten“ durch „Vertreter“ ersetzt worden ist. Entsprechende Anpassungen sind im Untertitel 2 vorgesehen.

Absatz 2

Der künftig für die Anwendung des Gesetzes maßgebliche Begriff des Versicherungsvertreters weicht in mehreren Punkten von der Definition in § 92 Abs. 1, § 84 HGB ab; dies ist notwendig, um den Vorgaben nach der Richtlinie zu entsprechen. Zum einen werden auch Personen erfasst, die abweichend von § 84 Abs. 1 HGB nicht ständig damit betraut sind, für den Unternehmer Geschäfte zu vermitteln oder abzuschließen; auch sog. Gelegenheitsvermittler

fallen unter die Richtlinie, sofern sie ihre Tätigkeit auf Grund einer vertraglichen Vereinbarung mit dem Unternehmer ausüben. Vertragspartner des Versicherungsvertreeters kann nicht nur ein Versicherungsunternehmen, sondern auch ein Versicherungsvermittler sein. In der Praxis kommen vor allem Untervertreter von Versicherungsvertretungsunternehmen in Betracht (vgl. § 84 Abs. 3 HGB); der Fall, dass der Versicherungsvertreter von einem Versicherungsmakler mit Versicherungsvermittlungsgeschäften betraut wird, dürfte kaum praktisch werden und braucht daher nicht berücksichtigt zu werden.

Zum anderen wird entsprechend Artikel 2 Nr. 3 der Richtlinie der Begriff der Versicherungsvermittlung eingeführt, der außer der Vermittlung und dem Abschluss von Versicherungsverträgen die Mitwirkung bei deren Verwaltung und Erfüllung erfasst. Praktisch dürfte diese Erweiterung ohne Bedeutung sein, da die Verwaltungs- und Erfüllungstätigkeit nach dem Vertretervertrag in aller Regel mit der Vermittlung und dem Abschluss von Verträgen verknüpft sein wird; nur in diesem Zusammenhang sind die Auskunftspflichten nach Artikel 12 der Richtlinie überhaupt relevant.

Neu für das deutsche Recht ist schließlich, dass die Eigenschaft des Versicherungsvertreeters natürlichen und juristischen Personen vorbehalten ist, die über eine Erlaubnis der zuständigen Behörde verfügen und in das von der Richtlinie vorgeschriebene Register eingetragen sind. Die Eintragung in dieses Register hat insoweit konstitutive Wirkung. Die Einrichtung und Ausgestaltung dieses Registers soll nach den Vorstellungen des federführenden Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit im einzelnen in der Gewerbeordnung bzw. einer gewerberechtlichen Rechtsverordnung geregelt werden.

Absatz 3

Auch der für die Anwendung des Gesetzes künftig maßgebliche Begriff des Versicherungsmaklers weicht nicht unerheblich vom Begriff des Handelsmaklers nach § 93 Abs. 1 HGB ab. Die Merkmale nach Satz 1 stimmen bezüglich der Tätigkeit (Übernahme von Versicherungsvermittlungsgeschäften) und dem Eintragungserfordernis mit den Voraussetzungen für den Versicherungsvertreter nach Absatz 2 überein. Das nach geltendem Recht für die Unterscheidung maßgebliche Kriterium, dass der Vertreter im Gegensatz zum Makler mit seiner Vermittlungstätigkeit ständig betraut sein muss, kann wegen der nach der Richtlinie notwendigen Erweiterung des Vertreterbegriffes nach Absatz 2 hier nicht verwendet werden. Daher ist nach Satz 1 für den Versicherungsmakler zur Abgrenzung vom Versicherungsvertreter entscheidend, dass er nicht von einem Versicherer, sondern von einem Kunden mit einem Vermittlungsgeschäft betraut wird. Während der Versicherungsvertreter das Interesse des Versicherers wahrzunehmen hat, steht der Versicherungsmakler im Verhältnis zum Versi-

cherer auf der Seite des Kunden als dessen Interessenwahrer. Die für eine ausgewogene Untersuchung im Sinne des Artikels 12 Abs. 2 i. V. m. Abs. 1, Unterabsatz 2 Buchstabe i der Richtlinie ausreichende Marktübersicht ist kein Element des Maklerbegriffes; auch kleine Vermittlungsunternehmen mit beschränkter Marktübersicht können Makler sein.

Durch Satz 2 werden solche Vermittler dem Versicherungsmakler nach Satz 1 zugeordnet, die sich zwar als Versicherungsvertreter in das gewerberechtliche Register haben eintragen lassen, gegenüber Kunden aber als Versicherungsmakler auftreten. Fälle, in denen Vertreter sich als Makler gerieren, sind in der Praxis nicht selten. Dies dürfte sich zwar durch das Eintragungserfordernis und die damit verbundene Publizität ändern. Im Interesse eines wirksamen Kundenschutzes erscheint es jedoch erforderlich, vorsorglich eine Regelung zu treffen, durch die ein solcher Vermittler den Pflichten nach § 63 E unterworfen und dem Versicherungsnehmer im Schadensfall ein Ersatzanspruch nach § 66 E eingeräumt wird. Unberührt bleibt eine etwaige Haftung des Versicherers für seinen Vertreter; sie kommt auch nach einer Beendigung des Vertretervertrags nach den Grundsätzen der Rechtsscheinhaftung (vgl. § 171 BGB) in Betracht.

Die Vorschrift des Absatzes 3 Satz 2 wird entsprechend anzuwenden sein, wenn der Vertreter Versicherungsvermittlungsgeschäfte tätigt, obwohl er keinen Vertretervertrag mit einem Versicherer mehr hat und daher zu Unrecht noch im Register eingetragen ist. Schließlich wird sich auch derjenige als Makler behandeln lassen müssen, der sich als Vermittler betätigt, obwohl er weder als Vertreter noch als Makler in das Register eingetragen ist (vgl. § 67 E).

Zu § 61 Mitteilungspflichten

Absatz 1

Die Angaben in Nummer 1 bis 5 entsprechen den Anforderungen über die Mitteilungspflicht nach Artikel 12 Abs. 1 Buchstabe a bis e der Richtlinie. Die Mitteilungspflicht gilt sowohl für Versicherungsvertreter als auch für Versicherungsmakler.

Die Frage, zu welchem Zeitpunkt die Mitteilungen erfolgen müssen, regelt § 65 Abs. 1 E; auf die dortige Begründung wird verwiesen.

Für den Fall der Verletzung dieser Mitteilungspflicht wird in diesem Gesetz keine Sanktionsregelung vorgeschlagen. Die Kommission geht davon aus, dass im Gewerberecht eine

Pflicht des Vermittlers festgelegt wird, bereits bei Kontaktaufnahme mit dem Kunden – unabhängig vom Zustandekommen eines Versicherungsvertrags – ein Dokument mit den nach §§ 61 und 62 Satz 1 in Verbindung mit § 65 Abs. 1 E vorgeschriebenen Auskünften vorzulegen; Verstöße können mit Bußgeld, im Extremfall mit dem Entzug der Erlaubnis, geahndet werden.

Zur Vereinfachung des Gesetzeswortlauts spricht der Entwurf auch in diesem Untertitel nur vom Versicherungsnehmer, selbst wenn der Versicherungsvertrag noch nicht zustande gekommen ist.

Absatz 2

Artikel 12 Abs. 1 Unterabsatz 2 Buchst. i und iii der Richtlinie verpflichtet den Versicherungsvermittler, dem Versicherungsnehmer mitzuteilen, ob er seinen Rat auf eine ausgewogene Untersuchung stützt, wie sie in Artikel 12 Abs. 2 umschrieben ist. Absatz 2 setzt diese Richtlinienbestimmung generell für Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler um.

Die Auskunft, dass sein Rat auf einer solchen Untersuchung beruht, kommt bei einem Versicherungsvertreter allerdings nur in Betracht, wenn er vertraglich nicht ausschließlich für ein oder mehrere Versicherungsunternehmen tätig sein darf. Ein Ausschließlichkeitsvertreter, sei er Einfirmen- oder Mehrfirmenvertreter, hat bei der Beratung des Versicherungsnehmers die Interessen der von ihm vertretenen Unternehmen wahrzunehmen (§ 86 Abs. 1, § 92 Abs. 2 HGB). Auch wenn er in seinem Versicherungszweig über einen vollen Marktüberblick i. S. d. § 63 E verfügt, ist für seinen Ratschlag das Ergebnis dieses Marktüberblicks nur insoweit relevant, als es mit dem Interesse der von ihm vertretenen Unternehmen übereinstimmt. Daher erfüllt der Ausschließlichkeitsvertreter die Mitteilungspflicht nach Absatz 2 mit der Angabe, ausschließlich für einen oder mehrere Versicherer tätig zu sein.

Dagegen ist typisches Merkmal des Versicherungsmaklers, dass er im Gegensatz zum Versicherungsvertreter das Versicherungsvermittlungsgeschäft nicht für ein Versicherungsunternehmen, sondern im Interesse des Versicherungsnehmers tätigt (vgl. § 60 Abs. 3 E). Deswegen Beratung erfolgt daher nicht auf der Grundlage eines Vertretervertrags, sondern auf Grund der auf dem relevanten Markt angebotenen Versicherungsverträge. Die Anforderungen an die Marktuntersuchung ergeben sich im einzelnen aus § 63 E. Folgt aus der Mitteilung des Vermittlers, dass er den Versicherungsnehmer nicht auf der Grundlage einer solchen Untersuchung berät, so unterliegt er nicht den Verpflichtungen nach § 63 Abs. 1 Satz 1 E und der hieran anknüpfenden Haftung nach § 66 E.

Absatz 3

Die Mitteilungen nach Absatz 1 sind nach Artikel 12 Abs. 1 der Richtlinie nur vor Abschluss „jedes ersten Versicherungsvertrags und nötigenfalls bei Änderung oder Erneuerung des Vertrags“ erforderlich. Dies bedeutet, dass der Versicherungsnehmer nur einmal die die Person des Versicherungsvermittlers betreffenden Auskünfte erhalten muss. Eine erneute Information des Versicherungsnehmers ist nur insoweit notwendig, als die erste Information nicht den Formerfordernissen nach § 65 E entsprochen hat oder inhaltlich unrichtig war oder nachträglich unrichtig geworden ist. Im Falle der Einschaltung eines Versicherungsmaklers brauchen die Auskünfte nicht wiederholt zu werden, wenn sie dem Versicherungsnehmer bereits im Maklervertrag formgerecht erteilt worden sind.

Zu § 62 Zusätzliche Mitteilungspflicht des Versicherungsvertreters

Der Versicherungsvertreter hat nach Satz 1 den Versicherungsnehmer darüber zu informieren, ob er auf Grund seines Vertretervertrags mit einem oder mehreren Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, ausschließlich für diese Unternehmen Versicherungsvermittlungsgeschäfte zu tätigen (vgl. Artikel 12 Abs. 1 Unterabsatz 2 Buchst. i bis iii der Richtlinie). Im Gegensatz zu den Mitteilungen nach § 61 E müssen diese Auskünfte vor jedem Vertragsabschluss dem Versicherungsnehmer erteilt werden, sofern ein Bezug zu dem angebotenen Versicherungsvertrag besteht.

Die Pflichten des Versicherungsvertreters nach Satz 2 entsprechen Artikel 12 Abs. 1 Unterabsatz 3 der Richtlinie.

Zur Frage einer Sanktionierung von Verstößen gegen Satz 1 wird auf die Begründung zu § 61 Abs. 1 E verwiesen.

Zu § 63 Beratungsgrundlage

Absatz 1

Die Untersuchungspflicht nach Satz 1 gilt für Versicherungsvermittler, die dem Versicherungsnehmer nach § 61 Abs. 2 E mitgeteilt haben, dass sie auf der Grundlage der genannten Untersuchung beraten. Für Versicherungsvertreter kommt dies nur in Betracht, soweit sie keine Ausschließlichkeitsvertreter sind (vgl. Begründung zu § 61 Abs. 2 E). Einer ausdrücklichen Mitteilung des Versicherungsvermittlers, dass er seinen Rat auf eine solche Marktun-

tersuchung stützt, steht der Fall gleich, dass er gegenüber dem Versicherungsnehmer den Anschein erweckt, über diese Beratungskompetenz zu verfügen.

Die maßgeblichen Kriterien stimmen in ihrem Wortlaut weitgehend mit Artikel 12 Abs. 2 in Verbindung mit Erwägungsgrund Nr. 20 der Richtlinie überein. Welche Anforderungen sich im einzelnen für Art und Umfang der vom Vermittler vorzunehmenden Marktuntersuchung ergeben, bestimmt sich jeweils nach den Umständen des Einzelfalles, insbesondere nach den Marktverhältnissen in der Versicherungsbranche, auf die sich die Empfehlung gegenüber dem Versicherungsnehmer bezieht. Entscheidend ist, dass der Vermittler sich eine fachliche Grundlage in einem Umfang verschafft, der ihn in die Lage versetzt, eine sachgerechte, den individuellen Bedürfnissen des Versicherungsnehmers entsprechende Empfehlung für einen konkreten Versicherungsvertrag abzugeben.

Der Versicherungsnehmer kann sich durch Erfragung der einzelnen Versicherer, die der Vermittler in seine Untersuchung einbezogen hat, zumindest teilweise ein Urteil über dessen fachliche Kompetenz bilden. Entsprechend der Regelung des § 62 Satz 2 E für Versicherungsvertreter verpflichtet Satz 2 den Vermittler, auf Verlangen des Versicherungsnehmers die seinem Rat zu Grunde gelegten Versicherer zu benennen und den Versicherungsnehmer über sein Auskunftsrecht zu belehren.

Absatz 2

Die Auskunfts- und Belehrungspflicht des Versicherungsvermittlers nach Absatz 1 Satz 2 soll auch dann gelten, wenn der Vermittler dem Versicherungsnehmer nach § 61 Abs. 2 E mitgeteilt hat, dass er seinen Rat nicht auf eine Marktuntersuchung, wie sie in Absatz 1 Satz 1 umschrieben wird, stützt. In diesem Falle ist der Versicherungsnehmer gleichermaßen daran interessiert, zu erfahren, welche Versicherer der Vermittler seinem Rat zu Grunde gelegt hat.

Macht der Vermittler hierzu unrichtige Angaben, so kann er sich nach § 66 E gegenüber dem Versicherungsnehmer schadensersatzpflichtig machen.

Zu § 64 Beratung des Versicherungsnehmers

Mit dieser Vorschrift wird den Vorgaben des Artikels 12 Abs. 3 der Richtlinie entsprochen. Der Wortlaut des Satzes 1 stimmt weitgehend mit dem der Richtlinienbestimmung überein. In einigen Punkten erscheinen allerdings Ergänzungen erforderlich, um Zweck und Ziel der

Bestimmung zu verdeutlichen und damit die Anwendung in der Praxis zu erleichtern, ohne aber über die Vorgaben der Richtlinie hinauszugehen.

Nach dem Wortlaut des Artikels 12 Abs. 3 der Richtlinie hat der Vermittler die Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers anzugeben. Dies bedeutet zunächst nur, dass der Vermittler die Wünsche und Bedürfnisse, soweit sie ihm vom Versicherungsnehmer oder auf andere Weise bekannt werden, dokumentieren muss. Macht der Versicherungsnehmer jedoch von sich aus keine oder nur unzureichende Angaben, so wird das Ziel der Vorschrift, im Interesse des Versicherungsnehmers eine sachgerechte Beratung durch einen Vertreter oder Makler zu erreichen, verfehlt. In der Praxis wird der Vermittler sich stets durch Nachfrage beim Versicherungsnehmer die für eine bedarfsgerechte Beratung notwendigen Auskünfte beschaffen. Es entspricht daher den Interessen sowohl der Vermittler als auch der Versicherungsnehmer, eine Fragepflicht des Vermittlers festzulegen.

Eine Pflicht, die Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erfragen, soll aber nur insoweit gelten, als auf Grund der konkreten Umstände für den Versicherungsvermittler ein Anlass dazu besteht. Dafür wird zum einen maßgeblich sein, ob es sich bei der vom Versicherungsnehmer gewünschten Versicherung um ein einfaches Standardprodukt (z. B. Haftpflichtversicherung für einen Hund) oder aber um einen komplizierteren Vertrag wie z. B. eine Lebensversicherung handelt. Zum anderen richtet sich der Umfang der Fragepflicht danach, inwieweit der Versicherungsnehmer bereit und vor allem persönlich in der Lage ist, seine Wünsche und Bedürfnisse klar zu benennen und angebotene Versicherungslösungen selbst zu beurteilen.

Weiterhin muss der Vermittler die Gründe für seinen Rat angeben, den er dem Versicherungsnehmer hinsichtlich bestimmter Versicherungen erteilt. Dies setzt voraus, dass der Vermittler zunächst den von ihm erteilten Rat angibt. Ein Bedürfnis dafür, eine entsprechende Angabepflicht gesetzlich festzulegen, ist nicht ersichtlich; auch die Richtlinie sieht dies nicht vor. Der anzugebende Rat wird sich in erster Linie auf den vom Vermittler angebotenen Versicherungsvertrag beziehen. Die Pflicht zur Angabe der Gründe gilt aber auch für jeden weiteren Rat, den der Vermittler zu einer bestimmten Versicherung erteilt. Der Umfang der Angaben bestimmt sich u. a. auch nach dem Schwierigkeitsgrad, also der Vielschichtigkeit und Verständlichkeit des angebotenen Versicherungsvertrags (vgl. Satz 2).

Die anzugebenden Gründe werden sich beim Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler im Hinblick auf das vom Vermittler vorgeschlagene Versicherungsunternehmen unterscheiden. Ein Vertreter, der ausschließlich einen Versicherer vertritt, muss nur über das

Produkt dieses Unternehmens informieren und braucht nicht zu begründen, warum er einen Versicherungsvertrag mit diesem Versicherer vorschlägt; über den Status dieses Vermittlers wird der Kunde nach § 61 Abs. 1 E informiert. Dagegen ist beim Versicherungsmakler die Entscheidung für ein bestimmtes Versicherungsunternehmen für den Versicherungsnehmer ein wesentlicher Punkt, weshalb der Versicherungsmakler seine Empfehlung vor allem unter dem Aspekt des Verhältnisses von Preis und Leistung einschließlich aller anderen für den Versicherungsnehmer relevanten Kriterien genau begründen muss.

Der Versicherungsvermittler ist nach Satz 2 verpflichtet, die von ihm insbesondere auch durch Befragung des Versicherungsnehmers festgestellten Wünsche und Bedürfnisse sowie die Gründe des von ihm erteilten Rates unter Beachtung der Formerfordernisse nach § 65 E zu dokumentieren. In der Regel wird der Vermittler diese Angaben in einem Schriftstück festhalten und sich die Vollständigkeit und Richtigkeit durch Unterschrift des Versicherungsnehmers bestätigen lassen, um sich im Hinblick auf seine Haftung nach § 66 E abzusichern. Es ist zu erwarten, dass von der Praxis jedenfalls für den Normalfall Formulare hierfür entwickelt werden; auf gesetzliche Vorgaben für solche Formulare soll verzichtet werden.

Hinsichtlich des Umfangs der Dokumentation hat der Vermittler zu berücksichtigen, ob es sich bei dem von ihm empfohlenen Versicherungsvertrag um einen einfachen Standardvertrag oder um ein schwieriges Versicherungsprodukt handelt (vgl. Artikel 12 Abs. 3 Satz 2 der Richtlinie). Zur Frage des Zeitpunktes, zu dem die vorgeschriebene Dokumentation zur Verfügung stehen muss, wird auf § 65 Abs. 1 E und die Begründung hierzu Bezug genommen.

Zu § 65 Zeitpunkt und Form der Information

Mit der vorgeschlagenen Regelung wird den Vorgaben des Artikels 13 der Richtlinie weitgehend wörtlich entsprochen. Sie erstreckt sich auf die §§ 61 bis 64 E insoweit, als sie Pflichten des Versicherungsvermittlers zu Mitteilungen und Angaben gegenüber dem Versicherungsnehmer enthalten.

Absatz 1

Hinsichtlich des Zeitpunktes, zu dem die Mitteilungen und Angaben dem Versicherungsnehmer spätestens übermittelt sein müssen, stellt die Richtlinie in Artikel 12 Abs. 1 und 3 auf den Abschluss des Versicherungsvertrags ab. Um dem Zweck der Richtlinie zu entsprechen, den Versicherungsnehmer, bevor er eine für ihn verbindliche Willenserklärung abgibt, in die Lage zu versetzen, das Vertragsangebot zu beurteilen und seine Entscheidung in Kenntnis

der wesentlichen Umstände zu treffen, wird in Anlehnung an die Fernabsatzrichtlinie für die Mitteilungen und Angaben des Vermittlers nach den §§ 61 bis 63 E vorgeschrieben, dass die Information vor Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers erfolgen muss. Für die Dokumentation nach § 64 Satz 2 E muss es dagegen – entsprechend der Regelung für den Versicherer nach § 6 Abs. 2 Satz 1 E – dabei bleiben, dass sie dem Versicherungsnehmer erst vor Vertragsschluss zur Verfügung stehen muss.

Nach Artikel 13 Abs. 1 Buchstabe a der Richtlinie sind die Auskünfte entweder auf Papier oder auf einem anderen, dem Versicherungsnehmer zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger zu erteilen. Diesen Voraussetzungen entspricht die Textform im Sinne des § 126b BGB.

Absatz 2

Mit der Zulassung einer mündlichen, also auch telefonischen Auskunft wird lediglich eine Ausnahme vom Textformerfordernis nach Absatz 1 ermöglicht. Die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 1 müssen auch bei einer mündlichen Auskunft erfüllt werden. Die mit einer nur mündlichen Auskunft verbundene Einschränkung des Kundenschutzes erscheint – abweichend von der Richtlinie – nicht generell bei Vereinbarung einer Sofortdeckung, sondern nur bei Gewährung einer vorläufigen Deckung notwendig und sachlich gerechtfertigt.

Nach Satz 2 muss die Übermittlung der Mitteilungen und Angaben unverzüglich nach Abschluss des Vertrags nachgeholt werden.

Zu § 66 Schadensersatzpflicht

Im Interesse des Schutzes der Versicherungsnehmer muss eine Sanktion für den Fall vorgesehen werden, dass der Vermittler eine ihm im Zusammenhang mit seiner Beratungstätigkeit nach §§ 63 und 64 E obliegende Pflicht schuldhaft verletzt. Hierfür bietet sich an, dem Versicherungsnehmer einen Schadensersatzanspruch einzuräumen.

Adressat der Schadensersatzpflicht nach Satz 1 ist hinsichtlich des § 63 E in erster Linie der Vermittler, der gegenüber dem Versicherungsnehmer erklärt hat, dass er seinen Rat auf eine objektive, ausgewogene Untersuchung stützt. Eine Haftung dieses Vermittlers kommt in Betracht, wenn er sich entgegen den Anforderungen nach § 63 E keinen ausreichenden Marktüberblick verschafft hat und dies ursächlich dafür ist, dass er einen für den Versicherungsnehmer nach der Marktsituation objektiv ungünstigen oder ungeeigneten Versiche-

rungsvertrag empfiehlt. Bei einem Vermittler, der erklärt, dass er seinen Rat nicht auf eine solche Marktuntersuchung stützt, ist eine Haftung möglich, wenn er nach § 63 Abs. 2 E unrichtige Angaben über die berücksichtigten Versicherer macht und dem Versicherungsnehmer dadurch ein Schaden durch Abschluss eines für ihn ungünstigen Versicherungsvertrags entsteht.

Im Falle von Beratungsfehlern, die auf einer Verletzung der Verpflichtung nach § 64 E zur Feststellung und Dokumentation der Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers sowie zur Angabe der Gründe für den erteilten Rat beruhen, sind Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler zum Ersatz des dem Versicherungsnehmer hierdurch entstehenden Schadens verpflichtet.

Eine Haftung des Vermittlers entfällt nach Satz 2, wenn und soweit der Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrags in Textform (§ 126b BGB) auf eine Beratung durch den Vermittler verzichtet. Die Erklärung des Versicherungsnehmers, nicht beraten werden zu wollen, muss in der in § 126b BGB geregelten Form dokumentiert werden, damit dem Versicherungsnehmer bewusst gemacht wird, dass er den Vermittler nicht wegen Falschberatung in Anspruch nehmen kann.

Die bloße Verweigerung von Auskünften, die der Vermittler erfragt, stellt noch keinen solchen Verzicht dar; allerdings beschränken sich in diesem Fall die Pflichten des Vermittlers und seine Haftung auf das vom Versicherungsnehmer ausdrücklich gewünschte Versicherungsprodukt.

Zu § 67 Nicht eingetragene Vermittler

Im Interesse der Versicherungsnehmer ist es notwendig, dass Personen, die sich als selbständige Vermittler – sei es als Vertreter, sei es als Makler – betätigen, auch dann den Verpflichtungen der §§ 61 bis 66 E unterliegen, wenn sie nicht in ein Register nach § 60 Abs. 2 oder 3 Satz 1 E eingetragen sind. Dabei ist es unerheblich, ob die Eintragung entgegen den gewerblichen Vorschriften unterblieben ist oder ob sie gewerberechtlich von der Eintragungspflicht befreit sind.

Zu § 68 Großrisiken

Die Ausnahme für die in Artikel 10 Abs. 1 EGVVG definierten Großrisiken entspricht Artikel 12 Abs. 4 der Richtlinie. Die Rückversicherung ist nach § 202 E generell vom Anwendungsbereich des Gesetzes ausgeschlossen.

Zu § 69 Gesetzliche Vollmacht

Absatz 1

Die Regelung über die dem Versicherungsvertreter Kraft Gesetzes zustehende Vollmacht ist wie bisher nach § 43 VVG sowohl auf Abschlussvertreter als auch auf bloße Vermittlungsvertreter anzuwenden; der Begriff des Versicherungsvertreters ist in § 60 Abs. 2 E definiert. Ist die Tätigkeit des Vertreters auf Grund des Vertretervertrags auf einen bestimmten Versicherungszweig beschränkt, so gilt die Vollmacht nur für diesen Versicherungszweig.

In den neu gefassten Nummern 1 und 2 wird die sog. Auge-und-Ohr-Rechtsprechung berücksichtigt, auf Grund deren bereits im geltenden Recht von einer gegenüber dem Gesetzeswortlaut erweiterten Empfangsvollmacht auszugehen ist. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und besseren Lesbarkeit wird in Nummer 1 und 2 zwischen der Sachlage vor und nach Vertragsschluss klarer als nach dem derzeitigen Wortlaut unterschieden. In Nummer 1 werden daher nur der Antrag auf Abschluss des Vertrags, nicht die Verlängerung und Änderung, aufgeführt. Hierunter fällt auch wie bereits im geltenden Recht die Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers, die allerdings nur in Ausnahmefällen praktisch werden wird. Zusätzlich werden Anzeigen, zu denen der Versicherungsnehmer insbesondere nach § 21 E vor Vertragsschluss verpflichtet ist, sowie alle sonstigen Erklärungen des Versicherungsnehmers im Zusammenhang mit dem Abschluss des Vertrags erfasst.

Nummer 2 berücksichtigt alle Anträge, Erklärungen und Anzeigen, die vom Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss gegenüber dem Versicherer abgegeben werden.

Die Ermächtigung des Vertreters nach Nummer 3 und 4 stimmt mit der bisherigen Regelung überein.

Absatz 2

Die Frage der Beweislastverteilung wird in dem neuen Absatz 2 entsprechend den vom BGH entwickelten Grundsätzen geregelt. Danach trifft den Versicherer die Beweislast dafür, dass der Versicherungsnehmer eine Anzeigeobliegenheit verletzt hat (Satz 2). Bei allen anderen

Willenserklärungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 liegt die Beweislast beim Versicherungsnehmer, wenn die Abgabe oder der Inhalt der Erklärung streitig ist.

Zu § 70 Kenntnis des Versicherungsvertreters

Die vorgeschlagene Neuregelung der Frage der Wissenszurechnung im Verhältnis Versicherungsvertreter und Versicherer entspricht der sog. Auge-und-Ohr-Rechtsprechung des BGH. Danach gilt § 44 VVG entgegen seinem Wortlaut nur außerhalb des Anwendungsbereichs des § 43 VVG.

Dementsprechend findet eine Wissenszurechnung nach Satz 2 nur in den Fällen nicht statt, in denen der Versicherungsvertreter seine Kenntnis außerhalb seiner Vertretertätigkeit und ohne Zusammenhang mit dem betreffenden Versicherungsvertrag erlangt, d. h. wo es sich um privat erlangtes Wissen handelt. In allen anderen Fällen gilt nach Satz 1, dass sich der Versicherer die Kenntnis des Vertreters zurechnen lassen muss, es sei denn, es handelt sich um einen Fall der Arglist oder der Kollusion.

Zu § 71 Abschlussvollmacht

Die Regelung des § 45 VVG wird unverändert beibehalten. Dagegen wird auf die Sonderregelung des § 46 VVG für den Bezirksvertreter verzichtet, da örtliche Beschränkungen in der Versicherungswirtschaft praktisch nicht vorkommen.

Zu § 72 Beschränkung der Vertretungsmacht

Gegenstand der Regelung ist wie bisher in § 47 VVG die Frage, inwieweit eine Beschränkung der dem Versicherungsvertreter eingeräumten Vertretungsmacht, die zwischen Versicherer und Versicherungsvertreter vereinbart ist, dem Versicherungsnehmer oder einem sonstigen Dritten entgegengehalten werden kann. Nach § 47 VVG muss sich ein Dritter eine solche Beschränkung entgegenhalten lassen, wenn er die Beschränkung bei Vornahme des Geschäftes oder der Rechtshandlung kannte oder grob fahrlässig nicht kannte. Nach der Rechtsprechung des BGH sind aber Beschränkungen, die der Versicherer für Erklärungen vor Vertragsschluss durch die vereinbarten Allgemeinen Geschäftsbedingungen durchsetzen

will, unangemessen im Sinne des § 307 Abs. 1 BGB und damit unwirksam (vgl. auch Ziff. 1.2.2.15.6).

Der Entwurf greift diese Rechtsprechung auf und erstreckt sie auch auf Beschränkungen der Empfangsvollmacht des Vertreters für Erklärungen nach Vertragsschluss (§ 69 Abs. 1 Nr. 2 E), da eine Differenzierung zwischen Erklärungen vor Vertragsschluss und solchen nach Vertragsschluss nicht sachgerecht ist.

Die neue Vorschrift schließt daher zum Schutze des Versicherungsnehmers generell aus, dass ihm Beschränkungen der dem Vertreter nach den §§ 69 und 71 E eingeräumten Vollmacht über Allgemeine Geschäftsbedingungen entgegengehalten werden können. Ausgenommen sind auch hier die Fälle der Arglist und der Kollusion, ohne dass es hierfür einer ausdrücklichen Bestimmung bedarf.

Zu § 73 Gerichtsstand

Die Regelung des § 48 VVG wird inhaltlich unverändert übernommen. In Absatz 1 ist nunmehr klargestellt, dass es sich nicht um einen ausschließlichen Gerichtsstand handelt.

Zu § 74 Angestellte; nicht eingetragene Vermittler

Bereits im geltenden Recht ist in Rechtsprechung und Literatur anerkannt, dass die Vorschriften der §§ 43 bis 48 VVG nicht nur für selbständige Vertreter, sondern auch für angestellte Vermittler eines Versicherers gelten. Dies wird hier ausdrücklich klargestellt.

Zusätzlich werden zum Schutz der Versicherungsnehmer solche selbständigen Vermittler erfasst, die entweder entgegen ihrer Verpflichtung nach der Gewerbeordnung sich nicht in das Register nach § 60 Abs. 2 E für Versicherungsvertreter haben eintragen lassen oder keiner Eintragungspflicht unterliegen, aber von einem Versicherer oder einem Versicherungsvertreter mit Versicherungsvermittlungsgeschäften betraut sind. Die Regelung ist, anders als die Parallelvorschrift des § 67 E, nur auf Personen anzuwenden, die als Vertreter die Vermittlung betreiben, da ein Makler nicht für einen Versicherer, sondern für den Versicherungsnehmer tätig wird. Nur in Sonderfällen ist der Makler von einem Versicherer bevollmächtigt, für diesen Verträge zu vermitteln und abzuschließen; in diesen Fällen sind die §§ 69 bis 73 E ebenfalls entsprechend anzuwenden.

Zu § 75 Leistung des Versicherers

Die Vorschrift umschreibt die bei der Schadenversicherung typische Leistung des Versicherers. Sie übernimmt im wesentlichen die Regelung des bisherigen § 1 Satz 1 VVG. Zusätzlich wird berücksichtigt, dass der Versicherer in einzelnen Versicherungszweigen nicht oder nicht nur zum Ersatz des dem Versicherungsnehmer entstandenen Schadens, sondern zu sonstigen Leistungen verpflichtet ist; dies gilt z. B. für die Haftpflichtversicherung (§ 101 E) und die Rechtsschutzversicherung (§ 126 E), aber auch für die Sachversicherung, wenn sie den Ersatz des Neuwertes vorsieht (vgl. § 90 Abs. 1 E).

Die Bestimmung im bisherigen § 49 VVG, dass der Versicherer den Schadensersatz in Geld zu leisten hat, kann entfallen, da hierfür kein Bedürfnis besteht. Wie im geltenden Recht kann es den Vertragspartnern überlassen bleiben festzulegen, ob Ersatz in Geld oder Naturalrestitution zu leisten ist.

§ 75 E umfasst auch den Regelungsgehalt des bisherigen § 55 VVG, der als dispositive Vorschrift festlegt, dass der Versicherer dem Versicherungsnehmer nicht mehr als dessen Schaden zu ersetzen hat. Da auch künftig ein allgemeines versicherungsrechtliches Bereicherungsverbot nicht vorgesehen werden soll, kann auf die Regelung des § 55 VVG verzichtet werden. Das gilt auch für § 50 VVG, nach dem die Leistungspflicht des Versicherers für den einzelnen Versicherungsfall durch die Versicherungssumme begrenzt wird. Die Obergrenze für die Leistungspflicht des Versicherers ergibt sich jeweils aus dem Vertrag, so dass kein Bedürfnis für die Beibehaltung der bisherigen Regelung besteht.

Zu § 76 Überversicherung

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht sachlich dem geltenden § 51 Abs. 1 VVG.

Absatz 2

Die bisherige Sonderregelung in § 51 Abs. 2 VVG für den Fall, dass die Überversicherung Folge eines Kriegsereignisses ist, ist überholt und entfällt daher.

Der neue Absatz 2 übernimmt im wesentlichen die bisherige Regelung des § 51 Abs. 3 VVG. Abweichend von der allgemeinen Konzeption des Entwurfes, den Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie aufzugeben (vgl. § 42 E), soll es dabei bleiben, dass der Versicherungsneh-

mer trotz der Nichtigkeit des Vertrags zur Zahlung einer Prämie verpflichtet ist, allerdings nicht bis zum Schluss der Versicherungsperiode, sondern nur bis zu dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer von den Umständen, welche die Nichtigkeit des Vertrags begründen, Kenntnis erlangt. Da es sich hier um einen Fall arglistigen Verhaltens des Versicherungsnehmers handelt, erscheint es aus Gründen der Prävention gerechtfertigt, diese Sanktion jedenfalls in dem eingeschränkten Umfang aufrecht zu erhalten; anderenfalls bliebe der Versuch des Versicherungsnehmers, sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, folgenlos, da er die bezahlte Prämie zurückerhalten würde.

Zu § 77 Unterversicherung

Die Vorschrift stimmt sachlich mit dem bisherigen § 56 VVG überein.

Zu § 78 Taxe

Die Regelung stimmt sachlich mit dem bisherigen § 57 VVG überein. Sie gilt generell für die Schadenversicherung, also auch für die Sachversicherung. Der bisherige § 87 VVG, der in Satz 1 für die Feuerversicherung eine entsprechende Regelung enthält, kann entfallen; dies gilt auch für die Einschränkung einer Taxvereinbarung nach § 87 Satz 2 VVG, da die damit verbundene Beschränkung der Vertragsfreiheit zum Schutz der Interessen der Vertragspartner nicht geboten ist.

Zu § 79 Mehrere Versicherer

Absatz 1

Die Regelung stimmt sachlich mit dem bisherigen § 58 VVG überein. § 58 Abs. 2 VVG ist in Absatz 1 als Satz 2 angefügt.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt die bisherige Regelung des § 90 VVG für die Feuerversicherung mit redaktionellen Anpassungen für die Schadenversicherung insgesamt. Wegen des engen Sachzusammenhanges mit Absatz 1 ist die Einfügung in § 79 E einer gesonderten Regelung bei der Sachversicherung vorzuziehen.

Zu § 80 Doppelversicherung

Absätze 1 und 2

Die Vorschriften stimmen sachlich mit dem bisherigen § 59 Abs. 1 und 2 VVG überein.

Absatz 3

Auch diese Regelung stimmt im Grundsatz mit dem bisherigen § 59 Abs. 3 VVG überein. Aus den zu der Parallelvorschrift des § 76 Abs. 2 E dargelegten Gründen verbleibt es auch hier bei der Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers trotz der Nichtigkeit des Vertrags; lediglich das Ende für diese Zahlungspflicht wird wie in § 76 Abs. 2 E auf den Zeitpunkt vorverlegt, in dem der Versicherer von den Umständen, welche die Nichtigkeit begründen, Kenntnis erlangt.

Zu § 81 Beseitigung der Doppelversicherung

Absätze 1 und 2

Die Vorschriften stimmen sachlich mit dem bisherigen § 60 Abs. 1 und 2 VVG überein. Der bisherige § 60 Abs. 3 VVG entfällt. Dessen Satz 1, der eine Aufhebung des Vertrags oder die Herabsetzung der Versicherungssumme und der Prämie erst mit Ablauf der Versicherungsperiode zulässt, ist Ausfluss des Grundsatzes der Unteilbarkeit der Prämie, der künftig nicht mehr gelten soll. Die zeitliche Beschränkung nach § 60 Abs. 3 Satz 2 VVG für das Recht des Versicherungsnehmers, die Beseitigung der Doppelversicherung zu verlangen, ist sachlich nicht gerechtfertigt und soll daher ebenfalls entfallen.

Zu § 82 Fehlendes versichertes Interesse

Absatz 1

Die Vorschrift stimmt sachlich mit dem bisherigen § 68 Abs. 1 VVG überein. Umfasst die Versicherung mehrere Einzelrisiken, die vom Versicherer nicht getrennt versichert werden, so kommt die Regelung nur dann zur Anwendung, wenn die Gesamtheit der gedeckten Interessen von Anfang an nicht besteht oder nicht entsteht.

Absatz 2

Die Vorschrift über den Wegfall des versicherten Interesses nach Beginn der Versicherung stimmt mit dem bisherigen § 68 Abs. 2 VVG überein. Sie erfasst auch den bisher in § 68

Abs. 4 VVG geregelten Fall, dass das versicherte Interesse wegen Eintrittes des Versicherungsfalles wegfällt; dem Versicherer steht die Prämie auch hier nur bis zur Kenntniserlangung vom Wegfall des Interesses zu, da der Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie entfallen soll.

Absatz 3

Der bisherige § 68 Abs. 3 VVG, der ein Kriegsereignis als Grund für den Wegfall des Interesses regelt, ist obsolet.

Die neue Regelung lehnt sich an die Vorschriften des § 76 Abs. 2 E und des § 80 Abs. 3 E für die Fälle einer betrügerischen Überversicherung oder Doppelversicherung an. Auch bei der Versicherung eines nicht bestehenden Interesses, die in betrügerischer Absicht geschlossen wird, ist aus Präventivgründen eine Sanktion vorzusehen. Der neue Absatz 3 bestimmt zum einen die Nichtigkeit des Vertrags; zum anderen bleibt der Versicherungsnehmer verpflichtet, die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu zahlen, in dem der Versicherer von den Umständen, welche die Nichtigkeit begründen, Kenntnis erlangt.

Zu § 83 Herbeiführung des Versicherungsfalles

Absatz 1

Führt der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich herbei, so soll es bei der bisherigen Regelung des § 61 VVG bleiben, nach welcher der Versicherer von seiner Pflicht zur Leistung frei ist. Das Alles-oder-Nichts-Prinzip erscheint insoweit sachgerecht und auch erforderlich, um keinen Anreiz zu unredlichem Verhalten zu schaffen. Eine nur teilweise Leistungspflicht des Versicherers bei Vorsatz des Versicherungsnehmers würde es diesem im Ergebnis erlauben, den Versicherer vorsätzlich zu schädigen.

Absatz 2

Bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles soll wie in dem Fall einer grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzung (§ 30 Abs. 2 E) oder Gefahrerhöhung (§ 28 Abs. 1 E) das Alles-oder-Nichts-Prinzip durch eine Quotelung ersetzt werden, um im Einzelfall Entscheidungen zu ermöglichen, die den jeweiligen Schutzinteressen des Versicherungsnehmers Rechnung tragen. Der Umfang der Leistungspflicht bestimmt sich daher nach dem Grad des Verschuldens. Für das Ausmaß der Leistungsbefreiung des Versicherers ist entscheidend, ob die grobe Fahrlässigkeit im konkreten Falle nahe beim bedingten Vorsatz oder aber eher im Grenzbereich zur einfachen Fahrlässigkeit liegt. Hinsichtlich der Beweislastverteilung verbleibt es auch bezüglich des Verschuldens beim geltenden Recht: Der

Versicherer hat die grobe Fahrlässigkeit nachzuweisen. Diese Abweichung von den Regelungen in § 28 Abs.1 E, § 30 Abs.2 E und § 84 Abs. 3 E ist insofern gerechtfertigt, als in diesen Fällen eine Obliegenheits- bzw. Pflichtverletzung des Versicherungsnehmers vorliegt und vom Versicherer nachgewiesen ist; bei § 83 Abs. 2 E ist dagegen die grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers der Ausnahmetatbestand, der trotz des Versicherungsfalles zur teilweisen Leistungsfreiheit des Versicherers führt.

Abweichende Vereinbarungen der Vertragspartner sind zulässig (vgl. § 89 E). So ist z. B. möglich, eine pauschalierte Quotenregelung zu vereinbaren, um Auseinandersetzungen über eine sachgerechte Quotierung zu vermeiden. Einschränkungen für Bestimmungen in AVB ergeben sich aber aus § 307 Abs. 1 und 2 Nr. 1 BGB.

Zu § 84 Abwendung und Minderung des Schadens

Die Vorschrift greift die im Entwurf entwickelten Grundsätze über die Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit des Versicherers bei Obliegenheitsverletzungen (vgl. Ziff. 1.2.2.10) auf. Sie weicht daher sowohl sachlich als auch redaktionell vom geltenden § 62 VVG ab. Die Regelung ist wie bisher halbzwingend (vgl. § 89 E). Auf die Unfallversicherung, soweit sie als Schadenversicherung ausgestaltet ist, sind die §§ 84 und 85 E nicht anzuwenden (vgl. § 176 E).

Absatz 1

Die in dieser Vorschrift geregelte Obliegenheit des Versicherungsnehmers stimmt mit dem geltenden Recht überein. Es bleibt dabei, dass die Obliegenheit erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles entsteht; bis dahin gilt § 83 Abs. 1 E. Eine Vorerstreckung auf den Zeitpunkt, in dem der Versicherungsfall unmittelbar bevorsteht, sieht der Entwurf nur für den Aufwendungsersatz bei der Sachversicherung nach § 92 E vor.

Absatz 2

Auch die Vorschriften in Satz 1 und 2 für den Fall von Weisungen eines oder mehrerer Versicherer entsprechen sachlich dem bisherigen § 62 Abs. 1 VVG. Neu in Satz 1 ist lediglich die Voraussetzung für die Obliegenheit des Versicherungsnehmers, Weisungen des Versicherers zu befolgen, dass diese für den Versicherungsnehmer zumutbar sein müssen. Dies bedeutet, dass sich der Versicherer bei Erteilung einer Weisung nicht über berechnete Interessen des Versicherungsnehmers, die bei Befolgung der Weisung verletzt würden, hinwegsetzen darf. Z. B. wäre dies im Kaskoschadensrecht der Fall, wenn der Versicherer die Wei-

sung zur Reparatur eines Pkw in einer Werkstatt erteilt, die keine Vertragswerkstatt des Kfz-Herstellers ist und der Versicherungsnehmer damit seine Werksgarantie gefährden würde.

Absatz 3

Entsprechend den Regelungen in § 28 Abs. 1 E und § 30 Abs. 2 E bei Gefahrerhöhung bzw. Verletzung vertraglicher Obliegenheiten wird abweichend vom geltenden Recht zwischen vorsätzlichen und grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzungen unterschieden. Während der Versicherer im Falle einer vorsätzlichen Obliegenheitsverletzung des Versicherungsnehmers wie bisher von seiner Leistungspflicht in vollem Umfang frei ist, kann er bei einer grob fahrlässigen Verletzung nur eine Kürzung seiner Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers verlangen. Im einzelnen kann zu dieser Quotelungsregelung auf die zu § 30 Abs. 2 E dargelegten Gründe verwiesen werden.

Für die Beweislast gilt auch hier, dass der Versicherer die objektive Verletzung der Obliegenheit nach Absatz 1 zu beweisen hat; gelingt dies, so muss sich der Versicherungsnehmer von grober Fahrlässigkeit entlasten, wenn er die volle Leistung des Versicherers erhalten will.

Absatz 4

Das bisherige in § 62 Abs. 2 Satz 2 VVG auf grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen beschränkte Kausalitätserfordernis für die Leistungsbefreiung des Versicherers wird in Satz 1 entsprechend § 30 Abs. 3 E auf vorsätzliche Verletzungen erstreckt. Die vollständige oder teilweise Leistungsbefreiung des Versicherers nach Absatz 3 entfällt somit, wenn die Obliegenheitsverletzung weder auf den Versicherungsfall oder dessen Feststellung noch auf den Umfang der Leistungspflicht oder dessen Feststellung Einfluss hat. Die Beweislast für die fehlende Kausalität der Obliegenheitsverletzung trägt der Versicherungsnehmer. In Satz 2 wird klargestellt, dass die Leistungspflicht des Versicherers auch bei fehlender Kausalität nicht entfällt, wenn dem Versicherungsnehmer bei seiner Obliegenheitsverletzung ein arglistiges Verhalten vorzuwerfen ist.

Zu § 85 Aufwendungsersatz

Absatz 1

Die Vorschrift stimmt sachlich mit dem bisherigen § 63 Abs. 1 Satz 1 und 3 VVG überein. Für die Sachversicherung sieht § 92 E einen erweiterten Aufwendungsersatz vor.

Abweichend vom geltenden Recht wird die Regelung über den Aufwendungsersatz in den Katalog der halbzwingenden Vorschriften aufgenommen (vgl. § 89 E). Dies entspricht der Auslegung des § 63 VVG im Schrifttum, wonach jedenfalls eine vollständige Abbedingung eines Aufwendungsersatzes gegen § 307 BGB verstoßen würde.

Absatz 2

Ein Anspruch auf Ersatz der vom Versicherungsnehmer gemäß § 84 Abs. 1 und 2 E aufgewendeten Kosten zur Abwendung oder Minderung des Schadens kommt nur in Betracht, soweit der Versicherer bei Schadenseintritt leistungspflichtig ist. Hieraus folgt, dass der Versicherungsnehmer z. B. bei einer Quotelung im Falle einer grob fahrlässigen Herbeiführung des Versicherungsfalles nach § 83 Abs. 2 E oder § 84 Abs. 3 Satz 2 E (vorbehaltlich Absatz 4 Satz 1) Ersatz seiner Aufwendungen nur entsprechend dieser Quote verlangen kann. Dies gilt aber auch für die sonstigen Fälle, in denen der Entwurf eine Quotelung bei grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers vorsieht, sowie für den bisher in § 63 Abs. 2 VVG geregelten Fall der Unterversicherung nach § 77 E. Sind mehrere Vorschriften anzuwenden, so kommt auch eine mehrfache Quotelung in Betracht.

Absatz 3

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 63 Abs. 1 Satz 2 VVG überein.

Absatz 4

Der neue Absatz 4 übernimmt die bisherige Regelung des § 123 Abs. 1 VVG für die Tierversicherung. Der Ausschluss des künftig nicht abdingbaren Anspruchs des Versicherungsnehmers auf Aufwendungsersatz erscheint hinsichtlich der in § 123 Abs. 1 VVG erfassten Kosten nach wie vor sachgerecht. Weitergehende vertragliche Einschränkungen des Aufwendungsersatzes in der Tierversicherung sind künftig ausgeschlossen (§ 89 E).

Zu § 86 Sachverständigenverfahren

Die Regelung stimmt sachlich mit dem bisherigen § 64 VVG überein.

Für die Vorschrift des bisherigen § 65 VVG, nach der eine Vertretung des Versicherungsnehmers durch einen Bevollmächtigten bei der Schadenermittlung nicht ausgeschlossen werden kann, besteht kein praktisches Bedürfnis; sie kann daher entfallen.

Zu § 87 Schadenermittlungskosten

Absatz 1

Satz 1 stimmt sachlich mit dem bisherigen § 66 Abs. 1 VVG überein. Abweichend von der Formulierung in § 85 Abs. 1 Satz 1 E wird wie nach geltendem Recht darauf abgestellt, dass die Aufwendung der Kosten den Umständen nach geboten war; damit wird der unterschiedlichen Situation, in der sich der Versicherungsnehmer jeweils befindet, Rechnung getragen.

Satz 2 stellt klar, dass dem Versicherungsnehmer – wie beim Aufwendungsersatz nach § 85 Abs. 3 E – Kostenersatz auch insoweit zusteht, als dieser Betrag zusammen mit der sonstigen Entschädigung die vertraglich festgesetzte Versicherungssumme übersteigt.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 66 Abs. 2 VVG und stellt zusätzlich klar, dass dem Versicherungsnehmer auch im Falle einer Aufforderung des Versicherers, einen Sachverständigen oder Beistand zuzuziehen, die hierdurch entstehenden Kosten zu erstatten sind.

Absatz 3

Die Vorschrift erstreckt die bisherige, nur für die Unterversicherung nach § 77 E geltende Regelung auf die neuen Quotelungsfälle des Entwurfes bei grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers (vgl. § 85 Abs. 2 E).

Zu § 88 Übergang von Ersatzansprüchen

Absatz 1

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 67 Abs. 1 Satz und 2 VVG überein. Die für die Kommission maßgeblichen Gesichtspunkte, das geltende Recht insoweit nicht zu ändern, sind in Ziff. 1.2.3.5 dargelegt.

Absatz 2

Durch die neue Regelung wird eine Obliegenheit des Versicherungsnehmers zur Wahrung des auf den Versicherer nach Absatz 1 übergehenden Ersatzanspruchs begründet. Nach dem bisherigen § 67 Abs. 1 Satz 3 VVG ist dem Versicherungsnehmer lediglich untersagt, den Ersatzanspruch oder ein zu dessen Sicherung dienendes Recht aufzugeben. Diese Formulierung entspricht nicht dem Sinn und Zweck der Bestimmung, das berechnete Inter-

esse des Versicherers zu wahren, sich wegen seiner dem Versicherungsnehmer erbrachten Leistung bei dem ersatzpflichtigen Dritten schadlos halten zu können.

In Satz 1 ist daher über das geltende Aufgabeverbot hinaus als Obliegenheit des Versicherungsnehmers bestimmt, den ihm zustehenden Ersatzanspruch bzw. ein zu dessen Sicherung begründetes Recht zu wahren und dabei insbesondere bestehende Formerfordernisse oder Fristen zu beachten; bedarf der Versicherer zur Durchsetzung des auf ihn übergegangenen Anspruchs der Mitwirkung des Versicherungsnehmers, z. B. um Auskünfte zu erlangen, die zur Begründung des Ersatzanspruchs notwendig sind, so besteht auch insoweit eine Obliegenheit des Versicherungsnehmers. Voraussetzung hierfür ist aber wie bisher, dass der Ersatzanspruch gegen den Dritten zunächst entstanden und nicht von vorne herein z. B. auf Grund einer zulässigen Vereinbarung zwischen Versicherungsnehmer und Dritten ausgeschlossen ist.

Satz 2 regelt die Fälle der Obliegenheitsverletzung in Übereinstimmung mit den Vorschriften des § 30 Abs. 2 E bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit und des § 84 Abs. 3 E. Eine Leistungsbefreiung des Versicherers kommt insoweit in Betracht, als die Obliegenheitsverletzung dafür ursächlich ist, dass der Versicherer von dem Dritten keinen Ersatz erlangen kann; diese Voraussetzung ist z.B. nicht erfüllt, wenn feststeht, dass der Versicherer den Ersatzanspruch nicht tatsächlich durchsetzen kann. Eine vollständige Befreiung des Versicherers setzt eine vorsätzliche Obliegenheitsverletzung des Versicherungsnehmers voraus; bei grober Fahrlässigkeit, deren Nichtvorliegen vom Versicherungsnehmer zu beweisen ist, tritt nur eine quotale Leistungsbefreiung ein (Satz 3).

Absatz 3

Die Vorschrift stimmt sachlich im wesentlichen mit dem bisherigen § 67 Abs. 2 VVG überein. Allerdings wird anstelle des Ausschlusses des Anspruchsüberganges ein Regressausschluss eingeführt; der Versicherungsnehmer verliert zwar den Ersatzanspruch gegen den Schädiger, wenn er die Versicherungsleistung in Anspruch nimmt, der Versicherer kann aber den übergegangenen Anspruch nicht gegen den Schädiger geltend machen.

Die Beschränkung des Regressausschlusses auf Familienangehörige in häuslicher Gemeinschaft entspricht allerdings nicht mehr den heutigen gesellschaftlichen Verhältnissen. Die für die Sonderregelung maßgeblichen Gesichtspunkte gelten für alle Personen, die in einer häuslichen Gemeinschaft miteinander leben. Um einen Missbrauch zu verhindern, wird in Absatz 3 darauf abgestellt, dass die häusliche Gemeinschaft zum Zeitpunkt des schadenverursachenden Ereignisses bereits bestand.

Zu § 89 Abweichende Vereinbarungen

Über die bisher in § 68a VVG erfassten Vorschriften hinaus ist künftig auch die Regelung des § 85 E über den Aufwendungsersatz halbzwingend.

Zu § 90 Versicherungswert

Die neue Vorschrift definiert den Versicherungswert in der Sachversicherung. Sie bezieht die bisherigen Bestimmungen der §§ 52 und 54 VVG sowie der §§ 86 und 88 VVG für die Feuerversicherung ein. Abweichende Vereinbarungen sind wie bisher zulässig.

Die Definition ist bei der Anwendung der §§ 76 bis 78, 80, 81 und 95 Abs. 1 Satz 2 E relevant, soweit Gegenstand der Versicherung eine Sache ist. Eine Sonderregelung enthält § 137 E für die Transportversicherung.

Absatz 1

In Anlehnung an die bisherigen §§ 86 und 88 VVG definiert Absatz 1 den Versicherungswert als Zeitwert. Maßgeblich ist danach der Wert der versicherten Sache zum Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses. Für die Wertbemessung ist der Betrag maßgeblich, der für die Wiederbeschaffung oder Wiederherstellung der beschädigten Sache in neuwertigem Zustand abzüglich des Minderwertes, der sich aus dem Zustand der Sache bei Schadenseintritt ergibt, aufzuwenden ist.

Den Vertragsparteien steht es frei, dem Versicherungswert einen anderen Wert zugrunde zu legen. Von praktischer Bedeutung ist insbesondere die Neuwertversicherung. Zur Klarstellung enthält Absatz 1 einen ausdrücklichen Vorbehalt für eine abweichende Regelung im Vertrag.

Absatz 2

Die Vorschrift stimmt sachlich mit dem bisherigen § 54 VVG überein. Mehrere Sachen bilden einen Sachinbegriff, wenn sie auf Grund ihrer Zweckverbundenheit allgemein als Einheit behandelt werden. Unter dieser Voraussetzung umfasst der Sachinbegriff die jeweils dazu gehörigen Sachen, also nicht nur die entsprechenden Sachen zum Zeitpunkt des Vertragschlusses.

Zu § 91 Mitversicherte bei häuslicher Gemeinschaft oder Dienstverhältnis

Die Vorschrift stimmt im wesentlichen mit dem bisherigen § 85 VVG überein. Lediglich hinsichtlich des Personenkreises, deren Sachen in die Fremdversicherung einbezogen werden, sind Änderungen erforderlich, um die Regelung mit den geänderten gesellschaftlichen Verhältnissen in Einklang zu bringen. Entsprechend den Erwägungen zu § 88 Abs. 3 E ist nicht mehr auf Familienangehörige, sondern auf alle Personen abzustellen, die bei Schadenseintritt in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer leben. Ferner wird bei den bei Schadenseintritt in einem Dienstverhältnis zum Versicherungsnehmer stehenden Personen nur darauf abgestellt, ob sie ihre Tätigkeit für den Versicherungsnehmer an einem Ort ausüben, für den die Sachversicherung des Versicherungsnehmers gilt; die bisherige Alternative der häuslichen Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer ist insoweit ohne praktische Bedeutung und kann daher entfallen.

Zu § 92 Erweiterter Aufwendungsersatz

Nach der sog. Vorerstreckungstheorie, die von der Rechtsprechung zu § 63 VVG entwickelt worden ist, steht dem Versicherungsnehmer bei der Sachversicherung ein Anspruch auf Ersatz solcher Aufwendungen zu, die er zur Abwehr eines andernfalls unmittelbar bevorstehenden Versicherungsfalles oder zur Minderung des damit verbundenen Schadens tätigt. Diese Rechtsprechung wird in dem neuen § 92 E aufgegriffen. Die Regelung dient dem Ziel, den Eintritt von Schäden möglichst zu verhindern. Die Vorerstreckung soll nur hinsichtlich des Aufwendungsersatzes maßgeblich sein; eine Vorverlegung der Rettungsobliegenheit nach § 84 Abs. 1 und 2 E würde den Versicherungsnehmer unangemessen belasten und wäre mit einer Aufweichung der bis zum Eintritt des Versicherungsfalles anzuwendenden Regelung des § 83 E verbunden.

§ 92 E ist anzuwenden, wenn objektiv ein Versicherungsfall unmittelbar bevorsteht und die Aufwendungen des Versicherungsnehmers zum Ziel haben, den vertraglich festgelegten Versicherungsfall dadurch abzuwenden oder dessen Auswirkungen zu mindern. Nicht erforderlich ist, dass die Aufwendungen des Versicherungsnehmers erfolgreich sind; sie sind in dem Umfang zu erstatten, in dem sie der Versicherungsnehmer den Umständen nach für geboten halten durfte (vgl. § 85 Abs. 1 Satz 1 E). Liegen die Voraussetzungen des § 92 E vor, so sind die Aufwendungen nach Maßgabe der Vorschriften des § 85 Abs. 2 und 3 E zu erstatten. Ein Anspruch auf Vorschuss nach § 85 Abs. 1 Satz 2 E steht dem Versicherungsnehmer allerdings nicht zu; wenn der Versicherungsnehmer noch Zeit hat, den Umfang sei-

ner Aufwendungen abzuschätzen, um einen Vorschuss beziffert zu begründen, geltend zu machen und innerhalb der allgemeinen Fälligkeitsfristen vor dem Eintritt des Versicherungsfalles zu erhalten, fehlt es an dem Erfordernis, dass der Versicherungsfall unmittelbar bevorsteht. Einer ausdrücklichen Klarstellung im Gesetz, dass § 85 Abs. 1 Satz 2 E nicht anzuwenden ist, bedarf es nicht.

Die neue Regelung ist abdingbar. Sie gilt nur für die Sachversicherung; eine Erstreckung auf andere Zweige der Schadenversicherung hätte teilweise nicht überschaubare Konsequenzen und würde in die Produktgestaltung der Versicherer eingreifen.

Zu § 93 Verzinsung der Entschädigung

Die bisher nur auf die Feuerversicherung anzuwendende Regelung des § 94 VVG soll mit geringfügigen Änderungen auf die Sachversicherung insgesamt erstreckt werden. Nicht nur bei Gebäudeschäden, sondern auch bei der Beschädigung anderer hochwertiger Sachen müssen vom Versicherer unter Umständen langwierige Schadenermittlungen durchgeführt werden, durch welche die Auszahlung der Entschädigung erheblich verzögert wird; die für die bisherige Mindestverzinsungspflicht maßgeblichen Gründe gelten auch in diesen Fällen.

Die Regelung ist wie bisher abdingbar.

Satz 1 stimmt sachlich mit dem bisherigen § 94 Abs. 1 VVG überein. Eine weitergehende Zinspflicht kann sich insbesondere aus § 288 BGB bei Verzug des Versicherers ergeben.

Satz 2 erweitert die bisherige Hemmungsvorschrift des § 94 Abs. 2 VVG. Unabhängig vom Verschulden des Versicherungsnehmers soll die Monatsfrist nach Satz 1 nicht zu laufen beginnen, wenn die Leistungspflicht des Versicherers davon abhängt, dass der Versicherungsnehmer zunächst bestimmte Bedingungen wie z. B. die Beschaffung notwendiger Belege bezüglich der beschädigten Sache erfüllen muss.

Zu § 94 Kündigung nach Versicherungsfall

Absatz 1

Die Regelung in § 96 VVG, die den Vertragspartnern bei der Feuerversicherung nach Eintritt des Versicherungsfalles ein Kündigungsrecht einräumt, soll allgemein für die Sachversiche-

rung beibehalten werden. Trotz der vorzeitigen Lösungsmöglichkeit nach § 11 Abs. 4 E besteht in der Praxis sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer das Bedürfnis, das Versicherungsverhältnis unmittelbar nach dem Eintritt des Versicherungsfalles beenden zu können.

Die Regelung ist wie bisher abdingbar.

Absatz 2

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 96 Abs. 2 VVG überein.

Absatz 3

Die bisherige Regelung in § 96 Abs. 3 VVG über die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers für die Zeit nach der Kündigung entfällt, da der ihr zugrunde liegende Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie nicht aufrecht erhalten wird. Der Versicherungsnehmer hat die Prämie nur bis zu dem Zeitpunkt, in dem das Versicherungsverhältnis durch die Kündigung beendet wird, zu zahlen (vgl. § 42 Abs. 1 Satz 1 E).

Der neue Absatz 3 enthält eine Sondervorschrift für die Hagelversicherung, die wegen ihrer vergleichsweise sehr begrenzten Bedeutung im übrigen nicht mehr gesondert geregelt werden soll. Um den jahreszeitlich bedingten Besonderheiten der Hagelversicherung Rechnung zu tragen, übernimmt Absatz 3 sachlich unverändert die Regelung des § 113 VVG, die ergänzend zu den Bestimmungen in den Absätzen 1 und 2 hinzutritt.

Zu § 95 Wiederherstellungsklausel

Die bisherige Regelung des § 97 VVG für die Fälle einer Wiederherstellungsklausel bei der Gebäudeversicherung soll allgemein für die Sachversicherung gelten, da sie auch für andere Sachen als Gebäude praktisch relevant sein kann.

Dagegen kann auf die bisherige Vorschrift des § 98 VVG über das Verbot zur Abtretung der Entschädigungssumme verzichtet und der Regelung in den AVB überlassen werden.

Satz 1 stellt nunmehr auf die Wiederherstellung einer versicherten Sache ab. Ferner wird klargestellt, dass sich die Einschränkung der Versicherungsleistung nur auf den Mehrbetrag bezieht, den der Versicherer über den Zeitwert im Sinne des § 90 E hinaus lediglich bei der Wiederherstellung zu bezahlen hat; den Zeitwert kann der Versicherungsnehmer bereits vor

einer Sicherstellung der Wiederherstellung und unabhängig von der Wiederherstellung verlangen. Der Wiederherstellung steht jeweils der Fall der Wiederbeschaffung gleich.

Der neue Satz 2 enthält eine Sanktion für den Fall, dass der Versicherungsnehmer die Entschädigung entgegen seiner vertraglichen Verpflichtung nicht zu der den vereinbarten Bestimmungen entsprechenden Wiederherstellung verwendet. Die Wiederherstellung muss innerhalb eines angemessenen Zeitraums erfolgen. Der Versicherer kann die Rückzahlung der von ihm geleisteten Entschädigung insoweit verlangen, als diese den Zeitwert der Sache überschreitet. Ist eine Neuwertversicherung vereinbart, wie sie bei der Gebäudeversicherung die Regel darstellt, so hat der Versicherungsnehmer somit den Differenzbetrag von Neuwert und Zeitwert zurückzuzahlen.

Zu § 96 Veräußerung der versicherten Sache

Absätze 1 und 2

Die Vorschriften stimmen sachlich mit dem bisherigen § 69 Abs. 1 und 2 VVG überein.

Absatz 3

Die Vorschrift stellt klar, dass der Gutgläubensschutz sich auf alle das Versicherungsverhältnis betreffende Rechtsgeschäfte und Rechtshandlungen erstreckt. Ergänzend sind die §§ 406 bis 408 BGB anzuwenden, wie sich aus § 412 BGB ergibt; dies braucht nicht ausdrücklich bestimmt zu werden, da die allgemeinen zivilrechtlichen Vorschriften des BGB auch für das Versicherungsverhältnis gelten, soweit das VVG nichts anderes bestimmt.

Zu § 97 Kündigung nach Veräußerung

Absätze 1 und 2

Die Vorschriften stimmen sachlich mit dem bisherigen § 70 Abs. 1 und 2 VVG überein.

Absatz 3

Die Vorschrift weicht vom bisherigen § 70 Abs. 3 VVG insofern ab, als sie den Wegfall des Grundsatzes der Unteilbarkeit der Prämie berücksichtigt. Daher ist lediglich geregelt, dass allein der Veräußerer im Falle der Kündigung des Versicherungsverhältnisses durch den Versicherer oder den Erwerber zur Zahlung der Prämie verpflichtet ist. Die Zahlungspflicht endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (vgl. § 42 Abs. 1 Satz 1 E).

Zu § 98 Anzeige der Veräußerung

Absatz 1

Satz 1 enthält den bisherigen § 71 Abs. 1 Satz 1 VVG und stellt zusätzlich klar, dass sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Erwerber verpflichtet sind, die Veräußerung unverzüglich anzuzeigen.

Satz 2 knüpft die Leistungsfreiheit des Versicherers bei unterlassener Anzeige abweichend von § 71 Abs. 1 Satz 2 VVG an eine zusätzliche Voraussetzung. Es ist nicht angemessen, den Versicherer auch dann von seiner Leistungspflicht zu befreien, wenn er auch mit dem Erwerber der versicherten Sache den Versicherungsvertrag geschlossen hätte. Daher soll Leistungsfreiheit nur dann eintreten, wenn der Versicherer nachweist, dass er den mit dem veräußernden Versicherungsnehmer bestehenden Vertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte.

Im übrigen verbleibt es bei dem von der Rechtsprechung zu § 71 VVG entwickelten Grundsatz, dass der Versicherer nur dann leistungsfrei wird, wenn diese Rechtsfolge nicht außer Verhältnis zur Schwere des Verstoßes des Versicherungsnehmers steht. Hier handelt es sich um die Ausprägung des allgemeinen Grundsatzes von Treu und Glauben, der keiner ausdrücklichen Regelung bedarf.

Absatz 2

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 71 Abs. 2 VVG überein.

Zu § 99 Schutz des Erwerbers

Satz 1 stimmt sachlich mit dem bisherigen § 72 Satz 1 VVG überein. Satz 2 berücksichtigt neu die Möglichkeit, für die Kündigung des Erwerbers oder die Veräußerungsanzeige die Textform zu vereinbaren.

Zu § 100 Zwangsversteigerung

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 73 VVG überein.

Zu § 101 Leistung des Versicherers

Der Wortlaut des § 149 VVG soll an die in der Praxis auf Grund der AHB übliche Leistungspflicht des Versicherers angepasst werden. Danach ist bei der Haftpflichtversicherung der Versicherer verpflichtet, den Versicherungsnehmer von Ansprüchen freizustellen, die gegen ihn auf Grund seiner Verantwortlichkeit für eine während der Versicherungszeit eintretende Tatsache von einem Dritten geltend gemacht werden. Dem Versicherungsnehmer steht danach an Stelle des bisher in § 149 VVG geregelten Schadensersatzanspruchs ein Freistellungsanspruch gegen den Versicherer zu. Zudem wird – in Anlehnung an die bisherige Regelung in § 3 Abs. 2 AHB – klargestellt, dass die Leistungspflicht des Versicherers auch die Prüfung der Haftpflichtfrage an sich und die Abwehr unberechtigter Ansprüche umfasst. Die Haftpflichtversicherung bildet insoweit einen Anwendungsfall des erweiterten § 75 E, wonach der Versicherer den durch den Versicherungsfall verursachten Vermögensschaden zu ersetzen oder die sonst vereinbarte Leistung zu erbringen hat.

Die Vorschrift enthält keine Definition des Versicherungsfalles, der gerade in der Haftpflichtversicherung sehr unterschiedliche Ausprägungen erfährt. Als Versicherungsfall werden unter anderem vereinbart das Schadenereignis (z.B. Allgemeine Haftpflichtversicherung), der Rechtsverstoß (z.B. Anwalts- und Notarhaftpflichtversicherung), der Planungsfehler (z.B. Architektenhaftpflichtversicherung), das In-Verkehr-Bringen eines Produktes (z.B. Produkthaftpflichtversicherung), die erstmalige Feststellung des Schadens (z.B. Umwelthaftpflichtversicherung) oder die Schadenmeldung - auch "claims made" genannt - (z.B. Allgemeine Haftpflichtversicherung, D&O-Versicherung). Diese Gestaltungsmöglichkeiten werden auch künftig nicht eingeschränkt.

Zu § 102 Kosten des Rechtsschutzes

Die Regelung ist sachlich unverändert. Der bisherige § 150 Abs. 1 Satz 2 VVG ist wegen der Neufassung des § 101 E entbehrlich. Die übrigen Abweichungen des Wortlauts sind teils durch die Änderung des bisherigen § 150 VVG, teils sprachlich bedingt.

Zu § 103 Betriebshaftpflichtversicherung

Absatz 1

Die bisherige Regelung des § 151 VVG wird auf alle Arbeitnehmer sowie auf die Mitglieder des Leitungsorgans des Unternehmens erstreckt, wie dies bereits in den bisher verwendeten AVB geschieht. Die Formulierung lehnt sich bezüglich der angestellten Personen an § 85 VVG an. Mit der Ersetzung des Begriffes „Betrieb“ durch „Unternehmen“ wird die Terminologie des § 1 HGB übernommen.

Absatz 2

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 151 Abs. 2 VVG überein. Eine sachliche Änderung ergibt sich allerdings aus der Verweisung auf § 98 E, der gegenüber § 71 Abs. 1 Satz 2 VVG geändert wird. Danach ist die Leistungsfreiheit des Versicherers bei unterlassener Anzeige der Übertragung des Unternehmens davon abhängig, dass der Versicherer nachweist, dass er den mit dem Veräußerer bestehenden Haftpflichtversicherungsvertrag mit dem Erwerber des Unternehmens nicht geschlossen hätte.

Zu § 104 Herbeiführung des Versicherungsfalles

In der Sache bleibt die bisherige Regelung des § 152 VVG erhalten. Klargestellt wird, dass sich der Vorsatz hier - anders als bei § 823 BGB - nicht nur auf die Handlung, sondern auch auf die Schadensfolgen beziehen muss, damit der Haftungsausschluss zu Gunsten des Versicherers greift. Im Übrigen ist der Text an die sprachlichen Änderungen im Allgemeinen Teil angepasst.

Die Vorschrift ist wie bisher abdingbar (vgl. § 113 E).

Zu § 105 Anzeigepflicht

Absatz 1

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 153 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 VVG überein.

Absatz 2

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 153 Abs. 4 VVG überein.

Absatz 3

Satz 1 entspricht § 153 Abs. 3 VVG.

In Satz 2 wird in Übereinstimmung mit dem geltenden Recht (§ 153 Abs. 1 Satz 2 VVG) die Vorschrift des § 33 Abs. 2 E für entsprechend anwendbar erklärt. Sie kommt zur Anwendung, wenn vertraglich die Leistungsfreiheit des Versicherers bei Verletzung einer Anzeigepflicht nach Absatz 1 oder 2 festgelegt ist, und besagt, dass sich der Versicherer auf diese Obliegenheitsverletzung nicht berufen kann, wenn er anderweitig von den anzeigepflichtigen Umständen Kenntnis erlangt hat. Darüber hinaus ist auch die Regelung des § 30 E bei Verletzung vertraglicher Obliegenheiten anzuwenden; auf eine ausdrückliche Klarstellung im Gesetz entsprechend § 153 Abs. 1 Satz 2 VVG kann verzichtet werden.

Zu § 106 Anerkenntnis des Versicherungsnehmers

Das bisherige Anerkenntnis- und Befriedigungsverbot nach § 154 Abs. 2 VVG soll entfallen. Diese Vorschrift erlaubt dem Versicherer, im Versicherungsvertrag Leistungsfreiheit für den Fall vorzusehen, dass der Versicherungsnehmer den anspruchsberechtigten Dritten befriedigt oder dessen Anspruch anerkennt. Nur dann, wenn die Befriedigung oder Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigert werden kann, ist die Leistungsfreiheit nicht zulässig.

Es erscheint selbstverständlich, dass der Versicherungsnehmer durch Anerkenntnis oder Befriedigung einen nicht bestehenden Anspruch des Dritten nicht zu Lasten des Versicherers begründen und darüber hinaus auch nicht den Versicherungsfall herbeiführen kann; andernfalls hätte der Versicherungsnehmer die Befugnis, zu Gunsten des Dritten den Versicherer zu belasten. Sowohl das Anerkenntnis als auch die Befriedigung müssen ohne Einfluss auf den Befreiungsanspruch des Versicherungsnehmers gegen den Versicherer bleiben; verspricht der Versicherungsnehmer dem Dritten mehr als ihm zusteht, geht der Mehrbetrag immer zu Lasten des Versicherungsnehmers. Der Versicherer hat ihn nur von dem Anspruch freizustellen, den der Geschädigte ohne das Anerkenntnis gehabt hätte.

Nicht gerechtfertigt ist es, dass der Versicherungsnehmer nach geltendem Recht durch Anerkenntnis oder Befriedigung seinen Befreiungsanspruch auch insoweit verliert, als er ohne sein vielleicht voreiliges Verhalten bestanden hätte. Allerdings liegt es nicht im Interesse des Versicherers, wenn ihm die Abwehr von Ansprüchen des Dritten durch Anerkenntnis oder Befriedigung unmöglich gemacht wird; möglicherweise könnte er diesen durch überlegene

Rechtskenntnis zu einem (teilweisen) Verzicht auch dann bewegen, wenn die Ansprüche nach den tatsächlichen Umständen bestehen. Insoweit ist der Versicherer aber nicht schutzwürdig, wenn er gegenüber seinem Vertragspartner alle Einwendungen behält; er versagt ihm dann die Befreiung in dem Umfang, in dem der Versicherungsnehmer mit seinem Anerkenntnis über die wirkliche Anspruchslage hinausgegangen ist.

Das Verbot von Anerkenntnis und Befriedigung ist auch aus der Sicht des Versicherers nicht sonderlich effektiv. Der Versicherungsnehmer ist nicht gehindert, bestimmte Tatsachen dem Geschädigten gegenüber persönlich oder in einer Gerichtsverhandlung einzuräumen; nur den Anspruch darf er nicht anerkennen. Selbst beim betrügerischen Zusammenwirken des Versicherungsnehmers mit dem Dritten ist es ein Leichtes, ein Anerkenntnis zu vermeiden und nur die (falschen) Tatsachen gemeinsam vorzutragen, aus denen sich der Anspruch des angeblich geschädigten Dritten gegen den Versicherungsnehmer und deshalb der entsprechende Freistellungsanspruch des Versicherungsnehmers gegen den Versicherer ergeben soll.

Zu § 107 Fälligkeit der Versicherungsleistung

Die Vorschrift entspricht sachlich dem bisherigen § 154 Abs. 1 VVG. Der geänderte Satz 1 berücksichtigt, dass grundsätzlich der Versicherer und nicht der Versicherungsnehmer die Entschädigung an den Dritten zu zahlen hat (vgl. § 101 E). Der Sonderfall, dass die Entschädigung vom Versicherungsnehmer selbst gezahlt wird, ist in Satz 2 sachlich unverändert geregelt.

Zu § 108 Rentenanspruch

Absatz 1

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 155 Abs. 1 VVG überein.

Absatz 2

Satz 1 stimmt mit § 155 Abs. 2 VVG überein. Zusätzlich wird in Satz 2 klargestellt, dass die Beschränkung nach Absatz 1 auf einen verhältnismäßigen Teil auch für die Sicherheitsleistung gilt.

Zu § 109 Verfügung über den Freistellungsanspruch

Absatz 1

Abweichend vom bisherigen § 156 Abs. 1 VVG, der nur die Entschädigungsforderung erfasst, wird das Verfügungsverbot im Sinne des § 135 BGB nunmehr auf den Freistellungsanspruch insgesamt erstreckt; damit wird dem neuen § 101 E Rechnung getragen.

Absatz 2

Der bisherige § 156 Abs. 2 VVG entfällt, da die dort geregelten Voraussetzungen für die Leistung des Versicherers an den geschädigten Dritten dem neuen § 101 E widersprechen.

Nach der neuen Regelung in § 109 Abs. 2 E ist ein Abtretungsverbot, das sich aus den AVB ergibt, nicht wirksam. Ein Bedürfnis für diese Bestimmung ergibt sich aus der hiervon abweichenden Regelung in § 7 Nr. 3 AHB. Von der Rechtsprechung ist in zahlreichen Fällen festgestellt worden, dass die Berufung des Versicherers auf das Abtretungsverbot als Verstoß gegen Treu und Glauben zu beurteilen ist, wenn es nicht durch ein berechtigtes Interesse des Versicherers gedeckt ist.

Die neue Regelung entspricht auch den Interessen des Geschädigten. Dieser hat häufig keine Kenntnis vom Innenverhältnis zwischen schädigendem Versicherungsnehmer und dem Haftpflichtversicherer. Nachteile für den Geschädigten können sich in den Fällen ergeben, in denen sich der Versicherungsnehmer nicht um die Angelegenheit kümmert und z. B. den Versicherer pflichtwidrig nicht informiert; auch im Falle der Insolvenz des Versicherungsnehmers ist die Durchsetzung von Ansprüchen gegen den Haftpflichtversicherer erschwert.

§ 109 Abs. 2 E hat zum Ergebnis, dass der schädigende Versicherungsnehmer seinen Befreiungsanspruch gegen den Versicherer an den Geschädigten – und nur an diesen – abtreten kann; dieser wird dadurch in die Lage versetzt, den Versicherer direkt in Anspruch zu nehmen.

Unwirksam ist ein Abtretungsverbot nur, wenn es durch Allgemeine Versicherungsbedingungen vereinbart wird. Darunter sind hier alle von dem Versicherer verwendeten Allgemeinen Geschäftsbedingungen im Sinne des § 305 BGB ohne Rücksicht auf ihre Bezeichnung als AVB zu verstehen. Zulässig bleibt also nur ein Abtretungsverbot durch Individualvereinbarung - bei Abschluss des Versicherungsvertrags ebenso wie nach dem Versicherungsfall.

Zu § 110 Mehrere Geschädigte

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 109 Abs. 3 VVG überein.

Zu § 111 Insolvenz des Versicherungsnehmers

Die insolvenzrechtliche Sonderregelung des § 157 VVG wird beibehalten. Lediglich der Wortlaut ist an den neuen § 101 E angepasst, indem der Begriff der Entschädigungsforderung durch „Freistellungsanspruch“ ersetzt wird.

Zu § 112 Kündigung nach Versicherungsfall

Absatz 1

Die Kündigungsregelung in Absatz 1 stimmt sachlich mit § 158 Abs. 1 VVG überein. Der in Absatz 1 geänderte Wortlaut berücksichtigt den neuen § 101 E.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 158 Abs. 2 VVG. Die Verweisung auf die Parallelregelung in § 94 Abs. 2 Satz 2 und 3 E über die Ausübung des Kündigungsrechts dient der redaktionellen Vereinfachung.

Der bisherige § 156 Abs. 3 VVG, dem der Grundsatz der Unteilbarkeit der Prämie zugrunde liegt, entfällt. Der Prämienanspruch bestimmt sich nunmehr nach dem neuen § 42 Abs. 1 E.

Zu § 113 Abweichende Vereinbarungen

Die hier erfassten Vorschriften sind auch nach geltendem Recht halbzwingend.

Zu § 114 Pflichtversicherung

Absatz 1

Im regulierten und kontrollierten Versicherungsmarkt beschränkte sich der Gesetzgeber, wenn er gesetzliche Verpflichtungen zum Abschluss von Haftpflichtversicherungen begründ-

dete, meist auf die Anordnung der Versicherungspflicht und überließ häufig die Ausgestaltung der Einzelheiten - Mindestversicherungssumme und Versicherungsbedingungen - den aufsichtsbehördlich zu genehmigenden Versicherungsbedingungen und sicherte damit im Interesse vor allem der geschädigten Dritten, die Haftpflichtansprüche gegen den Versicherungsnehmer erworben hatten, einen einheitlichen Mindeststandard von Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes. Mit der Aufhebung von Bedingungs- und Tarifgenehmigungen durch das Gemeinschaftsrecht ist diese Möglichkeit zur Gewährleistung eines dem Zweck des Gesetzes entsprechenden einheitlichen Mindeststandards von Pflichtversicherungsschutz entfallen. Um gleichwohl ein Instrumentarium zu haben, mittels dessen die Vereinbarkeit von Pflichtversicherungsbedingungen mit dem jeweiligen die Versicherungspflicht anordnenden Gesetz überprüft werden kann, hat der Gesetzgeber bei Umsetzung der Dritten Schadenrichtlinie 1994 in § 5 Abs. 5 Nr. 1 VAG angeordnet, dass Versicherungsunternehmen, die Pflichtversicherungen betreiben wollen, mit dem Geschäftsplan bei der Aufsichtsbehörde die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einzureichen haben. Die Stellen, die über die Einhaltung der Versicherungspflicht zu wachen haben, können die Versicherungsbedingungen bei der Aufsichtsbehörde abrufen. Die gleiche Vorlagepflicht gilt gemäß § 110 a Abs. 2 Nr. 2 VAG auch für Versicherungsunternehmen, die im Dienstleistungsverkehr Pflichtversicherungen betreiben. Gemäß Artikel 12 Abs. 2 EGVVG unterliegt ein über eine deutsche Versicherungspflicht abgeschlossener Versicherungsvertrag deutschem Recht. Es ist deshalb nur folgerichtig zu bestimmen, dass ein über eine Pflichtversicherung abzuschließender Versicherungsvertrag nur bei einem im Inland zum Betrieb einer solchen Versicherung befugten Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden kann.

Absatz 2

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 158b Abs. 2 VVG überein. Auf den bisherigen § 158b Abs. 2 Satz 2, der klarstellt, dass die vom Versicherer zu erteilende Bescheinigung mit dem Versicherungsschein verbunden werden kann, kann verzichtet werden, da sich dies von selbst versteht.

Absatz 3

Die Vorschrift stimmt mit dem bisherigen § 158k VVG überein. Sie stellt klar, dass zur Vermeidung einer Aufspaltung des Versicherungsverhältnisses das ganze Versicherungsverhältnis den Vorschriften über die Pflichtversicherung unterliegt und nicht nur mit dem Teil, der den gesetzlichen Mindestanforderungen entspricht. Die Vorschrift betrifft insbesondere die Fälle, in denen die Mindestversicherungssummen übersteigende Versicherungssummen vereinbart wurden, der Kreis der mitversicherten Personen über die gesetzlichen Vorgaben hinaus erweitert oder eine räumliche Erweiterung des Versicherungsschutzes vorgenommen

wurde. Die in § 117 Abs. 3 E vorgesehene Begrenzung der Eintrittspflicht des an sich leistungsfreien Versicherers auf die gesetzlich festgesetzten Mindestversicherungssummen bleibt durch diese Vorschrift unberührt.

Der Abschluss getrennter Versicherungsverträge - über den gesetzlichen Mindestversicherungsschutz einerseits und über weitergehenden Versicherungsschutz andererseits - bleibt unberührt.

Zu § 115 Mindestversicherungssumme

Pflichtversicherungen ordnet der Gesetzgeber an, wenn über das allgemeine, von jedermann zu tragende Lebensrisiko hinausgehende Gefahren gesetzt werden, denen sich die Allgemeinheit oder ein unbestimmter Personenkreis als gefährdete Personen nicht in zumutbarer Weise entziehen können. Die Versicherungspflicht soll sicherstellen, dass die Geschädigten bei entsprechender Haftung auch dann Schadensersatz erlangen können, wenn der Schädiger z.B. wegen Vermögenslosigkeit nicht leisten kann. Bei Einführung einer Versicherungspflicht muss sichergestellt werden, dass jeder geschädigte Dritte unbeschadet, bei wem der Versicherungspflichtige versichert ist, gleichen Versicherungsschutz genießt. Das ist nur gewährleistet, wenn das die Versicherungspflicht anordnende Gesetz Inhalt und Umfang der Versicherungspflicht selbst definiert. Die bei einer Pflichtversicherung zulässigen Risikoausschlüsse und die Höhe etwaiger vereinbarungsfähiger Selbstbehalte wird der für die jeweilige Pflichtversicherung zuständige Gesetzgeber zusammen mit der Anordnung der Pflichtversicherung festzulegen haben. Maßstab hierbei wird jeweils sein, dass die Pflichtversicherung, die meist den Opferschutz als primär zu schützendes Rechtsgut bezweckt, aber auch die soziale Absicherung des Versicherungsnehmers und sonstiger Mitversicherter gewährleisten soll, unter Wahrung der Verhältnismäßigkeit ihrer gesetzlichen Bestimmung gerecht wird. Die Angabe einer subsidiär geltenden Mindestversicherungssumme trägt dem Umstand Rechnung, dass eine Fülle bestehender alter Versicherungspflichten die Bestimmung der Mindestversicherungssumme den Versicherungsbedingungen überlassen hatte, aber auch der Sorge, dass künftig im einen oder anderen Fall die Bestimmung einer Mindestversicherungssumme in dem die Versicherungspflicht anordnenden Gesetz unterbleibt.

Zu § 116 Direktanspruch

Absatz 1

Die Vorschrift führt den Direktanspruch, der aus der Kfz-Haftpflichtversicherung bekannt ist, nunmehr generell für alle Versicherungspflichten ein. Die Vorschriften sind aus § 3 Nr. 1 bis 3 des Pflichtversicherungsgesetzes (PflVG) übernommen. Sie behandeln den Anspruch des Dritten bei einem bestehenden Versicherungsvertrag. Auch wenn die Absätze 2 und 3 als anderen Anspruchsgegner nur den ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer nennen, sollen die Bestimmungen, wie dies bisher in der Kfz-Haftpflichtversicherung unbestritten bei gleichem Wortlaut ist, auch für jeden anderen ersatzpflichtigen Mitversicherten gelten.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 3 Nr. 2 PflVG.

Absatz 3

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 3 Nr. 3 PflVG.

Zu § 117 Leistungspflicht gegenüber Dritten

Absatz 1

Die Vorschrift regelt den Direktanspruch des Dritten bei einem „kranken“ Versicherungsverhältnis. Sie übernimmt den bisherigen § 3 Nr. 4 PflVG mit einer geringfügigen sprachlichen Änderung. Wie bisher wird auch der Fall berücksichtigt, dass der Versicherer nur teilweise von seiner Leistungspflicht befreit ist.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 3 Nr. 5 PflVG.

Absatz 3

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 158e Abs. 3 und 4 VVG überein.

Absatz 4

Die Vorschrift stimmt mit § 158c Abs. 5 VVG überein.

Absatz 5

Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass bei Pflichtversicherungen die Nachhaftung des Versicherers nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses unverzichtbar ist, um einerseits der für die Überwachung der Versicherungspflicht zuständigen Stelle zu ermöglichen, in angemessener Zeit die sich aus der Beendigung des Versicherungsverhältnisses ergebenden Konsequenzen zu ziehen, andererseits aber sicherzustellen, dass auch während dieser Zeit der mit der Versicherungspflicht bezweckte Opferschutz gewährleistet ist. Insoweit ist eine von § 17 E abweichende Sonderregelung für Pflichtversicherungen geboten. Im Interesse des Versicherungsnehmers bestimmt Satz 2, dass das Versicherungsverhältnis abweichend von § 17 Satz 1 E erst einen Monat nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers in Textform von der Eröffnung des Insolvenzverfahrens endet.

Zu § 118 Rangfolge mehrerer Ansprüche

Absatz 1

Die Vorschrift führt eine Rangordnung der Ansprüche auf die Versicherungssumme ein. Grundsätzlich ist bei einer Pflichtversicherung die Mindestversicherungssumme so hoch festzusetzen, dass sie ausreicht, auch einen durchschnittlichen Großschaden zu ersetzen. Dies schließt aber nicht aus, dass sich Schadensfälle ereignen, deren Volumen die Versicherungssumme übersteigt. Um den mit der Einführung der Versicherungspflicht verfolgten Gesetzeszweck der Sicherung der Schadensersatzforderung des geschädigten Dritten zu erreichen, erscheint es sinnvoll und notwendig, anderweit nicht abgesicherten Individualansprüchen der Geschädigten einen Vorrang insbesondere vor öffentlichen Ersatzansprüchen einzuräumen.

Absatz 2

Mit dieser Vorschrift soll vermieden werden, dass das Verteilungsverfahren nachträglich geändert werden muss.

Zu § 119 Obliegenheiten des Dritten

Absatz 1

Die Vorschrift stimmt mit der bisherigen Regelung in § 158d Abs. 1 VVG und § 3 Nr. 7 Satz 1 PflVG überein.

Für die zusätzliche Anzeigepflicht nach § 158d Abs. 2 VVG besteht kein Bedürfnis, da dem Dritten nunmehr ein Direktanspruch gegen den Versicherer zusteht und sich seine Obliegenheiten nur auf diesen Anspruch beziehen.

Absatz 2

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 158d Abs. 3 VVG, auf den der bisherige § 3 Nr. 7 Satz 2 PflVG verweist, überein. Der geänderte Wortlaut stimmt mit dem neuen § 34 Abs. 1 Satz 2 E überein.

Zu § 120 Obliegenheitsverletzung des Dritten

Die Vorschrift stimmt sachlich mit § 158e Abs. 1 VVG in Verbindung mit § 3 Nr. 7 Satz 2 PflVG überein.

Die bisherige Regelung des § 158e Abs. 2 VVG in Verbindung mit § 3 Nr. 7 Satz 3 PflVG entfällt wegen der Neuregelung in § 106 E.

Zu § 121 Aufrechnung gegenüber Dritten

Die Vorschrift stimmt mit § 158g VVG überein.

Zu § 122 Gesamtschuldner

Die Vorschrift übernimmt in Satz 1 die Regelung des § 3 Nr. 9 PflVG. Zusätzlich ist § 426 Abs. 2 BGB anzuwenden; der bisherige § 158f VVG kann entfallen. Satz 2 stimmt mit der bisherigen Regelung in § 3 Nr. 10 Satz 2 in Verbindung mit § 3 Nr. 11 Satz 2 PflVG überein.

Zu § 123 Veräußerung

Die Vorschrift stimmt mit § 158h Satz 1 VVG überein.

Da § 158h Satz 2 VVG sich ausschließlich auf die Kfz-Haftpflichtversicherung bezieht, wird diese Vorschrift in das Pflichtversicherungsgesetz übernommen (Artikel 6 Nr. 4 des Gesetzesentwurfs).

Zu § 124 Rückgriff bei mehreren Versicherten

Absatz 1 bis 3

Die Regelung stimmt sachlich mit § 158i VVG überein.

Absatz 4

Der Anwendungsbereich der Vorschrift soll gegenüber dem bisherigen § 158i VVG erweitert werden. Die bisherige Regelung gewährt dem Mitversicherten einer Pflichtversicherung Versicherungsschutz, wenn der Versicherer wegen einer vom Mitversicherten nicht zu vertretenden und diesem nicht bekannten Rechts- oder Obliegenheitsverletzung dem Versicherungsnehmer gegenüber leistungsfrei, dem geschädigten Dritten aber leistungspflichtig ist. Die Regelung setzt ein bestehendes Versicherungsverhältnis voraus; sie gewährt dem Mitversicherten, der von der Beendigung des Versicherungsverhältnisses keine Kenntnis hatte, keinen Versicherungsschutz. Auf diese – sachlich nicht gerechtfertigte – Diskrepanz hat ein Urteil des Bundesgerichtshofs vom Januar 2004 hingewiesen; ihr soll mit dem neuen Absatz 4 begegnet werden. Der Mitversicherte soll künftig auch in der für Pflichtversicherungen geltenden Nachhaftungszeit Versicherungsschutz genießen, es sei denn, ihm war die Beendigung des Pflichtversicherungsverhältnisses bekannt oder grob fahrlässig nicht bekannt. Um das gewünschte Ergebnis zu erreichen, kommt nur eine entsprechende, keine unmittelbare Anwendung der Absätze 1 bis 3 in Betracht, weil der Mitversicherte nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses nicht mehr zur unmittelbaren Geltendmachung seiner Rechte aus dem nicht mehr bestehenden Versicherungsvertrag befugt sein kann.

Zu § 125 Rechtskrafterstreckung

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 3 Nr. 8 PflVG.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 3 Nr. 10 Satz 1 PflVG.

Zu § 126 Leistung des Versicherers

Die Vorschrift ist neu. Sie beschreibt in Anlehnung an Formulierungen gängiger Allgemeiner Versicherungsbedingungen den hauptsächlich mit einer Rechtsschutzversicherung verfolg-

ten wirtschaftlichen Zweck. Um die künftige Produktentwicklung nicht zu hemmen, enthält die Vorschrift keine gesetzliche Definition der Rechtsschutzversicherung. Neue Versicherungs- und Leistungsformen bleiben möglich.

Zu § 127 Schadenabwicklungsunternehmen

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 158l Abs. 1 VVG.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 158l Abs. 2 VVG. Zur Angleichung an den Wortlaut von Absatz 1 Satz 2 wird in Absatz 2 Satz 1 klargestellt, dass es sich um ein selbständiges Schadenabwicklungsunternehmen handeln muss.

Zu § 128 Freie Anwaltswahl

Absatz 1

Satz 1 und 2 stimmen mit dem bisherigen § 158m Abs. 1 VVG überein.

Satz 3 ist neu. Die Vorschrift ermöglicht dem Versicherer, einzelvertraglich oder durch Allgemeine Versicherungsbedingungen zu vereinbaren, dass die von ihm zu ersetzenden Kosten eines für den Versicherungsnehmer tätigen Rechtsanwaltes im Falle von Sammelverfahren auf den wirtschaftlich notwendigen Betrag beschränkt werden. Die Vorschrift konkretisiert für den Typus des Sammelverfahrens das vom Versicherungsnehmer zu beachtende allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot (vgl. Ziff. 1.3.1.2.5).

Absatz 2

Absatz 2 übernimmt unverändert den bisherigen § 158m Abs. 2 VVG.

Zu § 129 Gutachterverfahren

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 158n VVG.

Zu § 130 Abweichende Vereinbarungen

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 158o VVG.

Zu § 131 Gefahrtragung

Die Transportversicherung ist Versicherung von Gütern gegen die Gefahren der Beförderung zu Lande, zu Wasser und in der Luft ebenso wie die Versicherung von Luftfahrzeugen gegen die Gefahren der Luftfahrt und die Versicherung von Schiffen gegen die Gefahren der Schifffahrt einschließlich der Haftpflicht für Kollisionsschäden.

Der Versicherer trägt alle Gefahren, welche die Beförderung von Gütern und die Luft- und Schifffahrt in sich bergen. Im Gegensatz zu den anderen Zweigen der Schadenversicherung, die beherrscht sind vom Grundsatz der Spezialität, ist die Transportversicherung beherrscht vom Grundsatz der Universalität der Gefahr.

Absatz 1

Die Vorschrift knüpft an die Regelung in § 129 Abs. 1 VVG an, ersetzt aber die bisherige Beschränkung auf die Gefahren der Beförderung zu Lande oder auf Binnengewässern durch die uneingeschränkte Erstreckung auf jegliche Beförderung von Gütern zu Lande, zu Wasser oder in der Luft. Die Erweiterung auf alle Beförderungen zu Wasser ist eine Folge des Verzichtes auf die Unterscheidung zwischen See- und Binnenschiffsversicherung. Wegen der Regelungen über den Gefahrübergang beförderter Güter – FOB oder CIF – stellt die Güterversicherung regelmäßig nicht auf die Dauer der Beförderung, sondern auf die vereinbarte Dauer der Versicherung ab.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 129 Abs. 2 VVG mit der sich aus der Aufnahme des Rechts der Seeversicherung in dieses Gesetz ergebenden Ausdehnung auf See- wie auf Binnenschiffe und schließt mit der Erweiterung um die erstmals gesetzlich erwähnten Gefahren der Luftfahrt die Luftfahrtkaskoversicherung als eine Sparte der Transportversicherung ausdrücklich in den gesetzlichen Anwendungsbereich ein.

Satz 2 regelt – wie bisher § 820 Nr. 7 HGB und § 129 Abs. 2 VVG – die Kollisions-Haftpflicht in der See- und Binnenschifffahrt, die nur in Verbindung mit der See- und Flusskaskoversicherung möglich ist. Diese Haftpflicht unterliegt auch nicht den §§ 101 ff. E, sondern den Regeln der Transportversicherung. Im Übrigen kann aber die Haftpflicht gegenüber Dritten aus Schiffsunfällen nicht als Transportversicherung gedeckt werden. Soweit eine gesetzliche

Pflicht zum Abschluss einer entsprechenden Haftpflichtversicherung besteht, handelt es sich um eine Pflichtversicherung, die nach den dafür geltenden Vorschriften zu beurteilen ist.

Absatz 3

Die Vorschrift stimmt mit der bisherigen Regelung des § 133 Abs. 1 Satz 1 VVG und des § 834 Nr. 1 HGB überein.

Zu § 132 Anzeigepflichtverletzung

Absatz 1

Abweichend von der allgemeinen Regel des § 21 Abs. 2 E, dass der Versicherer bei Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten kann, ist es in der Transportversicherung üblich, die Verletzung der Anzeigepflicht mit Leistungsfreiheit des Versicherers zu sanktionieren. Um durch § 21 Abs. 2 E für die Transportversicherung kein falsches gesetzliches Leitbild zu schaffen, erscheint es geboten, diese abweichende Praxis gesetzlich anzuerkennen. Kein Gegenstand der Anzeigepflicht sind die Umstände, die Art und Umfang des versicherten Interesses betreffen. Sie gehören zur Bestimmung des versicherten Interesses. Auch die Anmeldepflicht nach § 56 E für laufende Versicherungen ist keine Anzeigepflicht im Sinne dieser Bestimmung und wird von ihr nicht erfasst.

Absatz 2

Dem Versicherungsnehmer steht ein besonderes Kündigungsrecht zu, wenn der Versicherer – zu Recht oder zu Unrecht – seine Leistung verweigert.

Zu § 133 Gefahränderung

Absatz 1 und 2

In der Transportversicherung ergeben sich für die versicherten Interessen häufig Gefahränderungen, auf die der Versicherungsnehmer keinen Einfluss hat und denen er sich deshalb nicht entziehen kann. In diesen Fällen besteht ein berechtigtes Interesse des Versicherungsnehmers am Fortbestand des Versicherungsschutzes. Die Interessen des Versicherers werden durch die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige der Gefahränderung und der vertraglich auszubedingenden Möglichkeit der Prämienanpassung berücksichtigt.

Absatz 3 und 4

Die Rechtsfolgen einer Verletzung der Anzeigepflicht nach Gefahrerhöhung regelt Absatz 3 - Leistungsfreiheit des Versicherers - mit den im Absatz 4 bezeichneten Einschränkungen.

Absatz 5

Dem Versicherer steht das Kündigungsrecht nach § 26 Abs. 1 und 2 E bei der Transportversicherung nicht zu.

Zu § 134 Vertragswidrige Beförderung

Die Regelung beruht auf dem Regelungsgehalt des § 137 VVG und entspricht in ihrer Formulierung Nr. 6 der DTV-Güterversicherungsbedingungen 2000. Hiervon abzuweichen besteht kein Anlass. Zusätzlich wird in Absatz 2 Satz 3 klargestellt, dass es sich um eine Gefahränderung handelt, auf die § 133 E anzuwenden ist.

Zu § 135 Ungeeignete Beförderungsmittel

Absatz 1 und 2

Die Verwendung geeigneter Beförderungsmittel ist eine aus dem Frachtvertrag begründete Vertragspflicht des Beförderers. Durch diese Bestimmung wird für den Versicherungsnehmer eine vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllende Obliegenheit begründet, im Rahmen seiner Einflussmöglichkeiten für die Auswahl geeigneter Beförderungsmittel Sorge zu tragen. Im Interesse rascher und unkomplizierter Regulierung von Versicherungsfällen ist von der nach § 83 E vorgesehenen Quotelung nach Maßgabe des Verschuldens abzusehen. Entsprechend der Transportversicherungs-Praxis ist vielmehr das Alles-oder-nichts-Prinzip für diese auch weiterhin als gesetzlicher Grundtatbestand zu akzeptieren.

Absatz 3

Satz 1 enthält eine besondere Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers. In Satz 2 wird entsprechend § 134 Abs. 2 Satz 2 E klargestellt, dass es sich um eine Gefahränderung im Sinne des § 133 E handelt.

Zu § 136 Aufwendungsersatz

Absatz 1

Die Vorschrift nimmt die inhaltlich gleichen Bestimmungen des § 133 VVG, § 834 Nr. 1 HGB und § 29 ADS auf.

Absatz 2

Absatz 2 nimmt die inhaltlich gleichen Regelungen des § 144 VVG, § 840 Abs. 2 und 3 HGB sowie § 37 Abs. 2 ADS auf.

Bergelohn und die Sondervergütung nach § 744 HGB sind Kosten und Aufwendungen zur Schadensminderung. In der Praxis wird aber regelmäßig eine entsprechende Deckung durch besondere Klauseln (Lloyds Open Form oder DTV-Bergungsklausel 2000) vereinbart sein; eine gesetzliche Erwähnung des Bergelohnes und der Sondervergütung ist daher nicht erforderlich.

Zu § 137 Versicherungswert

Absatz 1 und 2

Die Bestimmung übernimmt sachlich die Regelung des § 140 Abs. 1 und 2 VVG und der §§ 799 und 895 HGB. In der Formulierung orientiert sie sich an Klausel 10.1 DTV-Güter-Versicherung 2000. Wegen des unterschiedlich zu bewertenden Interesses der Güterversicherung als reiner Sachversicherung und dem anders gelagerten Haftpflichtinteresse im Frachtgeschäft erscheint eine Angleichung an § 429 HGB nicht angezeigt.

Eine besondere gesetzliche Bestimmung über den Versicherungswert eines Schiffes (vgl. § 141 VVG) erscheint entbehrlich, weil insoweit die allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen über den Versicherungswert in der Sachversicherung (§ 90 E) mit den üblichen Unterscheidungen von Neuwert und Zeitwert als ausreichend anzusehen und abweichende vertragliche Vereinbarungen möglich sind.

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 140 Abs. 3 VVG.

Zu § 138 Herbeiführung des Versicherungsfalles

Absatz 1

Die Bestimmung übernimmt in Satz 1 die durch die Beschränkung auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit entsprechend der Praxis der Transportversicherung (Nr. 3 der DTV-Güterversicherungsbedingungen 2000) leicht eingeschränkte Regelung des § 130 VVG und § 821 Nr. 4 HGB. Satz 2 gleicht die Haftungsregelung für nautisches Versagen den in See- und Binnenschifffahrt hierfür geltenden Regelungen über globale Haftungsbeschränkungen an. In den für die See- und Binnenschifffahrt geltenden nationalen und internationalen Haftungsbeschränkungsregelungen ist jeweils bestimmt, dass das Recht zur Haftungsbeschränkung nicht besteht, wenn das haftungsbegründende Ereignis auf eine Handlung oder Unterlassung zurückzuführen ist, die vom Schiffseigner selbst in der Absicht, einen solchen Schaden herbei zu führen, oder leichtfertig und in dem Bewusstsein begangen wurde, dass ein solcher Schaden mit Wahrscheinlichkeit eintreten werde.

Absatz 2

Die Vorschrift stellt klar, dass dem Versicherungsnehmer das Verhalten der Schiffsbesatzung im Hinblick auf Absatz 1 nicht zuzurechnen ist.

Zu § 139 Veräußerung der versicherten Sache

Absatz 1

Die Vorschrift stellt klar, dass der Erwerber der veräußerten Sache, für die unter einer laufenden Versicherung eine Einzelpolice oder ein Versicherungszertifikat ausgestellt ist, auch nicht für die Prämie haftet.

Absatz 2

Abweichend von § 70 VVG wird durch § 142 VVG in der Güterversicherung bei Veräußerung der versicherten Güter das Kündigungsrecht des Versicherers ganz aufgehoben. Hieran soll festgehalten werden.

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 142 Satz 2 VVG.

Zu § 140 Veräußerung des versicherten Schiffes

Bei der Schiffsversicherung soll wie bisher das Kündigungsrecht des Versicherers zeitlich in seiner Wirkung auf die Beendigung der Reise beschränkt werden. Die Veräußerung des Schiffes ist als Gefahränderung anzeigespflichtig, nach § 98 E ist der Versicherer leistungsfrei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen. Soweit durch die Bestimmung das Kündigungsrecht des Versicherers eingeschränkt oder gänzlich versagt ist, bleibt der Versicherer leistungspflichtig, auch wenn die Anzeige unterblieben ist. § 143 VVG hat bisher die Beendigung des Versicherungsverhältnisses bei Kündigung an die Beendigung der Reise geknüpft und nicht auf den Eigentumsübergang abgestellt. Die jetzt gewählte Formulierung hält hieran fest und ersetzt den unscharfen Begriff „Beendigung der Reise“ durch die Übergabe an den Erwerber.

Zu § 141 Abandon

Absatz 1

Der in der internationalen See- und Transportversicherung übliche und im deutschen Recht in § 145 VVG und § 841 HGB sowie in § 38 ADS geregelte Abandon dient dem Schutz des Versicherers gegen die Ausdehnung seiner Haftung über die vereinbarte Versicherungssumme hinaus. Mit der Erklärung des Abandon und Leistung der Versicherungssumme befreit sich der Versicherer von künftig entstehenden Kosten der Schadensminderung, Wiederherstellung oder Ausbesserung. Mit den vor Erklärung des Abandon hierfür angefallenen Kosten bleibt der Versicherer aber auch weiterhin belastet.

Absatz 2

Bisher ist das Recht des Versicherers, den Abandon zu erklären und sich durch Zahlung der Versicherungssumme von allen weiteren Verbindlichkeiten zu befreien, nicht befristet. Im Interesse des Versicherungsnehmers ist es aber notwendig, das Recht zum Abandon auf eine bestimmte Frist nach erlangter Kenntnis vom Eintritt des Versicherungsfalles zu beschränken.

Zu § 142 Versicherte Person

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 159 Abs. 2 VVG. Auf dessen Absatz 1 wird verzichtet, da die Möglichkeit, einen Lebensversicherungsvertrag auf eine andere Person als den Versicherungsnehmer abzuschließen, ohne weiteres besteht.

Bei der Bezeichnung „Kollektivlebensversicherung“ handelt es sich um einen neueren aufsichtsrechtlichen Ausdruck, der an die Stelle des bisher allein gebräuchlichen Ausdrucks „Gruppenversicherung“ getreten ist.

Absatz 2 und 3

Die Vorschriften stimmen mit § 159 Abs. 2 und 3 VVG überein.

Zu § 143 Ärztliche Untersuchung

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 160 VVG.

Zu § 144 Widerruf des Versicherungsnehmers

Absatz 1

Entsprechend der gemeinschaftsrechtlichen Vorgabe (vgl. Ziff. 1.3.2.1.1.6) wird die Widerrufsfrist bei der Lebensversicherung abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 E auf 30 Tage festgelegt. Diese längere Frist ist wegen der langen Laufzeit von Lebensversicherungen auch sachgerecht.

Absatz 2

Auch diese Sonderregelung für die Lebensversicherung beruht auf einer gemeinschaftsrechtlichen Vorgabe. Während § 9 Abs. 1 E für den Fall des Widerrufs innerhalb eines Jahres nach der Zahlung der ersten Prämie die Rückabwicklung des endgültig gescheiterten Vertrags durch gegenseitige Rückzahlung bereits geleisteter Zahlungen vorsieht, ist bei einem späteren Widerruf nach § 9 Abs. 2 E das Erlöschen des Versicherungsschutzes und der Prämienzahlungspflicht nur für die Zukunft vorgesehen. Dies würde bei Lebensversicherungen der in § 161 Abs. 1 E bezeichneten Art dazu führen, dass der widersprechende Versicherungsnehmer den Rückkaufswert nicht erhält, den er bei einer Kündigung beanspruchen

könnte. Um dieses unbillige Ergebnis zu vermeiden, ist in § 144 Abs. 2 E insoweit die Zahlung des Rückkaufswertes nach den Berechnungsvorschriften des § 161 E vorgesehen.

Zu § 145 Überschussbeteiligung

Die Regelung des § 145 E zur Überschussbeteiligung ist neu. Zu den allgemeinen Erwägungen vgl. Ziff. 1.3.2.1.3.

Absatz 1

Im geltenden VVG wird die Überschussbeteiligung nicht geregelt. In aller Regel sehen die Verträge eine Überschussbeteiligung des Versicherungsnehmers vor. Der Versicherer hat aber grundsätzlich die Möglichkeit, sich gegen die Einräumung einer Überschussbeteiligung zu entscheiden; er muss dabei allerdings gültige Vorgaben insbesondere des Aufsichtsrechtes beachten. Von Sonderfällen abgesehen, wird der Versicherer im Wettbewerb kaum in der Lage sein, Verträge ohne Überschussbeteiligung durchzusetzen. Es besteht keine Notwendigkeit, diese Entscheidungsfreiheit des Versicherers zu beseitigen.

Allerdings muss der Versicherer den Versicherungsnehmer auf den Ausschluss der Überschussbeteiligung als eine Abweichung vom Regelfall ausdrücklich aufmerksam machen; dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um einen Vertragstyp handelt, bei dem sonst allgemein eine Überschussbeteiligung eingeräumt wird.

Absatz 2

Für die Ermittlung des Überschusses eines Versicherungsunternehmens bleiben die entsprechenden handelsrechtlichen Vorschriften maßgebend. Für die Verwendung des so festgestellten Überschusses zu Gunsten der Gesamtheit der Versicherten bleibt es bei der Regelung des § 81c VAG. Ein vertraglicher Anspruch des einzelnen Versicherungsnehmers auf eine bestimmte Zuführung zu der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist nicht vorgesehen. Die aufsichts- und steuerrechtlichen Begrenzungen der nicht zugeteilten Rückstellung bleiben allerdings bestehen; daraus ergeben sich aber keine vertraglichen Ansprüche, sondern nur tatsächliche Vorteile des einzelnen Versicherungsnehmers.

Der Betrag, den der Versicherer jeweils für ein Jahr aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Beteiligung aller Versicherungsnehmer an den Überschüssen der vergangenen Jahre verwendet bzw. den er als Direktgutschrift unmittelbar dem handelsrechtlich ermittelten Überschuss entnimmt, soll auf die einzelnen Versicherungsnehmer grundsätzlich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik verursachungsorientiert verteilt werden; insoweit sieht der Entwurf einen gesetzlichen Anspruch vertragsrechtlicher Art vor.

Das bedeutet, dass wie bisher gleichartige Versicherungsverträge nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen zu Bestandsgruppen und Gewinnverbänden zusammengefasst werden können und dass sich die Verteilung des Überschusses auf diese daran zu orientieren hat, in welchem Umfang die Gruppe oder der Gewinnverband zur Entstehung des Überschusses beigetragen hat. Daher ist in Absatz 2 nicht eine verursachungsgerechte Verteilung, sondern nur ein verursachungsorientiertes Verfahren vorgeschrieben. Der Versicherer erfüllt diese Verpflichtung schon dann, wenn er ein Verteilungssystem entwickelt und widerspruchsfrei praktiziert, das die Verträge unter dem Gesichtspunkt der Überschussbeteiligung sachgerecht zu Gruppen zusammenfasst, den zur Verteilung bestimmten Betrag nach den Kriterien der Überschussverursachung einer Gruppe zuordnet und dem einzelnen Vertrag dessen rechnerischen Anteil an dem Betrag der Gruppe zuschreibt. Die gesetzliche Vorgabe eines verursachungsorientierten Verfahrens schließt eine ausdrückliche Vereinbarung anderer Verteilungsgrundsätze nicht aus, sofern sie angemessen sind. Der Versicherer kann für die Verteilung bestimmte Grundsätze vereinbaren, die zwar nicht streng verursachungsorientiert, trotzdem aber angemessen sind. Die Interessen des Versicherungsnehmers werden in diesem Falle durch die notwendige Information, durch die transparente Gestaltung der entsprechenden AVB (§§ 305 ff. BGB) und durch die gesetzliche Vorgabe der Angemessenheit gewahrt; durch die letzte Voraussetzung wird das zentrale Kriterium der Inhaltskontrolle nach § 307 BGB ausdrücklich aufgenommen.

Absatz 3

Grundsätzlich werden die Einzelheiten der Informationspflichten einschließlich der notwendigen Umsetzung der gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben durch Rechtsverordnung geregelt (vgl. Artikel 3 des Gesetzentwurfes). § 145 Abs. 3 E sieht für die Überschussbeteiligung eine gesetzliche Grundregelung vor, mit der klargestellt wird, dass die Ermittlung des Überschusses und die Zuführung zu den Rückstellungen als wirtschaftliche Grundlage der Überschussverteilung nach § 145 Abs. 2 E nicht im Versicherungsvertragsgesetz, sondern in Vorschriften des HGB und des Aufsichtsrechts geregelt bleibt.

Zu § 146 Modellrechnung

Bei Verträgen mit Überschussbeteiligung hat der Versicherungsnehmer regelmäßig ein erhebliches Interesse daran, schon bei der Vertragsvorbereitung zu erfahren, welche Leistungen er vom Versicherer über die garantierten Leistungen hinaus erhalten wird. Auch der Versicherer und ein von ihm eingeschalteter Vermittler hat ein Interesse an einer derartigen Information, da er damit die Leistungsfähigkeit seines Angebots gegenüber anderen Versiche-

ren und im Vergleich zu anderen Finanzdienstleistungen herausstellen wird. Deshalb geben die Versicherer den Interessenten in vielen Fällen eine Beispielrechnung, die bisher ohne gesetzliche Regelung ist.

Um die mit solchen Beispielrechnungen verbundenen Missbrauchsgefahren zu verhindern, sieht § 146 E zum Schutze der Versicherungsnehmer Bestimmungen für den Fall vor, dass der Versicherer im Zusammenhang mit dem Angebot oder Abschluss einer Lebensversicherung Beispielrechnungen oder vergleichbare Angaben gegenüber dem Versicherungsnehmer verwendet. Zu den allgemeinen Erwägungen der neuen Regelung vgl. Ziff. 1.3.2.1.5.3.

Absatz 1

Der Versicherer ist verpflichtet, dem Versicherungsnehmer eine normierte Modellrechnung zu übergeben, sofern er von sich aus oder auf Nachfrage des Interessenten bezifferte Angaben über die möglichen Auswirkungen der Überschussbeteiligung auf die tatsächliche Gesamtleistung macht.

Dabei soll die mögliche Ablaufleistung des Vertrags unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen für die Prämienkalkulation mit drei verschiedenen Zinssätzen dargestellt werden. Auch dann ist zwar eine Fehlinformation des Versicherungsnehmers durch zusätzliche unternehmensindividuelle Beispielrechnungen und Prognoseangaben nicht ausgeschlossen, aber er hat wenigstens eine vertretbare Berechnung der möglichen Entwicklung der Ablaufleistung, der wichtigsten Versicherungsleistung; dabei wird diese Berechnung von allen Versicherern auf einheitlichen und vertretbaren Zinsgrundlagen zu erstellen sein.

Als mittlerer Zinssatz für die Modellrechnung wird der jeweils geltende Höchstrechnungszinssatz multipliziert mit dem Faktor 1,67 vorgesehen. Damit wird als Ausgangspunkt derjenige Zinssatz gewählt, der jeweils durch Verordnung bereits festgelegt ist und nur in größeren Abständen geändert wird (bis 31. Dezember 2003 3,25%; ab 1. Januar 2004 2,75 % - vgl. § 2 Abs. 1 DeckRV in der jeweils geltenden Fassung). Dabei geht der Verordnungsgeber von der Umlaufrendite der Staatspapiere aus, muss aber einen Sicherheitsabschlag von (mindestens) 40% vornehmen, da der Höchstrechnungszinssatz 60% der Umlaufrendite der Staatspapiere nicht überschreiten darf (§ 65 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 VAG). Multipliziert man den jeweils durch Verordnung festgelegten Höchstrechnungszinssatz mit dem Faktor 1,67, so kommt man deshalb zu dem einigermaßen wirklichkeitsnahen aktuellen Kapitalmarktzins, von dem der Verordnungsgeber bei der Festlegung des letzten Höchstrechnungszinssatzes ausgegangen ist. So wird nicht nur zusätzlicher Verwaltungsaufwand vermieden, sondern auch ausgeschlossen, dass der Versicherungsnehmer einen amtlich für die Modellrechnung

gesondert veröffentlichten Zinssatz als sichere Grundlage für seine Entscheidung ansehen könnte.

Einer bei den Versicherern bereits weit verbreiteten Praxis entsprechend soll die Modellrechnung nicht allein auf der Basis dieses mittleren Zinssatzes erstellt werden. Dazu ist selbst dieser Zinssatz als Prognosewert zu unsicher. Die Ablaufleistung soll in gleicher Weise auch mit einem um einen Prozentpunkt höheren und mit einem um einen Prozentpunkt niedrigeren Zinssatz gerechnet werden. Damit erhält der Versicherungsnehmer drei unterschiedliche Werte für die mögliche Ablaufleistung. Schon dies allein wird ein deutlicher Hinweis sein, dass die tatsächliche Ablaufleistung unsicher und nicht annähernd sicher vorhersehbar ist. Außerdem werden die möglichen Ablaufleistungen, gerechnet mit den drei nur jeweils um einen Prozentpunkt unterschiedlichen Zinssätzen, so erheblich unterschiedlich ausfallen, dass sich dem Versicherungsnehmer allein schon dadurch die Unsicherheit aller derartigen Rechnungen aufdrängen muss.

Absatz 2

Modellrechnungen im Sinne des Absatzes 1 kommen nur bei Verträgen in Betracht, bei denen die Überschussbeteiligung erhebliches wirtschaftliches Gewicht hat. Daher werden in Absatz 2 bloße Risikoversicherungen sowie die in § 54b Abs. 1 und 2 VAG erfassten Verträge von der Anwendung des § 146 E ausgenommen.

Absatz 3

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch eine konkrete Modellrechnung der in § 146 Abs. 1 E beschriebenen Art bei manchen Versicherungsnehmern den falschen Eindruck erweckt, sie könnten sich auf Versicherungsleistungen in der so berechneten Höhe verlassen. Daher wird der Versicherer verpflichtet, mit der Modellrechnung die in § 146 Abs. 3 E vorgesehenen Erläuterungen zu verbinden.

Zu § 147 Jährliche Unterrichtung

Mit der neuen Regelung des § 147 E wird für überschussberechtigte Verträge eine jährliche Unterrichtung vorgeschrieben und deren Mindestinhalt festgelegt. Zu den allgemeinen Erwägungen vgl. Ziff. 1.3.2.1.5.4.

Absatz 1

Der Versicherer ist bei Versicherungen mit Überschussbeteiligung verpflichtet, den Versicherungsnehmer jährlich in Textform über die tatsächliche Entwicklung seiner Ansprüche unter Einbeziehung der Überschussbeteiligung zu unterrichten. Hierbei hat der Versicherer Angaben über die Todesfalleistung, den Rückkaufswert, den erreichten Stand der Erlebensfalleistung und die prämienfreie Versicherungssumme zu machen. Stichtag für alle Angaben ist das Ende des letzten abgelaufenen Versicherungsjahres. Der Zeitpunkt der Unterrichtung innerhalb des Versicherungsjahres wird nicht festgelegt. Der Versicherer kann also zum Jahresanfang unterrichten oder diese Angaben mit der jährlichen Mitteilung über die Zuteilung der laufenden Überschussbeteiligung verbinden.

Absatz 2

Auch nach der Neuregelung des § 146 E werden Versicherer dem Versicherungsnehmer bei den Vertragsverhandlungen neben der normierten Modellrechnung eigene Beispielrechnungen für die möglicherweise zu erwartende Versicherungsleistung einschließlich Überschussbeteiligung oder vergleichbare bezifferte Angaben vorlegen. Für diesen Fall wird der Versicherer nach Absatz 2 verpflichtet, zusammen mit der Unterrichtung nach Absatz 1 auf Abweichungen der tatsächlichen Entwicklung des Versicherungsschutzes von den Angaben bei Vertragschluss hinzuweisen.

Zu § 148 Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 161 VVG. Auf diese Regelung kann nicht verzichtet werden, da Lebensversicherungen auf den Tod eines anderen (vgl. auch § 142 Abs. 1 E) regelmäßig nicht „auf fremde Rechnung“ im Sinne der Vorschriften der §§ 46 ff. E abgeschlossen werden, so dass insoweit § 50 Abs. 1 E nicht anwendbar ist.

Zu § 149 Unrichtige Altersangabe

§ 162 VVG regelt bisher nur den Fall, dass das Alter der versicherten Person zu niedrig angegeben worden ist. Der seltene Fall einer zu hohen Altersangabe ist unregelt, so dass sich weder die Prämie nachträglich ermäßigt noch die Versicherungsleistung erhöht, wenn der Fehler entdeckt wird. Diese Einseitigkeit der Regelung ist unangemessen. Deshalb soll die Vorschrift insgesamt neu gefasst werden und auch eine zu hohe Altersangabe umfassen.

Zu § 150 Anzeigepflichtverletzung

Die Regelung des § 163 VVG wird auf alle Rechte, die dem Versicherer nach § 21 Abs. 2 bis 4 E wegen einer Verletzung der Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers zustehen können, erstreckt.

Die in § 163 VVG enthaltene gesetzliche Ausschlussfrist von 10 Jahren wird schon bisher in der Lebensversicherung durch AVB üblicherweise auf drei Jahre verkürzt. In den AVB der Berufsunfähigkeitsversicherung finden sich allerdings auch längere Fristen von z.B. fünf Jahren; dies beruht auf Besonderheiten dieser Versicherungsart. Da vielfach Versicherungen angeboten werden, die Elemente von Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung kombinieren, sind unterschiedliche gesetzliche Fristen für die beiden Versicherungsarten nicht möglich. Deshalb wird die Frist einheitlich für die Lebensversicherung und für die Berufsunfähigkeitsversicherung auf fünf Jahre reduziert. Die Vereinbarung kürzerer Fristen - auch durch AVB - wird damit in der Lebensversicherung nicht ausgeschlossen.

Zu § 151 Gefahränderung

Absatz 1 und 3

Durch § 164a VVG ist bisher die Anwendung des § 41a VVG in der Lebensversicherung ausgeschlossen. Deshalb kann der Versicherungsnehmer in keinem Fall die Herabsetzung der vereinbarten Prämie mit der Begründung verlangen, es sei eine Gefahrminderung eingetreten. Die dafür geltend gemachten Gründe können angesichts der Tatsache, dass § 164 VVG eingeschränkt die Prämienhöhung wegen einer Gefahrerhöhung zulässt, nicht überzeugen. Deshalb werden die Gefahrerhöhung und die Gefahrminderung gleichgestellt.

Beide Fallgruppen sind in der Lebensversicherung nur unsicher abzugrenzen. Deshalb muss bereits bei Vertragsschluss festgelegt werden, welche Änderung der Gefahrumstände zu einer Änderung der Prämie führen soll. Alle nicht ausdrücklich genannten Umstände bleiben außer Betracht. Hat der Versicherungsnehmer einen besonders unfallträchtigen Beruf, wird der Versicherer einen Zuschlag verlangen; es liegt dann nahe zu vereinbaren, dass dieser Zuschlag entfällt, wenn der Versicherungsnehmer diesen Beruf nicht mehr ausübt. Ist der Beruf dagegen mit einem erheblich erhöhten Risiko von Berufskrankheiten verbunden, die auch nach dem Ende der Berufsausübung noch ausbrechen können, wird der Versicherer auf den Zuschlag nach dem Ende der Berufsausübung nicht verzichten wollen. Dies kann auch bei Zuschlägen gelten, die der Versicherer wegen einer latenten Gesundheitsgefähr-

dung z.B. durch Übergewicht verlangt; diese Gefährdung entfällt nicht schon deswegen, weil der Versicherungsnehmer zu einem bestimmten Zeitpunkt kein Übergewicht mehr hat. Deswegen müssen die Voraussetzungen einer Prämienerrhöhung und -herabsetzung im Vertrag bereits ausdrücklich festgelegt werden, wenn sich der Versicherer oder der Versicherungsnehmer darauf später berufen will.

Absatz 2

Die Verkürzung der Ausschlussfrist in Absatz 2 Satz 1 von bisher 10 Jahren auf fünf Jahre beruht auf den zu § 150 E wiedergegebenen Überlegungen. Satz 2 entspricht dem bisherigen § 164 Abs. 2 Satz 2 VVG.

Zu § 152 Bezugsberechtigung

Mit § 152 E wird die bisherige Vorschrift des § 166 VVG im Grundsatz übernommen. Allerdings wird sie auf alle Lebensversicherungen erstreckt, da nicht nur Kapitallebensversicherungen eine Bezugsberechtigung vorsehen.

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 166 Abs. 1 VVG, dessen Satz 2 gestrichen wird, da seine Regelung bereits in dem übernommenen Satz 1 eingeschlossen ist .

Absatz 2 und 3

In Absatz 2 wird die Regelung, dass der als bezugsberechtigt bezeichnete Dritte das Recht auf die Leistung im Zweifel erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles erwirbt, auf die Fälle beschränkt, in denen sich der Versicherungsnehmer den Widerruf vorbehalten hat. Erfolgt dagegen die Benennung des Bezugsberechtigten unwiderruflich, soll dieser nach Absatz 3 das Recht auf die Leistung im Zweifel schon von Anfang an erwerben. Damit werden Fälle erfasst, in denen der Versicherungsnehmer den Bezugsberechtigten - möglicherweise schon beim Abschluss des Vertrags - endgültig sichern will, indem er auf seine normalerweise bestehende Widerrufsmöglichkeit verzichtet. In dem Vertrag kann aber auch bei der Unwiderruflichkeit der Bezugsberechtigung etwas anderes vereinbart werden.

Zu § 153 Auslegung der Bezugsberechtigung

Mit § 153 E wird die bisherige Vorschrift des § 167 VVG im Grundsatz übernommen. Allerdings wird sie auf alle Lebensversicherungen erstreckt, da nicht nur Kapitallebensversicherungen eine Bezugsberechtigung vorsehen. Die bisherige Vorschrift des § 168 VVG wird als Absatz 3 integriert.

Zu § 154 Selbsttötung

Absatz 1 und 2

Im Interesse der hinterbliebenen Angehörigen wird die Ausschlussfrist nach § 169 Satz 1 VVG auf drei Jahre verkürzt. Dies entspricht einer verbreiteten Praxis der Lebensversicherer in ihren AVB. Allerdings soll es zulässig bleiben, durch Einzelvereinbarung, also nicht durch AVB, die Ausschlussfrist über drei Jahre hinaus zu verlängern, sie zu verkürzen oder ganz darauf zu verzichten. Damit soll dem Versicherer ein Handlungsspielraum in Sonderfällen mit sehr hohen Versicherungssummen erhalten bleiben.

Die Vorschrift ist auch anwendbar, wenn der Vertrag nicht nur für den Todesfall Versicherungsleistungen vorsieht.

Absatz 3

Die Vorschrift stimmt inhaltlich mit § 176 Abs. 2 Satz 1 VVG überein. Sie ist wie bisher halbzwingend (vgl. § 163 E).

Zu § 155 Tötung durch Leistungsberechtigten

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 170 VVG.

Zu § 156 Prämien- und Leistungsänderung

Absatz 1

§ 156 E sieht das Recht des Versicherers zur Neufestsetzung der Prämie vor, ohne eine entsprechende vertragliche Anpassungsklausel vorauszusetzen. Damit werden solche Klauseln in anderen Fällen nicht ausgeschlossen, sie unterliegen jedoch der allgemeinen Kon-

trolle nach §§ 305 ff. BGB. Dies entspricht der bisherigen Regelung des § 172 VVG. Eine inhaltliche Änderung der Voraussetzungen für die Neufestsetzung der Prämie ist nicht vorgesehen; die Änderungen im Wortlaut des § 156 E dienen lediglich der Verdeutlichung. Allerdings wird durch Satz 2 eine Neufestsetzung ausgeschlossen, soweit die bisherige Prämie erkennbar unzureichend kalkuliert worden ist. Damit wird die für die Krankenversicherung geltende Regelung des § 12b Abs. 2 Satz 4 VAG, auf die § 195 Abs. 2 Satz 4 E verweist, auch für die Lebensversicherung übernommen. Wenn und soweit die ungünstige Risikoentwicklung schon bei Vertragschluss abschätzbar war, vom Versicherer aber nur unzureichend berücksichtigt worden ist, soll dieser die Nachteile nicht auf die Versicherungsnehmer abwälzen können.

Schon nach dem bisherigen § 172 Abs. 1 Satz 1 VVG hat ein unabhängiger Treuhänder die Angemessenheit der Änderung, d. h. insbesondere der neuen Prämie zu prüfen und zu bestätigen. Da der Treuhänder auf die Prüfung der gesetzlichen Voraussetzungen beschränkt sein muss, also nicht wie eine Verwaltungsbehörde ein eigenes Ermessen ausüben kann, handelt es sich bei der Angemessenheit um eine ungeschriebene Voraussetzung; sie ersetzt das billige Ermessen, das der Versicherer einhalten müsste, wenn er die neue Prämie nach § 315 BGB festsetzen könnte. Dies wird durch die Aufnahme der Angemessenheit als ausdrückliche Voraussetzung in § 156 Abs. 1 Nr. 2 E nunmehr klargestellt.

Absatz 2

Durch § 156 Abs. 2 E wird eine Lücke der bisherigen Regelung geschlossen. Besteht eine prämienfreie Versicherung, ist eine Prämienerrhöhung durch einseitige Erklärung des Versicherers nicht möglich. Daher tritt an deren Stelle die Herabsetzung der Versicherungsleistung. Dadurch wird eine nach der Leistungsherabsetzung getroffene Einzelvereinbarung, in der die Vertragsparteien die ungekürzte Leistung gegen eine neu aufzunehmende Prämienzahlung aufrechterhalten, nicht ausgeschlossen.

Absatz 3

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 172 Abs. 3 Satz 1 VVG.

Absatz 4

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 172 Abs. 1 Satz 3 VVG.

Zu § 157 Bedingungsanpassung

Der Entwurf sieht in § 16 E für alle Versicherungsverträge die Möglichkeit vor, dass der Versicherer eine unwirksame Bestimmung in AVB einseitig ersetzen kann. Es ist deshalb nicht erforderlich, die auf die Lebensversicherung beschränkte Sonderregelung des § 172 Abs. 2 VVG beizubehalten. Allerdings wird es gerade in diesem Bereich manchmal erforderlich sein zu klären, welche Regelung an die Stelle einer unwirksamen Klausel tritt; weder die einvernehmliche Vertragsergänzung noch die Kündigung der Verträge durch den Versicherer ist ein gangbarer Weg.

Die allgemeine Regelung des § 16 E stellt klare Regeln für die einzelnen Schritte der Anpassung auf. Ob sie im Ergebnis von der bisherigen Regelung für die Lebensversicherung abweicht, hängt von der Auslegung des § 172 Abs. 2 VVG ab. Diese Vorschrift bestimmt selbst nur die Voraussetzungen der Anpassung (Unwirksamkeit, Notwendigkeit einer Ergänzung), nicht aber den für die neue Klausel geltenden Maßstab. Dieser ist allenfalls dem entsprechend anzuwendenden § 172 Abs. 1 VVG zu entnehmen. Das stößt aber auf Schwierigkeiten, weil sich diese Vorschrift mit einem ganz anderen Problem, der Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der Verträge durch zu niedrige Prämien, befasst; diese grundlegende Voraussetzung der Neufestsetzung der Prämie wird bei einer unwirksamen AVB-Klausel kaum vorliegen.

Da bei der Lebensversicherung für die Prämienanpassung nach § 156 E wie bisher die Mitwirkung eines unabhängigen Treuhänders vorgesehen ist, schreibt § 157 E den Treuhänder auch bei der Bedingungsanpassung vor. Die an die Stelle der unwirksamen Bedingung tretende neue, vom Versicherer formulierte Bedingung wird nur wirksam, wenn der Treuhänder bestätigt, dass die Voraussetzungen nach § 16 Abs. 2 E erfüllt sind; damit bezieht sich die Mitwirkung des Treuhänders sowohl auf die Voraussetzungen der Bedingungsanpassung als auch auf den Inhalt der neuen Bedingung. Die umfassende gerichtliche Kontrolle wird durch die Einschaltung des Treuhänders nicht eingeschränkt; allerdings kann erwartet werden, dass die Zahl der rechtsfehlerhaften Anwendungen des § 16 E in der Lebensversicherung durch die Filterfunktion des Treuhänders reduziert wird; insoweit gelten die gleichen Überlegungen wie zur Krankenversicherung (vgl. Ziff. 1.3.2.4.5.10).

Zu § 158 Prämienfreie Versicherung

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 174 Abs. 1 VVG.

Absatz 2

In Absatz 2 wird für die Berechnung der prämienfreien Versicherungsleistung ergänzend auf § 161 Abs. 3 bis 5 E verwiesen, um den Gleichlauf der Berechnung mit dem Rückkaufswert im Falle der Kündigung sicherzustellen.

Absatz 3

Mit Absatz 3 Satz 2 wird lediglich klar gestellt, dass bereits begründete Ansprüche des Versicherungsnehmers aus einer Überschussbeteiligung durch die Umwandlung nicht berührt werden (vgl. auch § 161 Abs. 6 E).

Zu § 159 Kündigung des Versicherers

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert die Regelung des § 175 VVG, erstreckt aber Absatz 1 auf alle Fälle der Kündigung des Versicherers.

Zu § 160 Kündigung des Versicherungsnehmers

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 165 VVG.

Zu § 161 Rückkaufswert

Die Regelung des Rückkaufswertes weicht erheblich von dem bisherigen § 176 VVG ab. Zu den allgemeinen Erwägungen vgl. Ziff. 1.3.2.1.4.

Absatz 1

Die Vorschrift beschränkt den Anwendungsbereich gegenüber § 176 VVG in zweifacher Weise. Zunächst werden die Fälle der Kündigung durch den Versicherer ausgeklammert, weil insoweit ausschließlich die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung nach § 159 E vorgesehen ist. Außerdem werden aber auch die Fälle des Rücktrittes und der Anfechtung durch den Versicherungsnehmer durch § 161 E nicht mehr geregelt. Dies hat zur Folge, dass

sich die Abwicklung des Vertrags nach allgemeinem Recht richtet; der Versicherungsnehmer kann also nicht nur den Rückkaufswert, sondern unter Umständen alle bisher bezahlten Prämien einschließlich Zinsen verlangen. Dies ist grundsätzlich gerechtfertigt, weil der Versicherer in diesen Fällen Anlass zum Rücktritt oder zur Anfechtung gegeben hat; für eine Privilegierung im Verhältnis zum allgemeinen Vertragsrecht besteht kein Anlass.

Absatz 2

Die Vorschrift beschränkt den Anspruch auf Auszahlung des Rückkaufswertes in den Ausnahmefällen, in denen der nach Absatz 3 bis 5 mit dem Deckungskapital berechnete Rückkaufswert höher ist als die Versicherungsleistung zum Zeitpunkt der Kündigung. Ein solcher Fall liegt vor, wenn das Deckungskapital für eine vereinbarte lebenslange Rente höher ist als die vereinbarte Rückzahlung aller Prämien im Todesfall vor Beginn der Rentenzahlung.

Absatz 3

Die in Absatz 3 vorgesehene Sonderregelung, dass mindestens die Hälfte des ungezillmernten Deckungskapitals als Rückkaufswert ausbezahlt ist, wird auf die Fälle der Kündigung des Versicherungsvertrags beschränkt. Dabei wird die Kündigung durch den Versicherer wegen der Bezugnahme in § 158 Abs. 2 E (auch in Verbindung mit § 159 Abs. 1 E) ebenso erfasst wie die Kündigung durch den Versicherungsnehmer; beide Kündigungen beruhen nämlich oft auf dem Umstand, dass der Versicherungsnehmer die weiteren Prämien nicht mehr zahlen kann. Dagegen besteht kein Anlass, die Sonderregelung auch auf die Fälle des Rücktritts und der Anfechtung durch den Versicherer zu erstrecken, da hierbei immer ein Fehlverhalten des Versicherungsnehmers vorliegen wird.

Absatz 4

Für fondsgebundene Versicherungen und andere in § 54b VAG geregelte Verträge verbleibt es bei der bisherigen Regelung des § 176 Abs. 3 VVG. Zusätzlich enthält Satz 2 die Verpflichtung, im Vertrag die Grundsätze der Berechnung anzugeben.

Absatz 5

Satz 1 enthält zusätzlich zu § 176 Abs. 4 VVG das Erfordernis, den Abzug zu beziffern. Neu ist der Ausschluss eines Abzugs nach Satz 2 (vgl. hierzu Ziff. 1.3.2.1.4.2).

Absatz 6

Die Vorschrift stellt lediglich klar, dass bereits erworbene Ansprüche des Versicherungsnehmers aus einer vereinbarten Überschussbeteiligung durch die Kündigung nicht in Frage gestellt werden. Das gilt zunächst für die während der Vertragszeit bereits zugeteilten laufen-

den Überschussanteile, die nach dem Vertrag angesammelt und zusammen mit der Versicherungsleistung ausgezahlt werden sollen. Wenn die zugeteilten Überschussanteile zur Erhöhung der Versicherungssumme verwendet worden sind, erfolgt ihre Berücksichtigung allerdings schon bei dem nach Absatz 3 auszahlenden Deckungskapital. Hinsichtlich des Schlussüberschussanteils beschränkt sich der Auszahlungsanspruch des Versicherungsnehmers auf den Betrag, den der Versicherer für den Kündigungsfall zuletzt deklariert hat.

Zu § 162 Eintrittsrecht

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert § 177 VVG.

Zu § 163 Abweichende Vereinbarungen

Soweit die geltenden Vorschriften, wenn auch teilweise geändert, beibehalten werden, bleiben sie im bisherigen Umfang (vgl. § 178 VVG) halbzwingend. In Satz 2 wird neu die Möglichkeit aufgenommen, anstelle der Schriftform die Textform zu vereinbaren.

Zu § 164 Leistung des Versicherers

Absatz 1

Die Vorschrift umschreibt die für die Berufsunfähigkeitsversicherung typische Leistungspflicht des Versicherers.

Absatz 2

Die Vorschrift enthält eine Definition der Berufsunfähigkeit. Ausgangspunkt ist dabei nicht der erlernte Beruf oder die Tätigkeit zur Zeit des Vertragsschlusses, sondern es wird die berufliche Entwicklung des Versicherungsnehmers nach dem Vertragsschluss einbezogen. Zum einen kann heute auf Grund der veränderten Lebenswirklichkeit nicht davon ausgegangen werden, dass jemand bis zum Rentenalter in dem einmal erlernten Beruf weiterarbeitet. Zum anderen muss auch bei Tätigkeiten, die keinem bestimmten Lehrberuf entsprechen, eine Einkommenssicherung durch eine Berufsunfähigkeitsversicherung möglich sein.

Nur die Beeinträchtigung durch Krankheit, Unfall oder Kräfteverfall wird als Leistungsvoraussetzung berücksichtigt. Das normale altersbedingte Nachlassen der Kräfte des Versiche-

rungsnehmers und die sich daraus ergebenden Folgen für seine Berufsausübung sind nicht versichert, es sei denn, im Versicherungsvertrag ist eine andere Regelung getroffen worden. Entsprechend der bisherigen Vertragspraxis und Rechtsprechung wird vorausgesetzt, dass der Beruf voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausgeübt werden kann. Der Zeitpunkt, ab dem der Versicherer seine Leistungen – rückwirkend ab Eintritt der Berufsunfähigkeit, nach Anzeige der Berufsunfähigkeit oder erst nach einer bestimmten Mindestdauer der Beeinträchtigung – zu erbringen hat, ist durch den Versicherungsvertrag zu regeln. Ob der Versicherungsnehmer auf Dauer berufsunfähig ist, kann im Streitfall nur auf der Grundlage einer Prognose, die immer mit Unsicherheiten verbunden ist, festgestellt werden. Deshalb erleichtert § 2 Abs. 3 AVB BUZ 90 die Stellung des Versicherungsnehmers wesentlich dadurch, dass die Berufsunfähigkeit, wenn sie sechs Monate bestanden hat, als auf Dauer bestehend gilt. Der Entwurf übernimmt diese Fiktion trotzdem nicht als zwingende gesetzliche Regelung, da sie in der Regulierungspraxis bei positiver Wiederherstellungsprognose auch Nachteile für das zeitlich begrenzte Anerkenntnis haben kann. Auch auf eine entsprechende Vermutungsregelung wird verzichtet, da sie für den Versicherungsnehmer keinen wesentlichen Vorteil darstellen würde.

Absatz 3

Die Leistungspflicht des Versicherers wird in der Praxis häufig an die in Absatz 3 umschriebene weitere Voraussetzung geknüpft. Damit ist keine abschließende Regelung der Frage, ob der Versicherungsnehmer auf eine andere mögliche oder ausgeübte Tätigkeit verwiesen werden darf, verbunden. Die in den Versicherungsverträgen vorgesehenen Verweisungen führen in der Praxis zwar häufiger zu gerichtlichen Auseinandersetzungen und die Versicherer verwenden unterschiedliche AVB, die teils eine abstrakte oder konkrete Verweisungsmöglichkeit vorsehen und teils auf diese Möglichkeit ganz verzichten. Die Rechtssprechung hat aber zur Lösung von Problemfällen handhabbare und sachgerechte Grundsätze entwickelt. Zudem ist eine Beibehaltung der Produktivvielfalt wünschenswert, um dem unterschiedlichen Bedarf der Versicherungsnehmer gerecht zu werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Versicherungen mit Verweisungsmöglichkeiten zu niedrigeren Prämien angeboten werden können als solche ohne diese Möglichkeit.

Die Vereinbarung einer Umschulungs- oder Rehabilitationsobliegenheit muss auch weiterhin bestimmt genug und für den Versicherungsnehmer zumutbar sein. Hierbei handelt es sich jedoch um Fragen des allgemeinen Obliegenheitsrechtes. Einer besonderen Regelung für die Berufsunfähigkeitsversicherung bedarf es nicht.

Zu § 165 Anerkenntnis

Absatz 1

Eine relativ große Zahl von Streitfällen in der Berufsunfähigkeitsversicherung hat ihre Ursache u. a. darin, dass bei dauernder Berufsunfähigkeit hohe Versicherungsleistungen zu erbringen sind. Diese haben jedoch für den Versicherungsnehmer Lohnersatzfunktion und sollen alsbald nach Eintreten des Versicherungsfalles meist für den Lebensunterhalt oder zur Bezahlung einer Ersatzkraft zur Verfügung stehen. Daraus folgt ein schützenswertes Interesse, dass sich der Versicherer möglichst bald und für längere Zeit bindend erklärt, damit der Versicherungsnehmer diese wiederkehrenden Leistungen in seine Zukunftsplanung einbeziehen kann. Daher sieht der Entwurf in § 165 Abs. 1 die Verpflichtung des Versicherers vor, zu erklären, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt. Hinsichtlich des Zeitpunktes, in dem sich der Versicherer erklären muss, bedarf es keiner besonderen Regelung, da insoweit die Fälligkeitsvorschrift des § 14 E ausreicht.

Der Versicherer kann nach Absatz 1 ein Anerkenntnis verweigern, wenn er der Auffassung ist, die Berufsunfähigkeit sei nicht erwiesen. Auch kann er ein Anerkenntnis sachlich einschränken, indem er seine Leistungspflicht zunächst grundsätzlich anerkennt, sich aber eine Überprüfung, ob der Versicherungsnehmer auf eine andere Tätigkeit verwiesen werden kann, vorbehält.

Der Versicherer darf sein Anerkenntnis auch zeitlich begrenzen. Die Praxis hat gezeigt, dass aus der Sicht beider Vertragsparteien ein Bedürfnis besteht, in zweifelhaften Fällen bis zu einer abschließenden Klärung zunächst eine vorläufige Entscheidung zu ermöglichen. Die Laufzeit der zeitlich beschränkten Zusage braucht nicht geregelt zu werden, da der Versicherer für die zugesagte Dauer gebunden ist (§ 165 Abs. 2 Satz 2 E). Es liegt daher in seinem eigenen Interesse, die Gültigkeit der Zusage nicht unangemessen lange auszuweiten.

Absatz 2

Um zu verhindern, dass der Versicherer sich einem dauernden Anerkenntnis durch mehrere aufeinander folgende, zeitlich begrenzte Leistungszusagen entzieht, kann das Anerkenntnis nur einmal zeitlich begrenzt werden (Satz 1). Von dieser Regelung darf im Versicherungsvertrag nicht abgewichen werden, auch nicht durch Einzelabrede (vgl. § 167 E). Dies schließt nicht aus, dass die Vertragsparteien nach dem Versicherungsfall zur vorläufigen Beilegung eines Streites über die vom Versicherungsnehmer geltend gemachte Berufsunfähigkeit eine Vereinbarung über zunächst wiederum zeitlich begrenzte Leistungen des Versicherers treffen. Würde eine solche Abrede nicht zugelassen, müsste der Versicherungsnehmer seinen

Anspruch gerichtlich geltend machen; diesen Weg kann er auch gehen, indem er seine Zustimmung zu einer erneuten zeitlich begrenzten Leistungsvereinbarung verweigert und auf einer unbefristeten Erklärung des Versicherers besteht.

Ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis ist nach Satz 2 für seine Dauer bindend. Damit ist insoweit das in § 166 E vorgesehene Nachprüfungsverfahren ausgeschlossen. Der Versicherer hat die Alternative, sich endgültig zu seiner Leistungspflicht zu erklären; bei einem unbefristeten Anerkenntnis hat er das Nachprüfungsverfahren zu Verfügung, um sich nachträglich von seiner Leistungspflicht zu befreien.

Zu § 166 Leistungsfreiheit nach Anerkenntnis

Absatz 1

Zum Schutz des Versicherungsnehmers ist es erforderlich, dass sich der Versicherer von einer Leistungszusage nur unter bestimmten Voraussetzungen lösen kann. Dies entspricht auch der derzeitigen Rechtslage auf der Grundlage des § 7 AVB BUZ 90: Voraussetzung ist eine Änderung der tatsächlichen, für die Beurteilung der Leistungspflicht maßgebenden Umstände. Eine nur von der ersten Entscheidung abweichende Beurteilung und Bewertung der Tatsachen genügt nicht. Um den Versicherungsnehmer in die Lage zu versetzen, die Entscheidung des Versicherers zur Änderung seiner Leistung nachzuprüfen, muss ihm dieser die Veränderung der Tatsachen unter Beifügung eventueller Unterlagen darlegen.

Die Regelung des § 166 E schließt die Anwendung der §§ 21 ff. E sowie eine Anfechtung nach §§ 119 und 123 BGB sowohl des Anerkenntnisses als auch des Versicherungsvertrags nicht aus.

Absatz 2

Unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes ist eine gewisse Fortwirkung der Leistungszusage über den Zeitpunkt der Abänderungserklärung hinaus erforderlich, damit sich der Versicherungsnehmer auf den Wegfall der bisher erhaltenen laufenden Leistungen für seinen Lebensunterhalt einstellen kann. Daher tritt die Leistungsfreiheit nicht vor Ablauf des dritten Monats nach der Erklärung des Versicherers ein.

Zu § 167 Abweichende Vereinbarungen

Auch nach der Regelung des § 164 E werden die Voraussetzungen und der Umfang der Versicherungsleistungen durch den Vertrag und die AVB bestimmt. Daran muss festgehalten werden, um die Gestaltung der Versicherungsprodukte nicht festzulegen. Deswegen ist § 164 E nicht halbzwingend. Dagegen sollen von den Vorschriften der §§ 165 und 166 E, die eine Schutzfunktion für den Versicherungsnehmer haben, Abweichungen zu dessen Nachteil nicht zugelassen werden.

Die Regelung schließt nicht aus, dass die Vertragsparteien nach einem Versicherungsfall, also nach der Anzeige der Berufsunfähigkeit, Vereinbarungen darüber treffen, welche Leistungen der Versicherer zu erbringen hat. Deshalb bleibt es z. B. möglich, dass die Vertragsparteien im Streitfall einen Vergleich über die Höhe und über die Dauer der Leistungen schließen; dabei sind sie nicht an § 165 Abs. 2 Satz 1 E gebunden.

Zu § 168 Anzuwendende Vorschriften

Da die Berufsunfähigkeitsversicherung bisher nicht gesondert geregelt ist, werden die Vorschriften für die Lebensversicherung entsprechend angewendet. Dies soll nicht schon deswegen geändert werden, weil das neue Gesetz Regelungen für einige wichtige Einzelfragen dieses Versicherungszweigs enthält. Ergänzend bleiben also die Vorschriften für die Lebensversicherung insgesamt entsprechend anwendbar. Das gilt allerdings - wie bisher - nicht, soweit die Besonderheiten der Berufsunfähigkeitsversicherung dem entgegenstehen. Ein Beispiel für die Anwendbarkeit ist danach die Neufestsetzung der Prämie nach § 156 E. Ein Beispiel für die Unanwendbarkeit ist die Regelung des Rückkaufwertes nach § 161 E, da bei der Berufsunfähigkeitsversicherung der Eintritt des Versicherungsfalles ungewiss ist; etwas anderes gilt nur bei einer Versicherung mit Beitragsrückgewähr.

Ein Teil der entsprechend anzuwendenden Vorschriften ist für die Lebensversicherung nach § 163 E halbzwingend. Dies wird nicht auf die Berufsunfähigkeitsversicherung übertragen. Einerseits soll die Produktgestaltungsfreiheit der Versicherer nicht entsprechend eingeschränkt werden, da sich die Berufsunfähigkeitsversicherung noch stärker in der Entwicklung befindet. Andererseits bestehen rechtssystematische Bedenken dagegen, Vorschriften, deren Anwendbarkeit nur entsprechend und nur vorbehaltlich von nicht näher bestimmten Be-

sonderheiten der Berufsunfähigkeitsversicherung angeordnet wird, für halbzwingend zu erklären.

Zu § 169 Ähnliche Versicherungsverträge

Absatz 1

Die Vorschriften der §§ 156 bis 168 E sollen entsprechend auch für Versicherungsverträge gelten, durch die eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit abgesichert wird. Diese bisher kaum angebotene Versicherungsform ist eine Art „kleine Berufsunfähigkeitsversicherung“, die erst einsetzt, wenn der Versicherungsnehmer erwerbsunfähig wird. Wegen niedrigerer Prämien kann die Arbeitsunfähigkeitsversicherung in Zukunft größere Bedeutung erlangen. Bei ihr besteht hinsichtlich der für die Berufsunfähigkeitsversicherung geregelten Punkte dieselbe Interessenlage.

Durch die ausdrückliche Regelung für den Fall der dauernden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit wird die analoge Anwendung einzelner Vorschriften auf die Einkommensausfallversicherung und andere Versicherungen nicht ausgeschlossen.

Absatz 2

Auf die Krankenversicherung und auf die Unfallversicherung sind die Vorschriften der §§ 165 bis 167 E auch dann nicht anzuwenden, wenn sie Risiken der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit absichern. Insoweit gelten die besonderen Bestimmungen der §§ 184 ff. und 170 ff. E.

Zu § 170 Versicherte Person

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 179 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 VVG.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 179 Abs. 3 VVG und ergänzt damit für den Bereich der Unfallversicherung die allgemeinen Vorschriften der Versicherung für fremde Rechnung (§§ 46 ff. E). Die bisher in § 179 Abs. 2 Satz 2 VVG enthaltene Bestimmung über die entsprechende Anwendung der Vorschriften über die Fremdversi-

cherung entfällt, weil diese Vorschriften künftig auf alle Versicherungszweige unmittelbar anzuwenden sind.

Absatz 3

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 179 Abs. 4 VVG.

Zu § 171 Leistung des Versicherers

Absatz 1

Die Vorschrift beschreibt die wesentliche Verpflichtung des Versicherers bei Abschluss einer Unfallversicherung. Die Vorschrift berücksichtigt, dass über den eigentlichen Unfallbegriff hinaus, den Absatz 2 definiert, auch andere Ereignisse durch Vereinbarung einem Unfall gleichgestellt werden können, wie dies in den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen häufig für die „erhöhte Kraftanstrengung“ geschieht.

Absatz 2

Satz 1 definiert den Begriff des Unfalles im engeren Sinn. Der Rahmencharakter der Vorschrift schließt nicht aus, Risikoausschlussklauseln in AVB oder dem jeweiligen Individualvertrag vorzusehen. Insoweit enthält das Gesetz keine Änderung des bisher geltenden Rechtes. Das Merkmal der plötzlichen Einwirkung verdeutlicht in Übereinstimmung mit der bisherigen höchstrichterlichen Rechtsprechung, dass das den Versicherungsschutz auslösende Ereignis für den Versicherten unerwartet, überraschend und deshalb unentrinnbar eingetreten sein muss. Damit wird dem zeitlichen Element des Geschehens keine vorrangige oder ausschlaggebende Bedeutung beigemessen. Darüber hinaus muss es sich um eine unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigung handeln. Das bedeutet, dass der Versicherte gegen oder ohne seinen Willen zwar nicht notwendigerweise von dem von außen wirkenden Ereignis, wohl aber von der dadurch verursachten physischen oder psychischen Einbuße getroffen worden sein muss. Satz 2 übernimmt inhaltlich unverändert die bisher in § 180a Abs. 1 VVG enthaltene Vermutungsregel.

Zu § 172 Invalidität

Die abdingbare Vorschrift wird neu eingefügt. Sie enthält eine Auslegungsregel, die eingreift, wenn für den Fall der Invalidität Leistungen versprochen werden und der Versicherungsvertrag keine näheren Regelungen enthält. Unfallversicherungsverträge, die Leistungen an ei-

nen bestimmten Grad der Behinderung anknüpfen, werden von der Regelung daher nicht betroffen. In – teilweise älteren – Verträgen enthaltene abweichende Definitionen der Invalidität, die beispielsweise auf eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit abstellen, werden von der Vorschrift gleichfalls nicht erfasst; eine Veränderung der Leistungsvoraussetzungen mit Wirkung für bestehende Verträge ist nicht vorgesehen.

Satz 2 greift die in der Rechtsprechung durchweg vertretene Auslegung des Begriffes der Dauerhaftigkeit einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person auf. Die gesundheitliche Einbuße muss voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen und es darf kumulativ eine Änderung dieses Zustandes nicht erwartet werden.

Zu § 173 Gefahrerhöhung

Die Vorschrift wird neu eingefügt. Sie lehnt sich an die für die Lebensversicherung geltende Regelung des § 164 VVG (jetzt § 151 E) an und ändert die allgemeine Vorschrift des § 25 E teilweise ab.

Absatz 1

Nach dieser Vorschrift können – abgesehen von den Fällen der Arglist (Absatz 2 Satz 2) – Rechtsfolgen aus einer Gefahrerhöhung nur abgeleitet werden, wenn die Änderung bestimmter Gefahrumstände ausdrücklich und in Textform vereinbart worden ist. Von der Vorschrift kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden (vgl. § 183 E).

Absatz 2

Satz 1 lehnt sich an bisher üblicherweise verwendete Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB) an, die für den Fall des Berufswechsels – als dem in der Unfallversicherung wichtigsten Anwendungsfall der Gefahrerhöhung – die tarifliche Herabsetzung der Versicherungssummen vorsehen, und regelt als Rechtsfolge einer objektiv vorliegenden Gefahrerhöhung die tarifliche Reduktion der Versicherungsleistungen bei unveränderter Prämie. Das in den AUB vorgesehene Wahlrecht des Versicherungsnehmers, stattdessen die Versicherung mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem Beitrag fortzuführen, ist für ihn nicht nachteilig und daher auch im Hinblick auf § 183 E wirksam. Die Vorschrift setzt nicht voraus, dass der Versicherungsnehmer die Gefahrerhöhung schuldhaft nicht angezeigt hat. Für den umgekehrten Fall einer verminderten Gefahr besteht im Hinblick auf § 44 E kein

zusätzlicher Regelungsbedarf. Die AUB sehen für den Fall eines gefahrmindernden Berufswechsels das Recht des Versicherungsnehmers vor, bei unverändertem Beitrag höhere Versicherungssummen oder die bisherigen Versicherungssummen bei gesenktem Beitrag zu wählen; diese Vertragsgestaltungsfreiheit ist für ihn nicht nachteilig und soll erhalten bleiben. Nach Satz 2 bleiben dem Versicherer im Falle einer arglistig nicht angezeigten Gefahrerhöhung alle weitergehenden Rechte erhalten.

Zu § 174 Mitwirkende Ursachen

Die Vorschrift wird neu eingefügt. Sie übernimmt eine üblicherweise in den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen enthaltene Regelung. Sie bezweckt, die schon bisher geltende Beweislast festzuschreiben. Unfallversicherungen versprechen Leistungen für die durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen. Grundsätzlich ist es daher zwar Sache des Versicherungsnehmers darzulegen und zu beweisen, dass die konkrete Gesundheitsschädigung oder ihre Folge durch das versicherte Unfallereignis eingetreten ist. Häufig wirken aber vor dem Unfallereignis bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mit. Angesichts der Schwierigkeiten für einen Versicherungsnehmer, das Bestehen und den Umfang dieser Mitwirkung darzulegen und zu beweisen, und um einer damit verbundenen denkbaren Entwertung des Versicherungsschutzes vorzubeugen, erscheint es sachgerecht, die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen und ihr Ausmaß entsprechend der bisherigen Bedingungspraxis vom Versicherer darlegen und beweisen zu lassen. Die Vorschrift ist auf andere Tatbestände, die zu einer Verminderung der Versicherungsleistung führen, nicht anzuwenden.

Zu § 175 Herbeiführung des Versicherungsfalles

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 181 VVG.

Zu § 176 Abwendung und Minderung des Schadens

Die neu eingefügte Vorschrift ersetzt den bisherigen § 183 VVG. Die allgemeinen Vorschriften über die Rettungsobliegenheit erscheinen für die Unfallversicherung nicht angemessen. Soweit die Unfallversicherung nicht Schaden- sondern Summenversicherung ist, sind die nur für die Schadenversicherung geltenden §§ 84 und 85 E nicht anwendbar. Soweit die Unfall-

versicherung als Schadenversicherung ausgestaltet ist, schließt § 176 E die Anwendbarkeit der §§ 84 und 85 E aus. Der Ausschluss der §§ 84 und 85 E hindert den Versicherer allerdings nicht, Obliegenheiten zur Verminderung der Folgen eines Unfalles – im Rahmen der Zumutbarkeit – vertraglich zu vereinbaren.

Zu § 177 Bezugsberechtigung

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 180 VVG.

Zu § 178 Hinweispflicht des Versicherers

Die Vorschrift wird neu eingefügt. Satz 1 normiert eine Informationsobliegenheit des Versicherers über vertraglich – vornehmlich durch AVB – geregelte Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen sowie einzuhaltende Fristen. Satz 2 bestimmt als Rechtsfolge, dass sich der Versicherer im Falle einer Verletzung seiner Informationsobliegenheit auf eine verspätete Darlegung der Anspruchs- oder Fälligkeitsvoraussetzungen nicht berufen kann. Ist eine ärztliche Feststellung der Invalidität zu keinem Zeitpunkt erfolgt und hat der Versicherer die von ihm versprochene Leistung von ihr abhängig gemacht, so führt die Vorschrift nicht zu einer Veränderung der gegenwärtigen Rechtslage.

Zu § 179 Anerkenntnis

Die Vorschrift wird neu eingefügt.

Absatz 1

Die Vorschrift greift eine in den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen überwiegend enthaltene Regelung auf. Die Erklärungslast des Versicherers setzt voraus, dass die allgemeinen Voraussetzungen für die Fälligkeit der Versicherungsleistung erfüllt sind. Soweit nach einem Versicherungsfall umfangreichere Erhebungen des Versicherers erforderlich sind, verkürzt die Vorschrift die dem Versicherer gewährte Frist – der allgemeinen Regelung entsprechend – nicht.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt gleichfalls eine in der Bedingungspraxis überwiegend verwendete Regelung. Satz 2 führt eine Vorschusspflicht des Versicherers für den Fall ein, dass seine Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach feststeht. Die Höhe des Vorschusses bemisst sich nach demjenigen Betrag, den der Versicherer nach der zu diesem Zeitpunkt erkennbaren Sach- und Rechtslage mit Sicherheit zu leisten hat.

Zu § 180 Neubemessung der Invalidität

Die Vorschrift wird neu eingefügt. Sie berücksichtigt, dass in der Unfallversicherung einerseits ein Interesse des Versicherungsnehmers daran besteht, alsbald eine Invaliditätsleistung zu erhalten, andererseits die Einschätzung des Grades einer gesundheitlichen Beeinträchtigung einer versicherten Person jedenfalls innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach einem Unfallereignis schwanken kann.

Absatz 1

Satz 1 sieht – insoweit den seit langem verwendeten Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen folgend – vor, dass Versicherer und Versicherungsnehmer den Grad der Invalidität innerhalb einer Frist von drei Jahren nach dem Unfall neu bemessen lassen können. Satz 2 räumt in der Unfallversicherung von Kindern die Möglichkeit ein, diese Frist vertraglich zu verlängern. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die körperliche Entwicklung von Kindern in Abhängigkeit von ihrem Alter zum Zeitpunkt des Unfalles erst nach längerer Zeit als abgeschlossen gelten kann.

Absatz 2

Satz 1 bestimmt zum Schutz des Versicherungsnehmers, dass der Versicherer ihn über die ihm in der Regel unbekanntes Befugnis zur Neubemessung des Invaliditätsgrads unterrichtet. Satz 2 regelt die Rechtsfolge für den Fall, dass der Versicherer die vorgeschriebene Unterrichtung unterlässt.

Zu § 181 Sachverständigenverfahren, Schadenermittlungskosten

Die §§ 184 und 185 Abs. 1 VVG enthalten bisher für die Unfallversicherung Vorschriften über das Sachverständigenverfahren und die Erstattung von Ermittlungskosten. Künftig werden diese Fragen in den §§ 86 und 87 E allgemein für die Schadenversicherung geregelt, so

dass – soweit es sich um eine Summenversicherung handelt - deren entsprechende Anwendung vorgesehen werden kann. Liegt eine Schadenversicherung vor, so gelten die §§ 86 und 87 E unmittelbar.

Zu § 182 Pflichtversicherung

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert die bisherige Regelung des § 185 Abs. 2 in Verbindung mit § 158b Abs. 2 VVG.

Zu § 183 Abweichende Vereinbarungen

Die Vorschrift wird neu eingefügt. Sie übernimmt inhaltlich den bisherigen § 180a Abs. 2 VVG und erweitert die halbzwingenden Vorschriften um die §§ 173 und 178 bis 180 E.

Zu § 184 Versicherte Person

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178a Abs. 1 und 2 Satz 1 VVG.

Zu § 185 Anzuwendende Vorschriften

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt weitgehend unverändert den bisherigen § 178a Abs. 2 VVG. Satz 3 wird neu eingefügt. Diese Vorschrift stellt für den Fall der schuldlosen Anzeigepflichtverletzung den bisher geltenden Rechtszustand her; danach ist in diesem Fall sowohl die Kündigung durch den Versicherer als auch das Verlangen einer höheren Prämie ausgeschlossen (vgl. bisher § 178a Abs. 2 Satz 2 i.V.m. § 41 Abs. 1 und 2 VVG). Verletzt der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht mit einfacher Fahrlässigkeit, bleiben dem Krankenversicherer die allgemeinen Rechte nach § 21 E in vollem Umfang erhalten. Aufgrund der allgemeinen Vorschrift des § 23 Abs. 3 E zur Ausübung der Rechte nach § 21 E entfällt auch die für die Krankenversicherung getroffene Sonderregelung des § 178k VVG ersatzlos.

Absatz 2

Die Vorschrift ist neu. § 67 VVG, der den gesetzlichen Übergang von Ersatzansprüchen regelt, gilt grundsätzlich auch für die Krankenversicherung, soweit es sich nicht um eine Summenversicherung handelt (§ 178a Abs. 2 Satz 1 VVG). Auf den Bereicherungsanspruch auf Rückzahlung überhöhter Entgelte ist § 67 VVG (jetzt § 88 E) nicht anwendbar. Daher bedarf es einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung. Dabei ist die in § 88 Abs. 2 E eingeführte Mitwirkungspflicht des VN mit zu übernehmen. Da es sich um eine Spezialthematik der Krankenversicherung handelt, wird dieser Sonderfall in den Vorschriften über die Krankenversicherung geregelt. Nicht zu übernehmen ist § 88 Abs. 3 E, weil dessen Schutzgedanke nicht auf den Fall zu übertragen ist, dass die in häuslicher Gemeinschaft mit dem VN lebende Person mit diesem einen Behandlungsvertrag geschlossen hat.

Absatz 3

Die Vorschrift ist neu. Sie erklärt die allgemeinen Bestimmungen über die Versicherung für fremde Rechnung, von denen die Krankenversicherung bisher ausgenommen war, für anwendbar und regelt die für die Krankenversicherung notwendigen Modifizierungen.

Zu § 186 Leistung des Versicherers

Die Vorschrift beschreibt typische Leistungsversprechen der Kranken- und Pflegeversicherung. Um die Freiheit der Produktgestaltung nicht zu beschränken, sind die Regelungen abdingbar (vgl. § 201 E).

Absatz 1

Satz 1 übernimmt inhaltlich den bisherigen § 178b Abs. 1 VVG. Nach Satz 2 kann die Direktabrechnung des Versicherers mit den Leistungserbringern an die Stelle der bisher üblichen Erstattung der Aufwendungen des Versicherungsnehmers treten.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178b Abs. 2 VVG.

Absatz 3

Die Vorschrift ist neu. Satz 1 formuliert für Behandlungsumfang und sonstige Leistungen sowie deren Aufwendungen ein allgemeines Wirtschaftlichkeitsgebot, das nach herrschender Meinung bereits bisher galt, aber durch neuere Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs teilweise aufgegeben worden war. Mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht vereinbar sind so-

wohl die Übermaßbehandlung wie die Übermaßvergütung. Weil beide Sachverhalte in der Praxis teilweise ineinander übergehen und eine scharfe Begriffstrennung nicht immer möglich ist oder zumindest gekünstelt erscheint, präzisiert und konkretisiert Satz 2 die Voraussetzung der wirtschaftlichen Notwendigkeit.

Absatz 4

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178b Abs. 3 VVG.

Absatz 5

Die Vorschrift ist neu. Sie stellt klar, dass auch solche Tätigkeiten des Versicherers im Rahmen seines Leistungsmanagements Gegenstand einer Krankenversicherung sein können, die dem Service oder der Beratung und Unterstützung des Versicherungsnehmers im Zusammenhang mit der Erbringung versicherter Leistungen dienen. Einige dieser Nebenleistungen aus dem Versicherungsvertrag werden schon heute von Krankenversicherern erbracht. Da die Entwicklung weiter im Fluss ist, beschreibt die Vorschrift die inzwischen geäußerten Nebenleistungen; die Aufzählung ist daher nicht abschließend.

Absatz 6

Satz 1 übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 178b Abs. 4 VVG. Satz 2 erstreckt das durch Absatz 3 eingeführte Wirtschaftlichkeitsgebot auf die Pflegekostenversicherung.

Absatz 7

Die Vorschrift ist neu. In der gesetzlichen Pflegeversicherung nach dem SGB XI gilt für die soziale Pflegeversicherung und für die private Pflegeversicherung dasselbe Leistungsrecht. § 23 Abs. 6 Nr. 1 SGB XI verpflichtet das private Krankenversicherungsunternehmen, für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu den Pflegestufen dieselben Maßstäbe anzulegen wie in der sozialen Pflegeversicherung. Da hierdurch das private Pflegeversicherungsverhältnis inhaltlich ausgeformt wird, handelt es sich materiell um Versicherungsvertragsrecht, das rechtssystematisch seinen Standort im neuen Versicherungsvertragsgesetz haben muss. Absatz 7 nimmt diese inhaltliche Überführung in das Versicherungsvertragsgesetz vor.

Zu § 187 Versicherungsdauer

Die Vorschrift fasst unter weitgehender Übernahme des bisherigen § 178a Abs. 4 VVG sowie unter dessen Erweiterung die wichtigsten Vorschriften zur Versicherungsdauer und zulässig-

gen Befristung von Krankenversicherungsverträgen zusammen. Die weitere Befristungsmöglichkeit für Beihilfetarife wird wegen des Sachzusammenhanges in § 190 E geregelt. Die bisherige Vorschrift des § 178a Abs. 4 Satz 2 VVG wird gegenstandslos, weil der neu gefasste § 11 Abs. 4 E eine Mindestvertragsdauer von drei Jahren auch für die Krankenversicherung zulässt.

Absatz 1

Satz 1 übernimmt den bisherigen § 178a Abs. 4 Satz 1 VVG und ergänzt ihn in sachlicher Übereinstimmung mit Artikel 54 Abs. 2 Satz 1 der Richtlinie 92/49/EWG um die Legaldefinition der substitutiven Krankenversicherung. Der Grundsatz der Unbefristetheit der substitutiven Krankenversicherung gilt vorbehaltlich der in den Absätzen 2 bis 4 geregelten Ausnahmen. Satz 2 wird neu eingefügt und erstreckt den Grundsatz der Unbefristetheit auf die nicht substitutive Krankenversicherung, sofern bei dieser die Prämie nach Art der Lebensversicherung kalkuliert wird.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178a Abs. 4 Satz 3 VVG und erweitert die Befristungsmöglichkeit auf die Restschuldkrankenversicherung, die wegen ihrer Bindung an die Laufzeit des zugrundeliegenden Darlehens ihrer Natur nach nicht unbefristet vereinbart werden kann.

Absatz 3

Die Vorschrift ist neu. Sie ermöglicht Personen, die sich mit befristeter Aufenthaltserlaubnis in Deutschland aufhalten, eine substitutive Krankenversicherung abzuschließen, die nicht mit Alterungsrückstellungen kalkuliert ist und deren Laufzeit auf die Dauer der Aufenthaltserlaubnis abgestellt ist. Da solche Personen mit großer Sicherheit in überschaubarer Zeit wieder in ihr Heimatland zurückkehren, benötigen sie nur einen befristeten Krankenversicherungsschutz, der wegen des Fehlens des langfristigen Alterungsrisikos auch keiner Kalkulation mit Alterungsrückstellungen bedarf. Damit diese Vorschrift nicht zu Umgehungen missbraucht wird, begrenzt Satz 1 die Höchstdauer der Befristung auf fünf Jahre, wobei nach Satz 2 die Versicherungszeiten mehrerer aufeinander folgender Verträge zusammengerechnet werden, und zwar auch dann, wenn diese bei unterschiedlichen Versicherern bestanden. Die Versicherer werden im Antrag auf Abschluss eines solchen Krankenversicherungsvertrags daher stets ausdrücklich nach einer entsprechenden Vorversicherung fragen müssen. Die Einhaltung dieser Vorschriften ist gegebenenfalls durch Prüfungen der Versicherungsaufsicht zu überwachen.

Absatz 4

Die Vorschrift ist neu. Sie ermöglicht es in Satz 1, Krankentagegeldversicherungen auf die Vollendung des 65. Lebensjahres als den typischen Zeitpunkt für den Eintritt in den Ruhestand zu befristen. Da vor allem selbständig und freiberuflich Beschäftigte den Beginn des Ruhestandes nicht fest planen können, begründet Satz 2 Halbsatz 1 einen Anspruch des Versicherungsnehmers auf Abschluss einer unmittelbar anschließenden Krankentagegeldversicherung, die bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres befristet sein kann. Nach Satz 3 muss der Versicherer bei fristgerechter Antragstellung die erneute Krankentagegeldversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten abschließen. Nach Satz 5 kann der Versicherungsnehmer nach den gleichen Grundsätzen eine nochmalige Verlängerung der Krankentagegeldversicherung bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres abschließen.

Im Falle des erstmaligen Endes der befristeten Krankentagegeldversicherung nach Absatz 4 Satz 1 ist der Versicherer nach Satz 2 Halbsatz 2 verpflichtet, den Versicherungsnehmer auf den bevorstehenden Ablauf der Versicherung hinzuweisen, weil diesem die Tatsache der Befristung nach Ablauf von möglicherweise 30 und mehr Jahren seit Vertragsschluss nicht mehr bewusst ist. Rechtsdogmatisch ist dies eine eng auszulegende Ausnahme, die nur für diesen speziellen Fall gilt; denn generell trifft den Versicherer keine Pflicht, den Versicherungsnehmer ungefragt zu betreuen und ihn auf das bevorstehende Ende einer Versicherung hinzuweisen. Diese Ausnahme gilt daher auch nur für die erstmalige Beendigung zum 65. Lebensjahr; denn im Falle der nochmaligen Verlängerung bei Beendigung zum 70. Lebensjahr war dem Versicherungsnehmer die Tatsache der Befristung in jedem Fall bekannt. Erfüllt der Versicherer die Informationspflicht nicht, soll der Versicherungsnehmer nach Satz 4 Halbsatz 1 noch bis zum Ende des 66. Lebensjahres sein Recht auf Verlängerung wahren können, wobei allerdings wegen der naheliegenden Gefahr des Missbrauchs keine Rückwärtsversicherung auf den Zeitpunkt der Vollendung des 65. Lebensjahres, sondern nur ein materieller Versicherungsbeginn ab Antragstellung vorgesehen ist. Für einen zu diesem Zeitpunkt bereits eingetretenen Versicherungsfall besteht nach Satz 4 Halbsatz 2 kein Versicherungsschutz.

Absatz 5

Die Vorschrift ist neu. Sie stellt ausdrücklich klar, dass die befristet abschließbaren Krankentagegeldversicherungen nach den Absätzen 2 und 3 sowie die Krankentagegeldversicherungen, die sich nach Absatz 4 Satz 2 bis 5 an eine mit dem 65. Lebensjahr endende Versicherung anschließen, wegen des fehlenden Schutzzwecks nicht mit Alterungsrückstellungen kalkuliert werden müssen.

Zu § 188 Wartezeiten

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178c Abs. 1 VVG.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178c Abs. 2 VVG und erweitert die Anrechnung als Wartezeit in der privaten Pflegepflichtversicherung auf Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden. Diese Wartezeitanrechnung regelte bisher § 23 Abs. 6 Nr. 2 SGB XI; da es sich hierbei materiell um Versicherungsvertragsrecht handelt, ist diese Vorschrift in das neue Versicherungsvertragsgesetz zu übernehmen.

Zu § 189 Kindernachversicherung

Absatz 1 bis 3

Die Vorschriften übernehmen unverändert den bisherigen § 178d Abs. 1 bis 3 VVG.

Absatz 4

Die Vorschrift ist neu. Sie stellt zunächst klar, dass die Bestimmungen über die sogenannte Kindernachversicherung grundsätzlich auch auf die Auslands- und die Reisekrankenversicherung anzuwenden sind. Dies gilt dann jedoch nicht, wenn ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz besteht, weil insoweit kein Schutzbedürfnis vorhanden ist.

Zu § 190 Beihilfeempfänger

Die Vorschrift fasst alle Sonderregelungen für Beihilfeempfänger zusammen.

Absatz 1

Die Vorschrift ist neu. Sie stellt klar, dass diejenigen Beihilfeversicherungen, die nur für die Dauer der aktiven Dienstzeit benötigt werden, von vornherein als mit dem Eintritt in den Ruhestand endend und damit befristet abgeschlossen werden können. Die Zulässigkeit einer solchen Befristung war in der Vergangenheit streitig.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt im wesentlichen unverändert den bisherigen § 178e VVG. Satz 2 verlängert die vom Versicherungsnehmer einzuhaltende Frist für die Stellung des Antrags von zwei Monaten auf sechs Monate.

Zu § 191 Bereicherungsverbot

Die Vorschrift ist neu. Sie erweitert das bisher in § 55 VVG enthaltene und künftig in § 75 E geregelte dispositive Bereicherungsverbot für die Schadenversicherung und soll für eine typische Fallgestaltung in der Krankenversicherung sicherstellen, dass Erstattungsleistungen aus PKV und Beihilfe bzw. aus PKV und GKV zusammen die Gesamtkosten des Versicherten nicht übersteigen. Das Bereicherungsverbot bezieht sich nur auf Krankenversicherungen, die Schadenversicherung sind, und nicht auf Summenversicherungen.

Zu § 192 Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 178a Abs. 3 Satz 2 VVG.

Zu § 193 Herbeiführung des Versicherungsfalles

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178l VVG.

Zu § 194 Auskunftspflicht des Versicherers

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 178m VVG.

Zu § 195 Prämien- und Bedingungsanpassung

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178g Abs. 1 VVG inhaltlich unverändert. Satz 1 stellt die Kalkulationsart klar, die nach Art der Lebensversicherung, d.h. aufgrund biometrischer Rechnungsgrundlagen erfolgt. Die in Bezug genommenen Vorschriften des VAG ent-

halten Regelungen zur Berechnung der Prämie und zur Erhebung des gesetzlichen Beitragszuschlags. Über Absatz 1 werden die Bestimmungen der §§ 12 und 12a VAG versicherungsvertragsrechtlich wirksam. In § 178g Abs. 1 VVG bisher nicht in Bezug genommen wurde § 12e VAG, der die Erhebung des Beitragszuschlags für Altverträge regelt.

Absatz 2

Die Vorschrift erweitert die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer die Prämie neu festsetzen kann. In Satz 1 wird abweichend von § 178g Abs. 2 Satz 1 VVG nicht auf die Veränderung des Schadenbedarfes, sondern auf die Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Berechnungsgrundlage abgestellt. Satz 2 stellt in Übereinstimmung mit § 12b Abs. 2 Satz 3 VAG klar, dass auch in absoluten Beträgen festgelegte Selbstbehalte und Risikozuschläge bei entsprechender Vereinbarung geändert werden können. Satz 3 definiert abschließend die für das Auslösen einer Beitragsanpassung maßgeblichen Berechnungsgrundlagen. § 178g Abs. 2 VVG regelt bisher nicht, nach welchen Kriterien der Treuhänder die Berechnungsgrundlagen zu prüfen und die Beitragsanpassung zu genehmigen hat. Dies ist aber vertragsrechtlich relevant. Satz 4 bildet künftig den materiellen Kern des § 12b Abs. 1 bis 2b einschließlich der Ermächtigungsnorm des § 12c VAG im Vertragsrecht ab.

Absatz 3

Satz 1 übernimmt den bisherigen § 178g Abs. 3 Satz 1 VVG inhaltlich unverändert. Der Wortlaut wird vereinfacht, indem auf die in Absatz 1 enthaltene Definition der relevanten Versicherungsverhältnisse verwiesen wird. Satz 2 wird dem neuen § 16 E angepasst.

Absatz 4

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 178g Abs. 4 VVG.

Zu § 196 Tarifwechsel

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178f Abs. 1 VVG und ergänzt Satz 1 durch einen Verweis auf die aufsichtsrechtlichen Vorschriften, die das Nähere zur Gleichartigkeit der Tarife und der Anrechnung der Alterungsrückstellung regeln. Da diese Vorschriften auch vertragsrechtliche Wirkung im Rahmen des § 196 E entfalten, sind sie hier aufzunehmen.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178f Abs. 2 VVG.

Absatz 3

Die Vorschrift ist neu. Sie schließt das in Absatz 1 enthaltene Tarifwechselrecht in den Fällen einer Verschmelzung oder Bestandsübertragung für fünf Jahre aus, um den beteiligten Krankenversicherungsunternehmen die Möglichkeit zu geben, während dieser Zeit die Tarife gegebenenfalls zu sanieren und ihre Prämien so anzupassen, dass ein Tarifwechsel problemlos vollzogen werden kann. Der Ausschluss des Tarifwechselrechts bezieht sich nur auf diejenigen Tarife, die im Zeitpunkt der Verschmelzung oder Bestandsübertragung bestehen. Für nach diesem Zeitpunkt eingeführte neue Tarife gilt Absatz 1 unverändert.

Zu § 197 Kündigung des Versicherungsnehmers

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt unverändert den bisherigen § 178h Abs. 1 VVG.

Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178h Abs. 2 VVG. Satz 1 Halbsatz 1 erweitert den Anwendungsbereich der Vorschrift auf Anwartschaftsversicherungen, die für eine Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Pflegekrankenversicherung abgeschlossen worden sind. Satz 1 Halbsatz 2 führt eine Nachweispflicht für den Eintritt der Versicherungspflicht ein; die Vorschrift will damit größere Rechtssicherheit über die Wirksamkeit der Kündigung herbeiführen.

Absatz 3

Die Vorschrift ist neu. Sie ersetzt die bisherige Vorschrift des § 257 Abs. 2c SGB V, bei der es sich mit der Einräumung eines besonderen Kündigungsrechts um materielles Versicherungsvertragsrecht handelt. Dieses Kündigungsrecht hat – nachdem der frühere Termin 1. Juli 1994 jetzt keine Bedeutung mehr hat – noch für den Fall Sinn, dass ein Versicherer künftig die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2c SGB V verliert oder – im Falle einer Neugründung – von vornherein nicht erfüllt. Das Beendigungsrecht wird als echtes Kündigungsrecht mit Wirkung ex nunc ausgestaltet, sobald der Versicherungsnehmer davon erfährt bzw. Gebrauch machen will, und nicht als Beendigungsrecht, das auf den Zeitpunkt des Wegfalles der Voraussetzungen zurückwirkt.

Absatz 4 bis 6

Die Vorschriften übernehmen unverändert den bisherigen § 178h Abs. 3 bis 5 VVG.

Zu § 198 Rückkehr aus der GKV

Die Vorschrift ist neu. Sie übernimmt inhaltlich die bisherige Vorschrift des § 5 Abs. 10 SGB V. Bei dieser Vorschrift handelt es sich um Versicherungsvertragsrecht, das vollständig in das neue Versicherungsvertragsgesetz überführt wird. Dabei wird die Rechtssystematik des Versicherungsvertragsrechts berücksichtigt. Der Versicherer soll verpflichtet sein, den gekündigten Versicherungsvertrag wieder aufleben zu lassen, und zwar ohne erneute Risikoprüfung, zu gleichen Tarifbedingungen und unter Anrechnung der bisherigen Alterungsrückstellung. Dafür wird die Konstruktion der „Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses“ gewählt, wie sie auch in § 200 E gebraucht wird. Damit der Versicherer Klarheit gewinnt, ob das Versicherungsverhältnis wieder auflebt, muss der Versicherte eine rechtsgestaltende Erklärung abgeben. Hierfür muss aus Gründen der Rechtssicherheit und -klarheit eine Frist gesetzt werden; letzteres fehlt in § 5 Abs. 10 SGB V.

Zu § 199 Kündigung des Versicherers

Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt den bisherigen § 178i Abs. 1 VVG und stellt in Satz 1 ausdrücklich klar, dass der Ausschluss des Kündigungsrechts nach dieser Vorschrift sich auf die substitutive Krankenversicherung bezieht.

Absatz 2

Die Vorschrift ist neu. Für die nicht substitutive Krankenversicherung musste das Kündigungsrecht bisher vertraglich ausgeschlossen werden, wenn sie nach Art der Lebensversicherung betrieben wird (§ 12 Abs. 5 i.V.m. Abs. 1 Nr. 3 VAG). Wegen des übereinstimmenden Schutzzwecks wird das Kündigungsrecht insoweit auch ausdrücklich durch Gesetz ausgeschlossen.

Absatz 3 und 4

Die Vorschriften übernehmen unverändert den bisherigen § 178i Abs. 2 und 3 VVG.

Zu § 200 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Absatz 1 und 2

Die Vorschriften übernehmen unverändert den bisherigen § 178n VVG.

Absatz 3

Die Vorschrift ist neu. Sie erstreckt die ausnahmslose Portabilität eines in Deutschland abgeschlossenen Krankenversicherungsschutzes innerhalb der Europäischen Union auch auf den Fall, dass der Versicherte seinen Lebensmittelpunkt verlegt.

Zu § 201 Abweichende Vereinbarungen

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich den bisherigen § 178o VVG und erweitert die halbzwingenden Vorschriften um die neuen §§ 187 und 198 E. Nur aus Gründen sprachlicher Vereinfachung erstreckt sich § 201 E abweichend von der bisherigen Regelung auf § 195 E (= § 178g VVG) einschließlich seines Absatzes 4; eine materielle Änderung ist damit nicht verbunden, weil § 195 Abs. 4 E der Einzelvereinbarung Vorrang einräumt.

Zu § 202 Rückversicherung

Wie nach geltendem Recht (§ 186 VVG) bleibt die Rückversicherung vom Anwendungsbereich des neuen Versicherungsvertragsgesetzes ausgeklammert. Bei der Rückversicherung bestehen keine unmittelbaren Rechtsbeziehungen zwischen dem Versicherungsnehmer des Erstversicherers und dem Rückversicherer. Daher finden auch die bei der Reform des VVG zu berücksichtigenden EU-rechtlichen Vorschriften für Versicherungsverträge auf die Rückversicherung keine Anwendung.

Dagegen soll die Seeversicherung abweichend von § 186 VVG in den Anwendungsbereich des neuen Versicherungsvertragsgesetzes einbezogen werden (vgl. Ziff. 1.2.2.1.2.3).

Zu § 203 Großrisiken, laufende Versicherung

Die Ausnahme der Großrisiken von den Beschränkungen der Vertragsfreiheit entspricht dem bisherigen § 187 VVG. Die Vorschrift besagt, dass bei Großrisiken im Sinne des bisherigen Artikels 10 Abs. 1 EGVVG die Vertragspartner sowohl von den dem Schutz des Versicherungsnehmers dienenden halbzwingenden Regelungen (vgl. z. B. §§ 20, 35, 45, 50 Abs. 3, § 55 Abs. 5, § 89 und § 113 E) als auch von absolut zwingenden Bestimmungen, durch die bestimmte Vereinbarungen für unwirksam erklärt werden (z. B. § 106 E), abweichen können. § 203 E befreit die Vertragspartner nicht vom dem allgemeinen Verbot von Verträgen zu Lasten Dritter; die Vorschrift des § 99 E ist daher auch für Großrisiken zwingend.

Wie bisher unterliegt eine Klausel im AVB der Inhaltskontrolle nach §§ 307 ff. BGB; sie ist danach unwirksam, wenn sie mit wesentlichen Grundgedanken der Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes nicht zu vereinbaren ist.

Außer den Großrisiken, zu denen per se die Transportversicherung mit ihren verschiedenen Zweigen gehört, wird auch die laufende Versicherung im Sinne des § 56 E von den Beschränkungen der Vertragsfreiheit befreit. Zur Begründung wird auf die Darlegungen zu Kapitel 1 Abschnitt 1 Titel 6 (Ziff. 1.2.2.14) verwiesen.

Zu § 204 Kleinere Versicherungsvereine

Die Sonderregelung des § 189 VVG für kleinere Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit im Sinne des § 53 VAG und für die verschiedenen Arten von Lebensversicherungen mit kleineren Beträgen wird sachlich unverändert beibehalten, um den besonderen Verhältnissen bei diesen Versicherungen auch künftig Rechnung zu tragen.

3.2 Zu Artikel 2 – Änderung des Einführungsgesetzes zu dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

Zu Nr. 1 Gesetzesbezeichnung

Das Gesetz enthält künftig an Stelle der anlässlich des Inkrafttretens des Versicherungsvertragsgesetzes im Jahre 1908 getroffenen Regelungen die für die Einführung des neuen VVG 2006 notwendigen Übergangsvorschriften. Dies wird durch die Änderung der Gesetzesbezeichnung klargestellt.

Zu Nr. 2 Erstes Kapitel

Die bisherigen Vorschriften des Ersten Kapitels (Artikel 1 bis 6) sind obsolet, da das Versicherungsvertragsgesetz vom 30.5.1908 aufgehoben wird (vgl. Artikel 13 Abs. 1 des Gesetzesentwurfs). An deren Stelle treten die für das Inkrafttreten des VVG 2006 notwendigen Übergangsvorschriften.

Dagegen werden die Vorschriften des Zweiten Kapitels über das Europäische Internationale Versicherungsvertragsrecht unverändert fortgeführt.

3.3 Zu Artikel 3 – Informationspflichtenverordnung

Der Text der Vorschriften ist noch offen.

3.4 Zu Artikel 4 – Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs

§ 330 Satz 1 BGB enthält auch für Lebensversicherungen eine Auslegungsregel. Diese Vorschrift war schon bisher in der versicherungsvertraglichen Rechtspraxis ohne Bedeutung; sie ist durch die später erlassene Vorschrift des § 166 VVG praktisch überholt worden. Wegen der nunmehr in § 152 Abs. 2 und 3 VVG 2006 vorgesehenen Unterscheidung zwischen un- und widerruflicher und widerruflicher Benennung des Bezugsberechtigten stimmen die beiden Regelungen nicht mehr uneingeschränkt überein. Daher wird die Lebensversicherung aus dem Anwendungsbereich des § 330 Satz 1 BGB ausgeklammert. Die unter Nummer 1 und 2 vorgeschlagenen Änderungen sind die Konsequenz dieser Ausklammerung.

3.5 Zu Artikel 5 – Änderung des Handelsgesetzbuchs

Die Seeversicherung ist bisher ausschließlich im Zehnten Abschnitt des Fünften Buches des HGB in den §§ 778 bis 900 und § 905 HGB geregelt; § 186 VVG klammert die Seeversicherung aus dem Anwendungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes aus.

Für die Beibehaltung dieser umfangreichen Sonderregelung außerhalb des VVG besteht kein Bedürfnis; ihre praktische Bedeutung hat sie schon seit langem durch die allgemeinen Bedingungswerke, die sich vor allem an den internationalen Regelungen und Usancen orientieren, verloren (vgl. Ziff. 1.2.2.1.2.3).

Durch die Einbeziehung der Seeversicherung in das neue Versicherungsvertragsgesetz als Teil der Transportversicherung (§§ 131 bis 141 VVG 2006) ändert sich für die bisherige Seeversicherungspraxis in Deutschland nichts. Die Neuregelung der Transportversicherung sieht Vorschriften nur insoweit vor, als Besonderheiten dieses Versicherungszweigs Abweichungen von den allgemeinen Vorschriften und der Schadenversicherung erforderlich machen; sie verzichtet auf inhaltliche produktgestalterische Vorgaben. Die Seeversicherung ist stets

und unabhängig von der Höhe der Versicherungssumme und der wirtschaftlichen Größe des Versicherungsnehmers ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 EGVVG. Sie ist daher nach § 203 VVG 2006 von den Beschränkungen der Vertragsfreiheit nach dem VVG 2006 befreit. Bei den Vorschriften für die Transportversicherung handelt es sich ausnahmslos um dispositives Recht.

Die Regelung des HGB über die Seeversicherung kann somit aufgehoben werden.

3.6 Zu Artikel 6 – Änderung des Pflichtversicherungsgesetzes

Zu Nr. 1 § 2 Abs. 2

Es handelt sich lediglich um redaktionelle Folgeänderungen, die sich aus der Neuregelung der Haftpflichtversicherung in den §§ 101 bis 125 VVG 2006 ergeben.

Zu Nr. 2 § 3

Die Vorschriften des § 3 werden in das VVG 2006 bei den besonderen Vorschriften für die Pflichtversicherung (§§ 114 bis 125) aufgenommen, soweit sie über die Kfz-Haftpflichtversicherung hinaus auf alle Arten von Pflichtversicherungen anzuwenden sind. Lediglich bei § 3 Nr. 6 handelt es sich im wesentlichen um eine spezielle Vorschrift für Kraftfahrzeuge; daher beschränkt sich der neugefasste § 3 auf diese Regelung, die sachlich unverändert beibehalten wird.

Zu Nr. 3 § 3 a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Übernahme des bisherigen § 3 Nr. 1 in den neuen § 114 Abs. 1 VVG 2006.

Zu Nr. 4 § 3 b

Der neue § 3b enthält den bisherigen § 158h Satz 2 VVG. Die Übernahme in das Pflichtversicherungsgesetz ist sachgerecht, da die Vorschrift sich nur auf die Kfz-Haftpflichtversicherung bezieht.

3.7 Zu Artikel 7 – Änderung der Kraftfahrzeug-Pflichtversicherungsverordnung

Nach § 54 Abs. 2 VVG 2006 ist bei der vorläufigen Deckung eine Vereinbarung unwirksam, nach der im Falle des Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers die vorläufige Deckung rückwirkend entfällt. In folge dessen ist die Vorschrift des § 9 Satz 2 der Verordnung, welche die Möglichkeit eines rückwirkenden Außerkrafttretens der vorläufigen Deckung vorsieht, aufzuheben.

3.8 Zu Artikel 8 – Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Zu Nr. 1 § 8

§ 196 VVG 2006 schränkt die Möglichkeit der Versicherer ein, beliebig neue Tarife mit neuen Kalkulationsgrundlagen bei gleichzeitiger Schließung ähnlicher Alttarife zu entwickeln. Diese Beschränkung könnte missbräuchlich umgangen werden, indem ein Versicherungsunternehmen zur Erreichung des gleichen Zwecks ein Tochterunternehmen gründet, das solche neuen Tarife anbietet. Da die Anwendung des § 196 VVG 2006 wegen der damit auch verbundenen erheblichen Nachteile nicht auf Konzerne ausgedehnt werden kann, erweitert die neue Vorschrift die Eingriffsmöglichkeiten der Aufsichtsbehörde.

Nr. 2 und 3 § 10 a und Anlage Teil D zu § 10a

Die bisherigen Absätze 1 und 2 des § 10a VAG regeln die sog. Verbraucherinformation. Es handelt sich um die Pflicht des Versicherers, dem Versicherungsnehmer vor Vertragschluss

und während der Laufzeit des Vertrags die Informationen zu erteilen, die im einzelnen in der Anlage Teil D aufgeführt sind. Diese Informationspflichten beruhen – mit Ausnahme der Mitteilungen bei Pensionsfonds nach Abschnitt III der Anlage Teil D – auf EG-rechtlichen Vorgaben. Die Ausgestaltung als öffentlich-rechtliche Pflicht des Versicherers gegenüber der Aufsichtsbehörde erscheint nicht sachgerecht; bereits die bisher in § 5a Abs. 1 VVG enthaltene Vorschrift macht die vertragsrechtliche Relevanz der Regelung der Verbraucherinformation deutlich. Die Frage, welche Informationen dem Versicherungsnehmer vor und nach Vertragschluss vom Versicherer zur Verfügung gestellt werden müssen, ist typischerweise zivilrechtlicher Natur.

Daher soll sie künftig ausschließlich im Versicherungsvertragsgesetz geregelt werden. Hinzu kommt, dass zur Umsetzung der Richtlinie 2002/65/EG über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen die Informationspflicht noch erheblich erweitert werden muss.

Diese Informationspflichten werden nunmehr vollständig im VVG 2006 erfasst; die entsprechende Regelung ergibt sich aus § 7 VVG 2006 in Verbindung mit der Informationspflichtenverordnung in Artikel 3 des Gesetzentwurfs.

Die bisherige Regelung in § 10a Abs. 1 und 2 VAG in Verbindung mit Anlage Teil D wird daher aufgehoben.

Die neuen Absätze 1 und 2 enthalten die bisherigen Absätze 3 und 1a.

Der neue Absatz 3 enthält die bisher in der Anlage Teil D Abschnitt III für Pensionsfonds vorgeschriebenen Informationen.

Der Teil D der Anlage kann daher entfallen.

Zu Nr. 4 § 11 b

Es handelt sich um ein bloße redaktionelle Anpassung an die Neufassung des bisherigen § 172 Abs. 1 und 2 VVG in § 157 VVG 2006.

Zu Nr. 5 § 12

Der Eingangssatz übernimmt die Legaldefinition der substitutiven Krankenversicherung, wie sie in § 187 Abs. 1 Satz 1 VVG 2006 eingeführt wird. Die Sondervorschriften im neuen Absatz 6 werden vorbehalten.

Satz 2 nimmt befristete Krankenversicherungsverhältnisse von der Erhebung des gesetzlichen Beitragszuschlags aus.

Da die ohne Alterungsrückstellung kalkulierte, befristete Krankenversicherung für Personen mit befristeter Aufenthaltserlaubnis substitutive Krankenversicherung ist, macht die neue Vorschrift des § 187 Abs. 3 VVG 2006 gleichzeitig die in Satz 3 vorgesehene Änderung des § 12 VAG erforderlich; denn nach der bisherigen Fassung des § 12 Abs. 1 darf die substitutive Krankenversicherung nur nach Art der Lebensversicherung und mit Alterungsrückstellung betrieben werden. Das gleiche gilt entsprechend für Krankenversicherungen mit vereinbarten Vertragslaufzeiten nach § 187 Abs. 2 VVG 2006 und für die Krankentagegeldversicherung nach Vollendung des 65. Lebensjahres im Sinne von § 187 Abs. 4 Satz 2 bis 5 VVG 2006.

Zu Nr. 6 § 12 b

Absatz 2 Satz 1 erweitert den notwendigen Vergleich der Versicherungsleistungen um die Schadenregulierungskosten, da nach dem neuen § 195 Abs. 2 Satz 3 VVG 2006 die addierten Werte beider Aufwandspositionen eine Beitragsanpassung auslösen.

Die Absätze 2a und 2b werden eingefügt, da nach dem neuen § 195 Abs. 2 Satz 3 VVG 2006 auch die Veränderung des notwendigen Rechnungszinses oder der Sterbewahrscheinlichkeiten für sich alleine eine Beitragsanpassung auslösen kann.

Auf eine Prämienanpassung wegen Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeiten sind die Vorschriften des Absatzes 2 Satz 3 bis 5 entsprechend anzuwenden.

Die Verweisung in Absatz 5 muss auf den Absatz 2 des § 195 VVG 2006 erstreckt werden, da auch nach dieser Vorschrift ein Treuhänder einzuschalten ist.

Zu Nr. 7 § 12 c

Nach der bisher geltenden Fassung des Absatzes 2 Satz 1 bedürfen nur die Rechtsverordnungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 des Einvernehmens mit dem Bundesministerium der Justiz. Dies ist nicht sachgerecht, da auch die Rechtsverordnungen nach den Nummern 2 bis 4 materielles Versicherungsvertragsrecht zum Inhalt haben. Deshalb ist das Einvernehmen auf den gesamten Absatz 1 Satz 1 zu erstrecken.

Zu Nr. 8 § 12 f

Die Vorschriften des 11. Buches Sozialgesetzbuch über die private Pflegeversicherung enthalten auch materielles Versicherungsaufsichtsrecht. Das gleiche gilt für § 257 Abs. 2b des 5. Buches Sozialgesetzbuch, der die Pflicht der Versicherungsunternehmen regelt, im Rahmen des Standardtarifs, der für die substitutive Krankenversicherung Voraussetzung für die Arbeitgeberzuschussfähigkeit ist, an einem finanziellen Spitzenausgleich (Pool) teilzunehmen. Um dies auch aufsichtsrechtlich zu verankern, sieht der Entwurf den neuen § 12f vor.

Zu Nr. 9 Überschrift § 85 a

Die Änderung der Überschrift ist wegen der Änderung des § 10a erforderlich.

Zu Nr. 10 § 110 a

Die Bezugnahme auf Anlage Teil D entfällt, da diese Anlage aufgehoben wird (vgl. Nummer 2 und 3). Die danach erforderliche Information ist nunmehr in der Informationspflichtenverordnung (Artikel 3 des Gesetzentwurfs) erfasst.

Zu Nr. 11 § 111

Die Änderung ist wegen der Bezeichnungsänderung für das EGVVG nach Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzentwurfs erforderlich.

Zu Nr. 12 § 113 Abs. 2

Die Änderung ist wegen der Bezeichnungsänderung für das EGVVG nach Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzentwurfs erforderlich.

3.9 Zu Artikel 9 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 5 Abs. 9 enthält ausschließlich materielles Versicherungsvertragsrecht. Inhaltlich widerspricht die Vorschrift dem § 197 Abs. 2 VVG 2006. Da sich die Rechte des Versicherungsnehmers aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich aus dem VVG 2006 ergeben, kann diese Vorschrift entfallen.

Auch § 5 Abs. 10 enthält ausschließlich materielles Versicherungsvertragsrecht. Sein Inhalt wird unter Berücksichtigung der Rechtssystematik des Versicherungsvertragsrechts durch den neuen § 198 VVG 2006 vollständig in das Versicherungsvertragsgesetz überführt. Mit dieser Neuregelung ist die Vorschrift daher aufzuheben.

3.10 Zu Artikel 10 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 1 § 23 Abs. 6

Die Vorschrift regelt den Inhalt des privaten Pflegeversicherungsverhältnisses und enthält damit ausschließlich materielles Versicherungsvertragsrecht. Die Verpflichtungen des Versicherungsunternehmens sind nun systemgerecht durch § 186 Abs. 7 und § 188 Abs. 2 Satz 1 VVG 2006 geregelt. § 23 Abs. 6 SGB XI ist daher aufzuheben.

Zu Nr. 2 § 110 Abs. 4

§ 110 Abs. 4 Satz 2 regelt die Kündigungsmöglichkeit einer Person, die nicht pflegeversicherungspflichtig ist und nach § 26a SGB XI eine freiwillige private Pflegeversicherung im Leistungsumfang des SGB abgeschlossen hat. Während die zum Vertragschluss führenden Sachverhalte der Vergangenheit angehören und damit abgeschlossen sind, bleiben die Kündigungsmöglichkeiten für die Zukunft aktuell. Da es sich bei dem Recht zur Kündigung einer privaten Pflegeversicherung ausschließlich um materielles Versicherungsvertragsrecht handelt und das Versicherungsvertragsgesetz allgemeine Kündigungsvorschriften bei Zahlungsverzug enthält, kann § 10 Abs. 4 Satz 2 entfallen.

3.11 Zu Artikel 11 – Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Rechtsverhältnis der privaten Pflegeversicherung ist zivilrechtlicher Art und unterliegt uneingeschränkt dem VVG. Für Rechtstreitigkeiten aus zivilrechtlichen Versicherungsverhältnissen sind die ordentlichen Gerichte zuständig. Dies gilt auch, wenn zum Abschluss eines Versicherungsvertrags eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Pflichtversicherung). Wegen des engen sachlogischen Zusammenhanges zwischen dem privaten Krankenversicherungsvertrag und dem privaten Pflegeversicherungsvertrag soll die Zuständigkeit der Sozialgerichte in der privaten Pflegeversicherung aufgehoben werden.

3.12 Zu Artikel 12 – Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die sog. Entsteinerungsklausel stellt sicher, dass die Informationspflichtenverordnung nach Artikel 3 des Gesetzentwurfes sowie die gesetzesrangige Vorschrift der Kfz-Pflichtversicherungsverordnung (Artikel 7 des Gesetzentwurfes) künftig ohne weiteres auch auf Grund der entsprechenden Verordnungsermächtigungen durch Rechtsverordnung geändert werden können.

3.13 Zu Artikel 13 – Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Absatz 1

Zwischen Verkündung und Inkrafttreten des VVG 2006 sollte eine ausreichend lange Übergangszeit liegen, da für die Anpassung der Versicherungsbedingungen hinsichtlich der bereits bestehenden Versicherungsverträge ein längerer Vorlauf erforderlich ist. Ferner sollte das Gesetz zum 1. Januar in Kraft treten, um den Übergang zu dem neuen Recht für die Praxis zu vereinfachen.

Absatz 2

Da das geltende Gesetz über den Versicherungsvertrag durch das Versicherungsvertragsgesetz 2006 abgelöst werden soll, muss das Gesetz über den Versicherungsvertrag gleichzeitig mit dem Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes außer Kraft treten.

Das Gesetz vom 22. Juli 1993 kann im Rahmen einer Rechtsbereinigung als nunmehr gegenstandslos aufgehoben werden. Die durch dieses Gesetz ermöglichte Überleitung der vormals bestehenden gesetzlichen oder auf Zwang beruhenden Gebäudeversicherungsverhältnisse bei öffentlich-rechtlichen Versicherungsanstalten in vertragliche Versicherungsverhältnisse ist abgeschlossen. Der Regelungszweck des Gesetzes ist erfüllt und erledigt.

Die Verordnung vom 19. Dezember 1939 ist nach Inkrafttreten des Versicherungsvertragsgesetzes 2006 obsolet und kann daher aufgehoben werden.

Bei der Verordnung vom 28. Dezember 1942 handelt es sich um eine Kriegsverordnung, die in den früheren Monopolgebieten Personal einsparen sollte. Die bei den früheren Monopolanstalten begründeten gesetzlichen oder kraft gesetzlichen Zwangs begründeten Gebäudeversicherungsverhältnisse sind bei Aufhebung des Gebäudeversicherungsmonopols zum 1. Juli 1994 durch das Gesetz zur Überleitung landesrechtlicher Gebäudeversicherungsverhältnisse vom 22. Juli 1993 (BGBl. I S. 1282) übergeleitet worden. Ist das Versicherungsverhältnis beim ursprünglichen Versicherer fortgesetzt worden, wirkt die Fiktion der Anmeldung von Hypothek und sonstigen Reallasten fort. Im Rahmen der Rechtsbereinigung ist es sinnvoll, die Verordnung von 1942, die nur noch Altfälle betrifft, aufzuheben und für die Altfälle eine angemessene Übergangsregelung zu schaffen. Den Hypotheken- und sonstigen Realgläubigern soll hierzu die Möglichkeit eingeräumt werden, ihre Hypotheken und sonstigen Reallasten in einer angemessenen Übergangsfrist nach den §§ 99 ff VVG anzumelden.

Die Verordnung vom 6. April 1943 wird mit Inkrafttreten des Versicherungsvertragsgesetzes 2006 und den dazu erlassenen Überleitungsvorschriften des EGVG 2006 gegenstandslos; sie kann somit aufgehoben werden.

Anhang 1

Mitglieder der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts

Vorsitzender:

Prof. Dr. Ernst Niederleithinger	Ministerialdirektor i.R., Ehemaliger Abteilungsleiter im Bundesministerium der Justiz
-------------------------------------	---

Mitglieder:

Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Basedow	Direktor am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Privatrecht
--------------------------------------	--

Lilo Blunck	Ehemaliges Mitglied des Deutschen Bundestages und Verbraucherpolitische Sprecherin der SPD- Fraktion
-------------	--

Dr. Jan Boetius	Ehemaliger Vorstandsvorsitzender der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Mitglied des Versicherungsbeirats der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
-----------------	--

Gottfried Claus	Abteilungspräsident im Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen i.R.
-----------------	--

Dr. Bruno Gas	Ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Mecklenburgischen Versicherungs-Gesellschaft a.G.
---------------	---

Peter Hanus	Rechtsanwalt, Sprecher des Vorstands der neue leben Lebensversicherung AG
-------------	--

Prof. Dr. Walter Karten	Emeritus, Ehemaliger Direktor des Instituts für Versicherungsbetriebslehre der Universität Hamburg
Dr. Christoph Klaas (bis zum 24.07.2002)	Rechtsanwalt beim BGH, Mitglied des Zivilrechtsausschusses des Deutschen Anwaltvereins
Dr. Ulrich Knappmann	Vorsitzender Richter am OLG Hamm i.R.
Prof. Dr. Dr. h.c. Helmut Kollhoser	Geschäftsführender Direktor der Forschungsstelle für Versicherungswesen an der Universität Münster
Dr. Theo Langheid	Rechtsanwalt, Köln
Prof. Dr. Egon Lorenz	Ehemaliger Geschäftsführender Direktor des Instituts für Versicherungswissenschaft und emeritierter Professor für Privatrecht und Privatversicherungsrecht an der Universität Mannheim, Mitglied des Versicherungsbeirats der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Prof. Dr. Ulrich Meyer	Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Mikroökonomie und Ordnungspolitik an der Universität Bamberg
Dr. Reinhard Renger	Ministerialrat i.R., Ehemaliger Referatsleiter im Bundesministerium der Justiz
Prof. Dr. Roland Rixecker	Präsident des Saarländischen Oberlandesgerichts Saarbrücken

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Prof. Wolfgang Römer | Richter am BGH i.R.,
Honorarprofessor an der Universität Tübingen,
Versicherungs-Ombudsmann,
Mitglied des Beirats der Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht |
| Prof. Dr. Helmut Schirmer | Direktor des Instituts für Bürgerliches Recht,
Handels- und Zivilprozessrecht der Freien
Universität Berlin,
Mitglied in der Arbeitsgruppe Versicherungsrecht,
Mitglied des Versicherungsbeirats der
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht |
| Prof. Dr.
Hans-Peter Schwintowski | Inhaber des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht,
Handels-, Wirtschafts- und Europarecht an der
Humboldt-Universität Berlin |
| Dr. Maximilian Teichler | Generalbevollmächtigter der Willis GmbH & Co. KG,
Frankfurt/Main |
| Dr. Eckart Freiherr von
Uckermann | Ehemaliger Vorstandsvorsitzender der
Hannoverschen Lebensversicherung a.G. |
| Dr. Ulrich Weidner | Rechtsanwalt, Stuttgart |

Anhang 2

Synopse 1 (VVG-Kommissionsentwurf E)

(Verfasser: Boetius)

VVG	VVG 2006 (E)
	Kapitel 1 Allgemeiner Teil
Erster Abschnitt. Vorschriften für sämtliche Versicherungszweige	Abschnitt 1 Vorschriften für alle Versicherungszweige
Erster Titel. Allgemeine Vorschriften	Titel 1 Allgemeine Vorschriften
<p>§ 1 (Inhalt des Versicherungsvertrags)</p> <p>(1) ¹Bei der Schadensversicherung ist der Versicherer verpflichtet, nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherungsnehmer den dadurch verursachten Vermögensschaden nach Maßgabe des Vertrags zu ersetzen. ²Bei der Lebensversicherung und der Unfallversicherung sowie bei anderen Arten der Personenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, nach dem Eintritt des Versicherungsfalles den vereinbarten Betrag an Kapital oder Rente zu zahlen oder die sonst vereinbarte Leistung zu bewirken.</p> <p>(2) ¹Der Versicherungsnehmer hat die vereinbarte Prämie zu entrichten. ²Als Prämien im Sinne dieses Gesetzes gelten auch die bei Versicherungsunternehmungen auf Gegenseitigkeit zu entrichtenden Beiträge.</p>	<p>§ 1 Vertragstypische Pflichten</p> <p>¹Der Versicherer verpflichtet sich mit dem Versicherungsvertrag, ein bestimmtes Risiko des Versicherungsnehmers oder eines Dritten durch eine Leistung abzusichern, die er bei Eintritt des vereinbarten Versicherungsfalles zu erbringen hat. ²Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die vereinbarte Prämie zu zahlen.</p>
<p>§ 2 (Rückwärtsversicherung)</p> <p>(1) Die Versicherung kann in der Weise genommen werden, dass sie in einem vor der Schließung des Vertrags liegenden Zeitpunkt beginnt.</p> <p>(2) ¹Weiß in diesem Falle der Versicherer bei der Schließung des Vertrags, dass die Möglichkeit des Eintritts des Versicherungsfalles schon ausgeschlossen ist, so steht ihm ein Anspruch auf die Prämie nicht zu. ²Weiß der Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrags, dass der Versicherungsfall schon eingetreten ist, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei; dem Versicherer gebührt, sofern er nicht bei der Schließung von dem Eintritt des Versicherungsfalles Kenntnis hatte, die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in welcher er diese Kenntnis erlangt.</p> <p>(3) Wird der Vertrag durch einen Bevollmächtigten oder einen Vertreter ohne Vertretungsmacht geschlossen, so kommt in den Fällen des Absatzes 2 nicht nur die Kenntnis des Vertreters, sondern auch die des Vertretenen in Betracht.</p>	<p>§ 2 Rückwärtsversicherung</p> <p>(1) Der Versicherungsvertrag kann vorsehen, dass der Versicherungsschutz vor dem Zeitpunkt des Vertragsschlusses beginnt (Rückwärtsversicherung).</p> <p>(2) ¹Hat der Versicherer bei Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung davon Kenntnis, dass der Eintritt eines Versicherungsfalles ausgeschlossen ist, so steht ihm ein Anspruch auf die Prämie nicht zu. ²Hat der Versicherungsnehmer bei Abgabe seiner Willenserklärung davon Kenntnis, dass ein Versicherungsfall schon eingetreten ist, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.</p> <p>(3) Wird der Vertrag von einem Vertreter geschlossen, so ist in den Fällen des Absatzes 2 sowohl die Kenntnis des Vertreters als auch die Kenntnis des Vertretenen zu berücksichtigen.</p> <p>(4) § 40 Abs. 2 ist auf die Rückwärtsversicherung nicht anzuwenden.</p>
<p>§ 3 (Versicherungsschein)</p> <p>(1) ¹Der Versicherer ist verpflichtet, eine von ihm unterzeichnete Urkunde über den Versicherungsvertrag (Versicherungsschein) dem Versicherungsnehmer auszuhändigen. ²Eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift genügt.</p> <p>(2) ¹Ist ein Versicherungsschein abhanden gekommen oder vernichtet, so kann der Versicherungsnehmer von dem Versicherer die Ausstellung einer Ersatzurkunde verlangen. ²Unterliegt der Versicherungsschein der Kraftloserklärung, so ist der Versiche-</p>	<p>§ 3 Versicherungsschein</p> <p>(1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer einen Versicherungsschein in Textform zu übermitteln.</p> <p>(2) Wird der Vertrag nicht durch eine Niederlassung des Versicherers im Inland geschlossen, so ist im Versicherungsschein die Anschrift des Versicherers und der Niederlassung, über die der Vertrag geschlossen worden ist, anzugeben.</p> <p>(3) ¹Ist ein Versicherungsschein abhanden gekommen oder vernichtet, so kann der</p>

<p>rer erst nach der Kraftloserklärung zur Ausstellung verpflichtet.</p> <p>(3) ¹Der Versicherungsnehmer kann jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. ²Der Versicherer hat ihn bei der Aushändigung des Versicherungsscheins auf dieses Recht aufmerksam zu machen. ³Bedarf der Versicherungsnehmer der Abschriften für die Vornahme von Handlungen gegenüber dem Versicherer, die an eine bestimmte Frist gebunden sind, und sind sie ihm nicht schon früher vom Versicherer ausgehändigt worden, so ist der Lauf der Frist von der Stellung des Verlangens bis zum Eingang der Abschriften gehemmt.</p> <p>(4) Die Kosten der Ersatzurkunde sowie der Abschriften hat der Versicherungsnehmer zu tragen und auf Verlangen vorzuschießen.</p> <p>(5) Wird der Vertrag nicht durch eine Niederlassung des Versicherers im Geltungsbereich dieses Gesetzes abgeschlossen, so ist im Versicherungsschein die Anschrift des Versicherers und der Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen worden ist, anzugeben.</p>	<p>Versicherungsnehmer vom Versicherer die Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins verlangen. ²Unterliegt der Versicherungsschein der Kraftloserklärung, so ist der Versicherer erst nach der Kraftloserklärung zur Ausstellung verpflichtet.</p> <p>(4) ¹Der Versicherungsnehmer kann jederzeit vom Versicherer Abschriften der Erklärungen verlangen, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. ²Benötigt der Versicherungsnehmer die Abschriften für die Vornahme von Handlungen gegenüber dem Versicherer, die an eine bestimmte Frist gebunden sind, und sind sie ihm nicht schon früher vom Versicherer übermittelt worden, so ist der Lauf der Frist vom Zugang des Verlangens beim Versicherer bis zum Eingang der Abschriften beim Versicherungsnehmer gehemmt.</p> <p>(5) Die Kosten für die Erteilung eines neuen Versicherungsscheins nach Absatz 3 und der Abschriften nach Absatz 4 hat der Versicherungsnehmer zu tragen und auf Verlangen vorzuschießen.</p>
<p>§ 4 (Versicherungsschein auf den Inhaber)</p> <p>(1) Wird ein Versicherungsschein auf den Inhaber ausgestellt, so treten die in § 808 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bestimmten Wirkungen ein.</p> <p>(2) ¹Ist im Vertrag bestimmt, dass der Versicherer nur gegen Rückgabe des Versicherungsscheins zu leisten hat, so genügt, wenn der Versicherungsnehmer behauptet, zur Rückgabe außerstande zu sein, das öffentlich beglaubigte Anerkenntnis, dass die Schuld erloschen sei. ²Diese Vorschrift findet keine Anwendung, wenn der Versicherungsschein der Kraftloserklärung unterliegt.</p>	<p>§ 4 Versicherungsschein auf den Inhaber</p> <p>(1) Auf einen als Urkunde auf den Inhaber ausgestellten Versicherungsschein ist § 808 des Bürgerlichen Gesetzbuchs anzuwenden.</p> <p>(2) ¹Ist im Vertrag bestimmt, dass der Versicherer nur gegen Rückgabe eines als Urkunde ausgestellten Versicherungsscheins zu leisten hat, so genügt, wenn der Versicherungsnehmer erklärt, zur Rückgabe außerstande zu sein, das öffentlich beglaubigte Anerkenntnis, dass die Schuld erloschen sei. ²Satz 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsschein der Kraftloserklärung unterliegt.</p>
<p>§ 5 (Billigungsklausel)</p> <p>(1) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht.</p> <p>(2) ¹Diese Genehmigung ist jedoch nur dann anzunehmen, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins darauf hingewiesen hat, dass Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht. ²Der Hinweis hat durch besondere schriftliche Mitteilung oder durch einen auffälligen Vermerk in dem Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheins hervorgehoben ist, zu geschehen; auf die einzelnen Abweichungen ist besonders aufmerksam zu machen.</p> <p>(3) Hat der Versicherer den Vorschriften des Absatzes 2 nicht entsprochen, so ist die Abweichung für den Versicherungsnehmer unverbindlich und der Inhalt des Versicherungsantrags insoweit als vereinbart anzusehen.</p> <p>(4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.</p>	<p>§ 5 Abweichender Versicherungsschein</p> <p>(1) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Antrag des Versicherungsnehmers oder den getroffenen Vereinbarungen ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 2 erfüllt sind und der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht.</p> <p>(2) ¹Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei Übermittlung des Versicherungsscheins darauf hinzuweisen, dass Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht. ²Der Hinweis ist durch besondere Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheins hervorgehoben ist, zu übermitteln; jede einzelne Abweichung ist deutlich zu kennzeichnen.</p> <p>(3) Hat der Versicherer den Verpflichtungen nach Absatz 2 nicht entsprochen, so gilt der Vertrag als mit dem Inhalt des Antrags des Versicherungsnehmers geschlossen.</p> <p>(4) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.</p>
	<p>§ 6 Beratung des Versicherungsnehmers</p> <p>(1) ¹Der Versicherer hat die Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erfragen, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, sowie nach der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass</p>

	<p>besteht; ferner hat er dem Versicherungsnehmer die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben. ²Ein Verzicht des Versicherungsnehmers auf eine Beratung bedarf der Textform. ³Satz 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Vertrag mit dem Versicherungsnehmer von einem Versicherungsmakler vermittelt wird.</p> <p>(2) ¹Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer vor dem Abschluss des Vertrags eine Dokumentation der Wünsche und Bedürfnisse sowie der Gründe für den erteilten Rat in Textform zur Verfügung zu stellen. ²Die Angaben nach Satz 1 dürfen mündlich übermittelt werden, wenn der Versicherungsnehmer dies wünscht oder wenn und soweit der Versicherer vorläufige Deckung gewährt; in diesen Fällen ist die Dokumentation dem Versicherungsnehmer unverzüglich nach Vertragsschluss zur Verfügung zu stellen. ³Die Verpflichtung nach Satz 1 entfällt, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.</p> <p>(3) ¹Die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 besteht auch nach Vertragsschluss während der Dauer des Versicherungsverhältnisses, soweit für eine Nachfrage und Beratung des Versicherungsnehmers ein Anlass besteht. ²Absatz 1 Satz 2 ist anzuwenden.</p> <p>(4) ¹Verletzt der Versicherer schuldhaft eine Verpflichtung nach Absatz 1 oder 3, so ist er dem Versicherungsnehmer zum Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verpflichtet. ²Dies gilt nicht, soweit der Versicherungsnehmer auf eine Beratung verzichtet hat.</p> <p>(5) Die Absätze 1 bis 4 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006 nicht anzuwenden.</p>
	<p>§ 7 Information des Versicherungsnehmers</p> <p>(1) ¹Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer, bevor dieser an seine auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung gebunden ist, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die in einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 bestimmten Informationen in Textform mitzuteilen. ²Die Informationen sind in einer dem eingesetzten Fernkommunikationsmittel entsprechenden Weise klar und verständlich zu übermitteln. ³Wird der Vertrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers telefonisch oder unter Verwendung eines anderen Kommunikationsmittels geschlossen, das die Mitteilung in Textform vor Vertragsschluss nicht gestattet, so muss die Mitteilung unverzüglich nach Vertragsschluss nachgeholt werden.</p> <p>(2) Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates unter Beachtung der vorgeschriebenen Angaben nach der Richtlinie 92/49/EWG (Schadensversicherung), der Richtlinie 2002/83/EG (Lebensversicherung) und der Richtlinie 2002/65/EG (Finanzfernabsatzrichtlinie) festzulegen,</p> <ol style="list-style-type: none">1. welche Einzelheiten des Vertrags, insbesondere zum Versicherer, zur angebotenen Leistung und zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie zum Bestehen eines Widerrufsrechts dem Versicherungsnehmer mitzuteilen sind,2. welche weiteren Mitteilungen bei Verträgen mit Überschussbeteiligung erforderlich sind, und3. welche Mitteilungen erforderlich sind, wenn der Versicherer mit dem Versicherungsnehmer telefonisch Kontakt aufgenommen hat. <p>(3) In der Rechtsverordnung nach Absatz 2 sind ferner die Informationen zu bestimmen,</p>

	<p>die der Versicherer während der Laufzeit des Vertrags im Hinblick auf Änderungen erteilter Informationen sowie bei der Krankenversicherung im Falle von Prämien erhöhungen in Textform zu erteilen hat.</p> <p>(4) Der Versicherungsnehmer kann während der Laufzeit des Vertrags jederzeit vom Versicherer verlangen, dass ihm dieser die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in Papierform zur Verfügung stellt.</p> <p>(5) ¹Die Absätze 1 bis 4 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006 nicht anzuwenden. ²Ist bei einem solchen Vertrag der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, so hat ihm der Versicherer vor Vertragsschluss das anwendbare Recht und die zuständige Aufsichtsbehörde in Textform mitzuteilen.</p>
<p>§ 5a (Widerspruchsrecht)</p> <p>(1) ¹Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer bei Antragstellung die Versicherungsbedingungen nicht übergeben oder eine Verbraucherinformation nach § 10a des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterlassen, so gilt der Vertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformation als abgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von vierzehn Tagen nach Überlassung der Unterlagen in Textform widerspricht. ²Satz 1 ist nicht auf Versicherungsverträge bei Pensionskassen anzuwenden, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen. § 5 bleibt unberührt.</p> <p>(2) ¹Der Lauf der Frist beginnt erst, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Unterlagen nach Absatz 1 vollständig vorliegen und der Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins schriftlich, in drucktechnisch deutlicher Form über das Widerspruchsrecht, den Fristbeginn und die Dauer belehrt worden ist. ²Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen obliegt dem Versicherer. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. ³Abweichend von Satz 1 erlischt das Recht zum Widerspruch jedoch ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie.</p> <p>(3) ¹Gewährt der Versicherer auf besonderen Antrag des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz, so kann der Verzicht auf Überlassung der Versicherungsbedingungen und der Verbraucherinformation bei Vertragsschluss vereinbart werden. ²Die Unterlagen sind dem Versicherungsnehmer auf Anforderung, spätestens mit dem Versicherungsschein zu überlassen. Wenn der Versicherungsvertrag sofortigen Versicherungsschutz gewährt, hat der Versicherungsnehmer insoweit kein Widerspruchsrecht nach Absatz 1.</p>	<p>§ 8 Widerruf des Versicherungsnehmers</p> <p>(1) ¹Dem Versicherungsnehmer steht bis zum Ablauf der Frist nach Absatz 2 ein Widerrufsrecht zu. ²Vor diesem Zeitpunkt ist der Versicherungsnehmer an seine auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung nicht gebunden.</p> <p>(2) ¹Der Widerruf der auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung ist innerhalb von zwei Wochen in Textform zu erklären. ²Er muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung. ³Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem</p> <ol style="list-style-type: none">1. der Versicherungsschein, die maßgeblichen Versicherungsbedingungen und die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 und2. eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels seine Rechte deutlich macht und die den Namen und die Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Satzes 2 enthält, <p>dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind. ⁴Die Belehrung genügt den Anforderungen des Satzes 3 Nr. 2, wenn das vom Bundesministerium der Justiz auf Grund einer Rechtsverordnung nach Absatz 4 veröffentlichte Muster verwandt wird. ⁵Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 3 obliegt dem Versicherer.</p> <p>(3) Das Widerrufsrecht besteht nicht</p> <ol style="list-style-type: none">1. bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,2. bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinne des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,3. bei Versicherungsverträgen, die von beiden Parteien auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vor Ende der Widerrufsfrist erfüllt sind,4. bei Versicherungsverträgen über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006. <p>(4) Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, Inhalt und Gestaltung der dem Versicherungsnehmer gemäß Absatz 2 Satz 3 Nr. 2 mitzuteilenden Belehrung über das Wi-</p>

	<p>derrufsrecht festzulegen.</p> <p>§ 9 Rechtsfolgen des Widerrufs</p> <p>(1) ¹Übt der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach § 8 Abs.1 aus, so hat ihm der Versicherer die gezahlten Prämien spätestens nach 30 Tagen zu erstatten. ²Der Versicherungsnehmer hat Leistungen des Versicherers spätestens nach 30 Tagen zurückzugewähren. ³Die Frist beginnt jeweils mit dem Tag, an dem der Widerruf dem Versicherer zugegangen ist.</p> <p>(2) ¹Übt der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach § 8 Abs.1 nach Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie aus, so hat der Versicherer abweichend von Absatz 1 nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten, wenn der Versicherungsnehmer in der Belehrung nach § 8 Abs.2 Satz 3 Nr.2 auf diese Rechtsfolge und den zu zahlenden Betrag hingewiesen worden ist und wenn er ausdrücklich zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. ²Leistungen des Versicherers sind vom Versicherungsnehmer nicht zurückzugewähren.</p> <p>(3) Ist der Versicherungsnehmer nicht gemäß § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 belehrt worden, so ist Absatz 1 auch dann anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie ausübt.</p> <p>(4) Auf einen Vertrag über vorläufige Deckung sind die Absätze 2 und 3 auch dann anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht vor Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie ausübt.</p>
<p>§ 6 (Obliegenheitsverletzung)</p> <p>(1) ¹Ist 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. ²Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. ³Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.</p> <p>(2) ¹Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.</p> <p>(3) ¹Ist 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. ²Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluß weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.</p> <p>(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.</p>	<p>§ 30 Obliegenheitsverletzung</p> <p>(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit.</p> <p>(2) ¹Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, so entfällt die Leistungspflicht nur, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. ²Im Falle einer grobfahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.</p> <p>(3) ¹Abweichend von Absatz 2 bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. ²Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.</p> <p>(4) Die Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 tritt bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit nur ein, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.</p> <p>(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen</p>

<p>(5) (aufgehoben)</p>	<p>Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.</p>
<p>§ 7 (Versicherungsbeginn) (1) Ist die Dauer der Versicherung nach Tagen, Wochen, Monaten oder nach einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum bestimmt, so beginnt die Versicherung am Mittag des Tages, an welchem der Vertrag geschlossen wird. Sie endet am Mittag des letzten Tages der Frist. (2) Absatz 1 findet auf die Krankenversicherung keine Anwendung.</p>	<p>§ 10 Beginn und Ende der Versicherung Ist die Dauer der Versicherung nach Tagen, Wochen, Monaten oder einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum bestimmt, so beginnt die Versicherung mit Beginn des Tages, an dem der Vertrag geschlossen wird, und endet um 24.00 Uhr des letzten Tages der Frist.</p>
<p>§ 8 (Stillschweigende Verlängerung; Kündigung; Widerruf; Rücktritt) (1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert gilt, wenn es nicht vor dem Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstrecken soll. (2) ¹Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. ²Die Kündigungsfrist muß für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. ³Auf das Kündigungsrecht können die Parteien in gegenseitigem Einverständnis bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten. (3) ¹Ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als fünf Jahren eingegangen worden ist, kann zum Ende des fünften oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. ²Satz 1 gilt nicht für die Lebens- und Krankenversicherung. (4) ¹Wird mit Ausnahme der Lebensversicherung ein Versicherungsverhältnis mit einer längeren Laufzeit als einem Jahr geschlossen, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von vierzehn Tagen ab Unterzeichnung des Versicherungsantrages seine auf den Vertragsabschluß gerichtete Willenserklärung schriftlich widerrufen. ¹Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. ²Die Frist beginnt erst zu laufen, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer über sein Widerrufsrecht belehrt und der Versicherungsnehmer die Belehrung durch Unterschrift bestätigt hat. ³Unterbleibt die Belehrung, so erlischt das Widerrufsrecht einen Monat nach Zahlung der ersten Prämie. ⁴Das Widerrufsrecht besteht nicht, wenn und soweit der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz gewährt oder wenn die Versicherung nach dem Inhalt des Antrags für die bereits ausgeübte gewerbliche oder selbständige berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers bestimmt ist. (5) ¹Bei der Lebensversicherung kann der Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von vierzehn Tagen nach Abschluß des Vertrages vom Vertrag zurücktreten. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Rücktrittserklärung. ²Die Frist beginnt erst zu laufen, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer über sein Rücktrittsrecht belehrt und der Versicherungsnehmer die Belehrung durch Unterschrift bestätigt hat. ³Unterbleibt die Belehrung, so erlischt das Rücktrittsrecht einen Monat nach Zahlung der ersten Prämie. ⁴Die Sätze 1 bis 4 finden keine Anwendung auf Versicherungsverhältnisse bei Pensionskassen, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen. (6) Die Absätze 4 und 5 finden keine Anwendung, soweit der Versicherungsnehmer ein</p>	<p>§ 11 Verlängerung, Kündigung (1) Wird bei einem auf eine bestimmte Zeit eingegangenen Versicherungsverhältnis im voraus eine Verlängerung für den Fall vereinbart, dass das Versicherungsverhältnis nicht vor Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, so ist die Verlängerung unwirksam, soweit sie sich jeweils auf mehr als ein Jahr erstreckt. (2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen, so kann es von beiden Parteien nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. (3) Die Kündigungsfrist muss für beide Parteien gleich sein; sie darf nicht weniger als einen Monat und nicht mehr als drei Monate betragen. (4) Ein Versicherungsvertrag mit einem Verbraucher als Versicherungsnehmer (Verbraucherversicherungsvertrag), der für die Dauer von mehr als drei Jahren geschlossen worden ist, kann vom Versicherungsnehmer zum Ende des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.</p>

<p>Widerspruchsrecht nach § 5a hat.</p>	
<p>§ 9 (Versicherungsperiode) Als Versicherungsperiode im Sinne dieses Gesetzes gilt, falls nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten bemessen ist, der Zeitraum eines Jahres.</p>	<p>§ 12 Versicherungsperiode Als Versicherungsperiode im Sinne dieses Gesetzes gilt, falls nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten bemessen ist, der Zeitraum eines Jahres.</p>
<p>§ 10 (Wohnungsänderung) (1) ¹Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Wohnung. ²Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde. (2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Vorschriften des Absatzes 1 entsprechende Anwendung.</p>	<p>§ 13 Änderung von Anschrift und Name (1) ¹Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. ²Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie ohne die Anschriftsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde. ³Die Sätze 1 und 2 sind im Falle einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden. (2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Vorschriften des Absatzes 1 Satz 1 und 2 entsprechende Anwendung.</p>
<p>§ 11 (Fälligkeit) (1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. (2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat. (3) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist. (4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.</p>	<p>§ 14 Fälligkeit der Geldleistung (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen. (2) ¹Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, so kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. ²Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können. (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.</p>
<p>§ 12 (Verjährung) (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt. (3) ¹Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. ²Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.</p>	<p>§ 15 Verjährung (1) ¹Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. ²Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig wird. (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, in dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.</p>
	<p>§ 16 Anpassung unwirksamer Versicherungsbedingungen (1) Ist eine Bestimmung in Versicherungsbedingungen des Versicherers unwirksam, so richtet sich der Inhalt des Vertrags insoweit nach den gesetzlichen Vorschriften. (2) ¹Der Versicherer kann die unwirksame Bestimmung durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten</p>

	an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Partei eine unzumutbare Härte darstellen würde. ² Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherten angemessen berücksichtigt.
<p>§ 13 (Insolvenz des Versicherers) ¹Wird über das Vermögen des Versicherers das Insolvenzverfahren eröffnet, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Ablauf eines Monats seit der Eröffnung; bis zu diesem Zeitpunkt bleibt es der Insolvenzmasse gegenüber wirksam. ²Soweit das Versicherungsaufsichtsgesetz besondere Vorschriften über die Wirkungen der Eröffnung des Insolvenzverfahrens enthält, bewendet es bei diesen Vorschriften.</p>	<p>§ 17 Insolvenz des Versicherers (1) Wird über das Vermögen des Versicherers das Insolvenzverfahren eröffnet, so endet das Versicherungsverhältnis mit Ablauf eines Monats seit der Eröffnung; bis zu diesem Zeitpunkt bleibt es der Insolvenzmasse gegenüber wirksam. (2) Die Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes über die Wirkungen der Insolvenzeröffnung bleiben unberührt.</p>
<p>§ 14 (Insolvenz des Versicherungsnehmers) (1) Der Versicherer kann sich für den Fall der Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Versicherungsnehmers die Befugnis ausbedingen, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen. (2) Das gleiche gilt für den Fall, dass die Zwangsverwaltung des versicherten Grundstücks angeordnet wird.</p>	<p>§ 18 Insolvenz des Versicherungsnehmers (1) Für den Fall der Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Versicherungsnehmers kann der Vertrag vorsehen, dass der Versicherer das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat kündigen kann. (2) Absatz 1 ist auch für den Fall der Anordnung der Zwangsverwaltung des versicherten Grundstücks anzuwenden.</p>
<p>§ 15 (Unpfändbare Sachen) Soweit sich die Versicherung auf unpfändbare Sachen bezieht, kann die Forderung aus der Versicherung nur an solche Gläubiger des Versicherungsnehmers übertragen werden, die diesem zum Ersatz der zerstörten oder beschädigten Sachen andere Sachen geliefert haben.</p>	<p>§ 19 Abtretungsverbot bei unpfändbaren Sachen Soweit sich die Versicherung auf unpfändbare Sachen bezieht, kann die Forderung aus der Versicherung nur an solche Gläubiger des Versicherungsnehmers abgetreten werden, die diesem zum Ersatz der zerstörten oder beschädigten Sachen andere Sachen geliefert haben.</p>
<p>§ 15a (Halbzwingende Vorschriften) Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften des § 3 Abs. 3 und 5, § 5 Abs. 1 bis 3, § 5a, § 6 Abs. 1 bis 3, § 8 Abs. 2 bis 5, § 11 Abs. 2, §§ 12, 14 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>	<p>§ 20 Abweichende Vereinbarungen Von den Vorschriften des § 3 Abs. 2 und 4, § 5 Abs. 1 bis 3, der §§ 6 bis 8 Abs. 3, der §§ 9 und 11 Abs. 2 bis 4, des § 14 Abs. 2 Satz 1 und der §§ 16 und 18 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>
<p>Zweiter Titel. Anzeigepflicht. Gefahrerhöhung</p>	<p>Titel 2 Anzeigepflicht, Gefahrerhöhung, Obliegenheiten</p>
<p>§ 16 Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers) (1) ¹Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrags alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. ²Erheblich sind die Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. ³Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich. (2) ¹Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer von dem Vertrag zurücktreten. ²Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat. (3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist.</p>	<p>§ 21 Anzeigepflicht (1) ¹Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluß des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. ²Stellt der Versicherer nach der auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1, so ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. (3) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. ²In diesem Falle hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. (4) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätte; dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich verletzt hat. ²Die anderen Bedingungen</p>

	<p>werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Inhalt des Vertrags.</p> <p>(5) Hat der Versicherungsnehmer erhebliche Gefahrumstände, nach denen der Versicherer nicht in Textform gefragt hat, nicht angezeigt, so stehen dem Versicherer die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn die Nichtanzeige auf Arglist des Versicherungsnehmers beruht.</p> <p>(6) ¹Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 außer im Falle des Absatzes 5 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer bei Antragstellung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. ²Die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.</p> <p>(7) ¹Erhöht sich im Falle des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 20 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. ²Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei seiner Erklärung auf dieses Recht hinzuweisen.</p>
<p>§ 17 (Unrichtige Anzeige)</p> <p>(1) Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.</p> <p>(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.</p>	<p>(Vgl. § 21)</p>
<p>§ 18 (Rücktrittsrecht des Versicherers)</p> <p>(1) (aufgehoben)</p> <p>(2) Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an Hand schriftlicher, von dem Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur im Fall arglistiger Verschweigung zurücktreten.</p>	<p>(Vgl. § 21)</p>
<p>§ 19 (Vertragsschluss durch Vertreter)</p> <p>¹Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht geschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. ²Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.</p>	<p>§ 22 Vertreter des Versicherungsnehmers</p> <p>¹Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, so sind bei der Anwendung des § 21 Abs. 1 bis 5 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. ²Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.</p>
<p>§ 20 (Rücktritt)</p> <p>(1) ¹Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. ²Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.</p> <p>(2) ¹Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer. ²Im Fall des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfangs an zu verzinsen.</p>	<p>§ 23 Ausübung der Rechte des Versicherers</p> <p>(1) ¹Der Versicherer muss die ihm nach § 21 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. ²Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erhält. ³Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 2 nicht verstrichen ist.</p>

	<p>(2) Im Falle eines Rücktrittes nach § 21 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.</p> <p>(3) ¹Die Rechte des Versicherers nach § 21 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. ²Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, so beläuft sich diese Frist auf zehn Jahre.</p>
<p>§ 21 (Leistungspflicht trotz Rücktritt) Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.</p>	<p>(Vgl. § 23)</p>
<p>§ 22 (Täuschungsanfechtung) Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.</p>	<p>§ 24 Arglistige Täuschung Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.</p>
<p>§ 23 (Gefahrerhöhung nach Vertragsabschluß) (1) Nach dem Abschluß des Vertrags darf der Versicherungsnehmer nicht ohne Einwilligung des Versicherers eine Erhöhung der Gefahr vornehmen oder deren Vornahme durch einen Dritten gestatten. (2) Erlangt der Versicherungsnehmer Kenntnis davon, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.</p>	<p>§ 25 Gefahrerhöhung (1) Der Versicherungsnehmer darf nach Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung ohne Einwilligung des Versicherers keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme durch einen Dritten gestatten. (2) Erkennt der Versicherungsnehmer nachträglich, dass er ohne Einwilligung des Versicherers eine Gefahrerhöhung vorgenommen oder gestattet hat, so hat er die Gefahrerhöhung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. (3) Tritt nach Abgabe der auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung des Versicherungsnehmers eine Gefahrerhöhung unabhängig von seinem Willen ein, so muss er sie dem Versicherer unverzüglich nach Kenntniserlangung anzeigen.</p>
<p>§ 24 (Fristlose Kündigung wegen Gefahrerhöhung) (1) ¹Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. ²Beruhet die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so braucht dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten zu lassen. (2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.</p>	<p>§ 26 Kündigung wegen Gefahrerhöhung (1) ¹Verletzt der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig seine Verpflichtung nach § 25 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist kündigen. ²Beruhet die Verletzung auf einfacher Fahrlässigkeit, so kann der Versicherer unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. ³Ist eine nach Satz 1 erklärte Kündigung mangels Vorsatzes oder grober Fahrlässigkeit unwirksam, so gilt sie als Kündigungserklärung nach Satz 2. (2) In den Fällen einer Gefahrerhöhung nach § 25 Abs. 2 und 3 kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. (3) Das Kündigungsrecht nach den Absätzen 1 und 2 erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats ab der Kenntnis des Versicherers von der Erhöhung der Gefahr ausgeübt wird oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Gefahrerhöhung bestanden hat.</p>
	<p>§ 27 Prämienenerhöhung wegen Gefahrerhöhung (1) ¹Der Versicherer kann an Stelle einer Kündigung ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung eine seinen Geschäftsgrundsätzen für diese höhere Gefahr entsprechende Prämie verlangen oder die Absicherung der höheren Gefahr ausschließen. ²Für das Erlöschen dieses Rechts gilt § 26 Abs. 3 entsprechend.</p>

	<p>(2) ¹Erhöht sich die Prämie als Folge der Gefahrerhöhung um mehr als 20 Prozent oder schließt der Versicherer die Absicherung der höheren Gefahr aus, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. ²Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.</p>
<p>§ 25 (Leistungsfreiheit) (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt. (2) ¹Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. ²Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, eintritt, es sei denn, dass ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war. (3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des 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 und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.</p>	<p>§ 28 Leistungsfreiheit wegen Gefahrerhöhung (1) ¹Tritt der Versicherungsfall nach einer Gefahrerhöhung ein, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer seine Verpflichtung nach § 25 Abs. 1 vorsätzlich verletzt hat. ²Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer. (2) ¹In den Fällen einer Gefahrerhöhung nach § 25 Abs. 2 und 3 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugegangen sein müssen, es sei denn, dem Versicherer war die Gefahrerhöhung zu diesem Zeitpunkt bekannt. ²Die Pflicht zur Leistung bleibt bestehen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht nach § 25 Abs. 2 und 3 nicht auf Vorsatz beruht; im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung gilt Absatz 1 Satz 2. (3) Die Befreiung des Versicherers von der Pflicht zur Leistung oder deren Einschränkung nach den Absätzen 1 und 2 entfällt, 1. soweit die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ist oder 2. wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt war.</p>
<p>§ 26 (Zulässige Gefahrerhöhung) Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 finden keine Anwendung, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für welches der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlaßt wird.</p>	<p>(Vgl. § 28)</p>
<p>§ 27 (Ungewollte Gefahrerhöhung) (1) ¹Tritt nach dem Abschluß des Vertrags eine Erhöhung der Gefahr unabhängig von dem Willen des Versicherungsnehmers ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. ²Die Vorschriften des § 24 Abs. 2 finden Anwendung. (2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.</p>	<p>(Vgl. § 28)</p>
<p>§ 28 (Leistungsfreiheit) (1) Wird die in § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.</p>	<p>(Vgl. § 28)</p>

<p>(2) ¹Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. ²Das 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 und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.</p>	
<p>§ 29 (Unerhebliche Gefahrerhöhung) ¹Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. ²Eine Gefahrerhöhung kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass das Versicherungsverhältnis durch die Gefahrerhöhung nicht berührt werden soll.</p>	<p>§ 29 Unerhebliche Gefahrerhöhung Die §§ 25 bis 28 sind nicht anzuwenden, wenn nur eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr vorliegt oder wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass die Gefahrerhöhung mitversichert sein soll.</p>
<p>§ 29a (Gefahrerhöhung vor Annahme des Antrags) Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 finden auch Anwendung auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrags eingetretene Gefahrerhöhung, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrags nicht bekannt war.</p>	<p>(Vgl. § 25)</p>
<p>§ 30 (Teilrücktritt; Teilkündigung) (1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Titels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, in Ansehung eines Teils der Gegenstände oder Personen vor, auf welche sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht des Rücktritts oder der Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, dass für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bestimmungen nicht geschlossen haben würde. (2) Macht der Versicherer von dem Recht des Rücktritts oder der Kündigung in Ansehung eines Teiles der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis in Ansehung des übrigen Teiles zu kündigen; die Kündigung kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der Versicherungsperiode geschehen, in welcher der Rücktritt des Versicherers oder seine Kündigung wirksam wird. (3) Liegen in Ansehung eines Teiles der Gegenstände oder Personen, auf welche sich die Versicherung bezieht, die Voraussetzungen vor, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Gefahrerhöhung von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, so findet auf die Befreiung die Vorschrift des Absatzes 1 entsprechende Anwendung.</p>	<p>§ 31 Teilrücktritt, Teilkündigung, teilweise Leistungsfreiheit (1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Titels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur bezüglich eines Teiles der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht zum Rücktritt oder zur Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, dass für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bedingungen nicht geschlossen haben würde. (2) ¹Macht der Versicherer von dem Recht zum Rücktritt oder zur Kündigung bezüglich eines Teiles der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis bezüglich des übrigen Teils zu kündigen. ²Die Kündigung muss spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt oder die Kündigung des Versicherers wirksam wird. (3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Gefahrerhöhung ganz oder teilweise von seiner Pflicht zur Leistung frei ist, nur bezüglich eines Teiles der Gegenstände oder Personen, auf die sich die Versicherung bezieht, vor, so findet auf die Befreiung Absatz 1 entsprechende Anwendung.</p>
	<p>§ 32 Kenntnis anderer Versicherer Der Versicherer muss sich die Kenntnis eines anderen Versicherers von Daten des Versicherungsnehmers zurechnen lassen, wenn er Veranlassung hatte und in der Lage war, die bei dem anderen Versicherer gespeicherten Daten abzurufen.</p>
<p>§ 31 (Kündigungsrecht bei Anpassungsklausel) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung das Versicherungsverhältnis kündigen.</p>	<p>§ 43 Kündigung bei Prämienerrhöhung ¹Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, das Versicherungsverhältnis kündigen. ²Dies gilt auch, wenn der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel den Umfang des Versicherungsschutzes vermindert, ohne die</p>

	Prämie entsprechend zu senken. ³ Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen.
<p>§ 32 (Obliegenheitsvereinbarung) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherungsnehmer bestimmte Obliegenheiten zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder zum Zweck der Verhütung einer Gefahrerhöhung übernimmt, wird durch die Vorschriften dieses Titels nicht berührt.</p>	<p>(Vgl. § 30)</p>
<p>§ 33 (Anzeige des Versicherungsfalles) (1) Nach dem Eintritt des Versicherungsfalles hat der Versicherungsnehmer, sobald er von dem Eintritt Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen. (2) Auf eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn der Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalles nicht genügt wird, kann sich der Versicherer nicht berufen, sofern er in anderer Weise von dem Eintritt des Versicherungsfalles rechtzeitig Kenntnis erlangt hat.</p>	<p>§ 33 Anzeige des Versicherungsfalles (1) ¹Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen. ²Steht das Recht auf die vertragliche Leistung des Versicherers einem Dritten zu, so ist auch dieser zur Anzeige verpflichtet. (2) Auf eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer im Falle der Verletzung der Anzeigepflicht nach Absatz 1 nicht zur Leistung verpflichtet ist, kann sich der Versicherer nicht berufen, wenn er auf andere Weise vom Eintritt des Versicherungsfalles rechtzeitig Kenntnis erlangt hat.</p>
<p>§ 34 (Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers) (1) Der Versicherer kann nach dem Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass der Versicherungsnehmer jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist. (2) Belege kann der Versicherer insoweit fordern, als die Beschaffung dem Versicherungsnehmer billigerweise zugemutet werden kann.</p>	<p>§ 34 Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers (1) ¹Der Versicherer kann nach dem Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass der Versicherungsnehmer jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist. ²Belege kann der Versicherer insoweit verlangen, als deren Beschaffung dem Versicherungsnehmer billigerweise zugemutet werden kann. (2) Steht das Recht auf die vertragliche Leistung des Versicherers einem Dritten zu, so hat auch dieser die Pflichten nach Absatz 1 zu erfüllen.</p>
<p>§ 34a (Halbzwingende Vorschriften) ¹Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften der §§ 16 bis 29a, des § 31 und des § 34 Abs. 2 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen. ²Jedoch kann für die dem Versicherungsnehmer obliegenden Anzeigen die schriftliche Form bedungen werden.</p>	<p>§ 35 Abweichende Vereinbarungen ¹Von den Vorschriften der §§ 21 bis 30 Abs. 4 und der §§ 32 und 34 Abs.1 Satz 2 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden. ²Für Anzeigen, zu denen der Versicherungsnehmer nach diesem Titel verpflichtet ist, kann jedoch die Schriftform oder Textform vereinbart werden.</p>
<p>Dritter Titel. Prämie</p>	<p>Titel 3 Prämie</p>
<p>§ 35 (Fälligkeit der Prämie) ¹Der Versicherungsnehmer hat die Prämie und, wenn laufende Prämien bedungen sind, die erste Prämie sofort nach dem Abschluß des Vertrags zu zahlen. ²Er ist zur Zahlung nur gegen Aushändigung des Versicherungsscheins verpflichtet, es sei denn, dass die Ausstellung eines Versicherungsscheins ausgeschlossen ist.</p>	<p>§ 36 Fälligkeit (1) Der Versicherungsnehmer hat eine einmalige Prämie oder, wenn laufende Prämien vereinbart sind, die erste Prämie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. (2) Ist die Prämie zuletzt vom Versicherer eingezogen worden, so ist der Versicherungsnehmer zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.</p>
<p>§ 35a (Prämienzahlung durch Dritte) (1) Fällige Prämien oder sonstige ihm auf Grund des Vertrags gebührende Zahlungen muß der Versicherer vom Versicherten bei der Versicherung für fremde Rechnung, ferner vom Bezugsberechtigten, der ein Recht auf die Leistung des Versicherers erworben hat, sowie vom Pfandgläubiger auch dann annehmen, wenn er nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts die Zahlung zurückweisen könnte. (2) Ein Pfandrecht an der Versicherungsforderung kann auch wegen der Beträge und ihrer Zinsen geltend gemacht werden, die der Pfandgläubiger zur Entrichtung von Prä-</p>	<p>§ 37 Zahlung durch Dritte (1) Der Versicherer muss fällige Prämien oder sonstige ihm auf Grund des Vertrags zustehende Zahlungen vom Versicherten bei einer Versicherung für fremde Rechnung, von einem Bezugsberechtigten, der ein Recht auf die Leistung des Versicherers erworben hat, sowie von einem Pfandgläubiger auch dann annehmen, wenn er die Zahlung nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs zurückweisen könnte. (2) Ein Pfandrecht an der Forderung aus der Versicherung kann auch wegen der Beträge einschließlich ihrer Zinsen geltend gemacht werden, die der Pfandgläubiger zur</p>

<p>mien oder sonstigen dem Versicherer auf Grund des Vertrags gebührenden Zahlungen verwendet hat.</p>	<p>Zahlung von Prämien oder zu sonstigen dem Versicherer auf Grund des Vertrags zustehenden Zahlungen verwendet hat.</p>
<p>§ 35b Aufrechnungsrecht Der Versicherer kann den Betrag einer fälligen Prämienforderung oder einer anderen ihm aus dem Vertrag zustehenden Forderung von der ihm nach diesem Vertrag obliegenden Leistung in Abzug bringen, auch wenn er die Leistung nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem Dritten schuldet.</p>	<p>§ 38 Aufrechnung durch den Versicherer Der Versicherer kann eine fällige Prämienforderung oder eine andere ihm aus dem Vertrag zustehende fällige Forderung gegen eine Forderung aus der Versicherung auch dann aufrechnen, wenn diese Forderung nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem Dritten zusteht.</p>
<p>§ 36 (Leistungsort) (1) Leistungsort für die Entrichtung der Prämie ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers; der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und seine Kosten die Prämie dem Versicherer zu übermitteln. (2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so tritt, wenn er seine gewerbliche Niederlassung an einem anderen Ort hat, der Ort der Niederlassung an die Stelle des Wohnsitzes.</p>	<p>§ 39 Leistungsort (1) ¹Leistungsort für die Zahlung der Prämie ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers. ²Der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und seine Kosten die Prämie dem Versicherer zu übermitteln. (2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so tritt, wenn er seine gewerbliche Niederlassung an einem anderen Ort hat, der Ort der Niederlassung an die Stelle des Wohnsitzes.</p>
<p>§ 37 (Regelmäßige Einziehung der Prämie) Ist die Prämie regelmäßig bei dem Versicherungsnehmer eingezogen worden, so ist dieser zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn ihm in Textform angezeigt wird, dass die Übermittlung verlangt werde.</p>	<p>§ 36 Fälligkeit (2) Ist die Prämie zuletzt vom Versicherer eingezogen worden, so ist der Versicherungsnehmer zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.</p>
<p>§ 38 (Verspätete Zahlung der ersten Prämie) (1) ¹Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. ²Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird. (2) Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.</p>	<p>§ 40 Zahlungsverzug bei Erstprämie (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. (2) ¹Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. ²Ist die Zahlung der Prämie Voraussetzung für den Beginn des Versicherungsschutzes, so tritt die Leistungsfreiheit nur ein, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie hingewiesen hat.</p>
<p>§ 39 (Verspätete Zahlung der Folgeprämie) (1) ¹Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. ²Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam. (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. (3) ¹Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. ²Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Ver-</p>	<p>§ 41 Zahlungsverzug bei Folgeprämie (1) ¹Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. ²Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten in Verzug, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. (3) ¹Der Versicherer kann nach Fristablauf das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. ²Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Ver-</p>

<p>cherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. ³Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.</p> <p>(4) Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.</p>	<p>sicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. ³Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.</p>
<p>§ 40 (Prämie trotz Aufhebung des Versicherungsverhältnisses)</p> <p>(1) ¹Wird das Versicherungsverhältnis wegen Verletzung einer Obliegenheit oder wegen Gefahrerhöhung auf Grund der Vorschriften des zweiten Titels durch Kündigung oder Rücktritt aufgehoben oder wird der Versicherungsvertrag durch den Versicherer angefochten, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in der er von der Verletzung der Obliegenheit, der Gefahrerhöhung oder von dem Anfechtungsgrund Kenntnis erlangt hat. ²Wird die Kündigung erst in der folgenden Versicherungsperiode wirksam, so gebührt ihm die Prämie bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p> <p>(2) ¹Wird das Versicherungsverhältnis wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie nach § 39 gekündigt, so gebührt dem Versicherer die Prämie bis zur Beendigung der laufenden Versicherungsperiode. ²Tritt der Versicherer nach § 38 Abs. 1 zurück, so kann er nur eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p> <p>(3) Endigt das Versicherungsverhältnis nach § 13 oder wird es vom Versicherer auf Grund einer Vereinbarung nach § 14 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.</p>	<p>§ 42 Vorzeitige Vertragsbeendigung</p> <p>(1) ¹Im Falle der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem anteilig getragenen Risiko entspricht. ²Wird das Versicherungsverhältnis auf Grund des § 21 Abs. 2 durch Rücktritt des Versicherers beendet, so steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung zu. ³Tritt der Versicherer nach § 40 Abs. 1 zurück, so kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p> <p>(2) Endet das Versicherungsverhältnis nach § 17 oder wird es vom Versicherer auf Grund einer Vereinbarung nach § 18 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.</p>
<p>§ 41 (Prämienerhöhung)</p> <p>(1) ¹Ist die dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrags obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, das Rücktrittsrecht des Versicherers aber ausgeschlossen, weil dem andern Teil ein Verschulden nicht zur Last fällt, so kann der Versicherer, falls mit Rücksicht auf die höhere Gefahr eine höhere Prämie angemessen ist, von dem Beginn der laufenden Versicherungsperiode an die höhere Prämie verlangen. ²Das gleiche gilt, wenn bei der Schließung des Vertrags ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem andern Teil nicht bekannt war.</p> <p>(2) Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen. § 40 Abs. 1 gilt sinngemäß.</p> <p>(3) ¹Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt. ²Das gleiche gilt von dem Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraums ausgeübt wird.</p>	<p>(Vgl. § 21)</p>
<p>§ 41a (Prämienherabsenkung)</p>	<p>§ 44 Herabsetzung der Prämie</p>

<p>(1) Ist wegen bestimmter, die Gefahr erhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Antrags oder nach Abschluss des Vertrags wegfallen oder ihre Bedeutung verlieren, verlangen, dass die Prämie für die künftigen Versicherungsperioden angemessen herabgesetzt wird.</p> <p>(2) Das gleiche gilt, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch irrtümliche Angaben des Versicherungsnehmers über einen solchen Umstand veranlasst worden ist.</p>	<p>¹Ist wegen bestimmter gefahrerhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart und sind diese Umstände nach Antragstellung des Versicherungsnehmers oder nach Vertragsschluss weggefallen oder bedeutungslos geworden, so kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass die Prämie ab Zugang des Verlangens beim Versicherer angemessen herabgesetzt wird. ²Dies gilt auch, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch unrichtige, auf einem Irrtum des Versicherungsnehmers beruhende Angaben über einen solchen Umstand veranlasst worden ist.</p>
<p>§ 42 (Halbzwingende Vorschriften) Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften der §§ 37 bis 41a zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>	<p>§ 45 Abweichende Vereinbarungen Von den Vorschriften des § 36 Abs.2 und der §§ 40 bis 44 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>
	<p>Titel 5 Vorläufige Deckung</p>
	<p>§ 52 Inhalt des Vertrags (1) ¹Bei einem Versicherungsvertrag, dessen wesentlicher Inhalt die Gewährung einer vorläufigen Deckung durch den Versicherer ist, kann vereinbart werden, dass dem Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen und die Informationen nach § 7 Abs. 1 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 nur auf Anforderung spätestens mit dem Versicherungsschein vom Versicherer zu übermitteln sind. ²Die Vorschriften der §§ 60 bis 68 über die Informationspflichten der Versicherungsvermittler bleiben unberührt. ³Auf einen Fernabsatzvertrag im Sinne des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist Satz 1 nicht anzuwenden. (2) ¹Werden die Versicherungsbedingungen dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss nicht übermittelt, so werden die vom Versicherer zu diesem Zeitpunkt für den vorläufigen Versicherungsschutz üblicherweise verwendeten Bedingungen, bei Fehlen solcher Bedingungen die für den Hauptvertrag vom Versicherer verwendeten Bedingungen auch ohne ausdrücklichen Hinweis hierauf Bestandteil des Vertrags. ²Bestehen Zweifel, welche Bedingungen für den Vertrag gelten sollen, so werden die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses vom Versicherer verwendeten Bedingungen, die für den Versicherungsnehmer am günstigsten sind, Vertragsbestandteil.</p>
	<p>§ 53 Nichtzustandekommen des Hauptvertrags Ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, im Falle des Nichtzustandekommens des Hauptvertrags eine Prämie für die vorläufige Deckung zu zahlen, so steht dem Versicherer ein Anspruch auf einen der Laufzeit der vorläufigen Deckung entsprechenden Teil der Prämie zu, die beim Zustandekommen des Hauptvertrags für diesen zu zahlen wäre.</p>
	<p>§ 54 Prämienzahlung (1) Der Beginn des Versicherungsschutzes kann von der Zahlung der Prämie abhängig gemacht werden, sofern der Versicherer den Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein auf diese Voraussetzung hinweist. (2) ¹Eine Vereinbarung, nach der bei einem Vertrag über vorläufige Deckung bei Verzug des Versicherungsnehmers mit der Zahlung der Prämie für die vorläufige Deckung oder der Erstprämie für den Hauptvertrag die vorläufige Deckung rückwirkend entfällt, ist unwirksam. ²§ 40 ist insoweit nicht anzuwenden.</p>

	<p>(3) Von der Vorschrift des Absatzes 1 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>
	<p>§ 55 Beendigung des Vertrags</p> <p>(1) ¹Der Vertrag über vorläufige Deckung endet, sofern es sich um einen Verbraucherversicherungsvertrag handelt, spätestens zu dem Zeitpunkt, in dem nach einem vom Versicherungsnehmer abgeschlossenen Hauptvertrag oder einem weiteren Vertrag über vorläufige Deckung ein gleichartiger Versicherungsschutz beginnt. ²Ist der Beginn des Versicherungsschutzes nach dem Hauptvertrag oder einem weiteren Vertrag über vorläufige Deckung von der Zahlung der Prämie durch den Versicherungsnehmer abhängig, so endet der Vertrag über vorläufige Deckung bei Nichtzahlung oder verspäteter Zahlung der Prämie abweichend von Satz 1 mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer mit der Prämienzahlung in Verzug ist, sofern der Versicherer den Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.</p> <p>(2) Schließt der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag oder einen weiteren Vertrag über vorläufige Deckung mit einem anderen Versicherer, so endet der Vertrag nach Absatz 1 erst mit der Kenntnis des bisherigen Versicherers von dem Vertragschluss.</p> <p>(3) Kommt der Hauptvertrag mit dem Versicherer, mit dem der Vertrag über vorläufige Deckung besteht, nicht zustande, weil der Versicherungsnehmer seine auf den Abschluss des Vertrags gerichtete Willenserklärung nach § 8 widerruft oder nach § 5 Abs. 1 und 2 einen Widerspruch erklärt, so endet der Vertrag über vorläufige Deckung mit dem Zugang des Widerrufs oder des Widerspruchs beim Versicherer.</p> <p>(4) ¹Ist das Vertragsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen, so kann jede Partei den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. ²Die Kündigung des Versicherers wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang wirksam, sofern es sich um einen Verbraucherversicherungsvertrag handelt.</p> <p>(5) Von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>
	<p>Titel 6 Laufende Versicherung</p>
	<p>§ 56 Anmeldepflicht</p> <p>Wird ein Vertrag in der Weise geschlossen, dass die versicherten Interessen bei Vertragsschluss nur der Gattung nach bezeichnet und erst nach ihrer Entstehung dem Versicherer einzeln aufgegeben werden (laufende Versicherung), so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, entweder die versicherten Risiken einzeln oder, wenn der Versicherer darauf verzichtet hat, die vereinbarte Prämiengrundlage unverzüglich anzumelden oder, wenn dies vereinbart ist, jeweils Deckungszusagen zu beantragen.</p>
	<p>§ 57 Verletzung der Anmeldepflicht</p> <p>(1) ¹Hat der Versicherungsnehmer die Anmeldung eines versicherten Risikos oder der vereinbarten Prämiengrundlage unterlassen oder fehlerhaft vorgenommen, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. ²Die Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn die Anmeldepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist und der Versicherungsnehmer die Anmeldung unverzüglich nach Kenntniserlangung von dem Fehler nachholt oder berichtet.</p> <p>(2) ¹Verletzt der Versicherungsnehmer die Anmeldepflicht vorsätzlich, kann der Versi-</p>

	<p>cherer den Vertrag fristlos kündigen. ²Die Versicherung von Einzelrisiken, für die der Versicherungsschutz begonnen hat, bleibt, wenn anderes nicht vereinbart ist, über das Ende der laufenden Versicherung hinaus bis zu dem Zeitpunkt in Kraft, in dem die vereinbarte Dauer der Versicherung dieser Einzelrisiken endet. ³Der Versicherer kann ferner die Prämie verlangen, die bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu zahlen gewesen wäre, wenn der Versicherungsnehmer die Anmeldepflicht erfüllt hätte.</p>
	<p>§ 58 Einzelpolice (1) ¹Ist bei einer laufenden Versicherung für ein einzelnes Risiko eine Einzelpolice oder ein Versicherungszertifikat ausgestellt worden, so ist der Versicherer nur gegen Vorlage der Urkunde zur Leistung verpflichtet. ²Durch die Leistung an den Inhaber der Urkunde wird er befreit. (2) ¹Ist die Urkunde abhanden gekommen oder vernichtet, so ist der Versicherer erst zur Leistung verpflichtet, wenn die Urkunde für kraftlos erklärt oder Sicherheit geleistet ist; eine Sicherheitsleistung durch Bürgen ist ausgeschlossen. ²Das gleiche gilt von der Verpflichtung des Versicherers zur Ausstellung einer Ersatzurkunde. (3) ¹Der Inhalt der Einzelpolice oder eines Versicherungszertifikats gilt abweichend von § 5 als vom Versicherungsnehmer genehmigt, wenn dieser nicht unverzüglich nach der Aushändigung widerspricht. ²Das Recht des Versicherungsnehmers, die Genehmigung wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.</p>
	<p>§ 59 Obliegenheitsverletzung (1) Verletzt der Versicherungsnehmer bei einer laufenden Versicherung schuldhaft eine vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllende Obliegenheit, so ist der Versicherer in Bezug auf ein versichertes Einzelrisiko, auf das sich die verletzte Obliegenheit bezieht, nicht zur Leistung verpflichtet. (2) Bei schuldhafter Verletzung einer Obliegenheit kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er Kenntnis von der Verletzung erlangt hat, mit einer Frist von einem Monat kündigen.</p>
Vierter Titel. Versicherungsagenten	Titel 7 Versicherungsvermittler
	Untertitel 1 Mitteilungspflichten, Beratung
	<p>§ 60 Begriffsbestimmungen (1) Versicherungsvermittler im Sinne dieses Gesetzes sind Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler. (2) Versicherungsvertreter im Sinne dieses Gesetzes ist, wer von einem Versicherer oder einem Versicherungsvertreter damit betraut ist, Versicherungsverträge zu vermitteln oder abzuschließen oder bei deren Verwaltung und Erfüllung mitzuwirken (Versicherungsvermittlungsgeschäfte), und in das Register nach § X der Gewerbeordnung eingetragen ist. (3) ¹Versicherungsmakler im Sinne dieses Gesetzes ist, wer, ohne von einem Versicherer damit betraut zu sein, für den Auftraggeber Versicherungsvermittlungsgeschäfte übernimmt und in das Register nach § Y der Gewerbeordnung eingetragen ist. ²Als Versicherungsmakler gilt, wer sich im Geschäftsverkehr als Versicherungsmakler bezeichnet, obwohl er als Versicherungsvertreter in das in Absatz 2 bezeichnete Register eingetragen ist; eine Haftung des Versicherers für seinen Versicherungsvertreter bleibt unberührt.</p>

	<p>§ 61 Mitteilungspflichten</p> <p>(1) Der Versicherungsvermittler ist verpflichtet, dem Versicherungsnehmer folgendes mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Name und Anschrift des Versicherungsvermittlers,2. Bezeichnung des Registers, in das er eingetragen ist sowie Angabe, ob er als Versicherungsvertreter oder als Versicherungsmakler eingetragen ist, und auf welche Weise sich die Eintragung überprüfen lässt,3. Angabe der Versicherer, an denen der Versicherungsvermittler unmittelbar oder mittelbar eine Beteiligung von mehr als 10 Prozent der Stimmrechte oder des Kapitals hält,4. Angabe der Versicherer, die unmittelbar oder mittelbar eine Beteiligung von mehr als 10 Prozent der Stimmrechte oder des Kapitals des Versicherungsvermittlers halten,5. Angaben, die es den Versicherungsnehmern und anderen Betroffenen ermöglichen, Beschwerden über Versicherungsvermittler einzureichen, sowie Angaben über die Möglichkeiten der außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten. <p>(2) Der Versicherungsvermittler hat dem Versicherungsnehmer ferner mitzuteilen, ob er seinen Rat auf eine objektive, ausgewogene Marktuntersuchung stützt.</p> <p>(3) Die Mitteilungen nach Absatz 1 sind nicht erforderlich, soweit sie der Versicherungsnehmer bereits bei einem früheren Versicherungsvertrag vom Versicherungsvermittler oder in einem Vertrag mit einem Versicherungsmakler in der in § 65 vorgeschriebenen Form erhalten hat und die Mitteilungen unverändert richtig sind.</p>
	<p>§ 62 Zusätzliche Mitteilungspflicht des Versicherungsvertreters</p> <p>¹Der Versicherungsvertreter hat dem Versicherungsnehmer in Bezug auf den angebotenen Versicherungsvertrag mitzuteilen, ob er verpflichtet ist, Versicherungsgeschäfte ausschließlich oder nicht ausschließlich für einen oder mehrere Versicherer zu tätigen. ²Auf Verlangen hat er dem Versicherungsnehmer die Namen der von ihm vertretenen Versicherer anzugeben; auf das Recht, diese Angabe zu verlangen, hat er den Versicherungsnehmer ausdrücklich hinzuweisen.</p>
	<p>§ 63 Beratungsgrundlage</p> <p>(1) ¹Teilt der Versicherungsvermittler dem Versicherungsnehmer mit, dass er seinen Rat auf eine objektive, ausgewogene Marktuntersuchung stützt, so ist er verpflichtet, seinem Rat eine hinreichende Zahl von auf dem Markt angebotenen Versicherungsverträgen und von Versicherern zu Grunde zu legen, so dass er nach fachlichen Kriterien eine Empfehlung dahin abgeben kann, welcher Versicherungsvertrag geeignet ist, die Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erfüllen. ²Auf Verlangen hat er dem Versicherungsnehmer die Namen der seinem Rat zugrunde gelegten Versicherer anzugeben; auf das Recht, diese Angabe zu verlangen, hat er den Versicherungsnehmer ausdrücklich hinzuweisen.</p> <p>(2) Die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 2 gilt auch für einen Versicherungsvermittler, der dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass er seinen Rat nicht auf eine Marktuntersuchung im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 stützt.</p>
	<p>§ 64 Beratung des Versicherungsnehmers</p> <p>¹Der Versicherungsvermittler hat die Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungs-</p>

	<p>nehmers zu erfragen, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, sowie nach der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht, und die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben. ²Der Versicherungsvermittler hat die Wünsche und Bedürfnisse sowie die Gründe für den erteilten Rat unter Berücksichtigung des Schwierigkeitsgrads des angebotenen Versicherungsvertrags nach Maßgabe des § 65 zu dokumentieren.</p>
	<p>§ 65 Zeitpunkt und Form der Informationen (1) Dem Versicherungsnehmer sind die Mitteilungen und Angaben nach den §§ 61 bis 63 vor Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung, die Dokumentation nach § 64 Satz 2 vor dem Abschluss des Vertrags in Textform klar und verständlich in deutscher Sprache oder in der von den Parteien vereinbarten Sprache zu übermitteln. (2) ¹Die Mitteilungen und Angaben nach Absatz 1 dürfen mündlich übermittelt werden, wenn der Versicherungsnehmer dies wünscht oder wenn und soweit der Versicherer vorläufige Deckung gewährt. ²In diesen Fällen sind die Mitteilungen und Angaben unverzüglich nach Vertragsschluss dem Versicherungsnehmer in Textform zur Verfügung zu stellen.</p>
	<p>§ 66 Schadensersatzpflicht ¹Der Versicherungsvermittler ist zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der dem Versicherungsnehmer durch die schuldhafte Verletzung einer Pflicht nach § 63 oder § 64 entsteht. ²Dies gilt nicht im Falle des § 64, soweit der Versicherungsnehmer vor Vertragsschluss in Textform auf eine Beratung verzichtet.</p>
	<p>§ 67 Nicht eingetragene Vermittler Auf Personen, die selbständig Versicherungsverträge vermitteln, ohne in ein Register nach § 60 Abs. 2 oder 3 Satz 1 eingetragen zu sein, sind die Vorschriften der §§ 61 bis 66 entsprechend anzuwenden.</p>
	<p>§ 68 Großrisiken Die §§ 60 bis 67 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006 nicht anzuwenden.</p>
	<p>Untertitel 2 Vertretungsmacht des Versicherungsvertreters</p>
<p>§ 43 (Vollmacht des Versicherungsagenten) Ein Versicherungsagent gilt, auch wenn er nur mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betraut ist, als bevollmächtigt, in dem Versicherungszweig, für den er bestellt ist, 1. Anträge auf Schließung, Verlängerung oder Änderung eines Versicherungsvertrags sowie den Widerruf solcher Anträge entgegenzunehmen; 2. die Anzeigen, welche während der Versicherung zu machen sind, sowie Kündigungs- und Rücktrittserklärungen oder sonstige das Versicherungsverhältnis betreffende Erklärungen von dem Versicherungsnehmer entgegenzunehmen; 3. die von dem Versicherer ausgefertigten Versicherungsscheine oder Verlängerungsscheine auszuhändigen; 4. Prämien nebst Zinsen und Kosten anzunehmen, sofern er sich im Besitz einer vom</p>	<p>§ 69 Gesetzliche Vollmacht (1) Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, in dem Versicherungszweig, in dem er mit Versicherungsvermittlungsgeschäften betraut ist, 1. Anträge, die auf den Abschluss eines Versicherungsvertrags gerichtet sind, und deren Widerruf sowie die vor Vertragsschluss abzugebenden Anzeigen und sonstigen Erklärungen vom Versicherungsnehmer entgegen zu nehmen, 2. Anträge auf Verlängerung oder Änderung eines Versicherungsvertrags und deren Widerruf, die Kündigung, den Rücktritt und sonstige das Versicherungsverhältnis betreffende Erklärungen sowie die während der Dauer des Versicherungsverhältnisses zu erstattenden Anzeigen vom Versicherungsnehmer entgegen zu nehmen, 3. die vom Versicherer ausgefertigten Versicherungsscheine oder Verlängerungs-</p>

<p>Versicherer unterzeichneten Prämienrechnung befindet; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift.</p>	<p>scheine dem Versicherungsnehmer auszuhändigen, 4. Prämien nebst Zinsen und Kosten anzunehmen, sofern er im Besitz einer vom Versicherer unterzeichneten Prämienrechnung ist; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. (2) ¹Den Versicherungsnehmer trifft die Beweislast für die Abgabe oder den Inhalt eines Antrags oder einer sonstigen Willenserklärung nach Absatz 1 Nr. 1 und 2. ²Die Beweislast für die Nichtabgabe einer auf Grund einer Obliegenheit gebotenen Anzeige durch den Versicherungsnehmer trifft den Versicherer.</p>
<p>§ 44 (Kenntniszurechnung) Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis des Versicherers von Erheblichkeit ist, steht die Kenntnis eines nur mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Agenten der Kenntnis des Versicherers nicht gleich.</p>	<p>§ 70 Kenntnis des Versicherungsvertreters ¹Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis des Versicherers erheblich ist, steht die Kenntnis des Versicherungsvertreters der Kenntnis des Versicherers gleich. ²Dies gilt nicht für Kenntnisse des Versicherungsvertreters, die er außerhalb seiner Tätigkeit als Vertreter und ohne Zusammenhang mit dem betreffenden Versicherungsvertrag erlangt hat.</p>
<p>§ 45 (Abschlussagent) Ist ein Versicherungsagent zum Abschluß von Versicherungsverträgen bevollmächtigt, so ist er auch befugt, die Änderung oder Verlängerung solcher Verträge zu vereinbaren sowie Kündigungs- und Rücktrittserklärungen abzugeben..</p>	<p>§ 71 Abschlussvollmacht Ist der Versicherungsvertreter zum Abschluss von Versicherungsverträgen bevollmächtigt, so ist er auch befugt, die Änderung oder Verlängerung solcher Verträge zu vereinbaren, sowie Kündigungs- und Rücktrittserklärungen abzugeben.</p>
<p>§ 46 (Bezirksagent) ¹Ist der Versicherungsagent ausdrücklich für einen bestimmten Bezirk bestellt, so beschränkt sich seine Vertretungsmacht auf Geschäfte und Rechtshandlungen, welche sich auf Versicherungsverträge über die in dem Bezirk befindlichen Sachen oder mit den im Bezirk gewöhnlich sich aufhaltenden Personen beziehen. ²In Ansehung der von ihm vermittelten oder abgeschlossenen Verträge bleibt der Agent ohne Rücksicht auf diese Beschränkung zur Vornahme von Geschäften und Rechtshandlungen ermächtigt.</p>	
<p>§ 47 (Beschränkung der Vertretungsmacht) ¹Eine Beschränkung der dem Versicherungsagenten nach den Vorschriften der §§ 43 bis 46 zustehenden Vertretungsmacht braucht ein Dritter nur dann gegen sich gelten zu lassen, wenn er die Beschränkung bei der Vornahme des Geschäfts oder der Rechtshandlung kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte. ²Auf eine abweichende Vereinbarung kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>	<p>§ 72 Beschränkung der Vertretungsmacht Eine Beschränkung der dem Versicherungsvertreter nach den §§ 69 und 71 zustehenden Vertretungsmacht durch Allgemeine Geschäftsbedingungen ist gegenüber Dritten unwirksam.</p>
<p>§ 48 (Gerichtsstand der Agentur) (1) Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt oder abgeschlossen, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer erhoben werden, das Gericht des Ortes zuständig, wo der Agent zur Zeit der Vermittlung oder Schließung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte. (2) Die nach Absatz 1 begründete Zuständigkeit kann durch Vereinbarung nicht ausgeschlossen werden.</p>	<p>§ 73 Gerichtsstand (1) Hat ein Versicherungsvertreter den Versicherungsvertrag vermittelt oder geschlossen, so ist für Klagen gegen den Versicherer aus dem Versicherungsverhältnis auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vertreter zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte. (2) Die nach Absatz 1 begründete Zuständigkeit kann durch Vereinbarung nicht ausgeschlossen werden.</p>
	<p>§ 74 Angestellte; nicht eingetragene Vermittler Die §§ 69 bis 73 sind auf Angestellte eines Versicherers, die mit Versicherungsvermittlungsgeschäften betraut sind, und auf Personen, die selbständig Versicherungsverträge vermitteln, ohne in ein Register nach § 60 Abs. 2 eingetragen zu sein, entsprechend anzuwenden.</p>

Zweiter Abschnitt. Schadensversicherung	Abschnitt 2 Schadenversicherung
Erster Titel. Vorschriften für die gesamte Schadensversicherung	Titel 1 Allgemeine Vorschriften
I. Inhalt des Vertrags	
<p>§ 49 (Schadensersatz in Geld) Der Versicherer hat den Schadensersatz in Geld zu leisten.</p>	<p>§ 75 Leistung des Versicherers Bei der Schadenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, dem Versicherungsnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles den dadurch verursachten Vermögensschaden nach Maßgabe des Vertrags zu ersetzen oder die sonst vereinbarte Leistung zu erbringen.</p>
<p>§ 50 (Haftungsgrenze) Der Versicherer haftet nur bis zur Höhe der Versicherungssumme.</p>	<p>(Vgl. § 75)</p>
<p>§ 51 (Überversicherung) (1) Ergibt sich, dass die Versicherungssumme den Wert des versicherten Interesses (Versicherungswert) erheblich übersteigt, so kann sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer verlangen, dass zur Beseitigung der Überversicherung die Versicherungssumme, unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie mit sofortiger Wirkung, herabgesetzt wird. (2) Ist die Überversicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlaß eines Krieges verursacht oder ist sie die unvermeidliche Folge eines Krieges, so kann der Versicherungsnehmer das Verlangen nach Absatz 1 mit Wirkung vom Eintritt der Überversicherung ab stellen. (3) Schließt der Versicherungsnehmer den Vertrag in der Absicht, sich aus der Überversicherung einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Vertrag nichtig; dem Versicherer gebührt, sofern er nicht bei der Schließung des Vertrags von der Nichtigkeit Kenntnis hatte, die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in welcher er diese Kenntnis erlangt.</p>	<p>§ 76 Überversicherung (1) Übersteigt die Versicherungssumme den Wert des versicherten Interesses (Versicherungswert) erheblich, so können sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer verlangen, dass die Versicherungssumme zur Beseitigung der Überversicherung unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie mit sofortiger Wirkung herabgesetzt wird. (2) Schließt der Versicherungsnehmer den Vertrag in der Absicht, sich aus der Überversicherung einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Vertrag nichtig; dem Versicherer steht die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, in dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.</p>
<p>§ 52 (Versicherungswert einer Sache) Bezieht sich die Versicherung auf eine Sache, so gilt, soweit sich nicht aus den Umständen ein anderes ergibt, der Wert der Sache als Versicherungswert.</p>	<p>§ 90 Versicherungswert (1) Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt als Versicherungswert, wenn sich die Versicherung auf eine Sache oder einen Inbegriff von Sachen bezieht, der Betrag, den der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles für die Wiederbeschaffung oder Wiederherstellung der beschädigten Sache in neuwertigem Zustand unter Abzug des sich aus dem Unterschied zwischen alt und neu ergebenden Minderwertes aufzuwenden hat. (2) Eine Versicherung, die für einen Inbegriff von Sachen genommen wird, umfasst die jeweils dem Inbegriff zugehörigen Sachen.</p>
<p>§ 53 (Entgehender Gewinn) Die Versicherung umfasst den durch den Eintritt des Versicherungsfalles entgehenden Gewinn nur, soweit dies besonders vereinbart ist.</p>	<p>(Vgl. § 75)</p>
<p>§ 54 (Inbegriff von Sachen) Ist die Versicherung für einen Inbegriff von Sachen genommen, so umfasst sie die jeweils zu dem Inbegriff gehörigen Sachen.</p>	<p>(Vgl. § 90)</p>
<p>§ 55 (Bereicherungsverbot) Der Versicherer ist, auch wenn die Versicherungssumme höher ist als der Versicherungswert zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles, nicht verpflichtet, dem Versiche-</p>	<p>(Vgl. § 75)</p>

<p>rungsnehmer mehr als den Betrag des Schadens zu ersetzen.</p>	
<p>§ 56 (Unterversicherung) Ist die Versicherungssumme niedriger als der Versicherungswert zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles (Unterversicherung), so haftet der Versicherer für den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zu diesem Wert.</p>	<p>§ 77 Unterversicherung Ist die Versicherungssumme niedriger als der Versicherungswert zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles (Unterversicherung), so ist der Versicherer nur verpflichtet, die Leistung nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zu diesem Wert zu erbringen.</p>
<p>§ 57 (Taxe) ¹Der Versicherungswert kann durch Vereinbarung auf einen bestimmten Betrag (Taxe) festgesetzt werden. ²Die Taxe gilt auch als der Wert, den das versicherte Interesse zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles hat, es sei denn, dass sie den wirklichen Versicherungswert in diesem Zeitpunkt erheblich übersteigt. ³Ist die Versicherungssumme niedriger als die Taxe, so haftet der Versicherer, auch wenn die Taxe erheblich übersetzt ist, für den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zur Taxe.</p>	<p>§ 78 Taxe ¹Der Versicherungswert kann durch Vereinbarung auf einen bestimmten Betrag (Taxe) festgesetzt werden. ²Die Taxe gilt auch als der Wert, den das versicherte Interesse bei Eintritt des Versicherungsfalles hat, es sei denn, dass sie den wirklichen Versicherungswert in diesem Zeitpunkt erheblich übersteigt. ³Ist die Versicherungssumme niedriger als die Taxe, so hat der Versicherer, auch wenn die Taxe erheblich übersetzt ist, den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zur Taxe zu ersetzen.</p>
<p>§ 58 (Mehrere Versicherer) (1) Wer für ein Interesse gegen dieselbe Gefahr bei mehreren Versicherern Versicherung nimmt, hat jedem Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich Mitteilung zu machen. (2) In der Mitteilung ist der Versicherer, bei welchem die andere Versicherung genommen worden ist, zu bezeichnen und die Versicherungssumme anzugeben.</p>	<p>§ 79 Mehrere Versicherer (1) ¹Wer bei mehreren Versicherern ein Interesse gegen dieselbe Gefahr versichert, ist verpflichtet, jedem Versicherer die andere Versicherung unverzüglich mitzuteilen. ²In der Mitteilung sind der Versicherer, bei dem die andere Versicherung genommen worden ist, und die Versicherungssumme anzugeben. (2) Wird bezüglich derselben Sache bei einem Versicherer der entgehende Gewinn, bei einem anderen Versicherer der sonstige Schaden versichert, so ist Absatz 1 entsprechend anzuwenden.</p>
<p>§ 59 (Doppelversicherung) (1) Ist ein Interesse gegen dieselbe Gefahr bei mehreren Versicherern versichert und übersteigen die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert oder übersteigt aus anderen Gründen die Summe der Entschädigungen, die von jedem einzelnen Versicherer ohne Bestehen der anderen Versicherung zu zahlen wären, den Gesamtschaden (Doppelversicherung), so sind die Versicherer in der Weise als Gesamtschuldner verpflichtet, dass dem Versicherungsnehmer jeder Versicherer für den Betrag haftet, dessen Zahlung ihm nach seinem Vertrag obliegt, der Versicherungsnehmer aber im ganzen nicht mehr als den Betrag des Schadens verlangen kann. (2) ¹Die Versicherer sind im Verhältnis zueinander zu Anteilen nach Maßgabe der Beträge verpflichtet deren Zahlung ihnen dem Versicherungsnehmer gegenüber vertragsmäßig obliegt. ²Findet auf eine der Versicherungen ausländisches Recht Anwendung, so kann der Versicherer, für den das ausländische Recht gilt, gegen den anderen Versicherer einen Anspruch auf Ausgleichung nur geltend machen, wenn er selbst nach dem für ihn maßgebenden Recht zur Ausgleichung verpflichtet ist. (3) Hat der Versicherungsnehmer eine Doppelversicherung in der Absicht genommen, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig; dem Versicherer gebührt, sofern er nicht bei der Schließung des Vertrags von der Nichtigkeit Kenntnis hatte, die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in welcher er diese Kenntnis erlangt.</p>	<p>§ 80 Doppelversicherung (1) Ist bei mehreren Versicherern ein Interesse gegen dieselbe Gefahr versichert und übersteigen die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert oder übersteigt aus anderen Gründen die Summe der Entschädigungen, die von jedem Versicherer ohne Bestehen der anderen Versicherung zu zahlen wären, den Gesamtschaden (Doppelversicherung), so haften die Versicherer in der Weise als Gesamtschuldner, dass jeder Versicherer den von ihm nach dem Vertrag zu leistenden Betrag zu zahlen hat, der Versicherungsnehmer aber insgesamt nicht mehr als den Betrag des Schadens verlangen kann. (2) ¹Die Versicherer sind im Verhältnis zueinander zu Anteilen nach Maßgabe der Beträge verpflichtet, die sie dem Versicherungsnehmer nach dem Vertrag zu zahlen haben. ²Ist auf eine der Versicherungen ausländisches Recht anzuwenden, so kann der Versicherer, für den das ausländische Recht gilt, gegen den anderen Versicherer einen Anspruch auf Ausgleichung nur geltend machen, wenn er selbst nach dem für ihn maßgeblichen Recht zur Ausgleichung verpflichtet ist. (3) Hat der Versicherungsnehmer eine Doppelversicherung in der Absicht vereinbart, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig; dem Versicherer steht die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, in dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.</p>
<p>§ 60 (Aufhebung der Doppelversicherung) (1) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag, durch welchen die Doppelversicherung entstanden ist, ohne Kenntnis von dem Entstehen der Doppelversicherung geschlossen, so kann er verlangen, dass der später geschlossene Vertrag aufgehoben oder die</p>	<p>§ 81 Beseitigung der Doppelversicherung (1) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag, durch den die Doppelversicherung entstanden ist, ohne Kenntnis von dem Entstehen der Doppelversicherung geschlossen, so kann er verlangen, dass der später geschlossene Vertrag aufgehoben oder die Ver-</p>

<p>Versicherungssumme unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie auf den Teilbetrag herabgesetzt wird, der durch die frühere Versicherung nicht gedeckt ist.</p> <p>(2) ¹Das gleiche gilt, wenn die Doppelversicherung dadurch entstanden ist, dass nach Abschluß der mehreren Versicherungen der Versicherungswert gesunken ist. ²Sind jedoch in diesem Falle die mehreren Versicherungen gleichzeitig oder im Einvernehmen der Versicherer geschlossen worden, so kann der Versicherungsnehmer nur verhältnismäßige Herabsetzung der Versicherungssummen und Prämien verlangen.</p> <p>(3) ¹Die Aufhebung oder Herabsetzung wird erst mit dem Ablauf der Versicherungsperiode wirksam, in der sie verlangt wird. ²Das Recht, die Aufhebung oder die Herabsetzung zu verlangen, erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht unverzüglich geltend macht, nachdem er von der Doppelversicherung Kenntnis erlangt hat.</p>	<p>sicherungssumme unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie auf den Teilbetrag herabgesetzt wird, der durch die frühere Versicherung nicht gedeckt ist.</p> <p>(2) ¹Absatz 1 ist auch anzuwenden, wenn die Doppelversicherung dadurch entstanden ist, dass nach Abschluss der mehreren Versicherungen der Versicherungswert gesunken ist. ²Sind in diesem Falle die mehreren Versicherungen gleichzeitig oder im Einvernehmen der Versicherer geschlossen worden, so kann der Versicherungsnehmer nur verhältnismäßige Herabsetzung der Versicherungssummen und der Prämien verlangen.</p>
<p>§ 61 (Schuldhafte Herbeiführung des Versicherungsfalls)</p> <p>Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeiführt.</p>	<p>§ 83 Herbeiführung des Versicherungsfalles</p> <p>(1) Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich herbeiführt.</p> <p>(2) Führt der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall grob fahrlässig herbei, so ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.</p>
<p>§ 62 (Rettungspflicht)</p> <p>(1) ¹Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, bei dem Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; er hat, wenn die Umstände es gestatten, solche Weisungen einzuholen. ²Sind mehrere Versicherer beteiligt und sind von ihnen entgegenstehende Weisungen gegeben, so hat der Versicherungsnehmer nach eigenem pflichtmäßigem Ermessen zu handeln.</p> <p>(2) ¹Hat der Versicherungsnehmer diese Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. ²Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als der Umfang des Schadens auch bei gehöriger Erfüllung der Obliegenheiten nicht geringer gewesen wäre.</p>	<p>§ 84 Abwendung und Minderung des Schadens</p> <p>(1) Der Versicherungsnehmer hat bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.</p> <p>(2) ¹Der Versicherungsnehmer hat Weisungen des Versicherers, soweit für ihn zumutbar, zu befolgen sowie Weisungen einzuholen, wenn die Umstände dies gestatten. ²Erteilen mehrere an dem Versicherungsvertrag beteiligte Versicherer unterschiedliche Weisungen, so hat der Versicherungsnehmer nach pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.</p> <p>(3) ¹Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Absätzen 1 und 2 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung vorsätzlich begangen hat. ²Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.</p> <p>(4) ¹Abweichend von Absatz 3 bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. ²Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.</p>
<p>§ 63 (Rettungskosten)</p> <p>(1) ¹Aufwendungen, die der Versicherungsnehmer gemäß § 62 macht, fallen, auch wenn sie erfolglos bleiben, dem Versicherer zur Last, soweit der Versicherungsnehmer sie den Umständen nach für geboten halten durfte. ²Der Versicherer hat Aufwendungen, die in Gemäßheit der von ihm gegebenen Weisungen gemacht worden sind, auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen. ³Er hat den für die Aufwendungen erforderlichen Betrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen.</p>	<p>§ 85 Aufwendungsersatz</p> <p>(1) ¹Aufwendungen des Versicherungsnehmers gemäß § 84 Abs. 1 und 2 hat der Versicherer, auch wenn sie erfolglos bleiben, insoweit zu erstatten, als der Versicherungsnehmer sie den Umständen nach für geboten halten durfte. ²Der Versicherer hat den für die Aufwendungen erforderlichen Betrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen.</p> <p>(2) Ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen, so kann er auch den Aufwendungsersatz nach Absatz 1 entsprechend kürzen.</p>

<p>(2) Bei einer Unterversicherung sind die Aufwendungen nur nach dem in den §§ 56, 57 bezeichneten Verhältnis zu erstatten.</p>	<p>(3) Aufwendungen des Versicherungsnehmers, die er gemäß den Weisungen des Versicherers macht, sind auch insoweit zu erstatten, als sie zusammen mit der sonstigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen.</p> <p>(4) Bei der Tierversicherung gehören die Kosten der Fütterung und der Pflege sowie die Kosten der tierärztlichen Untersuchung und Behandlung nicht zu den vom Versicherer nach den Absätzen 1 bis 3 zu erstattenden Aufwendungen.</p> <p>(Vgl. § 92)</p>
<p>§ 64 (Sachverständigenverfahren)</p> <p>(1) ¹Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder die Höhe des Schadens durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. ²Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch Urteil. ³Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.</p> <p>(2) ¹Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen durch das Gericht zu ernennen, so ist für die Ernennung das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk der Schaden entstanden ist. ²Durch eine ausdrückliche Vereinbarung der Beteiligten kann die Zuständigkeit eines anderen Amtsgerichts begründet werden. ³Eine Anfechtung der Verfügung, durch welche dem Antrag auf Ernennung der Sachverständigen stattgegeben wird, ist ausgeschlossen.</p> <p>(3) Eine Vereinbarung, durch welche von der Vorschrift des Absatzes 1 Satz 1 abgewichen wird, ist nichtig.</p>	<p>§ 86 Sachverständigenverfahren</p> <p>(1) ¹Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder die Höhe des Schadens durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. ²Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch gerichtliche Entscheidung. ³Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.</p> <p>(2) ¹Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen durch das Gericht zu ernennen, so ist für die Ernennung das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk der Schaden entstanden ist. ²Durch eine ausdrückliche Vereinbarung der Beteiligten kann die Zuständigkeit eines anderen Amtsgerichts begründet werden. ³Die Verfügung, durch die dem Antrag auf Ernennung der Sachverständigen stattgegeben wird, ist nicht anfechtbar.</p> <p>(3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Absatzes 1 Satz 1 abweicht, ist unwirksam.</p>
<p>§ 65 (Vertretung bei Schadensermittlung)</p> <p>Auf eine Vereinbarung, nach welcher sich der Versicherungsnehmer bei den Verhandlungen zur Ermittlung und Feststellung des Schadens nicht durch einen Bevollmächtigten vertreten lassen darf, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>	
<p>§ 66 (Kosten der Schadensermittlung)</p> <p>(1) Der Versicherer hat die Kosten, welche durch die Ermittlung und Feststellung des ihm zur Last fallenden Schadens entstehen, dem Versicherungsnehmer insoweit zu erstatten, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war.</p> <p>(2) Die Kosten, welche dem Versicherungsnehmer durch die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistandes entstehen, hat der Versicherer nicht zu erstatten, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer nach dem Vertrag zu der Zuziehung verpflichtet war.</p> <p>(3) Bei einer Unterversicherung sind die dem Versicherer zur Last fallenden Kosten nur nach dem in den §§ 56, 57 bezeichneten Verhältnis zu erstatten.</p>	<p>§ 87 Schadenermittlungskosten</p> <p>(1) ¹Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer die Kosten, die durch die Ermittlung und Feststellung des von ihm zu ersetzenden Schadens entstehen, insoweit zu erstatten, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war. ²Diese Kosten sind auch insoweit zu erstatten, als sie zusammen mit der sonstigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen.</p> <p>(2) Kosten, die dem Versicherungsnehmer durch die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistandes entstehen, hat der Versicherer nicht zu erstatten, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer zu der Zuziehung vertraglich verpflichtet oder vom Versicherer aufgefordert worden ist.</p> <p>(3) Ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen, so kann er auch den Kostenersatz entsprechend kürzen.</p>
<p>§ 67 (Übergang von Ersatzansprüchen)</p> <p>(1) ¹Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. ²Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. ³Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes</p>	<p>§ 88 Übergang von Ersatzansprüchen</p> <p>(1) ¹Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. ²Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.</p> <p>(2) ¹Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung die-</p>

<p>Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.</p> <p>(2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.</p>	<p>ses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. ²Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, so wird der Versicherer von seiner Pflicht zur Leistung insoweit frei, als er infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. ³Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.</p> <p>(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, so kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.</p>
<p>§ 68 (Fehlendes Interesse)</p> <p>(1) Besteht das versicherte Interesse bei dem Beginn der Versicherung nicht oder gelangt, falls die Versicherung für ein künftiges Unternehmen oder sonst für ein künftiges Interesse genommen ist, das Interesse nicht zur Entstehung, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Zahlung der Prämie frei; der Versicherer kann eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p> <p>(2) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, so gebührt dem Versicherer die Prämie, die er hätte erheben können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, in welchem der Versicherer von dem Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt.</p> <p>(3) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlaß eines Krieges weg oder ist der Wegfall des Interesses die unvermeidliche Folge eines Krieges, so gebührt dem Versicherer nur der Teil der Prämie, welcher der Dauer der Gefahrtragung entspricht.</p> <p>(4) Fällt das versicherte Interesse weg, weil der Versicherungsfall eingetreten ist, so gebührt dem Versicherer die Prämie für die laufende Versicherungsperiode.</p>	<p>§ 82 Fehlendes versichertes Interesse</p> <p>(1) ¹Der Versicherungsnehmer ist von der Pflicht zur Zahlung der Prämie frei, wenn das versicherte Interesse bei Beginn der Versicherung nicht besteht. ²Dies gilt auch, wenn das Interesse bei einer Versicherung, die für ein künftiges Unternehmen oder für ein anderes künftiges Interesse genommen ist, nicht entsteht. ³Der Versicherer kann jedoch eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p> <p>(2) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, so steht dem Versicherer die Prämie zu, die er hätte beanspruchen können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, in dem der Versicherer vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt.</p> <p>(3) Hat der Versicherungsnehmer ein nicht bestehendes Interesse in der Absicht versichert, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Vertrag nichtig; dem Versicherer steht die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, in dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.</p>
<p>§ 68a (Halbzwingende Vorschriften)</p> <p>Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften des § 51 Abs. 1, 2 und der §§ 62, 67, 68 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>	<p>§ 89 Abweichende Vereinbarungen</p> <p>Von den Vorschriften des § 76 Abs. 1 und der §§ 82, 84, 85 und 88 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>
<p>II. Veräußerung der versicherten Sache</p> <p>§ 69 (Eintritt des Erwerbers)</p> <p>(1) Wird die versicherte Sache von dem Versicherungsnehmer veräußert, so tritt an Stelle des Veräußerers der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein.</p> <p>(2) Für die Prämie, welche auf die zur Zeit des Eintritts laufende Versicherungsperiode entfällt, haften der Veräußerer und der Erwerber als Gesamtschuldner.</p> <p>(3) Der Versicherer hat in Ansehung der durch das Versicherungsverhältnis gegen ihn begründeten Forderungen die Veräußerung erst dann gegen sich gelten zu lassen, wenn er von ihr Kenntnis erlangt; die Vorschriften der §§ 406 bis 408 des Bürgerlichen</p>	<p>Titel 2 Sachversicherung</p> <p>§ 96 Veräußerung der versicherten Sache</p> <p>(1) Wird die versicherte Sache vom Versicherungsnehmer veräußert, so tritt an dessen Stelle der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein.</p> <p>(2) Der Veräußerer und der Erwerber haften für die Prämie, die auf die zur Zeit des Eintritts des Erwerbers laufende Versicherungsperiode entfällt, als Gesamtschuldner.</p> <p>(3) Der Versicherer muss den Eintritt des Erwerbers erst gegen sich gelten lassen, wenn er hiervon Kenntnis erlangt hat.</p>

<p>Gesetzbuchs finden entsprechende Anwendung.</p>	
<p>§ 70 (Kündigungsrecht) (1) ¹Der Versicherer ist berechtigt, dem Erwerber das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. ²Das Kündigungsrecht erlischt, wenn der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er von der Veräußerung Kenntnis erlangt. (2) ¹Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen; die Kündigung kann nur mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluß der laufenden Versicherungsperiode erfolgen. ²Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb ausgeübt wird; hatte der Erwerber von der Versicherung keine Kenntnis, so bleibt das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen, in welchem der Erwerber von der Versicherung Kenntnis erlangt. (3) Wird das Versicherungsverhältnis auf Grund dieser Vorschriften gekündigt, so hat der Veräußerer dem Versicherer die Prämie zu zahlen, jedoch nicht über die zur Zeit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses laufende Versicherungsperiode hinaus; eine Haftung des Erwerbers für die Prämie findet in diesen Fällen nicht statt.</p>	<p>§ 97 Kündigung nach Veräußerung (1) ¹Der Versicherer ist berechtigt, dem Erwerber das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. ²Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats ab der Kenntnis des Versicherers von der Veräußerung ausgeübt wird. (2) ¹Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen; die Kündigung ist nur mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode zulässig. ²Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb, bei fehlender Kenntnis des Erwerbers vom Bestehen der Versicherung innerhalb eines Monats ab Erlangung der Kenntnis, ausgeübt wird. (3) Im Falle der Kündigung des Versicherungsverhältnisses nach Absatz 1 oder 2 ist der Veräußerer zur Zahlung der Prämie verpflichtet; eine Haftung des Erwerbers für die Prämie besteht nicht.</p>
<p>§ 71 (Anzeige der Veräußerung) (1) ¹Die Veräußerung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. ²Wird die Anzeige weder von dem Erwerber noch von dem Veräußerer unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen. (2) ¹Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt bestehen, wenn ihm die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. ²Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist.</p>	<p>§ 98 Anzeige der Veräußerung (1) ¹Die Veräußerung ist dem Versicherer vom Veräußerer oder Erwerber unverzüglich anzuzeigen. ²Ist die Anzeige unterblieben, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, und der Versicherer nachweist, dass er den mit dem Veräußerer bestehenden Vertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte. (2) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, wenn ihm die Veräußerung zu dem Zeitpunkt bekannt war, in dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen, oder zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen war und er nicht gekündigt hat.</p>
<p>§ 72 (Halbzwingende Vorschriften) ¹Auf eine Bestimmung des Versicherungsvertrags, durch welche von den Vorschriften der §§ 69 bis 71 zum Nachteil des Erwerbers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen. ²Jedoch kann für die Kündigung, zu der nach § 70 Abs. 2 der Erwerber berechtigt ist, sowie für die Anzeige der Veräußerung die schriftliche Form bedungen werden.</p>	<p>§ 99 Schutz des Erwerbers ¹Der Versicherer kann sich auf eine Bestimmung des Versicherungsvertrags, durch die von den §§ 96 bis 98 zum Nachteil des Erwerbers abgewichen wird, nicht berufen. ²Jedoch kann für die Kündigung des Erwerbers nach § 97 Abs. 2 und die Anzeige der Veräußerung die Schriftform oder die Textform bestimmt werden.</p>
<p>§ 73 (Zwangsversteigerung) Bei einer Zwangsversteigerung der versicherten Sache finden die Vorschriften der §§ 69 bis 72 entsprechende Anwendung.</p>	<p>§ 100 Zwangsversteigerung Bei einer Zwangsversteigerung der versicherten Sache sind die §§ 96 bis 99 entsprechend anzuwenden.</p>
<p>III. Versicherung für fremde Rechnung</p>	<p>Titel 4 Versicherung für fremde Rechnung</p>
<p>§ 74 (Begriff) (1) Die Versicherung kann von demjenigen, welcher den Vertrag mit dem Versicherer schließt, im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, genommen werden (Versicherung für fremde Rechnung). (2) Wird die Versicherung für einen anderen genommen, so ist, auch wenn der andere benannt wird, im Zweifel anzunehmen, dass der Vertragsschließende nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.</p>	<p>§ 46 Begriffsbestimmung (1) Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, schließen (Versicherung für fremde Rechnung). (2) Wird der Versicherungsvertrag für einen anderen geschlossen, so ist, auch wenn dieser benannt wird, im Zweifel anzunehmen, dass der Versicherungsnehmer nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.</p>

	(3) Ergibt sich aus den Umständen nicht, dass der Versicherungsvertrag für einen anderen geschlossen werden soll, so gilt dieser als für eigene Rechnung geschlossen.
§ 75 (Rechte des Versicherten) (1) ¹ Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. ² Die Aushändigung eines Versicherungsscheins kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen. (2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur verfügen und diese Rechte nur gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheins ist.	§ 47 Rechte des Versicherten (1) ¹ Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. ² Die Übermittlung eines Versicherungsscheins kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen. (2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers nur dann über seine Rechte verfügen und diese Rechte gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz des Versicherungsscheins ist.
§ 76 (Rechte des Versicherungsnehmers) (1) Der Versicherungsnehmer kann über die Rechte, welche dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehen, im eigenen Namen verfügen. (2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten zur Annahme der Zahlung sowie zur Übertragung der Rechte des Versicherten nur befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist. (3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, dass der Versicherte seine Zustimmung zu der Versicherung erteilt hat.	§ 48 Rechte des Versicherungsnehmers (1) Der Versicherungsnehmer kann über die Rechte, die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehen, im eigenen Namen verfügen. (2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten zur Annahme der Leistung des Versicherers und zur Übertragung der Rechte des Versicherten nur befugt, wenn er im Besitz des Versicherungsscheins ist. (3) Der Versicherer ist zur Leistung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser nachweist, dass der Versicherte seine Zustimmung zu der Versicherung erteilt hat.
§ 77 (Auslieferung des Versicherungsscheins) ¹ Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten das Insolvenzverfahren eröffnet ist, der Insolvenzmasse den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. ² Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.	§ 49 Rechte zwischen Versicherungsnehmer und Versichertem ¹ Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über dessen Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet ist, der Insolvenzmasse den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen seiner Ansprüche gegen den Versicherten in Bezug auf die versicherte Sache befriedigt ist. ² Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung und nach der Einziehung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.
§ 78 (aufgehoben)	
§ 79 (Kenntnis- und Verhaltenszurechnung) (1) Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht. (2) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen geschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war. (3) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten geschlossen und bei der Schließung den Mangel des Auftrags dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser den Einwand, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten geschlossen ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.	§ 50 Kenntnis und Verhalten des Versicherten (1) Soweit die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten zu berücksichtigen. (2) ¹ Die Kenntnis des Versicherten ist nicht zu berücksichtigen, wenn der Vertrag ohne sein Wissen geschlossen worden ist oder ihm eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht möglich oder nicht zumutbar war. ² Der Versicherer braucht den Einwand, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten geschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten geschlossen und bei Vertragsschluss dem Versicherer nicht angezeigt hat, dass er den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten schließt.
§ 80 (Versicherung für Rechnung „wen es angeht“) (1) Ergibt sich aus den Umständen nicht, dass die Versicherung für einen anderen genommen werden soll, so gilt sie als für eigene Rechnung genommen. (2) Ist die Versicherung für Rechnung "wen es angeht" genommen oder ist sonst aus	§ 51 Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist dem Vertrag in sonstiger Weise zu entnehmen, dass unbestimmt bleiben soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so sind die §§ 46 bis 50 anzuwenden, wenn sich ergibt, dass

dem Vertrag zu entnehmen, dass unbestimmt gelassen werden soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so kommen die Vorschriften der §§ 75 bis 79 zur Anwendung, wenn sich ergibt, dass fremdes Interesse versichert ist.	fremdes Interesse versichert ist.
Zweiter Titel. Feuerversicherung	Titel 2 Sachversicherung
<p>§ 81 (Erlöschen des Antrags) (1) Bei der Feuerversicherung erlischt ein dem Versicherer gemachter Antrag auf Schließung, Verlängerung oder Änderung des Vertrags, wenn er nicht binnen zwei Wochen angenommen wird. Die Vorschriften des § 149 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bleiben unberührt. (2) Wird der Antrag einem Abwesenden gemacht, so beginnt die Frist mit der Absendung des Antrags. (3) Abweichende Bestimmungen sind nichtig. An die Stelle der Frist von zwei Wochen kann jedoch eine andere festbestimmte Frist gesetzt werden.</p>	
<p>§ 82 (Haftungsumfang) Der Versicherer haftet für den durch Brand, Explosion oder Blitzschlag entstehenden Schaden.</p>	
<p>§ 83 (Zu ersetzender Schaden) (1) ¹Im Falle eines Brandes hat der Versicherer den durch die Zerstörung oder die Beschädigung der versicherten Sachen entstehenden Schaden zu ersetzen, soweit die Zerstörung oder die Beschädigung auf der Einwirkung des Feuers beruht oder die unvermeidliche Folge des Brandereignisses ist. ²Der Versicherer hat auch den Schaden zu ersetzen, der bei dem Brand durch Löschen, Niederreißen oder Ausräumen verursacht wird; das gleiche gilt von einem Schaden, der dadurch entsteht, dass versicherte Sachen bei dem Brand abhanden kommen. (2) Auf die Haftung des Versicherers für den durch Explosion oder Blitzschlag entstehenden Schaden finden diese Vorschriften entsprechende Anwendung.</p>	
<p>§ 84 (Ausschluß der Haftung) Der Versicherer haftet nicht, wenn der Brand oder die Explosion durch ein Erdbeben oder durch Maßregeln verursacht wird, die im Kriege oder nach Erklärung des Kriegszustandes von einem militärischen Befehlshaber angeordnet worden sind.</p>	
<p>§ 85 (Häusliche Gemeinschaft) ¹Ist die Versicherung für einen Inbegriff von Sachen genommen, so erstreckt sie sich auf die Sachen der zur Familie des Versicherungsnehmers gehörenden sowie der in einem Dienstverhältnis zu ihm stehenden Personen, sofern diese Personen in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer leben oder an dem Ort, für den die Versicherung gilt, ihren Beruf ausüben. ²Die Versicherung gilt insoweit als für fremde Rechnung genommen.</p>	<p>§ 91 Mitversicherte bei häuslicher Gemeinschaft oder Dienstverhältnis ¹Ist die Versicherung für einen Inbegriff von Sachen genommen, so erstreckt sie sich auf die Sachen der Personen, mit denen der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt oder die zu diesem Zeitpunkt in einem Dienstverhältnis zum Versicherungsnehmer stehen und ihre Tätigkeit an dem Ort ausüben, für den die Versicherung gilt. ²Insoweit gilt die Versicherung als für fremde Rechnung genommen.</p>
	<p>§ 92 Erweiterter Aufwendungsersatz Macht der Versicherungsnehmer Aufwendungen, um einen unmittelbar bevorstehenden Versicherungsfall abzuwenden oder in seinen Auswirkungen zu mindern, so ist § 85 entsprechend anzuwenden.</p>
<p>§ 86 (Versicherungswert beweglicher Sachen) Als Versicherungswert gilt bei Haushalts- und sonstigen Gebrauchsgegenständen, bei</p>	<p>(Vgl. § 90)</p>

Arbeitsgerätschaften und Maschinen derjenige Betrag, welcher erforderlich ist, um Sachen gleicher Art anzuschaffen, unter billiger Berücksichtigung des aus dem Unterschied zwischen alt und neu sich ergebenden Minderwerts.	
§ 87 (Taxe) ¹ Ist bei der Versicherung beweglicher Sachen eine Taxe vereinbart, so gilt die Taxe als der Wert, den das versicherte Interesse zur Zeit der Schließung des Vertrags hat, es sei denn, dass sie den wirklichen Versicherungswert in diesem Zeitpunkt erheblich übersteigt. ² Eine Vereinbarung, nach welcher die Taxe als der Wert gelten soll, den das versicherte Interesse zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls hat, ist nichtig.	
§ 88 (Versicherungswert von Gebäuden) Als Versicherungswert gilt bei Gebäuden der ortsübliche Bauwert unter Abzug eines dem Zustand des Gebäudes, insbesondere dem Alter und der Abnutzung entsprechenden Betrags.	(Vgl. § 90)
§ 89 (Entgehender Gewinn) (1) Bei der Versicherung des durch den Eintritt des Versicherungsfalls entgehenden Gewinns kann eine Taxe nicht vereinbart werden. (2) ¹ Bestimmungen über die Berechnung des entgehenden Gewinns können mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen getroffen werden. ² Übersteigt das Ergebnis der Berechnung den der wirklichen Sachlage entsprechenden Betrag, so hat der Versicherer nur diesen Betrag zu ersetzen.	
§ 90 (Mehrere Versicherer) (1) Wer in Ansehung derselben Sache bei dem einen Versicherer für entgehenden Gewinn, bei einem anderen Versicherer für sonstigen Schaden Versicherung nimmt, hat jedem Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich Mitteilung zu machen. (2) In der Mitteilung ist der Versicherer, bei welchem die andere Versicherung genommen worden ist, zu bezeichnen und die Versicherungssumme anzugeben.	
§ 91 (Zahlungsfrist bei Gebäudeversicherung) Bei der Gebäudeversicherung muß die im Falle einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Prämie nach § 39 zu bestimmende Zahlungsfrist mindestens einen Monat betragen.	
§ 92 (Anzeigefrist) (1) ¹ Der Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalls wird genügt, wenn die Anzeige binnen drei Tagen nach dem Eintritt des Versicherungsfalls erfolgt. ² Durch die Absendung der Anzeige wird die Frist gewahrt. (2) Auf eine Vereinbarung, durch welche die Dauer oder die Berechnung der Frist zum Nachteil des Versicherungsnehmers anders bestimmt ist, kann sich der Versicherer nicht berufen.	
§ 93 (Veränderungsverbot) Bis zur Feststellung des an einem Gebäude entstehenden Schadens darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers nur solche Änderungen vornehmen, welche zur Erfüllung der ihm nach § 62 obliegenden Pflicht oder im öffentlichen Interesse geboten sind.	
§ 94 (Verzinsung) (1) Die Entschädigung ist nach dem Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versi-	§ 93 Verzinsung der Entschädigung ¹ Die vom Versicherer zu zahlende Entschädigung ist nach Ablauf eines Monats seit der

<p>cherungsfalls mit vier vom Hundert für das Jahr zu verzinsen, soweit nicht aus besonderen Gründen eine weitergehende Zinspflicht besteht.</p> <p>(2) Der Lauf der in Absatz 1 bezeichneten Frist ist gehemmt, solange infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers die Festsetzung des Schadens nicht erfolgen kann.</p>	<p>Anzeige des Versicherungsfalles für das Jahr mit 4 Prozent zu verzinsen, soweit nicht aus einem anderen Rechtsgrund höhere Zinsen verlangt werden können. ²Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange der Schaden infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht festgestellt werden kann oder die Leistungspflicht des Versicherers von Voraussetzungen abhängt, die der Versicherungsnehmer noch zu erfüllen hat.</p>
<p>§ 95 (Haftung nach Versicherungsfall)</p> <p>¹Der Versicherer haftet nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles für den durch einen späteren Versicherungsfall verursachten Schaden nur bis zur Höhe des Restbetrags der Versicherungssumme. ²Für die künftigen Versicherungsperioden gebührt ihm nur ein verhältnismäßiger Teil der Prämie.</p>	
<p>§ 96 (Kündigung nach Versicherungsfall)</p> <p>(1) Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen.</p> <p>(2) ¹Die Kündigung ist nur bis zum Ablauf eines Monats seit dem Abschluß der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig. ²Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. ³Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der laufenden Versicherungsperiode kündigen.</p> <p>(3) ¹Kündigt der Versicherungsnehmer, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode. ²Kündigt der Versicherer, so gilt das gleiche in Ansehung desjenigen Teiles der Prämie, welcher auf den dem Schaden entsprechenden Betrag der Versicherungssumme entfällt; von der auf den Restbetrag der Versicherungssumme entfallenden Prämie gebührt dem Versicherer nur der Teil, welcher der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.</p>	<p>§ 94 Kündigung nach Versicherungsfall</p> <p>(1) Nach dem Eintritt des Versicherungsfalles kann das Versicherungsverhältnis gekündigt werden.</p> <p>(2) ¹Die Kündigung ist nur bis zum Ablauf eines Monats seit dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig. ²Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. ³Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.</p> <p>(3) ¹Bei der Hagelversicherung kann der Versicherer nur für den Schluss der Versicherungsperiode kündigen, in welcher der Versicherungsfall eingetreten ist. ²Kündigt der Versicherungsnehmer für einen früheren Zeitpunkt als den Schluss dieser Versicherungsperiode, so steht dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode zu.</p>
<p>§ 97 (Wiederherstellungsklausel)</p> <p>Ist der Versicherer nach den Versicherungsbestimmungen nur verpflichtet, die Entschädigungssumme zur Wiederherstellung des versicherten Gebäudes zu zahlen, so kann der Versicherungsnehmer die Zahlung erst verlangen, wenn die bestimmungsmäßige Verwendung des Geldes gesichert ist.</p>	<p>§ 95 Wiederherstellungsklausel</p> <p>¹Ist der Versicherer nach dem Vertrag verpflichtet, einen Teil der Entschädigung nur bei Wiederherstellung oder Wiederbeschaffung der versicherten Sache zu zahlen, so kann der Versicherungsnehmer die Zahlung eines über den Versicherungswert hinausgehenden Betrags erst verlangen, wenn die Wiederherstellung oder Wiederbeschaffung gesichert ist. ²Der Versicherungsnehmer ist zur Rückzahlung der vom Versicherer geleisteten Entschädigung abzüglich des Versicherungswertes der Sache verpflichtet, soweit die Sache nicht wiederhergestellt oder wiederbeschafft worden ist.</p>
<p>§ 98 (Abtretungsverbot)</p> <p>¹Im Falle des § 97 kann die Forderung des Versicherungsnehmers auf die Entschädigungssumme vor der Wiederherstellung des Gebäudes nur an den Erwerber des Grundstücks oder an solche Gläubiger des Versicherungsnehmers übertragen werden, welche Arbeiten oder Lieferungen zur Wiederherstellung des Gebäudes übernommen oder bewirkt haben. ²Eine Übertragung an Gläubiger des Versicherungsnehmers, die bare Vorschüsse zur Wiederherstellung gegeben haben, ist wirksam, wenn die Verwendung der Vorschüsse zur Wiederherstellung erfolgt.</p>	
<p>§ 99 (Stellung des Hypothekengläubigers)</p> <p>¹Im Falle des § 97 kann die Forderung des Versicherungsnehmers auf die Entschädigungssumme vor der Wiederherstellung des Gebäudes nur an den Erwerber des Grundstücks oder an solche Gläubiger des Versicherungsnehmers übertragen werden, welche Arbeiten oder Lieferungen zur Wiederherstellung des Gebäudes übernommen</p>	

<p>oder bewirkt haben. ²Eine Übertragung an Gläubiger des Versicherungsnehmers, die bare Vorschüsse zur Wiederherstellung gegeben haben, ist wirksam, wenn die Verwendung der Vorschüsse zur Wiederherstellung erfolgt.</p>	
<p>§ 100 (Wirksamkeit gegenüber Hypothekengläubiger) Hat im Falle des § 97 der Hypothekengläubiger seine Hypothek dem Versicherer angemeldet, so ist eine Zahlung, welche ohne die Sicherung der bestimmungsgemäßen Verwendung des Geldes geleistet wird, dem Hypothekengläubiger gegenüber nur wirksam, wenn dieser schriftlich der Zahlung zugestimmt hat.</p>	
<p>§ 101 (Mitteilungspflicht gegenüber Hypothekengläubiger) (1) ¹Bei der Gebäudeversicherung hat der Versicherer einem Hypothekengläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, unverzüglich schriftlich Mitteilung zu machen, wenn dem Versicherungsnehmer für die Zahlung einer Folgeprämie eine Frist bestimmt wird. ²Das gleiche gilt, wenn das Versicherungsverhältnis nach dem Ablauf der Frist wegen unterbliebener Prämienzahlung gekündigt wird. (2) Der Versicherer hat binnen einer Woche nach Kenntnis von dem Eintritt eines Versicherungsfalles dem Hypothekengläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, schriftlich Mitteilung zu machen, es sei denn, dass der Schaden unbedeutend ist.</p>	
<p>§ 102 (Haftung gegenüber Hypothekengläubiger trotz Leistungsfreiheit des Versicherers) (1) ¹Ist bei der Gebäudeversicherung der Versicherer wegen des Verhaltens des Versicherungsnehmers von der Verpflichtung zur Leistung frei, so bleibt gleichwohl seine Verpflichtung gegenüber einem Hypothekengläubiger bestehen. ²Das gleiche gilt, wenn der Versicherer nach dem Eintritt des Versicherungsfalles von dem Vertrag zurücktritt oder den Vertrag anficht. (2) ¹Absatz 1 Satz 1 findet keine Anwendung, wenn der Versicherer leistungsfrei ist, weil die Prämie nicht gezahlt worden ist. ²Hat jedoch der Hypothekengläubiger seine Hypothek dem Versicherer angemeldet, so bleibt im Falle der nicht rechtzeitigen Zahlung einer Folgeprämie die Verpflichtung des Versicherers gegenüber dem Hypothekengläubiger bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen, in welchem dem Hypothekengläubiger die Bestimmung der Zahlungsfrist oder, wenn diese Mitteilung unterblieben ist, die Kündigung mitgeteilt worden ist.</p>	
<p>§ 103 (Haftungsfortdauer gegenüber Hypothekengläubiger) (1) ¹Hat im Falle der Gebäudeversicherung ein Hypothekengläubiger seine Hypothek dem Versicherer angemeldet, so wirkt eine Kündigung, ein Rücktritt, ein Fristablauf oder eine sonstige Tatsache, welche die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zur Folge hat, gegenüber dem Hypothekengläubiger erst mit dem Ablauf von drei Monaten, nachdem die Beendigung und, sofern diese noch nicht eingetreten war, der Zeitpunkt der Beendigung ihm durch den Versicherer mitgeteilt worden oder in anderer Weise zu seiner Kenntnis gelangt ist. ²Dies gilt jedoch nicht, wenn das Versicherungsverhältnis wegen unterbliebener Prämienzahlung durch Rücktritt oder Kündigung des Versicherers endigt oder wenn es mit Zustimmung des Hypothekengläubigers durch den Versicherungsnehmer gekündigt wird. (2) Absatz 1 Satz 1 gilt sinngemäß für die Wirksamkeit einer Vereinbarung zwischen</p>	

<p>dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer, durch welche die Versicherungssumme oder der Umfang der versicherten Gefahr gemindert wird, sowie für die Wirksamkeit einer Vereinbarung, nach welcher der Versicherer nur verpflichtet ist, die Entschädigungssumme zur Wiederherstellung des versicherten Gebäudes zu zahlen.</p> <p>(3) ¹Die Nichtigkeit des Versicherungsvertrags kann gegenüber einem Hypothekengläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, nicht geltend gemacht werden. Das Versicherungsverhältnis endet jedoch ihm gegenüber mit dem Ablauf von drei Monaten, nachdem ihm die Nichtigkeit durch den Versicherer mitgeteilt worden oder in anderer Weise zu seiner Kenntnis gelangt ist.</p>	
<p>§ 104 (Übergang der Hypothek)</p> <p>¹Soweit der Versicherer auf Grund der Vorschriften der §§ 102, 103 den Hypothekengläubiger befriedigt, geht die Hypothek auf ihn über. ²Der Übergang kann nicht zum Nachteil eines gleich- oder nachstehenden Hypothekengläubigers geltend gemacht werden, dem gegenüber die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bestehen geblieben ist.</p>	
<p>§ 105 (Versicherung des Hypothekengläubigers)</p> <p>¹Im Falle des § 102 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 2, § 103 ist der Versicherer verpflichtet, bis zur anderweitigen Versicherung der Gebäude mit dem Hypothekengläubiger für dessen Interesse eine Gebäudeversicherung abzuschließen oder die Versicherung fortzusetzen, wenn der Hypothekengläubiger dies bis zum Ablauf der in diesen Vorschriften bezeichneten Fristen schriftlich bei dem Versicherer beantragt und sich zur Zahlung der Prämie verpflichtet. ²Die Versicherung muß das berechtigte Interesse des Hypothekengläubigers gewährleisten.</p>	
<p>§ 106 (Kündigung des Versicherungsnehmers)</p> <p>(1) Hat im Falle der Gebäudeversicherung ein Hypothekengläubiger seine Hypothek dem Versicherer angemeldet, so ist die Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer, unbeschadet der Vorschriften des § 70 Abs. 2, § 96, nur wirksam, wenn dieser mindestens einen Monat vor Ablauf des Versicherungsvertrags nachgewiesen hat, dass in dem Zeitpunkt, in dem die Kündigung spätestens zulässig war, das Grundstück nicht mit der Hypothek belastet war oder dass der Hypothekengläubiger der Kündigung der Versicherung zugestimmt hat.</p> <p>(2) Die Zustimmung darf nicht ohne ausreichenden Grund verweigert werden.</p>	
<p>§ 107 (Bestätigungs- und Auskunftspflicht des Versicherers)</p> <p>Der Versicherer ist verpflichtet, einem Hypothekengläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, die Anmeldung zu bestätigen und auf Verlangen Auskunft über das Bestehen von Versicherungsschutz sowie über die Höhe der Versicherungssumme zu erteilen.</p>	
<p>§ 107a (Wohnungsänderung des Hypothekengläubigers)</p> <p>¹Hat der Hypothekengläubiger seine Wohnung geändert, die Änderung dem Versicherer aber nicht mitgeteilt, so genügt für eine Mitteilung der in den §§ 101 bis 103 bezeichneten Art die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Wohnung. ²Die Mitteilung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Hypothekengläubiger zugegangen sein würde.</p>	

<p>§ 107b (Reallast, Grundschuld oder Rentenschuld) Ist das Grundstück mit einer Reallast, Grundschuld oder Rentenschuld belastet, so finden die Vorschriften der §§ 99 bis 107a entsprechende Anwendung.</p>	
<p>§ 107c (Eigentümergegrundpfandrechte) Die durch die Vorschriften der §§ 101 bis 107b begründeten Rechte können nicht zugunsten solcher Hypotheken, Grundschulden oder Rentenschulden geltend gemacht werden, die dem Versicherungsnehmer zustehen.</p>	
Dritter Titel. Hagelversicherung	
<p>§ 108 (Haftungsumfang) Bei der Hagelversicherung haftet der Versicherer für den Schaden, der an den versicherten Bodenerzeugnissen durch die Einwirkung des Hagelschlags entsteht.</p>	
<p>§ 109 (aufgehoben)</p>	
<p>§ 110 (Anzeigefrist) (1) ¹Der Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalls wird genügt, wenn die Anzeige binnen vier Tagen nach dem Eintritt des Versicherungsfalls erfolgt. ²Durch die Absendung der Anzeige wird die Frist gewahrt. (2) (aufgehoben).</p>	
<p>§ 111 (Veränderungsverbot) Bis zur Feststellung des Schadens darf der Versicherungsnehmer an den von dem Hagelschlag betroffenen Bodenerzeugnissen ohne Einwilligung des Versicherers nur solche Änderungen vornehmen, welche nach den Regeln einer ordnungsmäßigen Wirtschaft nicht aufgeschoben werden können.</p>	
<p>§ 112 (Neuer Versicherungsfall) Tritt nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls in derselben Versicherungsperiode ein neuer Versicherungsfall ein, so haftet der Versicherer für den dadurch verursachten Schaden nur bis zur Höhe des Restbetrags der Versicherungssumme.</p>	
<p>§ 113 (Kündigung nach Versicherungsfall) ¹Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen, der Versicherer nur für den Schluß der Versicherungsperiode, in welcher der Versicherungsfall eingetreten ist, der Versicherungsnehmer spätestens für diesen Zeitpunkt. ²Kündigt der Versicherungsnehmer für einen früheren Zeitpunkt, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode.</p>	<p>§ 94 Kündigung nach Versicherungsfall (3) ¹Bei der Hagelversicherung kann der Versicherer nur für den Schluss der Versicherungsperiode kündigen, in welcher der Versicherungsfall eingetreten ist. ²Kündigt der Versicherungsnehmer für einen früheren Zeitpunkt als den Schluss dieser Versicherungsperiode, so steht dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode zu.</p>
<p>§ 114 (Veräußerung) (1) Im Falle der Veräußerung oder der Zwangsversteigerung der versicherten Bodenerzeugnisse kann der Versicherer dem Erwerber das Versicherungsverhältnis nur für den Schluß der Versicherungsperiode kündigen, in welcher er von dem Eigentumsübergang Kenntnis erlangt; die in § 70 Abs. 1 vorgesehenen Beschränkungen des Kündigungsrechts finden keine Anwendung. (2) ¹Wird der Eigentumsübergang dem Versicherer nicht rechtzeitig angezeigt, so ist der Versicherer, wenn der Versicherungsfall nach dem Schluß der Versicherungsperiode eintritt, in welcher ihm die Anzeige hätte zugehen müssen, von der Verpflichtung zur</p>	

<p>Leistung frei. ²Die Verpflichtung bleibt jedoch bestehen, wenn der Versicherer von dem Eigentumswechsel so früh Kenntnis erlangt hat, dass er zum Schluß der Versicherungsperiode kündigen konnte.</p> <p>(3) (aufgehoben)</p>	
<p>§ 115 (Erwerb des Nutzungsrechts) Erwirbt jemand auf Grund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses die Berechtigung, die versicherten Bodenerzeugnisse zu beziehen, so finden die im Falle einer Veräußerung oder Zwangsversteigerung der Bodenerzeugnisse geltenden Vorschriften entsprechende Anwendung.</p>	
<p>§ 115a (Halbzwingende Vorschriften) (1) Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften des § 110 zum Nachteil des Versicherungsnehmers, der §§ 114, 115 zum Nachteil des Erwerbers oder der in § 115 genannten Personen abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen. (2) Die Frist zur Erhebung des Widerspruchs nach § 5 Abs. 1 kann herabgesetzt werden; sie darf jedoch nicht weniger als eine Woche betragen.</p>	
<p>Vierter Titel. Tierversicherung</p>	
<p>§ 116 (Haftungsumfang) (1) ¹Bei der Tierversicherung haftet der Versicherer für den Schaden, der durch den Tod (Verenden, Nottötung) des versicherten Tieres entsteht. ²Wird der Tod durch eine Krankheit oder einen Unfall herbeigeführt, so gilt als Betrag des Schadens der Wert, den das Tier unmittelbar vor Eintritt der Erkrankung oder des Unfalls gehabt hat. (2) Die Versicherung kann auch für den Schaden genommen werden, der durch eine Krankheit oder einen Unfall entsteht, ohne dass der Tod des Tieres eintritt.</p>	
<p>§ 117 (Haftungsausschlüsse) Die Versicherung umfaßt nicht 1. den infolge einer Seuche oder Krankheit entstehenden Schaden, soweit dem Versicherungsnehmer nach gesetzlicher Vorschrift ein Anspruch auf eine Entschädigung aus öffentlichen Mitteln zusteht oder zustehen würde, wenn der Anspruch nicht durch eine Zuwiderhandlung gegen seuchenpolizeiliche Vorschriften verwirkt worden wäre; 2. den Schaden, welcher durch Maßregeln verursacht wird, die im Kriege oder nach der Erklärung des Kriegszustandes von einem militärischen Befehlshaber angeordnet worden sind.</p>	
<p>§ 118 (Forderungsübergang) ¹Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Gewährleistung wegen eines Mangels des versicherten Tieres gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. ²Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. ³Geht ein Anspruch auf Gewährleistung durch Verschulden des Versicherungsnehmers verloren oder gibt dieser den Anspruch auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch Ersatz hätte erlangen können.</p>	
<p>§ 119 (Neuer Versicherungsfall) ¹Der Versicherer haftet nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls für den durch einen späteren Versicherungsfall verursachten Schaden nur bis zur Höhe des Restbetrags</p>	

<p>der Versicherungssumme. ²Für die künftigen Versicherungsperioden gebührt ihm nur ein verhältnismäßiger Teil der Prämie.</p>	
<p>§ 120 (Besichtigungs- und Untersuchungsrecht) Der Versicherer ist befugt, jederzeit auf seine Kosten eine Besichtigung und Untersuchung der versicherten Tiere vorzunehmen.</p>	
<p>§ 121 (Anzeige von Erkrankungen) ¹Außer dem Tode ist auch jede erhebliche Erkrankung sowie jeder erhebliche Unfall eines versicherten Tieres dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. ²Auf die Anzeige der Erkrankung oder des Unfalls finden, auch wenn die Versicherung nur gegen den Schaden genommen ist, der durch den Tod des Tieres entsteht, die für die Anzeige des Versicherungsfalles geltenden Vorschriften entsprechende Anwendungen.</p>	
<p>§ 122 (Hinzuziehung eines Tierarztes) Erkrankt das versicherte Tier oder erleidet es einen Unfall, so hat der Versicherungsnehmer, sofern nicht die Erkrankung oder der Unfall unerheblich ist, unverzüglich einen Tierarzt oder, wenn dies unzulässig ist, einen Sachkundigen zuzuziehen.</p>	
<p>§ 123 (Rettungskosten) (1) Die Kosten der Fütterung und der Pflege sowie die Kosten der tierärztlichen Untersuchung und Behandlung gehören nicht zu den nach § 63 von dem Versicherer zu erstattenden Aufwendungen. (2) Die Kosten der ersten tierärztlichen Untersuchung bei Erkrankung eines versicherten Tieres haben der Versicherungsnehmer und der Versicherer zu gleichen Teilen zu tragen.</p>	<p>§ 85 Aufwendersatz (4) Bei der Tierversicherung gehören die Kosten der Fütterung und der Pflege sowie die Kosten der tierärztlichen Untersuchung und Behandlung nicht zu den vom Versicherer nach den Absätzen 1 bis 3 zu erstattenden Aufwendungen.</p>
<p>§ 124 (Verzinsung) Die Verzinsung der Entschädigungsforderung des Versicherungsnehmers bestimmt sich nach § 94.</p>	
<p>§ 125 (Leistungsfreiheit) ¹Hat der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder aus grober Fahrlässigkeit das Tier schwer mißhandelt oder schwer vernachlässigt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Schaden nicht durch die Mißhandlung oder die Vernachlässigung entstanden ist. ²Als schwere Vernachlässigung gilt es insbesondere, wenn bei einer Erkrankung oder einem Unfall die Zuziehung eines Tierarztes oder eines Sachkundigen der Vorschrift des § 122 zuwider unterlassen worden ist.</p>	
<p>§ 126 (Nottötung) (1) ¹Der Versicherungsnehmer darf eine Nottötung nur mit Einwilligung des Versicherers vornehmen, es sei denn, dass die Erklärung des Versicherers nicht abgewartet werden kann. ²Ist durch das Gutachten des Tierarztes oder, falls die Zuziehung eines Tierarztes unzulässig ist, zweier Sachkundigen vor der Tötung festgestellt, dass die Tötung notwendig ist und die Erklärung des Versicherers nicht abgewartet werden kann, so muß der Versicherer die Feststellung gegen sich gelten lassen. (2) Ist der Vorschrift des Absatzes 1 Satz 1 zuwider eine Nottötung erfolgt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.</p>	
<p>§ 127 (Verlängerung der Haftung) Endigt das Versicherungsverhältnis, nachdem das versicherte Tier erkrankt ist oder</p>	

<p>einen Unfall erlitten hat, so hat die Beendigung auf die Haftung des Versicherers keinen Einfluß, wenn die Erkrankung oder der Unfall den Tod binnen zwei Wochen nach der Beendigung herbeiführt.</p>	
<p>§ 128 (Veräußerung) (1) ¹Wird ein versichertes Tier veräußert, so endet in Ansehung dieses Tieres das Versicherungsverhältnis; dem Versicherer gebührt gleichwohl die Prämie, jedoch nicht über die laufende Versicherungsperiode hinaus. ²Tritt vor dem Schluß der laufenden Versicherungsperiode oder binnen zwei Wochen nach der Veräußerung infolge eines Mangels der Tod des Tieres ein, so bleibt der Versicherer dem Versicherungsnehmer insoweit haftbar, als dieser dem Erwerber kraft Gesetzes zur Gewährleistung verpflichtet ist. (2) Geht das Eigentum an dem Inventar eines Grundstücks mit dem Eigentum oder dem Besitz des Grundstücks auf einen anderen über, so behält es in Ansehung der zum Inventar gehörenden Tiere bei den Vorschriften der §§ 69 bis 73 sein Bewenden.</p>	
<p>Fünfter Titel. Transportversicherung</p>	<p>Titel 3 Transportversicherung</p>
<p>§ 129 (Haftungsumfang) (1) Bei der Versicherung von Gütern gegen die Gefahren der Beförderung zu Lande oder auf Binnengewässern trägt der Versicherer alle Gefahren, denen die Güter während der Dauer der Versicherung ausgesetzt sind. (2) ¹Bei der Versicherung eines Schiffes gegen die Gefahren der Binnenschifffahrt trägt der Versicherer alle Gefahren, denen das Schiff während der Dauer der Versicherung ausgesetzt ist. ²Der Versicherer haftet auch für den Schaden, den der Versicherungsnehmer infolge eines Zusammenstoßes von Schiffen dadurch erleidet, dass er den einem Dritten zugefügten Schaden zu ersetzen hat.</p>	<p>§ 131 Gefahrtragung (1) Bei der Versicherung von Gütern gegen die Gefahren der Beförderung sowie der damit verbundenen Lagerung trägt der Versicherer alle Gefahren, denen die Güter während der Dauer der Versicherung ausgesetzt sind. (2) ¹Bei der Versicherung eines Schiffes oder eines Luftfahrzeugs gegen die Gefahren der Schifffahrt oder der Luftfahrt trägt der Versicherer alle Gefahren, denen das Schiff oder das Luftfahrzeug während der Dauer der Versicherung ausgesetzt ist. ²Bei der Versicherung eines Schiffes haftet der Versicherer auch für den Schaden, den der Versicherungsnehmer infolge eines Zusammenstoßes von Schiffen dadurch erleidet, dass er den einem Dritten zugefügten Schaden zu ersetzen hat. (3) Die Versicherung gegen die Gefahren der Schifffahrt umfasst die Beiträge zur großen Haverei.</p>
	<p>§ 132 Anzeigepflichtverletzung (1) ¹Abweichend von § 21 Abs. 2 ist bei Verletzung der Anzeigepflicht der Rücktritt des Versicherers ausgeschlossen; der Versicherer kann innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an, in dem er Kenntnis von dem nicht oder unrichtig angezeigten Umstand erlangt hat, den Vertrag kündigen und die Leistung verweigern. ²Die Verpflichtung zur Leistung bleibt bestehen, wenn der nicht oder unrichtig angezeigte Umstand nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers war. (2) ¹Verweigert der Versicherer die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag kündigen. ²Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem dem Versicherungsnehmer die Entscheidung des Versicherers, dass er die Leistung verweigert, zugeht.</p>
<p>§ 130 (Schuldhaftes Herbeiführen des Versicherungsfalles) ¹Der Versicherer haftet nicht für einen Schaden, der von dem Versicherungsnehmer vorsätzlich oder fahrlässig verursacht wird. ²Er hat jedoch den von dem Versicherungsnehmer durch eine fehlerhafte Führung des Schiffes verursachten Schaden zu ersetzen, es sei denn, dass dem Versicherungsnehmer eine böswillige Handlungsweise zur Last fällt.</p>	<p>§ 138 Herbeiführung des Versicherungsfalles (1) Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeiführt. (2) Der Versicherungsnehmer hat das Verhalten der Schiffsbesatzung als solcher nicht zu vertreten.</p>

<p>§ 131 (Haftungsausschlüsse) (1) Bei der Versicherung von Gütern haftet der Versicherer nicht für einen Schaden, der von dem Absender oder dem Empfänger in dieser Eigenschaft vorsätzlich oder fahrlässig verursacht wird. (2) Das gleiche gilt von einem Schaden, der durch die natürliche Beschaffenheit der Güter, namentlich durch inneren Verderb, Schwinden, gewöhnliche Leckage, sowie durch mangelhafte Verpackung der Güter oder durch Ratten oder Mäuse verursacht wird; ist jedoch die Reise durch einen Unfall, für den der Versicherer haftet, ungewöhnlich verzögert worden, so fällt der Schaden dem Versicherer insoweit zur Last, als er infolge der Verzögerung eingetreten ist.</p>	
<p>§ 132 (Haftungsausschlüsse bei Schiffen) (1) Bei der Versicherung eines Schiffes haftet der Versicherer nicht für einen Schaden, der daraus entsteht, dass das Schiff in einem nicht fahrtüchtigen Zustand oder nicht gehörig ausgerüstet oder bemannt die Reise antritt. (2) Das gleiche gilt von einem Schaden, der nur eine Folge der Abnutzung des Schiffes im gewöhnlichen Gebrauch ist oder nur durch Alter, Fäulnis oder Wurmfraß verursacht wird.</p>	
<p>§ 133 (Große Haverei) (1) ¹Die Versicherung gegen die Gefahren der Binnenschifffahrt umfaßt die Beiträge zur großen Haverei. ²Sind ausschließlich Güter des Schiffseigners verladen, so umfaßt die Versicherung auch die Aufopferungen, welche zur großen Haverei gehören würden, wenn das Eigentum an den Gütern einem anderen zustände. (2) ¹Die Vorschriften der §§ 835 bis 839 des Handelsgesetzbuchs finden entsprechende Anwendung. ²Eine vom Schiffer aufgestellte Dispache ist für den Versicherer nur verbindlich, wenn er der Aufstellung durch den Schiffer zugestimmt hat.</p>	<p>(Vgl. §§ 131, 136)</p>
<p>§ 134 (Dauer der Güterversicherung) (1) Die Versicherung von Gütern erstreckt sich auf die ganze Dauer der versicherten Reise. (2) ¹Die Versicherung beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem die Güter von dem Frachtführer zur Beförderung oder, wenn die Beförderung nicht sofort erfolgen kann, zur einstweiligen Verwahrung angenommen werden. ²Sie endet mit dem Zeitpunkt, in welchem die Güter dem Empfänger am Ablieferungsort abgeliefert oder, wenn sich ein Ablieferungshindernis ergibt, rechtmäßig hinterlegt oder verkauft werden.</p>	
<p>§ 135 (Beförderung auf Eisenbahnen) Unter die Versicherung gegen die Gefahren der Beförderung von Gütern auf Eisenbahnen fällt auch die Beförderung zur Eisenbahn sowie die Beförderung von der Eisenbahn an den Empfänger, wenn sie durch die Eisenbahnverwaltung oder unter ihrer Verantwortlichkeit erfolgt.</p>	
<p>§ 136 (Beförderung auf Binnengewässern) Sind Güter gegen die Gefahren der Beförderung auf Binnengewässern versichert, so trägt der Versicherer die Gefahr der Benutzung von Leichterfahrzeugen bei der Verladung oder der Ausladung, wenn die Benutzung ortsüblich ist.</p>	
<p>§ 137 (Vertragswidrige Beförderung) (1) Werden die versicherten Güter in anderer Art als mit dem Schiff befördert, mit wel-</p>	<p>§ 134 Vertragswidrige Beförderung (1) ¹Werden die Güter mit einem Beförderungsmittel anderer Art befördert als vereinbart</p>

<p>chem sie nach dem Versicherungsvertrag befördert werden sollen, so haftet der Versicherer nicht.</p> <p>(2) Werden jedoch die Güter nach dem Beginn der Versicherung infolge eines Unfalls, für den der Versicherer haftet, mit einem anderen als dem im Versicherungsvertrag bestimmten Schiff oder zu Lande befördert, so fällt die Beförderung unter die Versicherung. Das gleiche gilt, wenn nach dem Beginn der Versicherung ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers die Beförderung geändert oder die Reise des Schiffes aufgegeben wird.</p> <p>(3) Die Versicherung umfaßt in den Fällen des Absatzes 2 die Kosten der Umladung und der einstweiligen Lagerung sowie die Mehrkosten der Weiterbeförderung.</p>	<p>oder werden sie umgeladen, obwohl direkter Transport vereinbart ist, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. ²Das gleiche gilt, wenn ausschließlich ein bestimmtes Beförderungsmittel oder ein bestimmter Transportweg vereinbart ist.</p> <p>(2) ¹Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt bestehen, wenn nach Beginn der Versicherung die Beförderung infolge eines versicherten Ereignisses geändert oder aufgegeben wird. ²Das gleiche gilt, wenn nach dem Beginn der Versicherung die Beförderung ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers geändert oder aufgegeben wird. ³Die Regelung des § 133 über die Gefahränderung ist anzuwenden.</p> <p>(3) Die Versicherung umfasst in den Fällen des Absatzes 2 die Kosten der Umladung oder der einstweiligen Lagerung sowie die Mehrkosten der Weiterbeförderung.</p>
	<p>§ 135 Ungeeignete Beförderungsmittel</p> <p>(1) Ist für die Beförderung der Güter kein bestimmtes Beförderungsmittel vereinbart, so ist der Versicherungsnehmer, soweit er auf dessen Auswahl Einfluss hat, verpflichtet, Beförderungsmittel einzusetzen, die für die Aufnahme und Beförderung der Güter geeignet sind.</p> <p>(2) Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, die Verletzung war nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers.</p> <p>(3) ¹Erlangt der Versicherungsnehmer Kenntnis von der mangelnden Eignung des Beförderungsmittels, so hat er diesen Umstand dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. ²Die Regelung des § 133 über die Gefahränderung ist anzuwenden.</p>
<p>§ 138 (Dauer der Schiffsversicherung)</p> <p>(1) ¹Die Versicherung eines Schiffes beginnt, wenn sie für eine Reise genommen ist, mit dem Zeitpunkt, in welchem mit der Einnahme der Ladung angefangen wird oder, wenn keine Ladung einzunehmen ist, mit der Abfahrt. ²Sie endet mit dem Zeitpunkt, in welchem die Löschung der Ladung am Bestimmungsort beendet ist oder, wenn keine Ladung zu löschen ist, mit der Ankunft am Bestimmungsort. ³Wird die Löschung von dem Versicherungsnehmer ungebührlich verzögert, so endet die Versicherung mit dem Zeitpunkt, in welchem die Löschung beendet sein würde, falls die Verzögerung nicht stattgefunden hätte.</p> <p>(2) Wird vor der Beendigung der Löschung für eine neue Reise Ladung eingenommen, so endet die Versicherung mit dem Zeitpunkt, in welchem mit der Einnahme angefangen wird.</p> <p>(3) Wird nach dem Beginn der Versicherung die versicherte Reise aufgegeben, so tritt in Ansehung der Beendigung der Versicherung der Ort, wo die Reise aufhört, an die Stelle des Bestimmungsorts.</p>	
<p>§ 139 (Verlängerung der Schiffsversicherung)</p> <p>¹Ist ein auf Zeit versichertes Schiff beim Ablauf der vereinbarten Versicherungszeit unterwegs, so gilt das Versicherungsverhältnis als verlängert bis zur Ankunft des Schiffes am nächsten Bestimmungsort und, falls an diesem gelöscht wird, bis zu dem nach § 138 für die Beendigung der Versicherung maßgebenden Zeitpunkt. ²Der Versicherungsnehmer kann die Verlängerung, solange das Schiff noch nicht unterwegs ist, durch eine gegenüber dem Versicherer abzugebende Erklärung ausschließen.</p>	

<p>§ 140 (Versicherungswert der Güter) (1) Als Versicherungswert der Güter gilt der gemeine Handelswert und in dessen Ermangelung der gemeine Wert, den die Güter am Ort der Absendung in dem Zeitpunkt haben, welcher nach den §§ 134 bis 136 für den Beginn der Versicherung maßgebend ist, unter Hinzurechnung der Versicherungskosten sowie derjenigen Kosten, welche bis zur Annahme der Güter durch den Frachtführer entstehen. (2) Der sich nach Absatz 1 ergebende Wert der Güter gilt auch bei dem Eintritt des Versicherungsfalles als Versicherungswert. (3) ¹Haben die Güter eine Beschädigung erlitten, so ist der Wert, den sie in beschädigtem Zustand am Ablieferungsort haben, von dem Wert in Abzug zu bringen, den sie an diesem Ort in unbeschädigtem Zustand haben würden. ²Der dem Verhältnis der Wertminderung zu ihrem Wert in unbeschädigtem Zustand entsprechende Bruchteil des Versicherungswertes (Absatz 1) gilt als Betrag des Schadens.</p>	<p>§ 137 Versicherungswert (1) Als Versicherungswert gilt der gemeine Handelswert und in dessen Ermangelung der gemeine Wert, den die Güter am Ort der Absendung bei Beginn der Versicherung haben, zuzüglich der Versicherungskosten sowie der Kosten, die bis zur Annahme der Güter durch den Beförderer entstehen, und der endgültig bezahlten Fracht. (2) Der sich nach Absatz 1 ergebende Wert gilt auch bei Eintritt des Versicherungsfalles als Versicherungswert. (3) ¹Bei Gütern, die beschädigt am Ablieferungsort ankommen, ist der Wert, den sie dort in beschädigtem Zustand haben, von dem Wert abzuziehen, den sie an diesem Ort in unbeschädigtem Zustand haben würden. ²Der dem Verhältnis der Wertminderung zu ihrem Wert in unbeschädigtem Zustand entsprechende Bruchteil des Versicherungswertes gilt als Betrag des Schadens.</p>
<p>§ 141 (Versicherungswert des Schiffes) (1) ¹Als Versicherungswert des Schiffes gilt der Wert, den das Schiff bei dem Beginn der Versicherung hat. ²Dieser Wert gilt auch bei dem Eintritt des Versicherungsfalles als Versicherungswert. (2) Bei einer Beschädigung des Schiffes gelten, falls das Schiff ausbesserungsfähig ist, die nach den §§ 709, 710 des Handelsgesetzbuchs zu berechnenden Ausbesserungskosten als Betrag des Schadens.</p>	
<p>§ 142 (Gefahrerhöhung und Veräußerung bei Güterversicherung) ¹Bei der Versicherung von Gütern ist der Versicherer nicht berechtigt, das Versicherungsverhältnis wegen einer unabhängig von dem Willen des Versicherungsnehmers eingetretenen Erhöhung der Gefahr oder wegen einer Veräußerung der versicherten Güter zu kündigen. ²Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, eine solche Gefahrerhöhung oder eine Veräußerung dem Versicherer anzuzeigen.</p>	<p>§ 133 Gefahränderung (1) Der Versicherungsnehmer darf abweichend von § 25 die Gefahr erhöhen oder in anderer Weise ändern und die Änderung durch einen Dritten gestatten. (2) Der Versicherungsnehmer hat die Änderung der Gefahr dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. (3) Hat der Versicherungsnehmer eine Gefahrerhöhung nicht angezeigt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen. (4) ¹Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Gefahrerhöhung in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. ²Das gleiche gilt, wenn die Anzeigepflicht ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers verletzt worden ist oder wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers war. (5) Der Versicherer ist abweichend von § 26 nicht berechtigt, das Versicherungsverhältnis wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen. § 139 Veräußerung der versicherten Sache (1) ¹Ist eine versicherte Sache, für die eine Einzelpolice oder ein Versicherungszertifikat ausgestellt worden ist, veräußert worden, haftet der Erwerber abweichend von § 96 nicht für die Prämie. ²In diesem Fall kann sich der Versicherer nicht auf Leistungsfreiheit wegen Nichtzahlung der Prämie oder wegen Nichtleistung einer Sicherheit berufen, es sei denn, der Erwerber kannte den Grund für die Leistungsfreiheit oder hätte ihn kennen müssen. (2) Der Versicherer ist abweichend von § 97 nicht berechtigt, das Versicherungsverhältnis</p>

	<p>nis wegen Veräußerung der versicherten Güter zu kündigen. (3) Der Versicherungsnehmer ist abweichend von § 98 nicht verpflichtet, dem Versicherer die Veräußerung anzuzeigen.</p>
<p>§ 143 (Gefahrerhöhung und Veräußerung bei Schiffen) (1) ¹Wird bei der Versicherung eines Schiffes das Versicherungsverhältnis, während das Schiff unterwegs ist, von dem Versicherer wegen einer unabhängig von dem Willen des Versicherungsnehmers eingetretenen Erhöhung der Gefahr oder wegen Veräußerung des Schiffes gekündigt, so wirkt die Kündigung nicht vor der Beendigung der Reise. ²Tritt während des bezeichneten Zeitraums ein Versicherungsfall ein, so wird die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung nicht dadurch berührt, dass die Anzeige der Gefahrerhöhung oder der Veräußerung unterblieben ist. (2) Ist die Verpflichtung zur Anzeige schon vor dem Beginn der Reise verletzt, so finden die Vorschriften des Absatzes 1 nur Anwendung, wenn die Gefahrerhöhung oder die Veräußerung dem Versicherer vor dem Beginn der Reise bekanntgeworden ist. (3) Bei einer Zwangsversteigerung des versicherten Schiffes finden die Vorschriften über die Veräußerung entsprechende Anwendung.</p>	<p>(Vgl. § 133) § 140 Veräußerung des versicherten Schiffes Wird ein versichertes Schiff veräußert, so endet abweichend von § 96 die Versicherung mit der Übergabe des Schiffes an den Erwerber, für unterwegs befindliche Schiffe mit der Übergabe an den Erwerber im Bestimmungshafen.</p>
<p>§ 144 (Rettungskosten) (1) Aufwendungen, die der Versicherungsnehmer gemäß § 62 zur Abwendung oder Minderung des Schadens macht, fallen, soweit der Versicherungsnehmer sie für geboten halten durfte, dem Versicherer ohne Rücksicht darauf zur Last, ob sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen. (2) Sind Aufwendungen zur Abwendung oder Minderung oder zur Ermittlung und Feststellung eines Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der durch einen Versicherungsfall beschädigten Sache gemacht oder Beiträge zur großen Haverei geleistet oder ist eine persönliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Entrichtung solcher Beiträge entstanden, so haftet der Versicherer für den Schaden, der durch einen späteren Versicherungsfall verursacht wird, ohne Rücksicht auf die ihm zur Last fallenden früheren Aufwendungen und Beiträge.</p>	<p>§ 136 Aufwendungsersatz (1) Aufwendungen, die dem Versicherungsnehmer durch Beiträge zur großen Haverei und zur Abwendung oder Minderung des Schadens entstehen, sowie die Kosten für die Ermittlung und Feststellung eines versicherten Schadens fallen dem Versicherer auch insoweit zur Last, wie sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen. (2) Sind Aufwendungen zur Abwendung oder Minderung oder zur Ermittlung und Feststellung eines Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der durch einen Versicherungsfall beschädigten Sache gemacht oder Beiträge zur großen Haverei geleistet oder ist eine persönliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Entrichtung solcher Beiträge entstanden, so ist der Versicherer verpflichtet, den Schaden, der durch einen späteren Versicherungsfall verursacht wird, ohne Rücksicht auf die ihm zur Last fallenden früheren Aufwendungen und Beiträge zu ersetzen.</p>
<p>§ 145 (Zahlung der Versicherungssumme) ¹Der Versicherer ist nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles berechtigt, sich durch Zahlung der Versicherungssumme von allen weiteren Verbindlichkeiten zu befreien. ²Der Versicherer bleibt jedoch zum Ersatz der Kosten verpflichtet, welche zur Abwendung oder Minderung des Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der versicherten Sache verwendet worden sind, bevor seine Erklärung, dass er sich durch Zahlung der Versicherungssumme befreien wolle, dem Versicherungsnehmer zugegangen ist.</p>	<p>§ 141 Abandon (1) ¹Der Versicherer ist nach Eintritt des Versicherungsfalles berechtigt, sich durch Zahlung der Versicherungssumme von allen weiteren Verbindlichkeiten zu befreien. ²Der Versicherer bleibt zum Ersatz der Kosten verpflichtet, welche zur Abwendung oder Minderung des Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der versicherten Sache aufgewendet worden sind, bevor seine Erklärung, dass er sich durch Zahlung der Versicherungssumme befreien wolle, dem Versicherungsnehmer zugegangen ist. (2) Das Recht des Versicherers, sich durch Zahlung der Versicherungssumme zu befreien, erlischt, wenn die Erklärung dem Versicherungsnehmer nicht innerhalb einer Woche nach dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer Kenntnis von dem Versicherungsfalle und seinen unmittelbaren Folgen erlangt hat, zugeht.</p>
<p>§ 146 (Anzeigepflicht in der Binnenschifffahrt) Bei der Versicherung gegen die Gefahren der Binnenschifffahrt hat der Versicherungsnehmer jeden Unfall, der das Schiff oder die Ladung trifft, auch wenn dadurch ein Ent-</p>	

<p>schädigungsanspruch für ihn nicht begründet wird, dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, sofern der Unfall für die von dem Versicherer zu tragende Gefahr von Erheblichkeit ist.</p>	
<p>§ 147 (See-, Fluß- und Landreise) Ist die Versicherung für eine Reise genommen, die teils zur See, teils auf Binnengewässern oder zu Lande ausgeführt wird, so finden auf die Versicherung, auch soweit sie die Reise auf Binnengewässern oder zu Lande betrifft, die Vorschriften des Handelsgesetzbuchs über die Seeversicherung entsprechende Anwendung. Unberührt bleiben die Vorschriften des § 133 Abs. 2 Satz 2, des § 134 Abs. 2 und des § 135 über die Dispache des Schiffers, über den Beginn und das Ende der Versicherung sowie über die Haftung des Versicherers für die Beförderung zu und von der Eisenbahn.</p>	
<p>§ 148 (Forderungsübergang) Die Vorschrift des § 67 Abs. 1 Satz 2 findet auf die Transportversicherung keine Anwendung.</p>	
<p>Sechster Titel. Haftpflichtversicherung</p>	<p>Titel 1 Haftpflichtversicherung</p>
<p>I. Allgemeine Vorschriften</p>	<p>Untertitel 1 Allgemeine Vorschriften</p>
<p>§ 149 (Haftungsumfang) Bei der Haftpflichtversicherung ist der Versicherer verpflichtet, dem Versicherungsnehmer die Leistung zu ersetzen, die dieser auf Grund seiner Verantwortlichkeit für eine während der Versicherungszeit eintretende Tatsache an einen Dritten zu bewirken hat.</p>	<p>§ 101 Leistung des Versicherers Bei der Haftpflichtversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den Versicherungsnehmer von Ansprüchen freizustellen, die von einem Dritten auf Grund der Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers für eine während der Versicherungszeit eintretende Tatsache geltend gemacht werden, und unbegründete Ansprüche abzuwehren.</p>
<p>§ 150 (Kosten des Rechtsschutzes) (1) ¹Die Versicherung umfaßt die gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten, die durch die Verteidigung gegen den von einem Dritten geltend gemachten Anspruch entstehen, soweit die Aufwendung der Kosten den Umständen nach geboten ist. ²Dies gilt auch dann, wenn sich der Anspruch als unbegründet erweist. ³Die Versicherung umfaßt auch die Kosten der Verteidigung in einem Strafverfahren, das wegen einer Tat eingeleitet wurde, welche die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers einem Dritten gegenüber zur Folge haben könnte, sofern diese Kosten auf Weisung des Versicherers aufgewendet wurden. ⁴Der Versicherer hat die Kosten auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen. (2) ¹Ist eine Versicherungssumme bestimmt, so hat der Versicherer Kosten, die in einem auf seine Veranlassung geführten Rechtsstreit entstehen, und Kosten der Verteidigung nach Absatz 1 Satz 3 auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen. ²Das gleiche gilt von Zinsen, die der Versicherungsnehmer infolge einer vom Versicherer veranlaßten Verzögerung der Befriedigung des Dritten diesem zu entrichten hat. (3) ¹Ist dem Versicherungsnehmer nachgelassen, die Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung abzuwenden, so hat auf sein Verlangen der Versicherer die Sicherheitsleistung oder Hinterlegung zu bewirken. ²Diese Verpflichtung besteht nicht über den Betrag der Versicherungssumme hinaus; haftet der Versicherer nach Absatz 2 für einen höheren Betrag, so tritt der Versicherungssumme der Mehrbetrag hinzu. ³Der Versicherer ist von der Verpflichtung frei, wenn er den Anspruch des Dritten dem Versicherungsnehmer gegenüber als begründet</p>	<p>§ 102 Kosten des Rechtsschutzes (1) ¹Die Versicherung umfasst auch die gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten, die durch die Abwehr der von einem Dritten geltend gemachten Ansprüche entstehen, soweit die Aufwendung der Kosten den Umständen nach geboten ist. ²Die Versicherung umfasst ferner die auf Weisung des Versicherers aufgewendeten Kosten der Verteidigung in einem Strafverfahren, das wegen einer Tat eingeleitet wurde, welche die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnte. ³Der Versicherer hat die Kosten auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen. (2) ¹Ist eine Versicherungssumme bestimmt, so hat der Versicherer die Kosten eines auf seine Veranlassung geführten Rechtsstreits und die Kosten der Verteidigung nach Absatz 1 Satz 2 auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit den Aufwendungen des Versicherers zur Freistellung des Versicherungsnehmers die Versicherungssumme übersteigen. ²Dies gilt auch für Zinsen, die der Versicherungsnehmer infolge einer vom Versicherer veranlassten Verzögerung der Befriedigung des Dritten diesem schuldet. (3) ¹Ist dem Versicherungsnehmer nachgelassen, die Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung abzuwenden, so hat der Versicherer die Sicherheitsleistung oder Hinterlegung zu bewirken. ²Diese Verpflichtung besteht nur bis zum Betrag der Versicherungssumme; ist der Versicherer nach Absatz 2 über diesen Betrag hinaus verpflichtet, so tritt der Versicherungssumme der Mehrbetrag hinzu. ³Der Versicherer ist von der Verpflichtung nach Satz 1 frei, wenn er den Anspruch des Dritten dem Versicherungsnehmer gegenüber als begründet anerkennt.</p>

anerkennt.	
§ 151 (Haftpflicht aus Geschäftsbetrieb) (1) ¹ Ist die Versicherung für die Haftpflicht aus einem geschäftlichen Betrieb des Versicherungsnehmers genommen, so erstreckt sie sich auf die Haftpflicht der Vertreter des Versicherungsnehmers sowie auf die Haftpflicht solcher Personen, welche er zur Leitung oder Beaufsichtigung des Betriebs oder eines Teiles des Betriebs angestellt hat. ² Die Versicherung gilt insoweit als für fremde Rechnung genommen. (2) ¹ Wird im Falle des Absatzes 1 das Unternehmen an einen Dritten veräußert oder auf Grund eines Nießbrauchs, 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. ² Die Vorschriften des § 69 Abs. 2, 3 und der §§ 70, 71 finden entsprechende Anwendung.	§ 103 Betriebshaftpflichtversicherung (1) ¹ Besteht das Versicherungsverhältnis für ein Unternehmen, so erstreckt es sich auf die Haftpflicht der zur Vertretung des Unternehmens befugten Personen sowie der Personen, die in einem Dienstverhältnis zu dem Unternehmen stehen. ² Die Versicherung gilt insoweit als für fremde Rechnung genommen. (2) ¹ Wird das Unternehmen an einen Dritten veräußert oder auf Grund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen, so tritt anstelle des Versicherungsnehmers der Dritte in die während der Dauer seiner Berechtigung sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten ein. ² § 96 Abs. 2 und 3 sowie §§ 97 und 98 sind entsprechend anzuwenden.
§ 152 (Vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles) Der Versicherer haftet nicht, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich den Eintritt der Tatsache, für die er dem Dritten verantwortlich ist, widerrechtlich herbeiführt hat.	§ 104 Herbeiführung des Versicherungsfalles Der Versicherer ist von seiner Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den bei dem Dritten eingetretenen Schaden vorsätzlich und widerrechtlich herbeiführt hat.
§ 153 (Anzeigepflicht) (1) Der Versicherungsnehmer hat innerhalb einer Woche die Tatsachen anzuzeigen, die seine Verantwortlichkeit gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnten. § 6 Abs. 3, § 33 Abs. 2 gelten sinngemäß. (2) Macht der Dritte seinen Anspruch gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend, so ist dieser zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruchs verpflichtet. (3) Durch die Absendung der Anzeige werden die Fristen gewahrt. (4) ¹ Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, das Armenrecht nachgesucht oder wird ihm gerichtlich der Streit verkündet, so hat er, wenngleich die Fristen noch laufen, die Anzeige unverzüglich zu erstatten. ² Das gleiche gilt, wenn gegen ihn wegen des den Anspruch begründenden Ereignisses ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wird.	§ 105 Anzeigepflicht (1) ¹ Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer innerhalb einer Woche die Tatsachen anzuzeigen, die seine Verantwortlichkeit gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnten. ⁴ Macht der Dritte seinen Anspruch gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend, so ist dieser zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Geltendmachung verpflichtet. (2) ¹ Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihm gerichtlich der Streit verkündet, so hat er dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. ² Dies gilt auch, wenn gegen den Versicherungsnehmer wegen des den Anspruch begründenden Ereignisses ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wird. (3) Zur Wahrung der Fristen nach den Absätzen 1 und 2 genügt die rechtzeitige Absendung der Anzeige. § 33 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden.
§ 154 (Fälligkeit) (1) Der Versicherer hat die Entschädigung binnen zwei Wochen von dem Zeitpunkt an zu leisten, in welchem der Dritte von dem Versicherungsnehmer befriedigt oder der Anspruch des Dritten durch rechtskräftiges Urteil, durch Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden ist. Soweit gemäß § 150 Kosten zu ersetzen sind, ist die Entschädigung binnen zwei Wochen von der Mitteilung der Berechnung an zu leisten. (2) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt oder dessen Anspruch anerkennt, ist unwirksam, falls nach den Umständen der Versicherungsnehmer die Befriedigung oder die Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.	§ 107 Fälligkeit der Versicherungsleistung ¹ Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen von dem Zeitpunkt an, in welchem der Anspruch des Dritten durch rechtskräftiges Urteil, Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden ist, vom Anspruch des Dritten freizustellen. ² Ist der Dritte von dem Versicherungsnehmer befriedigt worden, so hat der Versicherer die Entschädigung innerhalb von zwei Wochen nach der Befriedigung des Dritten an den Versicherungsnehmer zu zahlen. ³ Kosten, die gemäß § 102 zu ersetzen sind, hat der Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach der Mitteilung der Berechnung zu zahlen. § 106 Anerkenntnis des Versicherungsnehmers Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet ist, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt oder dessen Anspruch anerkennt, ist unwirksam.
§ 155 (Rentenanspruch)	§ 108 Rentenanspruch

<p>(1) Ist der Versicherungsnehmer dem Dritten zur Gewährung einer Rente verpflichtet, so kann er, wenn die Versicherungssumme den Kapitalwert der Rente nicht erreicht, nur einen verhältnismäßigen Teil der Rente verlangen.</p> <p>(2) Hat der Versicherungsnehmer für die von ihm geschuldete Rente dem Dritten kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten, so erstreckt sich die Verpflichtung des Versicherers auf die Leistung der Sicherheit.</p>	<p>(1) Ist der Versicherungsnehmer dem Dritten zur Zahlung einer Rente verpflichtet, so ist der Versicherer, wenn die Versicherungssumme den Kapitalwert der Rente nicht erreicht, nur zur Zahlung eines verhältnismäßigen Teils der Rente verpflichtet.</p> <p>(2) ¹Hat der Versicherungsnehmer für die von ihm geschuldete Rente dem Dritten kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten, so erstreckt sich die Verpflichtung des Versicherers auf die Leistung der Sicherheit. ²Absatz 1 gilt entsprechend.</p>
<p>§ 156 (Leistung an den Dritten)</p> <p>(1) ¹Verfügungen über die Entschädigungsforderung aus dem Versicherungsverhältnis sind dem Dritten gegenüber unwirksam. ²Der rechtsgeschäftlichen Verfügung steht eine Verfügung gleich, die im Wege der Zwangsvollstreckung oder der Arrestvollziehung erfolgt.</p> <p>(2) Ist die von dem Versicherungsnehmer an den Dritten zu bewirkende Leistung durch Vergleich, Anerkenntnis oder Urteil festgestellt, so ist der Versicherer nach vorheriger Benachrichtigung des Versicherungsnehmers berechtigt und auf Verlangen des Versicherungsnehmers verpflichtet, die Zahlung an den Dritten zu bewirken.</p> <p>(3) ¹Sind mehrere Dritte vorhanden und übersteigen ihre Forderungen aus der die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers begründenden Tatsache die Versicherungssumme, so hat der Versicherer nach Maßgabe des Absatzes 2 die Forderungen nach dem Verhältnis ihrer Beträge zu berichtigen. ²Ist hierbei die Versicherungssumme erschöpft, so kann sich ein Dritter, der bei der Verteilung nicht berücksichtigt worden ist, nachträglich auf die Vorschrift des Absatzes 1 nicht berufen, wenn der Versicherer mit der Geltendmachung dieser Ansprüche entschuldbarerweise nicht gerechnet hat.</p>	<p>§ 109 Verfügung über den Freistellungsanspruch</p> <p>(1) ¹Verfügungen des Versicherungsnehmers über den Freistellungsanspruch gegen den Versicherer sind dem Dritten gegenüber unwirksam. ²Der rechtsgeschäftlichen Verfügung steht eine Verfügung im Wege der Zwangsvollstreckung oder Arrestvollziehung gleich.</p> <p>(2) Die Abtretung des Freistellungsanspruchs kann nicht durch Allgemeine Versicherungsbedingungen ausgeschlossen werden.</p> <p>§ 110 Mehrere Geschädigte</p> <p>¹Ist der Versicherungsnehmer gegenüber mehreren Dritten verantwortlich und übersteigen deren Ansprüche die Versicherungssumme, so hat der Versicherer diese Ansprüche nach dem Verhältnis ihrer Beträge zu erfüllen. ²Ist hierbei die Versicherungssumme erschöpft, so kann sich ein bei der Verteilung nicht berücksichtigter Dritter nachträglich auf die Vorschrift des § 109 Abs. 1 nicht berufen, wenn der Versicherer mit der Geltendmachung dieser Ansprüche nicht gerechnet hat und auch nicht rechnen musste.</p>
<p>§ 157 (Insolvenz des Versicherungsnehmers)</p> <p>Ist über das Vermögen des Versicherungsnehmers das Insolvenzverfahren eröffnet, so kann der Dritte wegen des ihm gegen den Versicherungsnehmer zustehenden Anspruchs abgesonderte Befriedigung aus der Entschädigungsforderung des Versicherungsnehmers verlangen.</p>	<p>§ 111 Insolvenz des Versicherungsnehmers</p> <p>Ist über das Vermögen des Versicherungsnehmers das Insolvenzverfahren eröffnet, so kann der Dritte wegen des ihm gegen den Versicherungsnehmer zustehenden Anspruchs abgesonderte Befriedigung aus dem Freistellungsanspruch des Versicherungsnehmers verlangen.</p>
<p>§ 158 (Kündigung nach dem Versicherungsfall)</p> <p>(1) ¹Hat nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber seine Verpflichtung zur Leistung der Entschädigung anerkannt oder die Leistung der fälligen Entschädigung verweigert, so ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen. ²Das gleiche gilt, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Weisung erteilt, es über den Anspruch des Dritten zum Rechtsstreit kommen zu lassen.</p> <p>(2) ¹Die Kündigung ist nur innerhalb eines Monats seit der Anerkennung der Entschädigungspflicht oder der Verweigerung der Entschädigung oder seit der Rechtskraft des im Rechtsstreit mit dem Dritten ergangenen Urteils zulässig. ²Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der laufenden Versicherungsperiode kündigen.</p> <p>(3) ¹Kündigt der Versicherungsnehmer, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode. ²Kündigt der Versicherer, so gebührt ihm nur derjenige Teil der Prämie, welcher der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.</p>	<p>§ 112 Kündigung nach Versicherungsfall</p> <p>(1) ¹Hat der Versicherer nach dem Eintritt des Versicherungsfalles den Anspruch des Versicherungsnehmers auf Freistellung anerkannt oder abgelehnt, so ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen. ²Dies gilt auch, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Weisung erteilt, es zum Rechtsstreit über den Anspruch des Dritten kommen zu lassen.</p> <p>(2) ¹Die Kündigung ist nur innerhalb eines Monats seit der Anerkennung oder Ablehnung des Freistellungsanspruchs oder seit der Rechtskraft des im Rechtsstreit mit dem Dritten ergangenen Urteils zulässig. ²§ 94 Abs. 2 Satz 2 und 3 ist anzuwenden.</p>
<p>§ 158a (Halbzwingende Vorschriften)</p> <p>Auf Vereinbarungen, durch die von den Vorschriften des § 153, § 154 Abs. 1, § 156</p>	<p>§ 113 Abweichende Vereinbarungen</p> <p>Von den §§ 105 und 107 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewi-</p>

<p>Abs. 2 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>	<p>chen werden.</p>
<p>II. Besondere Vorschriften für die Pflichtversicherung</p>	<p>Untertitel 2 Vorschriften für die Pflichtversicherung</p>
<p>§ 158b (Anzuwendende Vorschriften) (1) Für eine Haftpflichtversicherung, zu deren Abschluß eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Pflichtversicherung), gelten die besonderen Vorschriften der §§ 158c bis 158k. (2) ¹Besteht für den Abschluß einer Haftpflichtversicherung eine gesetzliche Verpflichtung, so hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Angabe der Versicherungssumme zu bescheinigen, dass eine dem zu bezeichnenden Gesetz entsprechende Haftpflichtversicherung besteht. ²Soweit die Bescheinigung nicht auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen gesondert gefordert wird, kann sie mit dem Versicherungsschein verbunden werden.</p>	<p>§ 114 Pflichtversicherung (1) Eine Haftpflichtversicherung, zu deren Abschluss eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Pflichtversicherung), ist mit einem im Inland zum Geschäftsbetrieb befugten Versicherungsunternehmen zu den nach Maßgabe des Versicherungsaufsichtsgesetzes eingereichten Allgemeinen Versicherungsbedingungen abzuschließen. (2) Besteht für den Abschluss einer Haftpflichtversicherung eine gesetzliche Verpflichtung, so hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Angabe der Versicherungssumme zu bescheinigen, dass eine dem zu bezeichnenden Gesetz entsprechende Haftpflichtversicherung besteht. (3) Die Vorschriften dieses Untertitels finden auch insoweit Anwendung, als der Versicherungsvertrag eine über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinausgehende Deckung gewährt.</p>
	<p>§ 115 Mindestversicherungssumme Die Mindestversicherungssumme einer Pflichtversicherung beträgt, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, 250.000 Euro je Versicherungsfall, höchstens jedoch eine Million Euro je Versicherungsjahr.</p>
	<p>§ 116 Direktanspruch (1) ¹Der geschädigte Dritte kann im Rahmen der Leistungspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsverhältnis und, soweit eine Leistungspflicht nicht besteht, im Rahmen des § 117 Abs. 1 bis 4 seinen Anspruch auf Ersatz des Schadens auch gegen den Versicherer geltend machen. ²Der Versicherer hat den Schadensersatz in Geld zu leisten. (2) Soweit der Dritte nach Absatz 1 seinen Anspruch auf Ersatz des Schadens auch gegen den Versicherer geltend machen kann, haften der Versicherer und der ersatzpflichtige Versicherungsnehmer als Gesamtschuldner. (3) ¹Der Anspruch nach Absatz 1 unterliegt der gleichen Verjährung wie der Schadensersatzanspruch gegen den ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer. ²Die Verjährung beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem die Verjährung gegen den ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer beginnt; sie endet jedoch spätestens in zehn Jahren von dem Schadensereignis an. ³Ist der Anspruch des Dritten bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt. ⁴Die Hemmung, die Ablauffhemmung und der Neubeginn der Verjährung des Anspruchs gegen den Versicherer wirken auch gegenüber dem ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer und umgekehrt.</p>
<p>§ 158c (Leistungspflicht im Verhältnis zum Dritten) (1) Ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung dem Versicherungsnehmer gegenüber ganz oder teilweise frei, so bleibt gleichwohl seine Verpflichtung in Ansehung des Dritten bestehen. (2) ¹Ein Umstand, der das Nichtbestehen oder die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zur Folge hat, wirkt in Ansehung des Dritten erst mit dem Ablauf eines Monats, nachdem der Versicherer diesen Umstand der hierfür zuständigen Stelle ange-</p>	<p>§ 117 Leistungspflicht gegenüber Dritten (1) Dem Anspruch des Dritten nach § 116 kann nicht entgegengehalten werden, dass der Versicherer dem ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer nicht zur Leistung verpflichtet ist. (2) ¹Ein Umstand, der das Nichtbestehen oder die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zur Folge hat, kann vorbehaltlich des Satzes 4 dem Anspruch des Dritten nach § 116 nur entgegengehalten werden, wenn das Schadensereignis später als einen</p>

zeigt hat. ²Das gleiche gilt, wenn das Versicherungsverhältnis durch Zeitablauf endigt. ³Der Lauf der Frist beginnt nicht vor der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. ⁴Die Vorschriften dieses Absatzes gelten nicht, wenn eine zur Entgegennahme der Anzeige nach Satz 1 zuständige Stelle nicht bestimmt ist.

(3) Der Versicherer haftet nur im Rahmen der amtlich festgesetzten Mindestversicherungssummen und der von ihm übernommenen Gefahr.

(4) Der Versicherer haftet nicht, wenn und soweit der Dritte in der Lage ist, Ersatz seines Schadens von einem anderen Schadensversicherer oder von einem Sozialversicherungsträger zu erlangen.

(5) ¹Trifft die Leistungspflicht des Versicherers nach den Absätzen 1 oder 2 mit einer Ersatzpflicht auf Grund fahrlässiger Amtspflichtverletzung zusammen, so wird die Ersatzpflicht nach § 839 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Voraussetzungen für die Leistungspflicht des Versicherers vorliegen. Satz 1 gilt nicht, wenn der Beamte nach § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuches persönlich haftet.

(6) Ein Recht des Dritten, den Versicherer unmittelbar in Anspruch zu nehmen, wird durch diese Vorschriften nicht begründet.

Monat nach dem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem der Versicherer diesen Umstand der hierfür zuständigen Stelle angezeigt hat. ²Das gleiche gilt, wenn das Versicherungsverhältnis durch Zeitablauf endet. ³Der Lauf der Frist beginnt nicht vor Beendigung des Versicherungsverhältnisses. ⁴Ein in den Sätzen 1 und 2 bezeichneter Umstand kann dem Anspruch des Dritten auch dann entgegengehalten werden, wenn vor dem Zeitpunkt des Schadensereignisses der hierfür zuständigen Stelle die Bestätigung einer entsprechend den gesetzlichen Vorschriften abgeschlossenen neuen Versicherung zugegangen ist.

(3) ¹In den Fällen der Absätze 1 und 2 ist der Versicherer nur im Rahmen der gesetzlichen Mindestversicherungssumme und der von ihm übernommenen Gefahr verpflichtet. ²Der Versicherer ist nicht verpflichtet, soweit der Dritte in der Lage ist, Ersatz seines Schadens von einem anderen Schadenversicherer oder von einem Sozialversicherungsträger zu erlangen.

(4) ¹Trifft die Leistungspflicht des Versicherers nach den Absätzen 1 oder 2 mit einer Ersatzpflicht auf Grund fahrlässiger Amtspflichtverletzung zusammen, so wird die Ersatzpflicht nach § 839 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Voraussetzungen für die Leistungspflicht des Versicherers vorliegen. ²Satz 1 gilt nicht, wenn der Beamte nach § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuchs persönlich haftet.

(5) ¹Wird über das Vermögen des Versicherers das Insolvenzverfahren eröffnet, so endet das Versicherungsverhältnis abweichend von § 17 erst mit dem Ablauf eines Monats, nachdem der Insolvenzverwalter diesen Umstand der hierfür zuständigen Stelle angezeigt hat; bis zu diesem Zeitpunkt bleibt es der Insolvenzmasse gegenüber wirksam. ²Ist eine zur Entgegennahme der Anzeige nach Satz 1 zuständige Stelle nicht benannt, endet das Versicherungsverhältnis einen Monat nach Benachrichtigung des Versicherungsnehmers; die Benachrichtigung bedarf der Textform.

§ 118 Rangfolge mehrerer Ansprüche

(1) Übersteigen die Ansprüche auf Entschädigung, die aufgrund desselben Ereignisses zu leisten ist, die Versicherungssumme, so wird die Versicherungssumme nach folgender Rangfolge, bei gleichem Rang nach dem Verhältnis ihrer Beträge, an die Ersatzberechtigten ausgezahlt:

1. für Ansprüche wegen Personenschäden, soweit die Geschädigten nicht in der Lage sind, Ersatz ihrer Schäden vom Schädiger, von einem anderen Versicherer als dessen Haftpflichtversicherer, einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Dritten zu erlangen;
2. für Ansprüche wegen sonstiger Schäden natürlicher und juristischer Personen des Privatrechts, soweit die Geschädigten nicht in der Lage sind, vom Schädiger, einem anderen Versicherer als dessen Haftpflichtversicherer oder einem Dritten Ersatz zu erlangen;
3. für Ansprüche, die nach Privatrecht auf Versicherer oder sonstige Dritte wegen Personen- und sonstiger Schäden übergegangen sind;
4. für Ansprüche, die auf Sozialversicherungsträger übergegangen sind;
5. für alle sonstigen Ansprüche.

(2) Ist die Versicherungssumme unter Berücksichtigung nachrangiger Ansprüche er-

	schöpft, so kann sich ein vorrangig zu befriedigender Anspruchsberechtigter, der bei der Verteilung nicht berücksichtigt worden ist, nachträglich auf die Vorschrift des Absatzes 1 nicht berufen, wenn der Versicherer mit der Geltendmachung dieses Anspruchs nicht gerechnet hat und auch nicht rechnen musste.
<p>§ 158d (Anzeige- und Auskunftspflicht des Dritten) (1) Macht der Dritte seinen Anspruch gegen den Versicherungsnehmer geltend, so hat er dies dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen schriftlich anzuzeigen. (2) Macht der Dritte den Anspruch gegen den Versicherungsnehmer gerichtlich geltend, so hat er dies dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. (3) ¹Der Versicherer kann von dem Dritten Auskunft verlangen, soweit sie zur Feststellung des Schadensereignisses und der Höhe des Schadens erforderlich ist. ²Zur Vorlegung von Belegen ist der Dritte nur insoweit verpflichtet, als ihm die Beschaffung billigerweise zugemutet werden kann.</p>	<p>§ 119 Obliegenheiten des Dritten (1) Der Dritte hat ein Schadensereignis, aus dem er einen Anspruch nach § 116 Abs. 1 herleiten will, dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach dem Schadensereignis in Textform anzuzeigen; durch die Absendung der Anzeige wird die Frist gewahrt. (2) ¹Der Versicherer kann von dem Dritten Auskunft verlangen, soweit sie zur Feststellung des Schadensereignisses und der Höhe des Schadens erforderlich ist. ²Belege kann der Versicherer insoweit verlangen, als deren Beschaffung dem Dritten billigerweise zugemutet werden kann.</p>
<p>§ 158e (Pflichtverletzung des Dritten) (1) ¹Verletzt der Dritte die Verpflichtungen nach § 158d Abs. 2, 3, so beschränkt sich die Haftung des Versicherers nach § 158c auf den Betrag, den er auch bei gehöriger Erfüllung der Verpflichtungen zu leisten gehabt hätte. ²Liegt eine Verletzung der Verpflichtung nach § 158d Abs. 3 vor, so tritt diese Rechtsfolge nur ein, wenn der Dritte vorher ausdrücklich und in Textform auf die Folgen der Verletzung hingewiesen worden ist. (2) Die Vorschrift des Absatzes 1 Satz 1 gilt sinngemäß, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Dritten ohne Einwilligung des Versicherers einen Vergleich schließt oder dessen Anspruch anerkennt; § 154 Abs. 2 findet entsprechende Anwendung.</p>	<p>§ 120 Obliegenheitsverletzung des Dritten Verletzt der Dritte die Obliegenheit nach § 119 Abs. 2, so beschränkt sich die Haftung des Versicherers nach den §§ 116 und 117 auf den Betrag, den er auch bei gehöriger Erfüllung der Obliegenheit zu leisten gehabt hätte, sofern der Dritte vorher in Textform auf die Folgen der Verletzung hingewiesen worden ist.</p>
<p>§ 158f (Forderungsübergang) Soweit der Versicherer den Dritten nach § 158c befriedigt, geht die Forderung des Dritten gegen den Versicherungsnehmer auf ihn über. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Dritten geltend gemacht werden.</p>	<p>(Vgl. § 122)</p>
<p>§ 158g (Aufrechnung gegenüber Dritten) § 35b findet in Ansehung des Dritten keine Anwendung.</p>	<p>§ 121 Aufrechnung gegenüber Dritten § 38 findet in Ansehung des Dritten keine Anwendung.</p>
	<p>§ 122 Gesamtschuldner ¹Im Verhältnis der Gesamtschuldner nach § 116 Abs. 2 zueinander ist der Versicherer allein verpflichtet, soweit er dem Versicherungsnehmer aus dem Versicherungsverhältnis zur Leistung verpflichtet ist. ²Soweit eine solche Verpflichtung nicht besteht, ist in ihrem Verhältnis zueinander der Versicherungsnehmer allein verpflichtet. ³Der Versicherer kann Ersatz der Aufwendungen verlangen, die er den Umständen nach für erforderlich halten durfte; die Verjährung dieses Anspruchs beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch des Dritten erfüllt wird.</p>
<p>§ 158h (Veräußerung der Sache) ¹Die Vorschriften über die Veräußerung der versicherten Sache gelten sinngemäß. ²Schließt der Erwerber eines veräußerten Kraftfahrzeuges eine neue Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung, ohne die auf ihn übergegangene Versicherung zu kündigen, so gilt mit Beginn des neuen Versicherungsverhältnisses das alte Versicherungsverhältnis als gekündigt.</p>	<p>§ 123 Veräußerung der versicherten Sache Die Vorschriften der §§ 96 bis 99 über die Veräußerung der versicherten Sache gelten sinngemäß.</p>
<p>§ 158i (Leistungspflicht bei Fremdversicherung)</p>	<p>§ 124 Rückgriff bei mehreren Versicherten</p>

<p>¹Ist bei der Versicherung für fremde Rechnung der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber von der Verpflichtung zur Leistung frei, so kann er dies einem Versicherten, der zur selbständigen Geltendmachung seiner Rechte aus dem Versicherungsvertrag befugt ist, nur dann entgegenhalten, wenn die der Leistungsfreiheit zugrundeliegenden Umstände in der Person dieses Versicherten vorliegen oder wenn diese Umstände dem Versicherten bekannt oder grob fahrlässig nicht bekannt waren.</p> <p>²Der Umfang der Leistungspflicht bestimmt sich nach § 158c Abs. 3. § 158c Abs. 4 findet keine Anwendung; § 158c Abs. 5 ist entsprechend anzuwenden. ³Soweit der Versicherer Leistungen nach Satz 1 gewährt, kann er gegen den Versicherungsnehmer Rückgriff nehmen.</p>	<p>(1) Ist bei der Versicherung für fremde Rechnung der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber nicht zur Leistung verpflichtet, so kann er dies einem Versicherten, der zur selbständigen Geltendmachung seiner Rechte aus dem Versicherungsvertrag befugt ist, nur dann entgegenhalten, wenn die der Leistungsfreiheit zugrunde liegenden Umstände in der Person dieses Versicherten vorliegen oder wenn diese Umstände dem Versicherten bekannt oder grob fahrlässig nicht bekannt waren.</p> <p>(2) ¹Der Umfang der Leistungspflicht nach Absatz 1 bestimmt sich nach § 117 Abs. 3 Satz 1; § 117 Abs. 3 Satz 2 findet keine Anwendung. ²§ 117 Abs. 4 ist entsprechend anzuwenden.</p> <p>(3) Soweit der Versicherer nach Absatz 1 leistet, kann er gegen den Versicherungsnehmer Rückgriff nehmen.</p> <p>(4) Die Absätze 1 bis 3 sind entsprechend anzuwenden, wenn die Frist nach § 117 Abs. 2 Satz 1 und 2 noch nicht abgelaufen ist oder der Versicherer die Beendigung des Versicherungsverhältnisses der hierfür zuständigen Stelle nicht angezeigt hat.</p>
<p>§ 158k (Über Mindestdeckung hinausgehende Deckung) Die Vorschriften über die Pflichtversicherung finden auch insoweit Anwendung, als der Versicherungsvertrag eine über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinausgehende Deckung gewährt.</p>	<p>§ 114 Pflichtversicherung (3) Die Vorschriften dieses Untertitels finden auch insoweit Anwendung, als der Versicherungsvertrag eine über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinausgehende Deckung gewährt.</p>
	<p>§ 125 Rechtskrafterstreckung (1) Soweit durch rechtskräftiges Urteil festgestellt wird, dass dem Dritten ein Anspruch auf Ersatz des Schadens nicht zusteht, wirkt das Urteil, wenn es zwischen dem Dritten und dem Versicherer ergeht, auch zugunsten des Versicherungsnehmers, wenn es zwischen dem Dritten und dem Versicherungsnehmer ergeht, auch zugunsten des Versicherers.</p> <p>(2) Ist der Anspruch des Dritten gegenüber dem Versicherer durch rechtskräftiges Urteil, durch Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden, so muss der Versicherungsnehmer, gegen den von dem Versicherer Ansprüche auf Grund des § 122 Satz 2 erhoben werden, diese Feststellung gegen sich gelten lassen, sofern der Versicherungsnehmer nicht nachweist, dass der Versicherer die Pflicht zur Abwehr unbegründeter Entschädigungsansprüche sowie zur Minderung oder zur sachgemäßen Feststellung des Schadens schuldhaft verletzt hat.</p>
<p>Siebenter Titel. Rechtsschutzversicherung</p>	<p>Titel 2 Rechtsschutzversicherung</p>
	<p>§ 126 Leistung des Versicherers Bei der Rechtsschutzversicherung ist der Versicherer verpflichtet, die für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten erforderlichen Leistungen im vereinbarten Umfang zu erbringen.</p>
<p>§ 158l (Versicherungsschein und Schadenabwicklung) (1) ¹Werden Gefahren aus dem Bereich der Rechtsschutzversicherung neben anderen Gefahren versichert, muß im Versicherungsschein der Umfang der Deckung in der Rechtsschutzversicherung und die hierfür zu entrichtende Prämie gesondert ausgewiesen werden. ²Beauftragt der Versicherer mit der Leistungsbearbeitung ein selbständiges Schadenabwicklungsunternehmen, so ist dieses im Versicherungsschein zu bezeichnen.</p> <p>(2) ¹Ansprüche auf die Versicherungsleistung aus einem Vertrag über eine Rechts-</p>	<p>§ 127 Schadenabwicklungsunternehmen (1) ¹Werden Gefahren aus dem Bereich der Rechtsschutzversicherung neben anderen Gefahren versichert, muss im Versicherungsschein der Umfang der Deckung in der Rechtsschutzversicherung und die hierfür zu entrichtende Prämie gesondert ausgewiesen werden. ²Beauftragt der Versicherer mit der Leistungsbearbeitung ein selbständiges Schadenabwicklungsunternehmen, so ist dieses im Versicherungsschein zu bezeichnen.</p> <p>(2) ¹Ansprüche auf die Versicherungsleistung aus einem Vertrag über eine Rechts-</p>

<p>schutzversicherung können, wenn ein Schadenabwicklungsunternehmen mit der Leistungsbearbeitung beauftragt ist, nur gegen dieses geltend gemacht werden. ²Der Titel wirkt für und gegen den Rechtsschutzversicherer. ³§ 727 der Zivilprozeßordnung ist entsprechend anzuwenden.</p>	<p>schutzversicherung können, wenn ein selbständiges Schadenabwicklungsunternehmen mit der Leistungsbearbeitung beauftragt ist, nur gegen dieses geltend gemacht werden. ²Der Titel wirkt für und gegen den Rechtsschutzversicherer. ³§ 727 der Zivilprozessordnung ist entsprechend anzuwenden.</p>
<p>§ 158m (Freie Anwaltswahl) (1) ¹Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, zu seiner Vertretung in Gerichts- und Verwaltungsverfahren den Rechtsanwalt, der seine Interessen wahrnehmen soll, aus dem Kreis der Rechtsanwälte, deren Vergütung der Versicherer nach dem Versicherungsvertrag trägt, frei zu wählen. ²Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer Rechtsschutz für die sonstige Wahrnehmung rechtlicher Interessen in Anspruch nehmen kann. (2) Rechtsanwalt im Sinne dieser Vorschrift ist auch, wer berechtigt ist, unter einer der in der Anlage zu § 1 des Gesetzes über die Tätigkeit europäischer Rechtsanwälte in Deutschland vom 9. März 2000 (BGBl. I S. 182) genannten Bezeichnungen beruflich tätig zu werden.</p>	<p>§ 128 Freie Anwaltswahl (1) ¹Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, zu seiner Vertretung in Gerichts- und Verwaltungsverfahren den Rechtsanwalt, der seine Interessen wahrnehmen soll, aus dem Kreis der Rechtsanwälte, deren Vergütung der Versicherer nach dem Versicherungsvertrag trägt, frei zu wählen. ²Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer Rechtsschutz für die sonstige Wahrnehmung rechtlicher Interessen in Anspruch nehmen kann. ³Besteht Versicherungsschutz zur Wahrnehmung rechtlicher Interessen, kann der Versicherer die von ihm zu ersetzenden Kosten eines für den Versicherungsnehmer tätigen Rechtsanwalts auf den wirtschaftlich notwendigen Betrag beschränken, wenn die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen auf gleichen oder gleichartigen Ursachen beruht, in einem rechtlichen, zeitlichen oder wirtschaftlichen Zusammenhang steht und gegen identische Gegner gerichtet ist (Sammelverfahren). (2) Rechtsanwalt im Sinne dieser Vorschrift ist auch, wer berechtigt ist, unter einer der in der Anlage zu § 1 des Gesetzes über die Tätigkeit europäischer Rechtsanwälte in Deutschland vom 9. März 2000 (BGBl. I S. 182) genannten Bezeichnungen beruflich tätig zu werden.</p>
<p>§ 158n (Gutachterverfahren bei Verneinung der Leistungspflicht) ¹Für den Fall, dass der Versicherer seine Leistungspflicht verneint, weil die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen keine hinreichende Aussicht auf Erfolg biete oder mutwillig sei, hat der Versicherungsvertrag ein Gutachterverfahren oder ein anderes Verfahren mit vergleichbaren Garantien für die Objektivität vorzusehen, in dem Meinungsverschiedenheiten zwischen den Parteien über die Erfolgsaussichten oder die Mutwilligkeit einer Rechtsverfolgung entschieden werden. ²Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei Verneinung seiner Leistungspflicht hierauf hinzuweisen. ³Sieht der Versicherungsvertrag kein derartiges Verfahren vor oder unterläßt der Rechtsschutzversicherer den Hinweis, gilt das Rechtsschutzbedürfnis des Versicherungsnehmers im Einzelfall als anerkannt.</p>	<p>§ 129 Gutachterverfahren ¹Für den Fall, dass der Versicherer seine Leistungspflicht verneint, weil die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen keine hinreichende Aussicht auf Erfolg biete oder mutwillig sei, hat der Versicherungsvertrag ein Gutachterverfahren oder ein anderes Verfahren mit vergleichbaren Garantien für die Objektivität vorzusehen, in dem Meinungsverschiedenheiten zwischen den Parteien über die Erfolgsaussichten oder die Mutwilligkeit einer Rechtsverfolgung entschieden werden. ²Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei Verneinung seiner Leistungspflicht hierauf hinzuweisen. ³Sieht der Versicherungsvertrag kein derartiges Verfahren vor oder unterläßt der Rechtsschutzversicherer den Hinweis, gilt das Rechtsschutzbedürfnis des Versicherungsnehmers im Einzelfall als anerkannt.</p>
<p>§ 158o (Halbzwingende Vorschriften) Auf eine Vereinbarung, durch die von den Vorschriften der §§ 158l bis 158n zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>	<p>§ 130 Abweichende Vereinbarungen Von den Vorschriften der §§ 127 bis 129 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>
<p>Dritter Abschnitt. Lebens- und Krankenversicherung</p>	<p>Abschnitt 2 Personenversicherung</p>
<p>Erster Titel. Lebensversicherung</p>	<p>Titel 1 Lebensversicherung</p>
<p>§ 159 (Versicherte Personen) (1) Die Lebensversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. (2) ¹Wird die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen genommen und übersteigt die vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten, so ist zur Gültigkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich. ²Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein</p>	<p>§ 142 Versicherte Person (1) ¹Wird die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen genommen und übersteigt die vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten, so ist zur Wirksamkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich; bei Kollektivlebensversicherungen kann die Einwilligung in Textform erklärt werden. ²Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegen-</p>

<p>Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten.</p> <p>(3) Nimmt der Vater oder die Mutter die Versicherung auf die Person eines minderjährigen Kindes, so bedarf es der Einwilligung des Kindes nur, wenn nach dem Vertrag der Versicherer auch bei Eintritt des Todes vor der Vollendung des siebenten Lebensjahres zur Leistung verpflichtet sein soll und die für diesen Fall vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten übersteigt.</p> <p>(4) Soweit die Aufsichtsbehörde einen bestimmten Höchstbetrag für die gewöhnlichen Beerdigungskosten festgesetzt hat, ist dieser maßgebend.</p>	<p>heiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten.</p> <p>(2) Nimmt ein Elternteil die Versicherung auf die Person eines minderjährigen Kindes, so bedarf es der Einwilligung des Kindes nur, wenn nach dem Vertrag der Versicherer auch bei Eintritt des Todes vor der Vollendung des siebenten Lebensjahres zur Leistung verpflichtet sein soll und die für diesen Fall vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten übersteigt.</p> <p>(3) Soweit die Aufsichtsbehörde einen bestimmten Höchstbetrag für die gewöhnlichen Beerdigungskosten festgesetzt hat, ist dieser maßgebend.</p>
<p>§ 160 (Ärztliche Untersuchung)</p> <p>Durch die Vereinbarung, dass derjenige, auf dessen Person eine Versicherung genommen werden soll, sich zuvor einer ärztlichen Untersuchung zu unterwerfen hat, wird ein Recht des Versicherers, die Vornahme der Untersuchung zu verlangen, nicht begründet.</p>	<p>§ 143 Ärztliche Untersuchung</p> <p>Durch die Vereinbarung einer ärztlichen Untersuchung der versicherten Person wird ein Recht des Versicherers, die Vornahme der Untersuchung zu verlangen, nicht begründet.</p>
	<p>§ 144 Widerruf des Versicherungsnehmers</p> <p>(1) Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 beträgt die Widerrufsfrist 30 Tage.</p> <p>(2) Übt der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie aus, so hat der Versicherer abweichend von § 9 Abs. 2 Satz 1 den Rückkaufswert nach § 161 zu zahlen.</p>
	<p>§ 145 Überschussbeteiligung</p> <p>(1) Eine Überschussbeteiligung kann nur durch ausdrückliche Vereinbarung ausgeschlossen werden.</p> <p>(2) Der Versicherer hat die Überschussverteilung nach einem verursachungsorientierten Verfahren durchzuführen, es sei denn, es sind andere angemessene Verteilungsgrundsätze vereinbart.</p> <p>(3) Bei Verträgen mit Überschussbeteiligung ist in Textform mitzuteilen, dass der Überschuss nach handelsrechtlichen Gesichtspunkten ermittelt wird, eine Mindestzuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nach § 81c des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorzunehmen ist und die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes auch zur Verlustdeckung herangezogen werden kann.</p>
	<p>§ 146 Modellrechnung</p> <p>(1) Macht ein Versicherer im Zusammenhang mit dem Angebot oder dem Abschluss einer Lebensversicherung bezifferte Angaben zur Höhe von möglichen Leistungen über die vertraglich garantierten Leistungen hinaus, so hat er dem Versicherungsnehmer eine Modellrechnung zu übergeben, bei der die mögliche Ablaufleistung unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen für die Prämienkalkulation, jedoch mit folgenden abweichenden Zinssätzen dargestellt wird:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Höchstrechnungszinssatz multipliziert mit 1,672. Zinssatz nach Nummer 1 zuzüglich eines Prozentpunktes3. Zinssatz nach Nummer 1 abzüglich eines Prozentpunktes. <p>(2) Absatz 1 gilt nicht für Risikoversicherungen und Verträge, die Leistungen der in § 54b Abs. 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes bezeichneten Art vorsehen.</p> <p>(3) Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in Textform darauf hinzuweisen,</p>

	<p>dass es sich bei der Modellrechnung nur um ein Rechenmodell handelt, dem fiktive Annahmen zu Grunde liegen, und dass der Versicherungsnehmer aus der Modellrechnung keine vertraglichen Ansprüche gegen den Versicherer ableiten kann.</p>
	<p>§ 147 Jährliche Unterrichtung (1) ¹Bei der Versicherung auf den Todes- oder Erlebensfall mit Überschussbeteiligung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer jährlich unaufgefordert in Textform über die tatsächliche Entwicklung seiner Ansprüche unter Einbeziehung der Überschussbeteiligung zu unterrichten. ²Dabei ist im einzelnen für das Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres anzugeben 1. die Todesfalleistung, 2. der Rückkaufswert, 3. der erreichte Stand der Erlebensfalleistung und 4. die prämienfreie Versicherungssumme. (2) Hat der Versicherer über die Modellrechnung hinaus bezifferte Angaben zur möglichen zukünftigen Entwicklung der Überschussbeteiligung gemacht, so hat er den Versicherungsnehmer jährlich unaufgefordert in Textform auf Abweichungen der tatsächlichen Entwicklung von den anfänglichen Angaben hinzuweisen.</p>
<p>§ 161 (Kenntnis- und Verhaltenszurechnung) Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung auf die Person eines anderen als des Versicherungsnehmers auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.</p>	<p>§ 148 Kenntnis und Verhalten der versicherten Person Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, wird bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten berücksichtigt.</p>
<p>§ 162 (Unrichtige Altersangabe) ¹Ist das Alter desjenigen, auf dessen Person die Versicherung genommen werden soll, unrichtig angegeben worden und infolge der unrichtigen Angabe die Prämie zu niedrig bestimmt, so mindert sich die Leistung des Versicherers nach dem Verhältnis, in welchem die dem wirklichen Alter entsprechende Prämie zu der vereinbarten Prämie steht. ²Das Recht, wegen Verletzung der Anzeigepflicht von dem Vertrag zurückzutreten, steht dem Versicherer nur zu, wenn das wirkliche Alter außerhalb der Grenzen liegt, welche durch den Geschäftsplan für den Abschluß von Verträgen festgesetzt sind.</p>	<p>§ 149 Unrichtige Altersangabe ¹Ist das Alter der versicherten Person unrichtig angegeben worden, so verändert sich die Leistung des Versicherers nach dem Verhältnis, in welchem die dem wirklichen Alter entsprechende Prämie zu der vereinbarten Prämie steht. ²Das Recht, wegen der Verletzung der Anzeigepflicht von dem Vertrag zurückzutreten, steht dem Versicherer abweichend von § 21 Abs. 2 nur zu, wenn er nachweist, dass er den Vertrag bei richtiger Altersangabe nicht geschlossen hätte.</p>
<p>§ 163 (Verletzung der Anzeigepflicht) ¹Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer von dem Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung zehn Jahre verstrichen sind. ²Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.</p>	<p>§ 150 Anzeigepflichtverletzung Die Rechte des Versicherers nach § 21 Abs. 2 bis 4 wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss obliegenden Anzeigepflicht erlöschen abweichend von § 23 Abs. 3 Satz 1 nach Ablauf von fünf Jahren.</p>
<p>§ 164 (Gefahrerhöhung) (1) Als Erhöhung der Gefahr gilt nur eine solche Änderung der Gefahrumstände, welche nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrerhöhung angesehen werden soll; die Erklärung des Versicherungsnehmers bedarf der schriftlichen Form. (2) ¹Eine Erhöhung der Gefahr kann der Versicherer nicht mehr geltend machen, wenn seit der Erhöhung zehn Jahre verstrichen sind. ²Der Versicherer bleibt jedoch zur Geltendmachung befugt, wenn die Pflicht, seine Einwilligung einzuholen oder ihm Anzeige zu machen, arglistig verletzt worden ist.</p>	<p>§ 151 Gefahränderung (1) Als Erhöhung der Gefahr gilt nur eine solche Änderung der Gefahrumstände, die nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrerhöhung angesehen werden soll; die Vereinbarung bedarf der Textform. (2) ¹Eine Erhöhung der Gefahr kann der Versicherer nicht mehr geltend machen, wenn seit der Erhöhung fünf Jahre verstrichen sind. ²Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer arglistig gegen § 25 verstoßen hat. (3) § 44 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass eine Herabsetzung der Prämie nur wegen solcher Minderung der Gefahrumstände verlangt werden kann, die nach aus-</p>

<p>§ 164a (Gefahrminderung) § 41a gilt nicht für die Lebensversicherung.</p>	<p>drücklicher Vereinbarung als Gefahrminderung angesehen werden soll. (Vgl. § 151)</p>
<p>§ 165 (Kündigung des Versicherungsnehmers) (1) Sind laufende Prämien zu entrichten, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis jederzeit für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode kündigen. (2) Ist eine Kapitalversicherung für den Todesfall in der Art genommen, dass der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung des vereinbarten Kapitals gewiß ist, so steht das Kündigungsrecht dem Versicherungsnehmer auch dann zu, wenn die Prämie in einer einmaligen Zahlung besteht.</p>	<p>§ 160 Kündigung des Versicherungsnehmers (1) Sind laufende Prämien zu entrichten, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen. (2) Ist eine Versicherung in der Art genommen, dass der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung des vereinbarten Kapitals gewiss ist, so steht das Kündigungsrecht dem Versicherungsnehmer auch dann zu, wenn die Prämie in einer einmaligen Zahlung besteht.</p>
<p>§ 166 (Bezugsberechtigung) (1) ¹Bei einer Kapitalversicherung ist im Zweifel anzunehmen, dass dem Versicherungsnehmer die Befugnis vorbehalten ist, ohne Zustimmung des Versicherers einen Dritten als Bezugsberechtigten zu bezeichnen sowie an die Stelle des so bezeichneten Dritten einen anderen zu setzen. ²Die Befugnis des Versicherungsnehmers, an die Stelle des bezugsberechtigten Dritten einen anderen zu setzen, gilt im Zweifel auch dann als vorbehalten, wenn die Bezeichnung des Dritten im Vertrag erfolgt ist. (2) Ein als bezugsberechtigt bezeichneter Dritter erwirbt, wenn der Versicherungsnehmer nichts Abweichendes bestimmt, das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles.</p>	<p>§ 152 Bezugsberechtigung (1) Der Versicherungsnehmer ist im Zweifel berechtigt, ohne Zustimmung des Versicherers einen Dritten als Bezugsberechtigten zu bezeichnen, sowie an die Stelle des so bezeichneten Dritten einen anderen zu setzen. (2) Ein widerruflich als bezugsberechtigt bezeichneter Dritter erwirbt, wenn der Versicherungsnehmer nichts Abweichendes bestimmt, das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles. (3) Ein unwiderruflich als bezugsberechtigt bezeichneter Dritter erwirbt, wenn der Versicherungsnehmer nichts Abweichendes bestimmt, das Recht auf die Leistung des Versicherers bereits mit der Bezeichnung als Bezugsberechtigter.</p>
<p>§ 167 (Auslegung der Bezugsberechtigung) (1) Sind bei einer Kapitalversicherung mehrere Personen ohne Bestimmung ihrer Anteile als Bezugsberechtigte bezeichnet, so sind sie zu gleichen Teilen bezugsberechtigt; der von einem Bezugsberechtigten nicht erworbene Anteil wächst den übrigen Bezugsberechtigten zu. (2) ¹Soll bei einer Kapitalversicherung die Leistung des Versicherers nach dem Tode des Versicherungsnehmers erfolgen und ist die Zahlung an die Erben ohne nähere Bestimmung bedungen, so sind im Zweifel diejenigen, welche zur Zeit des Todes als Erben berufen sind, nach dem Verhältnis ihrer Erbteile bezugsberechtigt. ²Eine Ausschlagung der Erbschaft hat auf die Berechtigung keinen Einfluß. (3) Ist der Fiskus als Erbe berufen, so steht ihm ein Bezugsrecht im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 nicht zu.</p>	<p>§ 153 Auslegung der Bezugsberechtigung (1) ¹Sind mehrere Personen ohne Bestimmung ihrer Anteile als Bezugsberechtigte bezeichnet, so sind sie zu gleichen Teilen bezugsberechtigt. ²Der von einem Bezugsberechtigten nicht erworbene Anteil wächst den übrigen Bezugsberechtigten zu. (2) ¹Soll die Leistung des Versicherers nach dem Tode des Versicherungsnehmers an dessen Erben erfolgen, so sind im Zweifel diejenigen, welche zur Zeit des Todes als Erben berufen sind, nach dem Verhältnis ihrer Erbteile bezugsberechtigt. ²Eine Ausschlagung der Erbschaft hat auf die Berechtigung keinen Einfluss. (3) Wird das Recht auf die Leistung des Versicherers von dem bezugsberechtigten Dritten nicht erworben, so steht es dem Versicherungsnehmer zu. (4) Ist der Fiskus als Erbe berufen, so steht ihm ein Bezugsrecht im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 nicht zu.</p>
<p>§ 168 (Nichterwerb des Bezugsberechtigten) Wird bei einer Kapitalversicherung das Recht auf die Leistung des Versicherers von dem bezugsberechtigten Dritten nicht erworben, so steht es dem Versicherungsnehmer zu.</p>	<p>§ 153 Auslegung der Bezugsberechtigung (3) Wird das Recht auf die Leistung des Versicherers von dem bezugsberechtigten Dritten nicht erworben, so steht es dem Versicherungsnehmer zu.</p>
<p>§ 169 (Selbstmord) ¹Bei einer Versicherung für den Todesfall ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn derjenige, auf dessen Person die Versicherung genommen ist, Selbstmord begangen hat. ²Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist</p>	<p>§ 154 Selbsttötung (1) ¹Bei einer Versicherung für den Todesfall ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn die versicherte Person sich innerhalb von drei Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrags vorsätzlich selbst getötet hat. ²Dies gilt nicht, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. (2) Die Frist nach Absatz 1 Satz 1 kann durch Einzelvereinbarung geändert werden.</p>

	(3) Ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, hat er den Rückkaufswert nach § 161 zu zahlen.
<p>§ 170 (Tötung durch Versicherungsnehmer oder Berechtigten) (1) Ist die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen als des Versicherungsnehmers genommen, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod des andern herbeiführt. (2) Ist bei einer Versicherung für den Todesfall ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod desjenigen, auf dessen Person die Versicherung genommen ist, herbeiführt.</p>	<p>§ 155 Tötung durch Leistungsberechtigten (1) Ist die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen als des Versicherungsnehmers genommen, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod des anderen herbeiführt. (2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn dieser den Tod der versicherten Person vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung herbeiführt.</p>
<p>§ 171 (Anzeigepflicht) (1) ¹Eine Anzeige von dem Eintritt des Versicherungsfalls ist dem Versicherer nur zu machen, wenn der Tod als Versicherungsfall bestimmt ist. ²Der Anzeigepflicht wird genügt, wenn die Anzeige binnen drei Tagen nach dem Eintritt des Versicherungsfalls erfolgt; durch die Absendung der Anzeige wird die Frist gewahrt. (2) Steht das Recht auf die Leistung einem anderen als dem Versicherungsnehmer zu, so liegt die Anzeigepflicht dem anderen ob; das gleiche gilt von der Pflicht zur Auskunft und zur Beschaffung von Belegen.</p>	
<p>§ 172 (Prämien- und Bedingungsanpassung) (1) ¹Bietet eine Lebensversicherung Versicherungsschutz für ein Risiko, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers ungewiß ist, so ist der Versicherer nur bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen, sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat. ²Für Änderungen der Bestimmungen zur Überschussbeteiligung gilt Satz 1 entsprechend. Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn Änderungen nach den Absätzen 1 und 2 der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen. (2) Ist in den Versicherungsbedingungen der Lebensversicherung eine Bestimmung unwirksam, findet Absatz 1 entsprechende Anwendung, wenn zur Fortführung des Vertrages dessen Ergänzung notwendig ist. (3) Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden Änderungen nach Absatz 1 zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt. Änderungen nach Absatz 2 werden zwei Wochen nach Benachrichtigung des Versicherungsnehmers wirksam.</p>	<p>§ 156 Prämien- und Leistungsänderung (1) ¹Bietet eine Lebensversicherung Versicherungsschutz für ein Risiko, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers ungewiss ist, so ist der Versicherer zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn</p> <ol style="list-style-type: none">1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,2. die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Nummern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat. <p>²Eine Neufestsetzung der Prämie ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies hätte erkennen müssen. (2) Bei einer prämienfreien Versicherung ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt. (3) Soweit nichts anderes vereinbart wird, wird eine Neufestsetzung der Prämie und eine Herabsetzung der Versicherungsleistung zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt. (4) Die Mitwirkung des Treuhänders nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 entfällt, wenn die Neufestsetzung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.</p> <p>§ 157 Bedingungsanpassung Ersetzt der Versicherer eine unwirksame Bestimmung in den Versicherungsbedingungen, so bedarf die neue Regelung zu ihrer Wirksamkeit der Bestätigung eines unabhängigen Treuhänders, dass die Voraussetzungen nach § 16 Abs. 2 erfüllt sind.</p>

<p>§ 173 (aufgehoben)</p>	
<p>§ 174 (Umwandlung in prämienfreie Versicherung) (1) ¹Der Versicherungsnehmer kann jederzeit für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangen, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungssumme oder Mindestrente erreicht wird. ²Wird der entsprechende Mindestbetrag nicht erreicht, so hat der Versicherer den auf die Versicherung entfallenden Rückkaufswert zu erstatten, der nach § 176 Abs. 3 und 4 zu berechnen ist. (2) Bei der Umwandlung ist die Berechnung der prämienfreien Versicherungsleistung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation vorzunehmen. (3) Die prämienfreie Leistung ist für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode unter Berücksichtigung von Prämienrückständen zu berechnen. (4) Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn dieser vereinbart und angemessen ist.</p>	<p>§ 158 Prämienfreie Versicherung (1) ¹Der Versicherungsnehmer kann jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangen, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. ²Wird diese nicht erreicht, hat der Versicherer den auf die Versicherung entfallenden Rückkaufswert nach § 161 zu zahlen. (2) Die prämienfreie Versicherungsleistung ist nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach § 161 Abs. 3 bis 5 zu berechnen und im Vertrag für jedes Versicherungsjahr anzugeben. (3) ¹Die prämienfreie Leistung ist für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Berücksichtigung von Prämienrückständen zu berechnen. ²Die Ansprüche des Versicherungsnehmers aus der Überschussbeteiligung bleiben unberührt.</p>
<p>§ 175 (Umwandlung nach Kündigung des Versicherers) (1) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis nach § 39, so wandelt sich mit der Kündigung die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung um. Auf die Umwandlung findet § 174 Anwendung. (2) Im Falle des § 39 Abs. 2 ist der Versicherer zu der Leistung verpflichtet, die ihm obliegen würde, wenn sich mit dem Eintritt des Versicherungsfalls die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt hätte. (3) Die in § 39 vorgesehene Bestimmung einer Zahlungsfrist muß einen Hinweis auf die eintretende Umwandlung der Versicherung enthalten.</p>	<p>§ 159 Kündigung des Versicherers (1) ¹Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis, so wandelt sich mit der Kündigung die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung um. ²Auf die Umwandlung findet § 158 Anwendung. (2) Im Falle des § 41 Abs. 2 ist der Versicherer zu der Leistung verpflichtet, die ihm obliegen würde, wenn sich mit dem Eintritt des Versicherungsfalls die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt hätte. (3) Bei der Bestimmung einer Zahlungsfrist nach § 41 Abs. 1 hat der Versicherer auf die eintretende Umwandlung der Versicherung hinzuweisen.</p>
<p>§ 176 (Rückkaufswert) (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) ¹Das gleiche gilt bei einer Versicherung der in Absatz 1 bezeichneten Art auch dann, wenn nach dem Eintritt des Versicherungsfalls der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung des vereinbarten Kapitals frei ist. ²Im Fall des § 170 Abs. 1 ist jedoch der Versicherer zur Erstattung des Rückkaufswertes nicht verpflichtet. (3) ¹Der Rückkaufswert ist nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode als Zeitwert der Versicherung zu berechnen. ²Prämienrückstände werden vom Rückkaufswert abgesetzt. (4) Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn er vereinbart und angemessen ist.</p>	<p>§ 161 Rückkaufswert (1) Wird eine Versicherung, bei welcher der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers gewiss ist, durch Kündigung des Versicherungsnehmers oder durch Rücktritt oder Anfechtung des Versicherers aufgehoben, so hat der Versicherer den Rückkaufswert zu zahlen. (2) ¹Der Rückkaufswert ist nur insoweit zu zahlen, als dieser die Leistung bei einem Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Kündigung nicht übersteigt. ²Der danach nicht bezahlte Teil des Rückkaufswertes ist für eine prämienfreie Versicherung zu verwenden. ³Im Falle des Rücktrittes und der Anfechtung ist der volle Rückkaufswert zu zahlen. (3) ¹Der Rückkaufswert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung, bei einer Kündigung mindestens jedoch die Hälfte des ungezillmerten Deckungskapitals. ²Der Rückkaufswert ist im Vertrag für jedes Versicherungsjahr anzugeben. (4) ¹Bei fondsgebundenen Versicherungen und anderen Versicherungen, die Leistungen der in § 54b des Versicherungsaufsichtsgesetzes bezeichneten Art vorsehen, ist der Rückkaufswert abweichend von Absatz 3 nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik als Zeitwert der Versicherung zu berechnen. ²Die Grundsätze der Berechnung sind in dem Vertrag anzugeben.</p>

	<p>(5) ¹Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. ²Die Vereinbarung eines Abzugs für noch nicht getilgte überrechnungsmäßige Abschlusskosten ist unwirksam.</p> <p>(6) Neben dem nach den Absätzen 3 bis 5 berechneten Betrag hat der Versicherer bereits zugeteilte Überschussanteile und einen für den Kündigungsfall bereits deklarierten Schlussgewinnanteil zu zahlen.</p>
<p>§ 177 (Eintrittsrecht Dritter)</p> <p>(1) ¹Wird in den Versicherungsanspruch ein Arrest vollzogen oder eine Zwangsvollstreckung vorgenommen oder wird das Insolvenzverfahren über das Vermögen des Versicherungsnehmers eröffnet, so kann der namentlich bezeichnete Bezugsberechtigte mit Zustimmung des Versicherungsnehmers an seiner Stelle in den Versicherungsvertrag eintreten. ²Tritt der Bezugsberechtigte ein, so hat er die Forderungen der betreibenden Gläubiger oder der Insolvenzmasse bis zur Höhe des Betrages zu befriedigen, dessen Zahlung der Versicherungsnehmer im Falle der Kündigung des Versicherungsvertrags vom Versicherer verlangen kann.</p> <p>(2) Ist ein Bezugsberechtigter nicht oder nicht namentlich bezeichnet, steht das gleiche Recht dem Ehegatten oder Lebenspartner und den Kindern des Versicherungsnehmers zu.</p> <p>(3) ¹Der Eintritt erfolgt durch Anzeige an den Versicherer. ²Die Anzeige kann nur innerhalb eines Monats erfolgen, nachdem der Eintrittsberechtigte von der Pfändung Kenntnis erlangt hat oder der Konkurs eröffnet worden ist.</p>	<p>§ 162 Eintrittsrecht</p> <p>(1) ¹Wird in den Anspruch aus dem Versicherungsvertrag ein Arrest vollzogen oder eine Zwangsvollstreckung vorgenommen oder wird das Insolvenzverfahren über das Vermögen des Versicherungsnehmers eröffnet, so kann der namentlich bezeichnete Bezugsberechtigte mit Zustimmung des Versicherungsnehmers an seiner Stelle in den Versicherungsvertrag eintreten. ²Tritt der Bezugsberechtigte ein, so hat er die Forderungen der betreibenden Gläubiger oder der Insolvenzmasse bis zur Höhe des Betrags zu befriedigen, dessen Zahlung der Versicherungsnehmer im Falle der Kündigung des Versicherungsvertrags vom Versicherer verlangen kann.</p> <p>(2) Ist ein Bezugsberechtigter nicht oder nicht namentlich bezeichnet, steht das gleiche Recht dem Ehegatten oder Lebenspartner und den Kindern des Versicherungsnehmers zu.</p> <p>(3) ¹Der Eintritt erfolgt durch Anzeige an den Versicherer. ²Die Anzeige kann nur innerhalb eines Monats erfolgen, nachdem der Eintrittsberechtigte von der Pfändung Kenntnis erlangt hat oder das Insolvenzverfahren eröffnet worden ist.</p>
<p>§ 178 (Halbzwingende Vorschriften)</p> <p>(1) ¹Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften der §§ 162 bis 164, § 165, § 169 oder des § 171 Abs. 1 Satz 2 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen. ²Jedoch kann für die Kündigung, zu der nach § 165 der Versicherungsnehmer berechtigt ist, die schriftliche Form bedungen werden.</p> <p>(2) ¹Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften der §§ 174 bis 177 zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder des Eintrittsberechtigten abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen. ²In den Versicherungsbedingungen kann jedoch mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde eine andere als die in den §§ 174, 175 vorgesehene Art der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung sowie eine andere als die in § 176 vorgesehene Berechnung des zu erstattenden Betrages bestimmt werden.</p>	<p>§ 163 Abweichende Vereinbarungen</p> <p>¹Von den Vorschriften der §§ 144 bis 147, 149 bis 151, 154 und 156 bis 162 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder des Eintrittsberechtigten abgewichen werden. ²Für das Verlangen des Versicherungsnehmers auf Umwandlung nach § 158 und für seine Kündigung nach § 160 kann die Schriftform oder Textform vereinbart werden.</p>
	<p>Titel 2 Berufsunfähigkeitsversicherung</p> <p>§ 164 Leistung des Versicherers</p> <p>(1) Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der Versicherer verpflichtet, für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum vereinbarten Endtermin, die vereinbarte Leistung zu erbringen.</p> <p>(2) Berufsunfähig ist, wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann.</p> <p>(3) Als weitere Voraussetzung einer Leistungspflicht kann vereinbart werden, dass der</p>

	Versicherte auch keine andere Tätigkeit, die zu übernehmen er auf Grund seiner Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, ausübt oder ausüben kann.
	§ 165 Anerkenntnis (1) Der Versicherer muss nach einem Leistungsantrag bei Fälligkeit in Textform erklären, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt. (2) ¹ Das Anerkenntnis darf nur einmal zeitlich begrenzt werden. ² Es ist bis zum Ablauf der Frist bindend.
	§ 166 Leistungsfreiheit nach Anerkenntnis (1) Entfallen nach einem Anerkenntnis, das nicht nach § 165 Abs. 2 Satz 1 wirksam begrenzt ist, die Voraussetzungen der Leistungspflicht, wird der Versicherer nur leistungsfrei, wenn er dem Versicherungsnehmer diese Veränderung in Textform dargelegt hat. (2) Die Leistungsfreiheit tritt frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach der Erklärung des Versicherers ein.
	§ 167 Abweichende Vereinbarungen Von den Vorschriften der §§ 165 und 166 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.
	§ 168 Anzuwendende Vorschriften Die Vorschriften der §§ 142 bis 162 sind auf die Berufsunfähigkeitsversicherung entsprechend anzuwenden, soweit die Besonderheiten dieser Versicherung dem nicht entgegenstehen.
	§ 169 Ähnliche Versicherungsverträge (1) Die §§ 165 bis 168 sind auf alle Versicherungsverträge, bei denen der Versicherer für eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eine Leistung verspricht, entsprechend anzuwenden. (2) Auf Krankenversicherungsverträge, die das Risiko der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zum Gegenstand haben, sowie auf die Unfallversicherung findet Absatz 1 keine Anwendung.
Zweiter Titel. Krankenversicherung	Titel 4 Krankenversicherung
§ 178a (Versicherte Person; Rechtsgrundlagen) (1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. (2) ¹ Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 49 bis 51, 55 bis 60 und 62 bis 68a anzuwenden. ² Die Vorschriften der §§ 23 bis 30 und des § 41 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. (3) ¹ Versicherte Person ist die Person, auf die die Versicherung genommen wird. ² Soweit die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und ihr Verhalten in Betracht. (4) ¹ Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen	§ 184 Versicherte Person ¹ Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. ² Versicherte Person ist die Person, auf die die Versicherung genommen wird. § 185 Anzuwendende Vorschriften (1) ¹ Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 75 bis 82 und 84 bis 89 anzuwenden. ² Die Vorschriften der §§ 25 bis 29 und des § 31 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. ³ § 21 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht ohne Verschulden verletzt hat. (2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungslei-

kann, ist unbefristet. ²Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 3 kann für die Krankheitskosten- und für die Krankentagegeldversicherung eine Mindestdauer bis zu drei Jahren vereinbart werden. ³Für Ausbildungs-, Auslands- und Reisekrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

stungen erbracht hat, so ist § 88 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(3) ¹Die §§ 46 bis 51 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich der Versicherte die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer ihn gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. ²Anderenfalls kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. ³Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 192 Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, wird bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten berücksichtigt.

§ 187 Versicherungsdauer

(1) ¹Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 unbefristet. ²Wird in der nicht substitutiven Krankenversicherung die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet, gilt Satz 1 entsprechend.

(2) Für Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) ¹Für die Krankenversicherung einer Person mit befristeter Aufenthaltserlaubnis im Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. ²Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit abgeschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer abgeschlossen wird.

(4) ¹In der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. ²Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet; auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. ³Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif. ⁴Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Satz 2 Halbsatz 2 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Satz 3 mit der Maßgabe entsprechend, dass die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt; ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. ⁵Satz 2 Halbsatz 1 und Satz 3 gelten entsprechend, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine Versicherung nach Satz 3 oder 4 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

	<p>(5) Krankenversicherungen im Sinne der Absätze 2 und 3 sowie nach Absatz 4 Satz 2 bis 5 können ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.</p>
<p>§ 178b (Umfang des Versicherungsschutzes) (1) Bei der Krankheitskostenversicherung haftet der Versicherer im vereinbarten Umfang für die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. (2) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten. (3) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen. (4) In der Pflegekrankenversicherung haftet der Versicherer im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang für Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen (Pflegekostenversicherung) oder er leistet das vereinbarte Tagegeld (Pflegetagegeldversicherung).</p>	<p>§ 186 Leistung des Versicherers (1) ¹Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten. ²An Stelle der Erstattung von Aufwendungen kann die unmittelbare Abrechnung der Leistungen mit deren Erbringern vereinbart werden. (2) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten. (3) ¹Der Versicherer ist nach Absatz 1 und 2 nur insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Heilbehandlung oder sonstige Leistung sowie die Aufwendungen hierfür auch nach wirtschaftlichen Maßstäben notwendig sind. ²Die wirtschaftliche Notwendigkeit fehlt nur, wenn unter mehreren in gleicher Weise geeigneten Maßnahmen der Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen nicht diejenige gewählt wird, welche die geringeren Kosten verursacht, oder wenn die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. (4) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen. (5) Als Inhalt der Krankheitskostenversicherung kann ferner vereinbart werden <ol style="list-style-type: none">1. die Beratung über Leistungen nach Absatz 1 sowie über die Anbieter solcher Leistungen;2. die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;3. die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;4. die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen nach Absatz 1 und der hieraus resultierenden Folgen. (6) ¹In der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für die Pflege der versicherten Person zu erstatten (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung). ²Absatz 3 gilt für die Pflegekostenversicherung entsprechend. (7) In der privaten Pflegeversicherung im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten für die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit und für die Pflegestufen die Grundsätze der §§ 14 und 15 in Verbindung mit der aufgrund des § 16 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erlassenen Rechtsverordnung.</p>
<p>§ 178c (Wartezeit) (1) ¹Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-,</p>	<p>§ 188 Wartezeiten (1) ¹Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-,</p>

<p>Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und als besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. ²In der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.</p> <p>(2) ¹Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluß daran beantragt wird. ²Gleiches gilt für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.</p>	<p>Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und als besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. ²In der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.</p> <p>(2) ¹Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluss daran beantragt wird. ²Gleiches gilt für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.</p>
<p>§ 178d (Kindernachversicherung)</p> <p>(1) ¹Besteht am Tag der Geburt für mindestens ein Elternteil eine Krankenversicherung, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. ²Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.</p> <p>(2) ¹Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. ²Besteht eine höhere Gefahr, so ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.</p> <p>(3) ¹Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. ²Diese darf drei Monate nicht übersteigen.</p>	<p>§ 189 Kindernachversicherung</p> <p>(1) ¹Besteht am Tag der Geburt für mindestens ein Elternteil eine Krankenversicherung, so ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. ²Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.</p> <p>(2) ¹Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. ²Besteht eine höhere Gefahr, so ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.</p> <p>(3) ¹Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. ²Diese darf drei Monate nicht übersteigen.</p> <p>(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Auslands- und die Reisekrankenversicherung nicht, wenn für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im In- oder Ausland besteht.</p>
<p>§ 178e (Beihilfe)</p> <p>¹Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpaßt, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. ²Wird der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung gestellt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.</p>	<p>§ 190 Beihilfeempfänger</p> <p>(1) Bei der Krankheitskostenversicherung einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes kann vereinbart werden, dass sie insoweit mit der Versetzung der versicherten Person in den Ruhestand endet, als sich damit der Beihilfebemessungssatz erhöht.</p> <p>(2) ¹Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. ²Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.</p>
	<p>§ 191 Bereicherungsverbot</p> <p>Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes oder Anspruch auf Kostenerstattung gegen eine Kranken- oder Pflegekasse nach den Vorschriften des Fünften oder des</p>

<p>§ 178f (Tarifwechsel) (1) ¹Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. ²Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind, als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluß oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. ³Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch anwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluß vereinbart. (2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.</p>	<p>Elften Buches Sozialgesetzbuch, so ist der Versicherer nur abzüglich der Leistungen der Beihilfeträger und der Kranken- oder Pflegekassen zur Leistung verpflichtet.</p> <p>§ 196 Tarifwechsel (1) ¹Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 in Verbindung mit § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. ²Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. ³Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart. (2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. (3) ¹Im Falle der Verschmelzung von Krankenversicherungsunternehmen oder der Übertragung von Krankenversicherungsbeständen auf ein anderes Krankenversicherungsunternehmen im Sinne von § 14 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gilt Absatz 1 für die Dauer von fünf Jahren nicht, soweit ein Wechselrecht des Versicherungsnehmers nur aufgrund der Verschmelzung oder Bestandsübertragung begründet würde. ²Die Frist nach Satz 1 beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem die Verschmelzung oder Bestandsübertragung rechtswirksam geworden ist.</p>
<p>§ 178g (Prämie; Prämien- und Bedingungsanpassung) (1) ¹Bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12 und 12a in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnen ist, kann der Versicherer nur die sich daraus ergebende Prämie verlangen. ²Unbeschadet bleibt die Möglichkeit, mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluß zu vereinbaren. (2) Ist bei einem Versicherungsverhältnis das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der daraus errechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. (3) ¹Ist bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12 und 12a in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnen ist, das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichen-</p>	<p>§ 195 Prämien- und Bedingungsanpassung (1) ¹Bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird, kann der Versicherer nur die entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12, 12a und 12e in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnende Prämie verlangen. ²Unbeschadet bleibt die Möglichkeit, mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluß zu vereinbaren. (2) ¹Ist bei einem Versicherungsverhältnis das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Berechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. ²Dabei darf auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. ³Maßgebliche Berechnungsgrundlagen im Sinne der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen einschließlich der Schadenregulierungskosten, die Sterbewahrscheinlichkeit und der Rechnungszins. ⁴Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gelten die Regelungen des § 12b Abs. 1 bis 2b in Verbindung mit der aufgrund des § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.</p>

den Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. ²Ist in den Versicherungsbedingungen eine Bestimmung unwirksam, findet Satz 1 entsprechende Anwendung, wenn zur Fortführung des Vertrages dessen Ergänzung notwendig ist.

(4) Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(3) ¹Ist bei einem Versicherungsverhältnis im Sinne des Absatzes 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. ²Ersetzt der Versicherer eine unwirksame Bestimmung in den Versicherungsbedingungen, so bedarf die neue Regelung zu ihrer Wirksamkeit der Bestätigung eines unabhängigen Treuhänders, dass die Voraussetzungen nach § 16 Abs. 2 erfüllt sind.

(4) Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Unterrichtung des Versicherungsnehmers durch den Versicherer über die Anpassung folgt.

§ 178h (Kündigung des Versicherungsnehmers)

(1) ¹Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer in der Krankheitskosten- und in der Krankentagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. ²Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) ¹Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. ²Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. ³Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. ⁴Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb von einem Monat nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienenerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(5) ¹Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Per-

§ 197 Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) ¹Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer in der Krankheitskosten- und in der Krankentagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. ²Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) ¹Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen; die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. ²Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. ³Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. ⁴Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(3) Erfüllt der Versicherer die Voraussetzungen nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht, so kann der Versicherungsnehmer mit sofortiger Wirkung kündigen.

(4) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person

<p>sonen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem die Kündigung wirksam wird. ²Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. ³In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Schluß des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.</p>	<p>binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.</p> <p>(5) Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von einem Monat nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienenerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.</p> <p>(6) ¹Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem die Kündigung wirksam wird. ²Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. ³In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.</p>
	<p>§ 198 Rückkehr aus der GKV</p> <p>(1) ¹Kündigt der Versicherungsnehmer ein Versicherungsverhältnis, das mindestens fünf Jahre ununterbrochen bestanden hat, nach § 197 Abs. 2 und kommt eine gesetzliche Krankenversicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von drei Monaten nach Ende des Versicherungsverhältnisses nicht zustande, so sind die versicherten Personen berechtigt, innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären. ²Dies gilt auch, wenn eine gesetzliche Krankenversicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von zwölf Monaten nach Ende des Versicherungsverhältnisses endet.</p> <p>(2) Die Erklärungsfrist beginnt im Falle des Absatzes 1 Satz 1 mit dem Ablauf von drei Monaten nach Ende des Versicherungsverhältnisses, im Falle des Absatzes 1 Satz 2 mit dem Ende der gesetzlichen Krankenversicherung.</p> <p>(3) Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses beginnt im Falle des Absatzes 1 Satz 1 mit dem Ende des gekündigten Versicherungsverhältnisses, im Falle des Absatzes 1 Satz 2 am Tag nach der Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung.</p>
<p>§ 178i (Kündigung des Versicherers)</p> <p>(1) ¹Die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ist ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. ²Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuß des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 1 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.</p> <p>(2) ¹Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum En-</p>	<p>§ 199 Kündigung des Versicherers</p> <p>(1) ¹Die ordentliche Kündigung einer substitutiven Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ist ausgeschlossen. ²Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. ³Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 1 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.</p> <p>(2) Für die ordentliche Kündigung einer nicht substitutiven Krankenversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird, gilt Absatz 1 entsprechend.</p> <p>(3) ¹Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer</p>

<p>de eines Versicherungsjahres kündigen. ²Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. (3) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können.</p>	<p>das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. ²Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. (4) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können.</p>
<p>§ 178k (Rücktritt des Versicherers) ¹Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. ²Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.</p>	<p>(Vgl. § 185)</p>
<p>§ 178l (Vorsätzlich herbeigeführter Versicherungsfall) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Krankheit oder den Unfall bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat.</p>	<p>§ 193 Herbeiführung des Versicherungsfalles Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Krankheit oder den Unfall bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat.</p>
<p>§ 178m (Auskunftspflicht) ¹Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jeder versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. ²Der Auskunftsanspruch kann jedoch nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.</p>	<p>§ 194 Auskunftspflicht des Versicherers ¹Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. ²Der Auskunftsanspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.</p>
<p>§ 178n (Tod des Versicherungsnehmers) (1) Endet das Versicherungsverhältnis, durch den Tod des Versicherungsnehmers, so sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. (2) ¹Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, so gilt Absatz 1 entsprechend. ²Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.</p>	<p>§ 200 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses (1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, so sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. (2) ¹Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, so gilt Absatz 1 entsprechend. ²Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer nur zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er auch bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.</p>
<p>§ 178o (Halbzwingende Vorschriften) Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften des § 178a Abs. 4, der §§ 178c bis 178f, des § 178g Abs. 1 bis 3 und der §§ 178h bis 178n zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>	<p>§ 201 Abweichende Vereinbarungen Von den Vorschriften der §§ 187 bis 190 und 193 bis 200 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden.</p>
<p>Vierter Abschnitt. Unfallversicherung</p>	<p>Titel 3 Unfallversicherung</p>
<p>§ 179 (Versicherbare Personen) (1) Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer, oder</p>	<p>§ 170 Versicherte Person (1) ¹Die Unfallversicherung kann für den Eintritt eines Unfalles, der dem Versicherungs-</p>

<p>gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.</p> <p>(2) ¹Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. ²Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 finden entsprechende Anwendung.</p> <p>(3) ¹Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von dem Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich. ²Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten.</p> <p>(4) Soweit im Falle des Absatzes 3 die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers nach den Vorschriften dieses Gesetzes von rechtlicher Bedeutung ist, kommt auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.</p>	<p>nehmer oder einem anderen zustoßt, geschlossen werden. ²Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen.</p> <p>(2) ¹Wird die Versicherung auf eine andere Person von dem Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Wirksamkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich. ²Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten.</p> <p>(3) Soweit im Falle des Absatzes 2 nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, wird auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen berücksichtigt.</p>
	<p>§ 171 Leistung des Versicherers</p> <p>(1) In der Unfallversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei einem Unfall der versicherten Person oder einem vertraglich diesem gleichgestellten Ereignis die versprochenen Leistungen zu erbringen.</p> <p>(2) ¹Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. ²Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.</p>
	<p>§ 172 Invalidität</p> <p>¹Der Versicherer schuldet die für den Fall der Invalidität versprochenen Leistungen im vereinbarten Umfang, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person dauerhaft beeinträchtigt ist. ²Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustandes nicht erwartet werden kann.</p>
	<p>§ 173 Gefahrerhöhung</p> <p>(1) Als Erhöhung der Gefahr gilt nur eine solche Änderung der Gefahrumstände, die nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrerhöhung angesehen werden soll; die Vereinbarung bedarf der Textform.</p> <p>(2) ¹Ergeben sich im Falle einer erhöhten Gefahr nach dem geltenden Tarif des Versicherers bei unveränderter Prämie niedrigere Versicherungsleistungen, so gelten diese mit Ablauf eines Monats nach Eintritt der Gefahrerhöhung als vereinbart.</p> <p>²Weitergehende Rechte kann der Versicherer nur geltend machen, wenn der Versicherungsnehmer die Gefahrerhöhung arglistig nicht angezeigt hat.</p>
	<p>§ 174 Mitwirkende Ursachen</p> <p>Ist vereinbart, dass der Anspruch auf die versprochenen Leistungen entfällt oder sich mindert, wenn Krankheiten oder Gebrechen bei der durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, so hat der Versicherer die Voraussetzungen des Wegfalles oder der Minderung des Anspruchs nachzuweisen.</p>
<p>§ 180 (Kapitalversicherung)</p> <p>Ist als Leistung des Versicherers die Zahlung eines Kapitals vereinbart, so gelten die</p>	<p>§ 177 Bezugsberechtigung</p> <p>Ist als Leistung des Versicherers die Zahlung eines Kapitals vereinbart, so gelten die</p>

<p>Vorschriften der §§ 166 bis 168.</p>	<p>Vorschriften der §§ 152 und 153 entsprechend.</p>
<p>§ 180a (Vermutung der Unfreiwilligkeit) (1) Hängt die Leistungspflicht des Versicherers davon ab, dass der Betroffene unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erlitten hat, so wird die Unfreiwilligkeit bis zum Beweise des Gegenteils vermutet. (2) Auf eine Vereinbarung, durch die von den Vorschriften des Absatzes 1 zum Nachteil des Betroffenen abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>	<p>§ 171 Leistung des Versicherers (2) ¹Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. ²Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet. (Vgl. § 183)</p>
<p>§ 181 (Vorsätzlich herbeigeführter Versicherungsfall) (1) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn im Falle des § 179 Abs. 3 der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Unfall herbeigeführt hat. (2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Unfall herbeiführt.</p>	<p>§ 175 Herbeiführung des Versicherungsfalles (1) Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn im Falle des § 170 Abs. 2 der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Versicherungsfall herbeigeführt hat. (2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Versicherungsfall herbeigeführt hat.</p>
<p>§ 182 (Anzeigepflicht) Die Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalles liegt, wenn das Recht auf die Leistung einem bezugsberechtigten Dritten zusteht, diesem ob; das gleiche gilt von der Pflicht zur Auskunft und zur Beschaffung von Belegen.</p>	
<p>§ 183 (Rettungspflicht) ¹Der Versicherungsnehmer hat für die Abwendung und Minderung der Folgen des Unfalls nach Möglichkeit zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen, soweit ihm nicht etwas Unbilliges zugemutet wird. ²Auf eine Vereinbarung, durch welche von dieser Vorschrift zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>	<p>§ 176 Abwendung und Minderung des Schadens Die Vorschriften der §§ 84 und 85 sind auf die Unfallversicherung nicht anzuwenden.</p>
	<p>§ 178 Hinweispflicht des Versicherers ¹Zeigt der Versicherungsnehmer einen Versicherungsfall an, so hat der Versicherer ihn auf vertragliche Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen sowie einzuhaltende Fristen in Textform hinzuweisen. ²Unterbleibt dieser Hinweis, so kann sich der Versicherer auf Fristversäumnis nicht berufen.</p>
	<p>§ 179 Anerkenntnis (1) ¹Der Versicherer hat nach einem Leistungsantrag innerhalb eines Monats nach Vorlage der zu seiner Beurteilung erforderlichen Unterlagen in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt. ²Wird eine Invaliditätsleistung beantragt, beträgt die Frist drei Monate. (2) ¹Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe des Anspruchs geeinigt, so wird die Leistung innerhalb von zwei Wochen fällig. ²Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, so hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers einen angemessenen Vorschuss zu leisten.</p>
	<p>§ 180 Neubemessung der Invalidität (1) ¹Sind Leistungen für den Fall der Invalidität vereinbart, so sind Versicherungsnehmer und Versicherer berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, neu bemessen zu lassen. ²In der Kinderunfallversi-</p>

	<p>cherung kann die Frist, innerhalb derer eine Neubemessung verlangt werden kann, verlängert werden.</p> <p>(2) ¹Mit der Erklärung des Versicherers über die Leistungspflicht ist der Versicherungsnehmer über sein Recht zu unterrichten, den Grad der Invalidität neu bemessen zu lassen. ²Unterbleibt diese Unterrichtung, so kann sich der Versicherer auf eine Verspätung des Verlangens des Versicherungsnehmers, den Grad der Invalidität neu zu bemessen, nicht berufen.</p>
<p>§ 184 (Sachverständigenverfahren)</p> <p>(1) ¹Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. ²Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.</p> <p>(2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen durch das Gericht zu ernennen, so finden auf die Ernennung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechende Anwendung.</p> <p>(3) Eine Vereinbarung, durch welche von der Vorschrift des Absatzes 1 Satz 1 abgewichen wird, ist nichtig.</p>	<p>§ 181 Sachverständigenverfahren, Schadenermittlungskosten</p> <p>Die Vorschriften der §§ 86 und 87 sind entsprechend anzuwenden.</p>
<p>§ 185 (Ermittlungskosten)</p> <p>(1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer die Kosten, welche durch die Ermittlung und Feststellung des Unfalls sowie des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers entstehen, insoweit zu erstatten, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war.</p> <p>(2) Besteht zum Abschluß einer Unfallversicherung eine gesetzliche Verpflichtung, so gilt § 158b Abs. 2 entsprechend.</p>	<p>§ 181 Sachverständigenverfahren, Schadenermittlungskosten</p> <p>Die Vorschriften der §§ 86 und 87 sind entsprechend anzuwenden.</p> <p>§ 182 Pflichtversicherung</p> <p>Besteht für den Abschluss einer Unfallversicherung eine gesetzliche Verpflichtung, so hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Angabe der Versicherungssumme zu bescheinigen, dass eine dem zu bezeichnenden Gesetz entsprechende Unfallversicherung besteht.</p>
	<p>§ 183 Abweichende Vereinbarungen</p> <p>Von den Vorschriften des § 171 Abs. 2 Satz 2 und der §§ 173, 178 bis 180 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden.</p>
<p>Fünfter Abschnitt. Schlußvorschriften</p>	<p>Kapitel 3 Schlußvorschriften</p>
<p>§ 186 (See- und Rückversicherung)</p> <p>Die Vorschriften dieses Gesetzes finden auf die Seeversicherung und auf die Rückversicherung keine Anwendung.</p>	<p>§ 202 Rückversicherung</p> <p>Die Vorschriften dieses Gesetzes sind auf die Rückversicherung nicht anzuwenden.</p>
<p>§ 187 (Großrisiken)</p> <p>Die in diesem Gesetz vorgesehenen Beschränkungen der Vertragsfreiheit sind auf die in Artikel 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Gesetz über den Versicherungsvertrag genannten Großrisiken nicht anzuwenden.</p>	<p>§ 203 Großrisiken, laufende Versicherung</p> <p>Die Beschränkungen der Vertragsfreiheit nach diesem Gesetz sind auf die in Artikel 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006 genannten Großrisiken und auf laufende Versicherungen nicht anzuwenden.</p>
<p>§ 188</p> <p>(gegenstandslos)</p>	
<p>§ 189 (Versicherung mit kleineren Beträgen)</p> <p>(1) Die Vorschriften der §§ 38, 39, 42 über die nicht rechtzeitige Zahlung einer Prämie, des § 165 über das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers und die Vorschriften der §§ 174 bis 176, 178 über die Gewährung einer prämienfreien Versicherung und die</p>	<p>§ 204 Kleinere Versicherungsvereine</p> <p>(1) Die Vorschriften der §§ 40, 41, 45 über den Zahlungsverzug bei Erstprämie oder Folgeprämie und die Vorschriften der §§ 158 bis 161 für die Lebensversicherung über die Gewährung einer prämienfreien Versicherung, die Kündigung und den Rückkaufs-</p>

<p>Erstattung der Prämienreserve finden, soweit mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen abweichende Bestimmungen getroffen sind, keine Anwendung:</p> <ol style="list-style-type: none">1. auf Versicherungen bei Werkpensionskassen mit Zwangsbeitritt und auf Versicherungen, die bei einem Verein genommen werden, der als kleinerer Verein im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes anerkannt ist,2. auf die Sterbegeldversicherung, die Volksversicherung sowie auf sonstige Arten der Lebensversicherung mit kleineren Beträgen,3. auf die Unfallversicherung mit kleineren Beträgen. <p>(2) Sind für Versicherungen mit kleineren Beträgen im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2, 3 abweichende Bestimmungen getroffen, so kann deren Gültigkeit nicht unter Berufung darauf angefochten werden, dass es sich nicht um Versicherungen mit kleineren Beträgen handle.</p>	<p>wert finden, soweit mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen abweichende Bestimmungen getroffen sind, keine Anwendung auf</p> <ol style="list-style-type: none">1. Versicherungen bei Werkpensionskassen mit Zwangsbeitritt und auf Versicherungen, die bei einem Verein genommen werden, der als kleinerer Verein im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes anerkannt ist,2. Lebensversicherungen mit kleineren Beträgen,3. Unfallversicherungen mit kleineren Beträgen. <p>(2) Sind für Versicherungen mit kleineren Beträgen im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 und 3 abweichende Bestimmungen getroffen, so kann deren Wirksamkeit nicht unter Berufung darauf angefochten werden, dass es sich nicht um Versicherungen mit kleineren Beträgen handle.</p>
<p>§ 190 (Innungsunterstützungskassen; Berufsgenossenschaften)</p> <p>¹Die Vorschriften dieses Gesetzes finden keine Anwendung auf Versicherungsverhältnisse, die bei den auf Grund der Gewerbeordnung von Innungen oder Innungsverbänden errichteten Unterstützungskassen begründet werden. ²Das gleiche gilt von Versicherungsverhältnissen, die bei Berufsgenossenschaften gemäß § 23 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 (Reichsgesetzbl. S. 335) begründet werden.</p>	
<p>§ 191 (aufgehoben)</p>	
<p>§ 192 (aufgehoben)</p>	
<p>§ 193 (Wiederaufbaupflicht nach Landesrecht)</p> <p>(1) Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, nach welchen der Versicherer verpflichtet ist, die Entschädigungssumme nur zur Wiederherstellung des versicherten Gegenstandes zu zahlen.</p> <p>(2) Die Landesgesetze können bestimmen, in welcher Weise im Falle des § 97 die Verwendung des Geldes zu sichern ist.</p>	
<p>§ 194 (aufgehoben)</p>	

Anhang 3 Synopsis 2 (Kommissionsentwurf E-VVG)

(Verfasser: Boetius)

VVG 2006 (E)	VVG
Kapitel 1 Allgemeiner Teil	
Abschnitt 1 Vorschriften für alle Versicherungszweige	Erster Abschnitt. Vorschriften für sämtliche Versicherungszweige
Titel 1 Allgemeine Vorschriften	Erster Titel. Allgemeine Vorschriften
§ 1 Vertragstypische Pflichten ¹ Der Versicherer verpflichtet sich mit dem Versicherungsvertrag, ein bestimmtes Risiko des Versicherungsnehmers oder eines Dritten durch eine Leistung abzusichern, die er bei Eintritt des vereinbarten Versicherungsfalles zu erbringen hat. ² Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die vereinbarte Prämie zu zahlen.	§ 1 (Inhalt des Versicherungsvertrags) (1) ¹ Bei der Schadensversicherung ist der Versicherer verpflichtet, nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherungsnehmer den dadurch verursachten Vermögensschaden nach Maßgabe des Vertrags zu ersetzen. ² Bei der Lebensversicherung und der Unfallversicherung sowie bei anderen Arten der Personenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, nach dem Eintritt des Versicherungsfalles den vereinbarten Betrag an Kapital oder Rente zu zahlen oder die sonst vereinbarte Leistung zu bewirken. (2) ¹ Der Versicherungsnehmer hat die vereinbarte Prämie zu entrichten. ² Als Prämien im Sinne dieses Gesetzes gelten auch die bei Versicherungsunternehmungen auf Gegenseitigkeit zu entrichtenden Beiträge.
§ 2 Rückwärtsversicherung (1) Der Versicherungsvertrag kann vorsehen, dass der Versicherungsschutz vor dem Zeitpunkt des Vertragsschlusses beginnt (Rückwärtsversicherung). (2) ¹ Hat der Versicherer bei Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung davon Kenntnis, dass der Eintritt eines Versicherungsfalles ausgeschlossen ist, so steht ihm ein Anspruch auf die Prämie nicht zu. ² Hat der Versicherungsnehmer bei Abgabe seiner Willenserklärung davon Kenntnis, dass ein Versicherungsfall schon eingetreten ist, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. (3) Wird der Vertrag von einem Vertreter geschlossen, so ist in den Fällen des Absatzes 2 sowohl die Kenntnis des Vertreters als auch die Kenntnis des Vertretenen zu berücksichtigen. (4) § 40 Abs. 2 ist auf die Rückwärtsversicherung nicht anzuwenden.	§ 2 (Rückwärtsversicherung) (1) Die Versicherung kann in der Weise genommen werden, dass sie in einem vor der Schließung des Vertrags liegenden Zeitpunkt beginnt. (2) ¹ Weiß in diesem Falle der Versicherer bei der Schließung des Vertrags, dass die Möglichkeit des Eintritts des Versicherungsfalles schon ausgeschlossen ist, so steht ihm ein Anspruch auf die Prämie nicht zu. ² Weiß der Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrags, dass der Versicherungsfall schon eingetreten ist, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei; dem Versicherer gebührt, sofern er nicht bei der Schließung von dem Eintritt des Versicherungsfalles Kenntnis hatte, die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in welcher er diese Kenntnis erlangt. (3) Wird der Vertrag durch einen Bevollmächtigten oder einen Vertreter ohne Vertretungsmacht geschlossen, so kommt in den Fällen des Absatzes 2 nicht nur die Kenntnis des Vertreters, sondern auch die des Vertretenen in Betracht.
§ 3 Versicherungsschein (1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer einen Versicherungsschein in Textform zu übermitteln. (2) Wird der Vertrag nicht durch eine Niederlassung des Versicherers im Inland geschlossen, so ist im Versicherungsschein die Anschrift des Versicherers und der Niederlassung, über die der Vertrag geschlossen worden ist, anzugeben.	§ 3 (Versicherungsschein) (1) ¹ Der Versicherer ist verpflichtet, eine von ihm unterzeichnete Urkunde über den Versicherungsvertrag (Versicherungsschein) dem Versicherungsnehmer auszuhändigen. ² Eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift genügt. (2) ¹ Ist ein Versicherungsschein abhanden gekommen oder vernichtet, so kann der Versicherungsnehmer von dem Versicherer die Ausstellung einer Ersatzurkunde ver-

<p>(3) ¹Ist ein Versicherungsschein abhanden gekommen oder vernichtet, so kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer die Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins verlangen. ²Unterliegt der Versicherungsschein der Kraftloserklärung, so ist der Versicherer erst nach der Kraftloserklärung zur Ausstellung verpflichtet.</p> <p>(4) ¹Der Versicherungsnehmer kann jederzeit vom Versicherer Abschriften der Erklärungen verlangen, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. ²Benötigt der Versicherungsnehmer die Abschriften für die Vornahme von Handlungen gegenüber dem Versicherer, die an eine bestimmte Frist gebunden sind, und sind sie ihm nicht schon früher vom Versicherer übermittelt worden, so ist der Lauf der Frist vom Zugang des Verlangens beim Versicherer bis zum Eingang der Abschriften beim Versicherungsnehmer gehemmt.</p> <p>(5) Die Kosten für die Erteilung eines neuen Versicherungsscheins nach Absatz 3 und der Abschriften nach Absatz 4 hat der Versicherungsnehmer zu tragen und auf Verlangen vorzuschießen.</p>	<p>langen. ²Unterliegt der Versicherungsschein der Kraftloserklärung, so ist der Versicherer erst nach der Kraftloserklärung zur Ausstellung verpflichtet.</p> <p>(3) ¹Der Versicherungsnehmer kann jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. ²Der Versicherer hat ihn bei der Aushändigung des Versicherungsscheins auf dieses Recht aufmerksam zu machen. ³Bedarf der Versicherungsnehmer der Abschriften für die Vornahme von Handlungen gegenüber dem Versicherer, die an eine bestimmte Frist gebunden sind, und sind sie ihm nicht schon früher vom Versicherer ausgehändigt worden, so ist der Lauf der Frist von der Stellung des Verlangens bis zum Eingang der Abschriften gehemmt.</p> <p>(4) Die Kosten der Ersatzurkunde sowie der Abschriften hat der Versicherungsnehmer zu tragen und auf Verlangen vorzuschießen.</p> <p>(5) Wird der Vertrag nicht durch eine Niederlassung des Versicherers im Geltungsbe- reich dieses Gesetzes abgeschlossen, so ist im Versicherungsschein die Anschrift des Versicherers und der Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen worden ist, anzugeben.</p>
<p>§ 4 Versicherungsschein auf den Inhaber</p> <p>(1) Auf einen als Urkunde auf den Inhaber ausgestellten Versicherungsschein ist § 808 des Bürgerlichen Gesetzbuchs anzuwenden.</p> <p>(2) ¹Ist im Vertrag bestimmt, dass der Versicherer nur gegen Rückgabe eines als Urkunde ausgestellten Versicherungsscheins zu leisten hat, so genügt, wenn der Versicherungsnehmer erklärt, zur Rückgabe außerstande zu sein, das öffentlich beglaubigte Anerkenntnis, dass die Schuld erloschen sei. ²Satz 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsschein der Kraftloserklärung unterliegt.</p>	<p>§ 4 (Versicherungsschein auf den Inhaber)</p> <p>(1) Wird ein Versicherungsschein auf den Inhaber ausgestellt, so treten die in § 808 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bestimmten Wirkungen ein.</p> <p>(2) ¹Ist im Vertrag bestimmt, dass der Versicherer nur gegen Rückgabe des Versicherungsscheins zu leisten hat, so genügt, wenn der Versicherungsnehmer behauptet, zur Rückgabe außerstande zu sein, das öffentlich beglaubigte Anerkenntnis, dass die Schuld erloschen sei. ²Diese Vorschrift findet keine Anwendung, wenn der Versicherungsschein der Kraftloserklärung unterliegt.</p>
<p>§ 5 Abweichender Versicherungsschein</p> <p>(1) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Antrag des Versicherungsnehmers oder den getroffenen Vereinbarungen ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 2 erfüllt sind und der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht.</p> <p>(2) ¹Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei Übermittlung des Versicherungsscheins darauf hinzuweisen, dass Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht. ²Der Hinweis ist durch besondere Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheins hervorgehoben ist, zu übermitteln; jede einzelne Abweichung ist deutlich zu kennzeichnen.</p> <p>(3) Hat der Versicherer den Verpflichtungen nach Absatz 2 nicht entsprochen, so gilt der Vertrag als mit dem Inhalt des Antrags des Versicherungsnehmers geschlossen.</p> <p>(4) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.</p>	<p>§ 5 (Billigungsklausel)</p> <p>(1) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht.</p> <p>(2) ¹Diese Genehmigung ist jedoch nur dann anzunehmen, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins darauf hingewiesen hat, dass Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht. ²Der Hinweis hat durch besondere schriftliche Mitteilung oder durch einen auffälligen Vermerk in dem Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheins hervorgehoben ist, zu geschehen; auf die einzelnen Abweichungen ist besonders aufmerksam zu machen.</p> <p>(3) Hat der Versicherer den Vorschriften des Absatzes 2 nicht entsprochen, so ist die Abweichung für den Versicherungsnehmer unverbindlich und der Inhalt des Versicherungsantrags insoweit als vereinbart anzusehen.</p> <p>(4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.</p>
<p>§ 6 Beratung des Versicherungsnehmers</p> <p>(1) ¹Der Versicherer hat die Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erfragen, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen,</p>	

sowie nach der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht; ferner hat er dem Versicherungsnehmer die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben. ²Ein Verzicht des Versicherungsnehmers auf eine Beratung bedarf der Textform. ³Satz 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Vertrag mit dem Versicherungsnehmer von einem Versicherungsmakler vermittelt wird.

(2) ¹Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer vor dem Abschluss des Vertrags eine Dokumentation der Wünsche und Bedürfnisse sowie der Gründe für den erteilten Rat in Textform zur Verfügung zu stellen. ²Die Angaben nach Satz 1 dürfen mündlich übermittelt werden, wenn der Versicherungsnehmer dies wünscht oder wenn und soweit der Versicherer vorläufige Deckung gewährt; in diesen Fällen ist die Dokumentation dem Versicherungsnehmer unverzüglich nach Vertragsschluss zur Verfügung zu stellen. ³Die Verpflichtung nach Satz 1 entfällt, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

(3) ¹Die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 besteht auch nach Vertragsschluss während der Dauer des Versicherungsverhältnisses, soweit für eine Nachfrage und Beratung des Versicherungsnehmers ein Anlass besteht. ²Absatz 1 Satz 2 ist anzuwenden.

(4) ¹Verletzt der Versicherer schuldhaft eine Verpflichtung nach Absatz 1 oder 3, so ist er dem Versicherungsnehmer zum Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verpflichtet. ²Dies gilt nicht, soweit der Versicherungsnehmer auf eine Beratung verzichtet hat.

(5) Die Absätze 1 bis 4 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006 nicht anzuwenden.

§ 7 Information des Versicherungsnehmers

(1) ¹Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer, bevor dieser an seine auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung gebunden ist, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die in einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 bestimmten Informationen in Textform mitzuteilen. ²Die Informationen sind in einer dem eingesetzten Fernkommunikationsmittel entsprechenden Weise klar und verständlich zu übermitteln. ³Wird der Vertrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers telefonisch oder unter Verwendung eines anderen Kommunikationsmittels geschlossen, das die Mitteilung in Textform vor Vertragsschluss nicht gestattet, so muss die Mitteilung unverzüglich nach Vertragsschluss nachgeholt werden.

(2) Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates unter Beachtung der vorgeschriebenen Angaben nach der Richtlinie 92/49/EWG (Schadensversicherung), der Richtlinie 2002/83/EG (Lebensversicherung) und der Richtlinie 2002/65/EG (Finanzfernabsatzrichtlinie) festzulegen,

1. welche Einzelheiten des Vertrags, insbesondere zum Versicherer, zur angebotenen Leistung und zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie zum Bestehen eines Widerrufsrechts dem Versicherungsnehmer mitzuteilen sind,
2. welche weiteren Mitteilungen bei Verträgen mit Überschussbeteiligung erforderlich sind, und
3. welche Mitteilungen erforderlich sind, wenn der Versicherer mit dem Versicherungsnehmer telefonisch Kontakt aufgenommen hat.

<p>(3) In der Rechtsverordnung nach Absatz 2 sind ferner die Informationen zu bestimmen, die der Versicherer während der Laufzeit des Vertrags im Hinblick auf Änderungen erteilter Informationen sowie bei der Krankenversicherung im Falle von Prämien erhöhungen in Textform zu erteilen hat.</p> <p>(4) Der Versicherungsnehmer kann während der Laufzeit des Vertrags jederzeit vom Versicherer verlangen, dass ihm dieser die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in Papierform zur Verfügung stellt.</p> <p>(5) ¹Die Absätze 1 bis 4 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006 nicht anzuwenden. ²Ist bei einem solchen Vertrag der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, so hat ihm der Versicherer vor Vertragsschluss das anwendbare Recht und die zuständige Aufsichtsbehörde in Textform mitzuteilen.</p>	
<p>§ 8 Widerruf des Versicherungsnehmers</p> <p>(1) ¹Dem Versicherungsnehmer steht bis zum Ablauf der Frist nach Absatz 2 ein Widerrufsrecht zu. ²Vor diesem Zeitpunkt ist der Versicherungsnehmer an seine auf den Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung nicht gebunden.</p> <p>(2) ¹Der Widerruf der auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung ist innerhalb von zwei Wochen in Textform zu erklären. ²Er muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung. ³Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem</p> <ol style="list-style-type: none">1. der Versicherungsschein, die maßgeblichen Versicherungsbedingungen und die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 und2. eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels seine Rechte deutlich macht und die den Namen und die Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Satzes 2 enthält, <p>dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind. ⁴Die Belehrung genügt den Anforderungen des Satzes 3 Nr. 2, wenn das vom Bundesministerium der Justiz auf Grund einer Rechtsverordnung nach Absatz 4 veröffentlichte Muster verwandt wird. ⁵Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 3 obliegt dem Versicherer.</p> <p>(3) Das Widerrufsrecht besteht nicht</p> <ol style="list-style-type: none">1. bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,2. bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinne des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,3. bei Versicherungsverträgen, die von beiden Parteien auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vor Ende der Widerrufsfrist erfüllt sind,4. bei Versicherungsverträgen über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006. <p>(4) Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, Inhalt und Gestaltung der dem Versi-</p>	<p>§ 5a (Widerspruchsrecht)</p> <p>(1) ¹Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer bei Antragstellung die Versicherungsbedingungen nicht übergeben oder eine Verbraucherinformation nach § 10a des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterlassen, so gilt der Vertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformation als abgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von vierzehn Tagen nach Überlassung der Unterlagen in Textform widerspricht. ²Satz 1 ist nicht auf Versicherungsverträge bei Pensionskassen anzuwenden, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen. § 5 bleibt unberührt.</p> <p>(2) ¹Der Lauf der Frist beginnt erst, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Unterlagen nach Absatz 1 vollständig vorliegen und der Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins schriftlich, in drucktechnisch deutlicher Form über das Widerspruchsrecht, den Fristbeginn und die Dauer belehrt worden ist. ²Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen obliegt dem Versicherer. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. ³Abweichend von Satz 1 erlischt das Recht zum Widerspruch jedoch ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie.</p> <p>(3) ¹Gewährt der Versicherer auf besonderen Antrag des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz, so kann der Verzicht auf Überlassung der Versicherungsbedingungen und der Verbraucherinformation bei Vertragsschluss vereinbart werden. ²Die Unterlagen sind dem Versicherungsnehmer auf Anforderung, spätestens mit dem Versicherungsschein zu überlassen. Wenn der Versicherungsvertrag sofortigen Versicherungsschutz gewährt, hat der Versicherungsnehmer insoweit kein Widerspruchsrecht nach Absatz 1.</p>

<p>cherungsnehmer gemäß Absatz 2 Satz 3 Nr. 2 mitzuteilenden Belehrung über das Widerrufsrecht festzulegen.</p>	
<p>§ 9 Rechtsfolgen des Widerrufs (1) ¹Übt der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach § 8 Abs.1 aus, so hat ihm der Versicherer die gezahlten Prämien spätestens nach 30 Tagen zu erstatten. ²Der Versicherungsnehmer hat Leistungen des Versicherers spätestens nach 30 Tagen zurückzugewähren. ³Die Frist beginnt jeweils mit dem Tag, an dem der Widerruf dem Versicherer zugegangen ist. (2) ¹Übt der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach § 8 Abs.1 nach Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie aus, so hat der Versicherer abweichend von Absatz 1 nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten, wenn der Versicherungsnehmer in der Belehrung nach § 8 Abs.2 Satz 3 Nr.2 auf diese Rechtsfolge und den zu zahlenden Betrag hingewiesen worden ist und wenn er ausdrücklich zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. ²Leistungen des Versicherers sind vom Versicherungsnehmer nicht zurückzugewähren. (3) Ist der Versicherungsnehmer nicht gemäß § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 belehrt worden, so ist Absatz 1 auch dann anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie ausübt. (4) Auf einen Vertrag über vorläufige Deckung sind die Absätze 2 und 3 auch dann anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht vor Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie ausübt.</p>	
<p>§ 10 Beginn und Ende der Versicherung Ist die Dauer der Versicherung nach Tagen, Wochen, Monaten oder einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum bestimmt, so beginnt die Versicherung mit Beginn des Tages, an dem der Vertrag geschlossen wird, und endet um 24.00 Uhr des letzten Tages der Frist.</p>	<p>§ 7 (Versicherungsbeginn) (1) Ist die Dauer der Versicherung nach Tagen, Wochen, Monaten oder nach einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum bestimmt, so beginnt die Versicherung am Mittag des Tages, an welchem der Vertrag geschlossen wird. Sie endet am Mittag des letzten Tages der Frist. (2) Absatz 1 findet auf die Krankenversicherung keine Anwendung.</p>
<p>§ 11 Verlängerung, Kündigung (1) Wird bei einem auf eine bestimmte Zeit eingegangenen Versicherungsverhältnis im voraus eine Verlängerung für den Fall vereinbart, dass das Versicherungsverhältnis nicht vor Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, so ist die Verlängerung unwirksam, soweit sie sich jeweils auf mehr als ein Jahr erstreckt. (2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen, so kann es von beiden Parteien nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. (3) Die Kündigungsfrist muss für beide Parteien gleich sein; sie darf nicht weniger als einen Monat und nicht mehr als drei Monate betragen. (4) Ein Versicherungsvertrag mit einem Verbraucher als Versicherungsnehmer (Verbraucherversicherungsvertrag), der für die Dauer von mehr als drei Jahren geschlossen worden ist, kann vom Versicherungsnehmer zum Ende des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.</p>	<p>§ 8 (Stillschweigende Verlängerung; Kündigung; Widerruf; Rücktritt) (1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert gilt, wenn es nicht vor dem Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstrecken soll. (2) ¹Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. ²Die Kündigungsfrist muß für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. ³Auf das Kündigungsrecht können die Parteien in gegenseitigem Einverständnis bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten. (3) ¹Ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als fünf Jahren eingegangen worden ist, kann zum Ende des fünften oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. ²Satz 1 gilt nicht für die Lebens- und Krankenversicherung. (4) ¹Wird mit Ausnahme der Lebensversicherung ein Versicherungsverhältnis mit einer</p>

	<p>längeren Laufzeit als einem Jahr geschlossen, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von vierzehn Tagen ab Unterzeichnung des Versicherungsantrages seine auf den Vertragsabschluß gerichtete Willenserklärung schriftlich widerrufen. ¹Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. ²Die Frist beginnt erst zu laufen, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer über sein Widerrufsrecht belehrt und der Versicherungsnehmer die Belehrung durch Unterschrift bestätigt hat. ³Unterbleibt die Belehrung, so erlischt das Widerrufsrecht einen Monat nach Zahlung der ersten Prämie. ⁴Das Widerrufsrecht besteht nicht, wenn und soweit der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz gewährt oder wenn die Versicherung nach dem Inhalt des Antrags für die bereits ausgeübte gewerbliche oder selbständige berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers bestimmt ist.</p> <p>(5) ¹Bei der Lebensversicherung kann der Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von vierzehn Tagen nach Abschluß des Vertrages vom Vertrag zurücktreten. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Rücktrittserklärung. ²Die Frist beginnt erst zu laufen, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer über sein Rücktrittsrecht belehrt und der Versicherungsnehmer die Belehrung durch Unterschrift bestätigt hat. ³Unterbleibt die Belehrung, so erlischt das Rücktrittsrecht einen Monat nach Zahlung der ersten Prämie. ⁴Die Sätze 1 bis 4 finden keine Anwendung auf Versicherungsverhältnisse bei Pensionskassen, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen.</p> <p>(6) Die Absätze 4 und 5 finden keine Anwendung, soweit der Versicherungsnehmer ein Widerspruchsrecht nach § 5a hat.</p>
<p>§ 12 Versicherungsperiode Als Versicherungsperiode im Sinne dieses Gesetzes gilt, falls nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten bemessen ist, der Zeitraum eines Jahres.</p>	<p>§ 9 (Versicherungsperiode) Als Versicherungsperiode im Sinne dieses Gesetzes gilt, falls nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten bemessen ist, der Zeitraum eines Jahres.</p>
<p>§ 13 Änderung von Anschrift und Name (1) ¹Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. ²Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie ohne die Anschriftsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde. ³Die Sätze 1 und 2 sind im Falle einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden. (2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Vorschriften des Absatzes 1 Satz 1 und 2 entsprechende Anwendung.</p>	<p>§ 10 (Wohnungsänderung) (1) ¹Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Wohnung. ²Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde. (2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Vorschriften des Absatzes 1 entsprechende Anwendung.</p>
<p>§ 14 Fälligkeit der Geldleistung (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen. (2) ¹Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, so kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu</p>	<p>§ 11 (Fälligkeit) (1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. (2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versi-</p>

<p>zahlen hat. ²Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können. (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.</p>	<p>cherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat. (3) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist. (4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.</p>
<p>§ 15 Verjährung (1) ¹Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. ²Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig wird. (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, in dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.</p>	<p>§ 12 (Verjährung) (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt. (3) ¹Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. ²Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.</p>
<p>§ 16 Anpassung unwirksamer Versicherungsbedingungen (1) Ist eine Bestimmung in Versicherungsbedingungen des Versicherers unwirksam, so richtet sich der Inhalt des Vertrags insoweit nach den gesetzlichen Vorschriften. (2) ¹Der Versicherer kann die unwirksame Bestimmung durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Partei eine unzumutbare Härte darstellen würde. ²Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherten angemessen berücksichtigt.</p>	
<p>§ 17 Insolvenz des Versicherers (1) Wird über das Vermögen des Versicherers das Insolvenzverfahren eröffnet, so endet das Versicherungsverhältnis mit Ablauf eines Monats seit der Eröffnung; bis zu diesem Zeitpunkt bleibt es der Insolvenzmasse gegenüber wirksam. (2) Die Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes über die Wirkungen der Insolvenzeröffnung bleiben unberührt.</p>	<p>§ 13 (Insolvenz des Versicherers) ¹Wird über das Vermögen des Versicherers das Insolvenzverfahren eröffnet, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Ablauf eines Monats seit der Eröffnung; bis zu diesem Zeitpunkt bleibt es der Insolvenzmasse gegenüber wirksam. ²Soweit das Versicherungsaufsichtsgesetz besondere Vorschriften über die Wirkungen der Eröffnung des Insolvenzverfahrens enthält, bewendet es bei diesen Vorschriften.</p>
<p>§ 18 Insolvenz des Versicherungsnehmers (1) Für den Fall der Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Versicherungsnehmers kann der Vertrag vorsehen, dass der Versicherer das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat kündigen kann. (2) Absatz 1 ist auch für den Fall der Anordnung der Zwangsverwaltung des versicherten Grundstücks anzuwenden.</p>	<p>§ 14 (Insolvenz des Versicherungsnehmers) (1) Der Versicherer kann sich für den Fall der Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Versicherungsnehmers die Befugnis ausbedingen, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen. (2) Das gleiche gilt für den Fall, dass die Zwangsverwaltung des versicherten Grundstücks angeordnet wird.</p>
<p>§ 19 Abtretungsverbot bei unpfändbaren Sachen Soweit sich die Versicherung auf unpfändbare Sachen bezieht, kann die Forderung aus der Versicherung nur an solche Gläubiger des Versicherungsnehmers abgetreten werden, die diesem zum Ersatz der zerstörten oder beschädigten Sachen andere Sachen geliefert haben.</p>	<p>§ 15 (Unpfändbare Sachen) Soweit sich die Versicherung auf unpfändbare Sachen bezieht, kann die Forderung aus der Versicherung nur an solche Gläubiger des Versicherungsnehmers übertragen werden, die diesem zum Ersatz der zerstörten oder beschädigten Sachen andere Sachen geliefert haben.</p>
<p>§ 20 Abweichende Vereinbarungen Von den Vorschriften des § 3 Abs. 2 und 4, § 5 Abs. 1 bis 3, der §§ 6 bis 8 Abs. 3, der</p>	<p>§ 15a (Halbzwingende Vorschriften) Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften des § 3 Abs. 3 und 5, § 5</p>

<p>§§ 9 und 11 Abs. 2 bis 4, des § 14 Abs. 2 Satz 1 und der §§ 16 und 18 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>	<p>Abs. 1 bis 3, § 5a, § 6 Abs. 1 bis 3, § 8 Abs. 2 bis 5, § 11 Abs. 2, §§ 12, 14 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>
<p>Titel 2 Anzeigepflicht, Gefahrerhöhung, Obliegenheiten</p>	<p>Zweiter Titel. Anzeigepflicht. Gefahrerhöhung</p>
<p>§ 21 Anzeigepflicht (1) ¹Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. ²Stellt der Versicherer nach der auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1, so ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. (3) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. ²In diesem Falle hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. (4) ¹Das Rücktrittsrecht des Versicherers und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätte; dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich verletzt hat. ²Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Inhalt des Vertrags. (5) Hat der Versicherungsnehmer erhebliche Gefahrumstände, nach denen der Versicherer nicht in Textform gefragt hat, nicht angezeigt, so stehen dem Versicherer die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn die Nichtanzeige auf Arglist des Versicherungsnehmers beruht. (6) ¹Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 außer im Falle des Absatzes 5 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer bei Antragstellung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. ²Die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. (7) ¹Erhöht sich im Falle des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 20 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. ²Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei seiner Erklärung auf dieses Recht hinzuweisen.</p>	<p>§ 16 Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers (1) ¹Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrags alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. ²Erheblich sind die Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. ³Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich. (2) ¹Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer von dem Vertrag zurücktreten. ²Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat. (3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist. § 17 (Unrichtige Anzeige) (1) Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist. (2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist. § 18 (Rücktrittsrecht des Versicherers) (1) (aufgehoben) (2) Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an Hand schriftlicher, von dem Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur im Fall arglistiger Verschweigung zurücktreten. § 41 (Prämienerhöhung) (1) ¹Ist die dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrags obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, das Rücktrittsrecht des Versicherers aber ausgeschlossen, weil dem andern Teil ein Verschulden nicht zur Last fällt, so kann der Versicherer, falls mit Rücksicht auf die höhere Gefahr eine höhere Prämie angemessen ist, von dem Beginn der laufenden Versicherungsperiode an die höhere Prämie verlangen. ²Das gleiche gilt, wenn bei der Schließung des Vertrags ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem andern Teil nicht bekannt war. (2) Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen. § 40 Abs. 1 gilt sinngemäß. (3) ¹Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats</p>

	<p>von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt.²Das gleiche gilt von dem Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraums ausgeübt wird.</p>
<p>§ 22 Vertreter des Versicherungsnehmers ¹Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, so sind bei der Anwendung des § 21 Abs. 1 bis 5 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen.²Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.</p>	<p>§ 19 (Vertragsschluss durch Vertreter) ¹Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht geschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht.²Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.</p>
<p>§ 23 Ausübung der Rechte des Versicherers (1) ¹Der Versicherer muss die ihm nach § 21 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.²Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erhält.³Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 2 nicht verstrichen ist. (2) Im Falle eines Rücktrittes nach § 21 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. (3) ¹Die Rechte des Versicherers nach § 21 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss.²Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, so beläuft sich diese Frist auf zehn Jahre.</p>	<p>§ 20 (Rücktritt) (1) ¹Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen.²Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt. (2) ¹Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.²Im Fall des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfangs an zu verzinsen. § 21 (Leistungspflicht trotz Rücktritt) Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.</p>
<p>§ 24 Arglistige Täuschung Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.</p>	<p>§ 22 (Täuschungsanfechtung) Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.</p>
<p>§ 25 Gefahrerhöhung (1) Der Versicherungsnehmer darf nach Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung ohne Einwilligung des Versicherers keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme durch einen Dritten gestatten. (2) Erkennt der Versicherungsnehmer nachträglich, dass er ohne Einwilligung des Versicherers eine Gefahrerhöhung vorgenommen oder gestattet hat, so hat er die Gefahrerhöhung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. (3) Tritt nach Abgabe der auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung des Versicherungsnehmers eine Gefahrerhöhung unabhängig von seinem Willen ein, so muss er sie dem Versicherer unverzüglich nach Kenntniserlangung anzeigen.</p>	<p>§ 23 (Gefahrerhöhung nach Vertragsabschluß) (1) Nach dem Abschluß des Vertrags darf der Versicherungsnehmer nicht ohne Einwilligung des Versicherers eine Erhöhung der Gefahr vornehmen oder deren Vornahme durch einen Dritten gestatten. (2) Erlangt der Versicherungsnehmer Kenntnis davon, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen. § 29a (Gefahrerhöhung vor Annahme des Antrags) Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 finden auch Anwendung auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrags eingetretene Gefahrerhöhung, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrags nicht bekannt war.</p>
<p>§ 26 Kündigung wegen Gefahrerhöhung (1) ¹Verletzt der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig seine Verpflichtung</p>	<p>§ 24 (Fristlose Kündigung wegen Gefahrerhöhung) (1) ¹Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Ver-</p>

<p>tung nach § 25 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist kündigen. ²Beruhet die Verletzung auf einfacher Fahrlässigkeit, so kann der Versicherer unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. ³Ist eine nach Satz 1 erklärte Kündigung mangels Vorsatzes oder grober Fahrlässigkeit unwirksam, so gilt sie als Kündigungserklärung nach Satz 2.</p> <p>(2) In den Fällen einer Gefahrerhöhung nach § 25 Abs. 2 und 3 kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.</p> <p>(3) Das Kündigungsrecht nach den Absätzen 1 und 2 erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats ab der Kenntnis des Versicherers von der Erhöhung der Gefahr ausgeübt wird oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Gefahrerhöhung bestanden hat.</p>	<p>sicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. ²Beruhet die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so braucht dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten zu lassen.</p> <p>(2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.</p>
<p>§ 27 Prämienhöhung wegen Gefahrerhöhung</p> <p>(1) ¹Der Versicherer kann an Stelle einer Kündigung ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung eine seinen Geschäftsgrundsätzen für diese höhere Gefahr entsprechende Prämie verlangen oder die Absicherung der höheren Gefahr ausschließen. ²Für das Erlöschen dieses Rechts gilt § 26 Abs. 3 entsprechend.</p> <p>(2) ¹Erhöht sich die Prämie als Folge der Gefahrerhöhung um mehr als 20 Prozent oder schließt der Versicherer die Absicherung der höheren Gefahr aus, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. ²Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.</p>	
<p>§ 28 Leistungsfreiheit wegen Gefahrerhöhung</p> <p>(1) ¹Tritt der Versicherungsfall nach einer Gefahrerhöhung ein, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer seine Verpflichtung nach § 25 Abs. 1 vorsätzlich verletzt hat. ²Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.</p> <p>(2) ¹In den Fällen einer Gefahrerhöhung nach § 25 Abs. 2 und 3 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugegangen sein müssen, es sei denn, dem Versicherer war die Gefahrerhöhung zu diesem Zeitpunkt bekannt. ²Die Pflicht zur Leistung bleibt bestehen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht nach § 25 Abs. 2 und 3 nicht auf Vorsatz beruht; im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung gilt Absatz 1 Satz 2.</p> <p>(3) Die Befreiung des Versicherers von der Pflicht zur Leistung oder deren Einschränkung nach den Absätzen 1 und 2 entfällt,</p> <ol style="list-style-type: none">1. soweit die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ist oder2. wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt war.	<p>§ 25 (Leistungsfreiheit)</p> <p>(1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.</p> <p>(2) ¹Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. ²Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, eintritt, es sei denn, dass ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.</p> <p>(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.</p> <p>§ 26 (Zulässige Gefahrerhöhung)</p> <p>Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 finden keine Anwendung, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für welches der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlaßt wird.</p> <p>§ 27 (Ungewollte Gefahrerhöhung)</p> <p>(1) ¹Tritt nach dem Abschluß des Vertrags eine Erhöhung der Gefahr unabhängig von</p>

	<p>dem Willen des Versicherungsnehmers ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. ²Die Vorschriften des § 24 Abs. 2 finden Anwendung.</p> <p>(2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.</p> <p>§ 28 (Leistungsfreiheit)</p> <p>(1) Wird die in § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.</p> <p>(2) ¹Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. ²Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.</p>
<p>§ 29 Unerhebliche Gefahrerhöhung</p> <p>Die §§ 25 bis 28 sind nicht anzuwenden, wenn nur eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr vorliegt oder wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass die Gefahrerhöhung mitversichert sein soll.</p>	<p>§ 29 (Unerhebliche Gefahrerhöhung)</p> <p>¹Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. ²Eine Gefahrerhöhung kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass das Versicherungsverhältnis durch die Gefahrerhöhung nicht berührt werden soll.</p>
<p>(Vgl. § 25)</p>	<p>§ 29a (Gefahrerhöhung vor Annahme des Antrags)</p> <p>Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 finden auch Anwendung auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrags eingetretene Gefahrerhöhung, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrags nicht bekannt war.</p>
<p>§ 30 Obliegenheitsverletzung</p> <p>(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit.</p> <p>(2) ¹Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, so entfällt die Leistungspflicht nur, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. ²Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.</p> <p>(3) ¹Abweichend von Absatz 2 bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. ²Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.</p> <p>(4) Die Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 tritt bei Verletzung einer nach</p>	<p>§ 6 (Obliegenheitsverletzung)</p> <p>(1) ¹Ist 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. ²Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. ³Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.</p> <p>(2) ¹Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.</p> <p>(3) ¹Ist 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. ²Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluß weder auf die Fest-</p>

<p>Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit nur ein, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.</p> <p>(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.</p>	<p>stellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.</p> <p>(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.</p> <p>(5) (aufgehoben)</p> <p>§ 32 (Obliegenheitsvereinbarung) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherungsnehmer bestimmte Obliegenheiten zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder zum Zweck der Verhütung einer Gefahrerhöhung übernimmt, wird durch die Vorschriften dieses Titels nicht berührt.</p>
<p>§ 31 Teilrücktritt, Teilkündigung, teilweise Leistungsfreiheit</p> <p>(1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Titels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur bezüglich eines Teiles der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht zum Rücktritt oder zur Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, dass für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bedingungen nicht geschlossen haben würde.</p> <p>(2) ¹Macht der Versicherer von dem Recht zum Rücktritt oder zur Kündigung bezüglich eines Teiles der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis bezüglich des übrigen Teils zu kündigen. ²Die Kündigung muss spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt oder die Kündigung des Versicherers wirksam wird.</p> <p>(3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Gefahrerhöhung ganz oder teilweise von seiner Pflicht zur Leistung frei ist, nur bezüglich eines Teiles der Gegenstände oder Personen, auf die sich die Versicherung bezieht, vor, so findet auf die Befreiung Absatz 1 entsprechende Anwendung.</p>	<p>§ 30 (Teilrücktritt; Teilkündigung)</p> <p>(1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Titels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, in Ansehung eines Teils der Gegenstände oder Personen vor, auf welche sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht des Rücktritts oder der Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, dass für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bestimmungen nicht geschlossen haben würde.</p> <p>(2) Macht der Versicherer von dem Recht des Rücktritts oder der Kündigung in Ansehung eines Teiles der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis in Ansehung des übrigen Teiles zu kündigen; die Kündigung kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der Versicherungsperiode geschehen, in welcher der Rücktritt des Versicherers oder seine Kündigung wirksam wird.</p> <p>(3) Liegen in Ansehung eines Teiles der Gegenstände oder Personen, auf welche sich die Versicherung bezieht, die Voraussetzungen vor, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Gefahrerhöhung von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, so findet auf die Befreiung die Vorschrift des Absatzes 1 entsprechende Anwendung.</p>
<p>§ 32 Kenntnis anderer Versicherer</p> <p>Der Versicherer muss sich die Kenntnis eines anderen Versicherers von Daten des Versicherungsnehmers zurechnen lassen, wenn er Veranlassung hatte und in der Lage war, die bei dem anderen Versicherer gespeicherten Daten abzurufen.</p>	
<p>§ 33 Anzeige des Versicherungsfalles</p> <p>(1) ¹Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen. ²Steht das Recht auf die vertragliche Leistung des Versicherers einem Dritten zu, so ist auch dieser zur Anzeige verpflichtet.</p> <p>(2) Auf eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer im Falle der Verletzung der Anzeigepflicht nach Absatz 1 nicht zur Leistung verpflichtet ist, kann sich der Versicherer nicht berufen, wenn er auf andere Weise vom Eintritt des Versicherungsfalles rechtzeitig Kenntnis erlangt hat.</p>	<p>§ 33 (Anzeige des Versicherungsfalles)</p> <p>(1) Nach dem Eintritt des Versicherungsfalles hat der Versicherungsnehmer, sobald er von dem Eintritt Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.</p> <p>(2) Auf eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn der Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalles nicht genügt wird, kann sich der Versicherer nicht berufen, sofern er in anderer Weise von dem Eintritt des Versicherungsfalles rechtzeitig Kenntnis erlangt hat.</p>

<p>§ 34 Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers (1) ¹Der Versicherer kann nach dem Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass der Versicherungsnehmer jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist. ²Belege kann der Versicherer insoweit verlangen, als deren Beschaffung dem Versicherungsnehmer billigerweise zugemutet werden kann. (2) Steht das Recht auf die vertragliche Leistung des Versicherers einem Dritten zu, so hat auch dieser die Pflichten nach Absatz 1 zu erfüllen.</p>	<p>§ 34 (Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers) (1) Der Versicherer kann nach dem Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass der Versicherungsnehmer jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist. (2) Belege kann der Versicherer insoweit fordern, als die Beschaffung dem Versicherungsnehmer billigerweise zugemutet werden kann.</p>
<p>§ 35 Abweichende Vereinbarungen ¹Von den Vorschriften der §§ 21 bis 30 Abs. 4 und der §§ 32 und 34 Abs.1 Satz 2 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden. ²Für Anzeigen, zu denen der Versicherungsnehmer nach diesem Titel verpflichtet ist, kann jedoch die Schriftform oder Textform vereinbart werden.</p>	<p>§ 34a (Halbzwingende Vorschriften) ¹Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften der §§ 16 bis 29a, des § 31 und des § 34 Abs. 2 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen. ²Jedoch kann für die dem Versicherungsnehmer obliegenden Anzeigen die schriftliche Form bedungen werden.</p>
<p>Titel 3 Prämie</p>	<p>Dritter Titel. Prämie</p>
<p>§ 36 Fälligkeit (1) Der Versicherungsnehmer hat eine einmalige Prämie oder, wenn laufende Prämien vereinbart sind, die erste Prämie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. (2) Ist die Prämie zuletzt vom Versicherer eingezogen worden, so ist der Versicherungsnehmer zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.</p>	<p>§ 35 (Fälligkeit der Prämie) ¹Der Versicherungsnehmer hat die Prämie und, wenn laufende Prämien bedungen sind, die erste Prämie sofort nach dem Abschluß des Vertrags zu zahlen. ²Er ist zur Zahlung nur gegen Aushändigung des Versicherungsscheins verpflichtet, es sei denn, dass die Ausstellung eines Versicherungsscheins ausgeschlossen ist. § 37 (Regelmäßige Einziehung der Prämie) Ist die Prämie regelmäßig bei dem Versicherungsnehmer eingezogen worden, so ist dieser zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn ihm in Textform angezeigt wird, dass die Übermittlung verlangt werde.</p>
<p>§ 37 Zahlung durch Dritte (1) Der Versicherer muss fällige Prämien oder sonstige ihm auf Grund des Vertrags zustehende Zahlungen vom Versicherten bei einer Versicherung für fremde Rechnung, von einem Bezugsberechtigten, der ein Recht auf die Leistung des Versicherers erworben hat, sowie von einem Pfandgläubiger auch dann annehmen, wenn er die Zahlung nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs zurückweisen könnte. (2) Ein Pfandrecht an der Forderung aus der Versicherung kann auch wegen der Beträge einschließlich ihrer Zinsen geltend gemacht werden, die der Pfandgläubiger zur Zahlung von Prämien oder zu sonstigen dem Versicherer auf Grund des Vertrags zustehenden Zahlungen verwendet hat.</p>	<p>§ 35a (Prämienzahlung durch Dritte) (1) Fällige Prämien oder sonstige ihm auf Grund des Vertrags gebührende Zahlungen muß der Versicherer vom Versicherten bei der Versicherung für fremde Rechnung, ferner vom Bezugsberechtigten, der ein Recht auf die Leistung des Versicherers erworben hat, sowie vom Pfandgläubiger auch dann annehmen, wenn er nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts die Zahlung zurückweisen könnte. (2) Ein Pfandrecht an der Versicherungsforderung kann auch wegen der Beträge und ihrer Zinsen geltend gemacht werden, die der Pfandgläubiger zur Entrichtung von Prämien oder sonstigen dem Versicherer auf Grund des Vertrags gebührenden Zahlungen verwendet hat.</p>
<p>§ 38 Aufrechnung durch den Versicherer Der Versicherer kann eine fällige Prämienforderung oder eine andere ihm aus dem Vertrag zustehende fällige Forderung gegen eine Forderung aus der Versicherung auch dann aufrechnen, wenn diese Forderung nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem Dritten zusteht.</p>	<p>§ 35b Aufrechnungsrecht Der Versicherer kann den Betrag einer fälligen Prämienforderung oder einer anderen ihm aus dem Vertrag zustehenden Forderung von der ihm nach diesem Vertrag obliegenden Leistung in Abzug bringen, auch wenn er die Leistung nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem Dritten schuldet.</p>
<p>§ 39 Leistungsort (1) ¹Leistungsort für die Zahlung der Prämie ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers. ²Der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und seine Kosten die Prämie dem Versicherer zu übermitteln. (2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genom-</p>	<p>§ 36 (Leistungsort) (1) Leistungsort für die Entrichtung der Prämie ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers; der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und seine Kosten die Prämie dem Versicherer zu übermitteln. (2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genom-</p>

<p>men, so tritt, wenn er seine gewerbliche Niederlassung an einem anderen Ort hat, der Ort der Niederlassung an die Stelle des Wohnsitzes.</p>	<p>men, so tritt, wenn er seine gewerbliche Niederlassung an einem anderen Ort hat, der Ort der Niederlassung an die Stelle des Wohnsitzes.</p>
<p>§ 40 Zahlungsverzug bei Erstprämie (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. (2) ¹Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. ²Ist die Zahlung der Prämie Voraussetzung für den Beginn des Versicherungsschutzes, so tritt die Leistungsfreiheit nur ein, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie hingewiesen hat.</p>	<p>§ 38 (Verspätete Zahlung der ersten Prämie) (1) ¹Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. ²Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird. (2) Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.</p>
<p>§ 41 Zahlungsverzug bei Folgeprämie (1) ¹Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. ²Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten in Verzug, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. (3) ¹Der Versicherer kann nach Fristablauf das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. ²Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. ³Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.</p>	<p>§ 39 (Verspätete Zahlung der Folgeprämie) (1) ¹Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. ²Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam. (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. (3) ¹Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. ²Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. ³Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. (4) Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.</p>
<p>§ 42 Vorzeitige Vertragsbeendigung (1) ¹Im Falle der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem anteilig getragenen Risiko entspricht. ²Wird das Versicherungsverhältnis auf Grund des § 21 Abs. 2 durch Rücktritt des Versicherers beendet, so steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung zu. ³Tritt der Versicherer nach § 40 Abs. 1 zurück, so kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p>	<p>§ 40 (Prämie trotz Aufhebung des Versicherungsverhältnisses) (1) ¹Wird das Versicherungsverhältnis wegen Verletzung einer Obliegenheit oder wegen Gefahrerhöhung auf Grund der Vorschriften des zweiten Titels durch Kündigung oder Rücktritt aufgehoben oder wird der Versicherungsvertrag durch den Versicherer angefochten, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in der er von der Verletzung der Obliegenheit, der Gefahrerhöhung oder von dem Anfechtungsgrund Kenntnis erlangt hat. ²Wird die Kündigung erst in der folgenden Versicherungsperiode wirksam, so gebührt ihm die Prämie bis zur Been-</p>

<p>(2) Endet das Versicherungsverhältnis nach § 17 oder wird es vom Versicherer auf Grund einer Vereinbarung nach § 18 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.</p>	<p>digung des Versicherungsverhältnisses. (2) ¹Wird das Versicherungsverhältnis wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie nach § 39 gekündigt, so gebührt dem Versicherer die Prämie bis zur Beendigung der laufenden Versicherungsperiode. ²Tritt der Versicherer nach § 38 Abs. 1 zurück, so kann er nur eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. (3) Endigt das Versicherungsverhältnis nach § 13 oder wird es vom Versicherer auf Grund einer Vereinbarung nach § 14 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.</p>
<p>§ 43 Kündigung bei Prämienhöhung ¹Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, das Versicherungsverhältnis kündigen. ²Dies gilt auch, wenn der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel den Umfang des Versicherungsschutzes vermindert, ohne die Prämie entsprechend zu senken. ³Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen.</p>	<p>§ 31 (Kündigungsrecht bei Anpassungsklausel) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung das Versicherungsverhältnis kündigen.</p>
<p>§ 44 Herabsetzung der Prämie ¹Ist wegen bestimmter gefahrerhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart und sind diese Umstände nach Antragstellung des Versicherungsnehmers oder nach Vertragsschluss weggefallen oder bedeutungslos geworden, so kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass die Prämie ab Zugang des Verlangens beim Versicherer angemessen herabgesetzt wird. ²Dies gilt auch, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch unrichtige, auf einem Irrtum des Versicherungsnehmers beruhende Angaben über einen solchen Umstand veranlasst worden ist.</p>	<p>§ 41a (Prämienherabsenkung) (1) Ist wegen bestimmter, die Gefahr erhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Antrags oder nach Abschluss des Vertrags weggefallen oder ihre Bedeutung verlieren, verlangen, dass die Prämie für die künftigen Versicherungsperioden angemessen herabgesetzt wird. (2) Das gleiche gilt, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch irrtümliche Angaben des Versicherungsnehmers über einen solchen Umstand veranlasst worden ist.</p>
<p>§ 45 Abweichende Vereinbarungen Von den Vorschriften des § 36 Abs.2 und der §§ 40 bis 44 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>	<p>§ 42 (Halbzwingende Vorschriften) Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften der §§ 37 bis 41a zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>
<p>Titel 4 Versicherung für fremde Rechnung</p>	<p>III. Versicherung für fremde Rechnung</p>
<p>§ 46 Begriffsbestimmung (1) Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, schließen (Versicherung für fremde Rechnung). (2) Wird der Versicherungsvertrag für einen anderen geschlossen, so ist, auch wenn dieser benannt wird, im Zweifel anzunehmen, dass der Versicherungsnehmer nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt. (3) Ergibt sich aus den Umständen nicht, dass der Versicherungsvertrag für einen anderen geschlossen werden soll, so gilt dieser als für eigene Rechnung geschlossen.</p>	<p>§ 74 (Begriff) (1) Die Versicherung kann von demjenigen, welcher den Vertrag mit dem Versicherer schließt, im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, genommen werden (Versicherung für fremde Rechnung). (2) Wird die Versicherung für einen anderen genommen, so ist, auch wenn der andere benannt wird, im Zweifel anzunehmen, dass der Vertragsschließende nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.</p>
<p>§ 47 Rechte des Versicherten (1) ¹Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. ²Die Übermittlung eines Versicherungsscheins kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.</p>	<p>§ 75 (Rechte des Versicherten) (1) ¹Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. ²Die Aushändigung eines Versicherungsscheins kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.</p>

<p>(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers nur dann über seine Rechte verfügen und diese Rechte gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz des Versicherungsscheins ist.</p>	<p>(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur verfügen und diese Rechte nur gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheins ist.</p>
<p>§ 48 Rechte des Versicherungsnehmers (1) Der Versicherungsnehmer kann über die Rechte, die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehen, im eigenen Namen verfügen. (2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten zur Annahme der Leistung des Versicherers und zur Übertragung der Rechte des Versicherten nur befugt, wenn er im Besitz des Versicherungsscheins ist. (3) Der Versicherer ist zur Leistung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser nachweist, dass der Versicherte seine Zustimmung zu der Versicherung erteilt hat.</p>	<p>§ 76 (Rechte des Versicherungsnehmers) (1) Der Versicherungsnehmer kann über die Rechte, welche dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehen, im eigenen Namen verfügen. (2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten zur Annahme der Zahlung sowie zur Übertragung der Rechte des Versicherten nur befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist. (3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, dass der Versicherte seine Zustimmung zu der Versicherung erteilt hat.</p>
<p>§ 49 Rechte zwischen Versicherungsnehmer und Versichertem ¹Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über dessen Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet ist, der Insolvenzmasse den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen seiner Ansprüche gegen den Versicherten in Bezug auf die versicherte Sache befriedigt ist. ²Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung und nach der Einziehung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.</p>	<p>§ 77 (Auslieferung des Versicherungsscheins) ¹Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten das Insolvenzverfahren eröffnet ist, der Insolvenzmasse den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in Bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. ²Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.</p>
	<p>§ 78 (aufgehoben)</p>
<p>§ 50 Kenntnis und Verhalten des Versicherten (1) Soweit die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten zu berücksichtigen. (2) ¹Die Kenntnis des Versicherten ist nicht zu berücksichtigen, wenn der Vertrag ohne sein Wissen geschlossen worden ist oder ihm eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht möglich oder nicht zumutbar war. ²Der Versicherer braucht den Einwand, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten geschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten geschlossen und bei Vertragsschluss dem Versicherer nicht angezeigt hat, dass er den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten schließt.</p>	<p>§ 79 (Kenntnis- und Verhaltenszurechnung) (1) Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht. (2) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen geschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war. (3) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten geschlossen und bei der Schließung den Mangel des Auftrags dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser den Einwand, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten geschlossen ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.</p>
<p>§ 51 Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist dem Vertrag in sonstiger Weise zu entnehmen, dass unbestimmt bleiben soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so sind die §§ 46 bis 50 anzuwenden, wenn sich ergibt, dass fremdes Interesse versichert ist.</p>	<p>§ 80 (Versicherung für Rechnung „wen es angeht“) (1) Ergibt sich aus den Umständen nicht, dass die Versicherung für einen anderen genommen werden soll, so gilt sie als für eigene Rechnung genommen. (2) Ist die Versicherung für Rechnung "wen es angeht" genommen oder ist sonst aus dem Vertrag zu entnehmen, dass unbestimmt gelassen werden soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so kommen die Vorschriften der §§ 75 bis 79 zur Anwendung, wenn sich ergibt, dass fremdes Interesse versichert ist.</p>
<p>Titel 5 Vorläufige Deckung</p>	

<p>§ 52 Inhalt des Vertrags</p> <p>(1) ¹Bei einem Versicherungsvertrag, dessen wesentlicher Inhalt die Gewährung einer vorläufigen Deckung durch den Versicherer ist, kann vereinbart werden, dass dem Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen und die Informationen nach § 7 Abs. 1 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 2 nur auf Anforderung spätestens mit dem Versicherungsschein vom Versicherer zu übermitteln sind. ²Die Vorschriften der §§ 60 bis 68 über die Informationspflichten der Versicherungsvermittler bleiben unberührt. ³Auf einen Fernabsatzvertrag im Sinne des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist Satz 1 nicht anzuwenden.</p> <p>(2) ¹Werden die Versicherungsbedingungen dem Versicherungsnehmer bei Vertragschluss nicht übermittelt, so werden die vom Versicherer zu diesem Zeitpunkt für den vorläufigen Versicherungsschutz üblicherweise verwendeten Bedingungen, bei Fehlen solcher Bedingungen die für den Hauptvertrag vom Versicherer verwendeten Bedingungen auch ohne ausdrücklichen Hinweis hierauf Bestandteil des Vertrags. ²Bestehen Zweifel, welche Bedingungen für den Vertrag gelten sollen, so werden die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses vom Versicherer verwendeten Bedingungen, die für den Versicherungsnehmer am günstigsten sind, Vertragsbestandteil.</p>	
<p>§ 53 Nichtzustandekommen des Hauptvertrags</p> <p>Ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, im Falle des Nichtzustandekommens des Hauptvertrags eine Prämie für die vorläufige Deckung zu zahlen, so steht dem Versicherer ein Anspruch auf einen der Laufzeit der vorläufigen Deckung entsprechenden Teil der Prämie zu, die beim Zustandekommen des Hauptvertrags für diesen zu zahlen wäre.</p>	
<p>§ 54 Prämienzahlung</p> <p>(1) Der Beginn des Versicherungsschutzes kann von der Zahlung der Prämie abhängig gemacht werden, sofern der Versicherer den Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein auf diese Voraussetzung hinweist.</p> <p>(2) ¹Eine Vereinbarung, nach der bei einem Vertrag über vorläufige Deckung bei Verzug des Versicherungsnehmers mit der Zahlung der Prämie für die vorläufige Deckung oder der Erstprämie für den Hauptvertrag die vorläufige Deckung rückwirkend entfällt, ist unwirksam. ²§ 40 ist insoweit nicht anzuwenden.</p> <p>(3) Von der Vorschrift des Absatzes 1 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>	
<p>§ 55 Beendigung des Vertrags</p> <p>(1) ¹Der Vertrag über vorläufige Deckung endet, sofern es sich um einen Verbraucherversicherungsvertrag handelt, spätestens zu dem Zeitpunkt, in dem nach einem vom Versicherungsnehmer abgeschlossenen Hauptvertrag oder einem weiteren Vertrag über vorläufige Deckung ein gleichartiger Versicherungsschutz beginnt. ²Ist der Beginn des Versicherungsschutzes nach dem Hauptvertrag oder einem weiteren Vertrag über vorläufige Deckung von der Zahlung der Prämie durch den Versicherungsnehmer abhängig, so endet der Vertrag über vorläufige Deckung bei Nichtzahlung oder verspäteter Zahlung der Prämie abweichend von Satz 1 mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer mit der Prämienzahlung in Verzug ist, sofern der Versicherer den</p>	

<p>Versicherungsnehmer durch besondere Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.</p> <p>(2) Schließt der Versicherungsnehmer den Hauptvertrag oder einen weiteren Vertrag über vorläufige Deckung mit einem anderen Versicherer, so endet der Vertrag nach Absatz 1 erst mit der Kenntnis des bisherigen Versicherers von dem Vertragsschluss.</p> <p>(3) Kommt der Hauptvertrag mit dem Versicherer, mit dem der Vertrag über vorläufige Deckung besteht, nicht zustande, weil der Versicherungsnehmer seine auf den Abschluss des Vertrags gerichtete Willenserklärung nach § 8 widerruft oder nach § 5 Abs. 1 und 2 einen Widerspruch erklärt, so endet der Vertrag über vorläufige Deckung mit dem Zugang des Widerrufs oder des Widerspruchs beim Versicherer.</p> <p>(4) ¹Ist das Vertragsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen, so kann jede Partei den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. ²Die Kündigung des Versicherers wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang wirksam, sofern es sich um einen Verbraucherversicherungsvertrag handelt.</p> <p>(5) Von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>	
<p>Titel 6 Laufende Versicherung</p>	
<p>§ 56 Anmeldepflicht</p> <p>Wird ein Vertrag in der Weise geschlossen, dass die versicherten Interessen bei Vertragsschluss nur der Gattung nach bezeichnet und erst nach ihrer Entstehung dem Versicherer einzeln aufgegeben werden (laufende Versicherung), so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, entweder die versicherten Risiken einzeln oder, wenn der Versicherer darauf verzichtet hat, die vereinbarte Prämiengrundlage unverzüglich anzumelden oder, wenn dies vereinbart ist, jeweils Deckungszusagen zu beantragen.</p>	
<p>§ 57 Verletzung der Anmeldepflicht</p> <p>(1) ¹Hat der Versicherungsnehmer die Anmeldung eines versicherten Risikos oder der vereinbarten Prämiengrundlage unterlassen oder fehlerhaft vorgenommen, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. ²Die Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn die Anmeldepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist und der Versicherungsnehmer die Anmeldung unverzüglich nach Kenntniserlangung von dem Fehler nachholt oder berichtigt.</p> <p>(2) ¹Verletzt der Versicherungsnehmer die Anmeldepflicht vorsätzlich, kann der Versicherer den Vertrag fristlos kündigen. ²Die Versicherung von Einzelrisiken, für die der Versicherungsschutz begonnen hat, bleibt, wenn anderes nicht vereinbart ist, über das Ende der laufenden Versicherung hinaus bis zu dem Zeitpunkt in Kraft, in dem die vereinbarte Dauer der Versicherung dieser Einzelrisiken endet. ³Der Versicherer kann ferner die Prämie verlangen, die bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu zahlen gewesen wäre, wenn der Versicherungsnehmer die Anmeldepflicht erfüllt hätte.</p>	
<p>§ 58 Einzelpolice</p> <p>(1) ¹Ist bei einer laufenden Versicherung für ein einzelnes Risiko eine Einzelpolice oder ein Versicherungszertifikat ausgestellt worden, so ist der Versicherer nur gegen Vorlage der Urkunde zur Leistung verpflichtet. ²Durch die Leistung an den Inhaber der Urkunde wird er befreit.</p> <p>(2) ¹Ist die Urkunde abhanden gekommen oder vernichtet, so ist der Versicherer erst</p>	

<p>zur Leistung verpflichtet, wenn die Urkunde für kraftlos erklärt oder Sicherheit geleistet ist; eine Sicherheitsleistung durch Bürgen ist ausgeschlossen. ²Das gleiche gilt von der Verpflichtung des Versicherers zur Ausstellung einer Ersatzurkunde.</p> <p>(3) ¹Der Inhalt der Einzelpolice oder eines Versicherungszertifikats gilt abweichend von § 5 als vom Versicherungsnehmer genehmigt, wenn dieser nicht unverzüglich nach der Aushändigung widerspricht. ²Das Recht des Versicherungsnehmers, die Genehmigung wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.</p>	
<p>§ 59 Obliegenheitsverletzung</p> <p>(1) Verletzt der Versicherungsnehmer bei einer laufenden Versicherung schuldhaft eine vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllende Obliegenheit, so ist der Versicherer in Bezug auf ein versichertes Einzelrisiko, auf das sich die verletzte Obliegenheit bezieht, nicht zur Leistung verpflichtet.</p> <p>(2) Bei schuldhafter Verletzung einer Obliegenheit kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er Kenntnis von der Verletzung erlangt hat, mit einer Frist von einem Monat kündigen.</p>	
<p>Titel 7 Versicherungsvermittler</p>	<p>Vierter Titel. Versicherungsagenten</p>
<p>Untertitel 1 Mitteilungspflichten, Beratung</p>	
<p>§ 60 Begriffsbestimmungen</p> <p>(1) Versicherungsvermittler im Sinne dieses Gesetzes sind Versicherungsvertreter und Versicherungsmakler.</p> <p>(2) Versicherungsvertreter im Sinne dieses Gesetzes ist, wer von einem Versicherer oder einem Versicherungsvertreter damit betraut ist, Versicherungsverträge zu vermitteln oder abzuschließen oder bei deren Verwaltung und Erfüllung mitzuwirken (Versicherungsvermittlungsgeschäfte), und in das Register nach § X der Gewerbeordnung eingetragen ist.</p> <p>(3) ¹Versicherungsmakler im Sinne dieses Gesetzes ist, wer, ohne von einem Versicherer damit betraut zu sein, für den Auftraggeber Versicherungsvermittlungsgeschäfte übernimmt und in das Register nach § Y der Gewerbeordnung eingetragen ist. ²Als Versicherungsmakler gilt, wer sich im Geschäftsverkehr als Versicherungsmakler bezeichnet, obwohl er als Versicherungsvertreter in das in Absatz 2 bezeichnete Register eingetragen ist; eine Haftung des Versicherers für seinen Versicherungsvertreter bleibt unberührt.</p>	
<p>§ 61 Mitteilungspflichten</p> <p>(1) Der Versicherungsvermittler ist verpflichtet, dem Versicherungsnehmer folgendes mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Name und Anschrift des Versicherungsvermittlers,2. Bezeichnung des Registers, in das er eingetragen ist sowie Angabe, ob er als Versicherungsvertreter oder als Versicherungsmakler eingetragen ist, und auf welche Weise sich die Eintragung überprüfen lässt,3. Angabe der Versicherer, an denen der Versicherungsvermittler unmittelbar oder mittelbar eine Beteiligung von mehr als 10 Prozent der Stimmrechte oder des Kapitals hält,4. Angabe der Versicherer, die unmittelbar oder mittelbar eine Beteiligung von mehr als 10 Prozent der Stimmrechte oder des Kapitals des Versicherungsver-	

<p>mittlers halten,</p> <p>5. Angaben, die es den Versicherungsnehmern und anderen Betroffenen ermöglichen, Beschwerden über Versicherungsvermittler einzureichen, sowie Angaben über die Möglichkeiten der außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten.</p> <p>(2) Der Versicherungsvermittler hat dem Versicherungsnehmer ferner mitzuteilen, ob er seinen Rat auf eine objektive, ausgewogene Marktuntersuchung stützt.</p> <p>(3) Die Mitteilungen nach Absatz 1 sind nicht erforderlich, soweit sie der Versicherungsnehmer bereits bei einem früheren Versicherungsvertrag vom Versicherungsvermittler oder in einem Vertrag mit einem Versicherungsmakler in der in § 65 vorgeschriebenen Form erhalten hat und die Mitteilungen unverändert richtig sind.</p>	
<p>§ 62 Zusätzliche Mitteilungspflicht des Versicherungsvertreters</p> <p>¹Der Versicherungsvertreter hat dem Versicherungsnehmer in Bezug auf den angebotenen Versicherungsvertrag mitzuteilen, ob er verpflichtet ist, Versicherungsvermittlungsgeschäfte ausschließlich oder nicht ausschließlich für einen oder mehrere Versicherer zu tätigen. ²Auf Verlangen hat er dem Versicherungsnehmer die Namen der von ihm vertretenen Versicherer anzugeben; auf das Recht, diese Angabe zu verlangen, hat er den Versicherungsnehmer ausdrücklich hinzuweisen.</p>	
<p>§ 63 Beratungsgrundlage</p> <p>(1) ¹Teilt der Versicherungsvermittler dem Versicherungsnehmer mit, dass er seinen Rat auf eine objektive, ausgewogene Marktuntersuchung stützt, so ist er verpflichtet, seinem Rat eine hinreichende Zahl von auf dem Markt angebotenen Versicherungsverträgen und von Versicherern zu Grunde zu legen, so dass er nach fachlichen Kriterien eine Empfehlung dahin abgeben kann, welcher Versicherungsvertrag geeignet ist, die Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erfüllen. ²Auf Verlangen hat er dem Versicherungsnehmer die Namen der seinem Rat zugrunde gelegten Versicherer anzugeben; auf das Recht, diese Angabe zu verlangen, hat er den Versicherungsnehmer ausdrücklich hinzuweisen.</p> <p>(2) Die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 2 gilt auch für einen Versicherungsvermittler, der dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass er seinen Rat nicht auf eine Marktuntersuchung im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 stützt.</p>	
<p>§ 64 Beratung des Versicherungsnehmers</p> <p>¹Der Versicherungsvermittler hat die Wünsche und Bedürfnisse des Versicherungsnehmers zu erfragen, soweit nach der Schwierigkeit, die angebotene Versicherung zu beurteilen, sowie nach der Person des Versicherungsnehmers und dessen Situation hierfür Anlass besteht, und die Gründe für jeden zu einer bestimmten Versicherung erteilten Rat anzugeben. ²Der Versicherungsvermittler hat die Wünsche und Bedürfnisse sowie die Gründe für den erteilten Rat unter Berücksichtigung des Schwierigkeitsgrads des angebotenen Versicherungsvertrags nach Maßgabe des § 65 zu dokumentieren.</p>	
<p>§ 65 Zeitpunkt und Form der Informationen</p> <p>(1) Dem Versicherungsnehmer sind die Mitteilungen und Angaben nach den §§ 61 bis 63 vor Abgabe seiner auf den Vertragsschluss gerichteten Willenserklärung, die Dokumentation nach § 64 Satz 2 vor dem Abschluss des Vertrags in Textform klar und verständlich in deutscher Sprache oder in der von den Parteien vereinbarten Sprache zu</p>	

<p>übermitteln. (2) ¹Die Mitteilungen und Angaben nach Absatz 1 dürfen mündlich übermittelt werden, wenn der Versicherungsnehmer dies wünscht oder wenn und soweit der Versicherer vorläufige Deckung gewährt. ²In diesen Fällen sind die Mitteilungen und Angaben unverzüglich nach Vertragsschluss dem Versicherungsnehmer in Textform zur Verfügung zu stellen.</p>	
<p>§ 66 Schadensersatzpflicht ¹Der Versicherungsvermittler ist zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der dem Versicherungsnehmer durch die schuldhafte Verletzung einer Pflicht nach § 63 oder § 64 entsteht. ²Dies gilt nicht im Falle des § 64, soweit der Versicherungsnehmer vor Vertragsschluss in Textform auf eine Beratung verzichtet.</p>	
<p>§ 67 Nicht eingetragene Vermittler Auf Personen, die selbständig Versicherungsverträge vermitteln, ohne in ein Register nach § 60 Abs. 2 oder 3 Satz 1 eingetragen zu sein, sind die Vorschriften der §§ 61 bis 66 entsprechend anzuwenden.</p>	
<p>§ 68 Großrisiken Die §§ 60 bis 67 sind auf Versicherungsverträge über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006 nicht anzuwenden.</p>	
<p>Untertitel 2 Vertretungsmacht des Versicherungsvertreters</p>	
<p>§ 69 Gesetzliche Vollmacht (1) Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, in dem Versicherungszweig, in dem er mit Versicherungsvermittlungsgeschäften betraut ist, 1. Anträge, die auf den Abschluss eines Versicherungsvertrags gerichtet sind, und deren Widerruf sowie die vor Vertragsschluss abzugebenden Anzeigen und sonstigen Erklärungen vom Versicherungsnehmer entgegen zu nehmen, 2. Anträge auf Verlängerung oder Änderung eines Versicherungsvertrags und deren Widerruf, die Kündigung, den Rücktritt und sonstige das Versicherungsverhältnis betreffende Erklärungen sowie die während der Dauer des Versicherungsverhältnisses zu erstattenden Anzeigen vom Versicherungsnehmer entgegen zu nehmen, 3. die vom Versicherer ausgefertigten Versicherungsscheine oder Verlängerungsscheine dem Versicherungsnehmer auszuhändigen, 4. Prämien nebst Zinsen und Kosten anzunehmen, sofern er im Besitz einer vom Versicherer unterzeichneten Prämienrechnung ist; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. (2) ¹Den Versicherungsnehmer trifft die Beweislast für die Abgabe oder den Inhalt eines Antrags oder einer sonstigen Willenserklärung nach Absatz 1 Nr. 1 und 2. ²Die Beweislast für die Nichtabgabe einer auf Grund einer Obliegenheit gebotenen Anzeige durch den Versicherungsnehmer trifft den Versicherer.</p>	<p>§ 43 (Vollmacht des Versicherungsagenten) Ein Versicherungsagent gilt, auch wenn er nur mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betraut ist, als bevollmächtigt, in dem Versicherungszweig, für den er bestellt ist, 1. Anträge auf Schließung, Verlängerung oder Änderung eines Versicherungsvertrags sowie den Widerruf solcher Anträge entgegenzunehmen; 2. die Anzeigen, welche während der Versicherung zu machen sind, sowie Kündigungs- und Rücktrittserklärungen oder sonstige das Versicherungsverhältnis betreffende Erklärungen von dem Versicherungsnehmer entgegenzunehmen; 3. die von dem Versicherer ausgefertigten Versicherungsscheine oder Verlängerungsscheine auszuhändigen; 4. Prämien nebst Zinsen und Kosten anzunehmen, sofern er sich im Besitz einer vom Versicherer unterzeichneten Prämienrechnung befindet; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift.</p>
<p>§ 70 Kenntnis des Versicherungsvertreters ¹Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis des Versicherers erheblich ist, steht die Kenntnis des Versicherungsvertreters der Kenntnis des Versicherers gleich. ²Dies gilt nicht für Kenntnisse des Versicherungsvertreters, die er außerhalb</p>	<p>§ 44 (Kenntniszurechnung) Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis des Versicherers von Erheblichkeit ist, steht die Kenntnis eines nur mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Agenten der Kenntnis des Versicherers nicht gleich.</p>

<p>seiner Tätigkeit als Vertreter und ohne Zusammenhang mit dem betreffenden Versicherungsvertrag erlangt hat.</p>	
<p>§ 71 Abschlussvollmacht Ist der Versicherungsvertreter zum Abschluss von Versicherungsverträgen bevollmächtigt, so ist er auch befugt, die Änderung oder Verlängerung solcher Verträge zu vereinbaren, sowie Kündigungs- und Rücktrittserklärungen abzugeben.</p>	<p>§ 45 (Abschlussagent) Ist ein Versicherungsagent zum Abschluß von Versicherungsverträgen bevollmächtigt, so ist er auch befugt, die Änderung oder Verlängerung solcher Verträge zu vereinbaren sowie Kündigungs- und Rücktrittserklärungen abzugeben..</p>
	<p>§ 46 (Bezirksagent) Ist der Versicherungsagent ausdrücklich für einen bestimmten Bezirk bestellt, so beschränkt sich seine Vertretungsmacht auf Geschäfte und Rechtshandlungen, welche sich auf Versicherungsverträge über die in dem Bezirk befindlichen Sachen oder mit den im Bezirk gewöhnlich sich aufhaltenden Personen beziehen. ²In Ansehung der von ihm vermittelten oder abgeschlossenen Verträge bleibt der Agent ohne Rücksicht auf diese Beschränkung zur Vornahme von Geschäften und Rechtshandlungen ermächtigt.</p>
<p>§ 72 Beschränkung der Vertretungsmacht Eine Beschränkung der dem Versicherungsvertreter nach den §§ 69 und 71 zustehenden Vertretungsmacht durch Allgemeine Geschäftsbedingungen ist gegenüber Dritten unwirksam.</p>	<p>§ 47 (Beschränkung der Vertretungsmacht) ¹Eine Beschränkung der dem Versicherungsagenten nach den Vorschriften der §§ 43 bis 46 zustehenden Vertretungsmacht braucht ein Dritter nur dann gegen sich gelten zu lassen, wenn er die Beschränkung bei der Vornahme des Geschäfts oder der Rechtshandlung kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte. ²Auf eine abweichende Vereinbarung kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>
<p>§ 73 Gerichtsstand (1) Hat ein Versicherungsvertreter den Versicherungsvertrag vermittelt oder geschlossen, so ist für Klagen gegen den Versicherer aus dem Versicherungsverhältnis auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vertreter zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte. (2) Die nach Absatz 1 begründete Zuständigkeit kann durch Vereinbarung nicht ausgeschlossen werden.</p>	<p>§ 48 (Gerichtsstand der Agentur) (1) Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt oder abgeschlossen, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer erhoben werden, das Gericht des Ortes zuständig, wo der Agent zur Zeit der Vermittlung oder Schließung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte. (2) Die nach Absatz 1 begründete Zuständigkeit kann durch Vereinbarung nicht ausgeschlossen werden.</p>
<p>§ 74 Angestellte; nicht eingetragene Vermittler Die §§ 69 bis 73 sind auf Angestellte eines Versicherers, die mit Versicherungsvermittlungsgeschäften betraut sind, und auf Personen, die selbständig Versicherungsverträge vermitteln, ohne in ein Register nach § 60 Abs. 2 eingetragen zu sein, entsprechend anzuwenden.</p>	
<p>Abschnitt 2 Schadenversicherung</p>	<p>Zweiter Abschnitt. Schadensversicherung</p>
<p>Titel 1 Allgemeine Vorschriften</p>	<p>Erster Titel. Vorschriften für die gesamte Schadensversicherung</p>
	<p>I. Inhalt des Vertrags</p>
<p>§ 75 Leistung des Versicherers Bei der Schadenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, dem Versicherungsnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles den dadurch verursachten Vermögensschaden nach Maßgabe des Vertrags zu ersetzen oder die sonst vereinbarte Leistung zu erbringen.</p>	<p>§ 49 (Schadensersatz in Geld) Der Versicherer hat den Schadensersatz in Geld zu leisten. § 50 (Haftungsgrenze) Der Versicherer haftet nur bis zur Höhe der Versicherungssumme. § 53 (Entgehender Gewinn) Die Versicherung umfasst den durch den Eintritt des Versicherungsfalles entgehenden Gewinn nur, soweit dies besonders vereinbart ist. § 55 (Bereicherungsverbot)</p>

	<p>Der Versicherer ist, auch wenn die Versicherungssumme höher ist als der Versicherungswert zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles, nicht verpflichtet, dem Versicherungsnehmer mehr als den Betrag des Schadens zu ersetzen.</p>
<p>§ 76 Überversicherung (1) Übersteigt die Versicherungssumme den Wert des versicherten Interesses (Versicherungswert) erheblich, so können sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer verlangen, dass die Versicherungssumme zur Beseitigung der Überversicherung unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie mit sofortiger Wirkung herabgesetzt wird. (2) Schließt der Versicherungsnehmer den Vertrag in der Absicht, sich aus der Überversicherung einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Vertrag nichtig; dem Versicherer steht die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, in dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.</p>	<p>§ 51 (Überversicherung) (1) Ergibt sich, dass die Versicherungssumme den Wert des versicherten Interesses (Versicherungswert) erheblich übersteigt, so kann sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer verlangen, dass zur Beseitigung der Überversicherung die Versicherungssumme, unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie mit sofortiger Wirkung, herabgesetzt wird. (2) Ist die Überversicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlaß eines Krieges verursacht oder ist sie die unvermeidliche Folge eines Krieges, so kann der Versicherungsnehmer das Verlangen nach Absatz 1 mit Wirkung vom Eintritt der Überversicherung ab stellen. (3) Schließt der Versicherungsnehmer den Vertrag in der Absicht, sich aus der Überversicherung einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Vertrag nichtig; dem Versicherer gebührt, sofern er nicht bei der Schließung des Vertrags von der Nichtigkeit Kenntnis hatte, die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in welcher er diese Kenntnis erlangt.</p>
<p>§ 77 Unterversicherung Ist die Versicherungssumme niedriger als der Versicherungswert zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles (Unterversicherung), so ist der Versicherer nur verpflichtet, die Leistung nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zu diesem Wert zu erbringen.</p>	<p>§ 56 (Unterversicherung) Ist die Versicherungssumme niedriger als der Versicherungswert zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles (Unterversicherung), so haftet der Versicherer für den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zu diesem Wert.</p>
<p>§ 78 Taxe ¹Der Versicherungswert kann durch Vereinbarung auf einen bestimmten Betrag (Taxe) festgesetzt werden. ²Die Taxe gilt auch als der Wert, den das versicherte Interesse bei Eintritt des Versicherungsfalles hat, es sei denn, dass sie den wirklichen Versicherungswert in diesem Zeitpunkt erheblich übersteigt. ³Ist die Versicherungssumme niedriger als die Taxe, so hat der Versicherer, auch wenn die Taxe erheblich übersetzt ist, den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zur Taxe zu ersetzen.</p>	<p>§ 57 (Taxe) ¹Der Versicherungswert kann durch Vereinbarung auf einen bestimmten Betrag (Taxe) festgesetzt werden. ²Die Taxe gilt auch als der Wert, den das versicherte Interesse zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles hat, es sei denn, dass sie den wirklichen Versicherungswert in diesem Zeitpunkt erheblich übersteigt. ³Ist die Versicherungssumme niedriger als die Taxe, so haftet der Versicherer, auch wenn die Taxe erheblich übersetzt ist, für den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zur Taxe.</p>
<p>§ 79 Mehrere Versicherer (1) ¹Wer bei mehreren Versicherern ein Interesse gegen dieselbe Gefahr versichert, ist verpflichtet, jedem Versicherer die andere Versicherung unverzüglich mitzuteilen. ²In der Mitteilung sind der Versicherer, bei dem die andere Versicherung genommen worden ist, und die Versicherungssumme anzugeben. (2) Wird bezüglich derselben Sache bei einem Versicherer der entgehende Gewinn, bei einem anderen Versicherer der sonstige Schaden versichert, so ist Absatz 1 entsprechend anzuwenden.</p>	<p>§ 58 (Mehrere Versicherer) (1) Wer für ein Interesse gegen dieselbe Gefahr bei mehreren Versicherern Versicherung nimmt, hat jedem Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich Mitteilung zu machen. (2) In der Mitteilung ist der Versicherer, bei welchem die andere Versicherung genommen worden ist, zu bezeichnen und die Versicherungssumme anzugeben.</p>
<p>§ 80 Doppelversicherung (1) Ist bei mehreren Versicherern ein Interesse gegen dieselbe Gefahr versichert und übersteigen die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert oder übersteigt aus anderen Gründen die Summe der Entschädigungen, die von jedem Versicherer ohne Bestehen der anderen Versicherung zu zahlen wären, den Gesamtschaden (Doppelversicherung), so haften die Versicherer in der Weise als Gesamtschuldner, dass jeder Versicherer den von ihm nach dem Vertrag zu leistenden Betrag zu zahlen</p>	<p>§ 59 (Doppelversicherung) (1) Ist ein Interesse gegen dieselbe Gefahr bei mehreren Versicherern versichert und übersteigen die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert oder übersteigt aus anderen Gründen die Summe der Entschädigungen, die von jedem einzelnen Versicherer ohne Bestehen der anderen Versicherung zu zahlen wären, den Gesamtschaden (Doppelversicherung), so sind die Versicherer in der Weise als Gesamtschuldner verpflichtet, dass dem Versicherungsnehmer jeder Versicherer für den Be-</p>

<p>hat, der Versicherungsnehmer aber insgesamt nicht mehr als den Betrag des Schadens verlangen kann.</p> <p>(2) ¹Die Versicherer sind im Verhältnis zueinander zu Anteilen nach Maßgabe der Beträge verpflichtet, die sie dem Versicherungsnehmer nach dem Vertrag zu zahlen haben. ²Ist auf eine der Versicherungen ausländisches Recht anzuwenden, so kann der Versicherer, für den das ausländische Recht gilt, gegen den anderen Versicherer einen Anspruch auf Ausgleichung nur geltend machen, wenn er selbst nach dem für ihn maßgeblichen Recht zur Ausgleichung verpflichtet ist.</p> <p>(3) Hat der Versicherungsnehmer eine Doppelversicherung in der Absicht vereinbart, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig; dem Versicherer steht die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, in dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.</p>	<p>trag haftet, dessen Zahlung ihm nach seinem Vertrag obliegt, der Versicherungsnehmer aber im ganzen nicht mehr als den Betrag des Schadens verlangen kann.</p> <p>(2) ¹Die Versicherer sind im Verhältnis zueinander zu Anteilen nach Maßgabe der Beträge verpflichtet deren Zahlung ihnen dem Versicherungsnehmer gegenüber vertragsmäßig obliegt. ²Findet auf eine der Versicherungen ausländisches Recht Anwendung, so kann der Versicherer, für den das ausländische Recht gilt, gegen den anderen Versicherer einen Anspruch auf Ausgleichung nur geltend machen, wenn er selbst nach dem für ihn maßgebenden Recht zur Ausgleichung verpflichtet ist.</p> <p>(3) Hat der Versicherungsnehmer eine Doppelversicherung in der Absicht genommen, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig; dem Versicherer gebührt, sofern er nicht bei der Schließung des Vertrags von der Nichtigkeit Kenntnis hatte, die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in welcher er diese Kenntnis erlangt.</p>
<p>§ 81 Beseitigung der Doppelversicherung</p> <p>(1) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag, durch den die Doppelversicherung entstanden ist, ohne Kenntnis von dem Entstehen der Doppelversicherung geschlossen, so kann er verlangen, dass der später geschlossene Vertrag aufgehoben oder die Versicherungssumme unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie auf den Teilbetrag herabgesetzt wird, der durch die frühere Versicherung nicht gedeckt ist.</p> <p>(2) ¹Absatz 1 ist auch anzuwenden, wenn die Doppelversicherung dadurch entstanden ist, dass nach Abschluss der mehreren Versicherungen der Versicherungswert gesunken ist. ²Sind in diesem Falle die mehreren Versicherungen gleichzeitig oder im Einvernehmen der Versicherer geschlossen worden, so kann der Versicherungsnehmer nur verhältnismäßige Herabsetzung der Versicherungssummen und der Prämien verlangen.</p>	<p>§ 60 (Aufhebung der Doppelversicherung)</p> <p>(1) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag, durch welchen die Doppelversicherung entstanden ist, ohne Kenntnis von dem Entstehen der Doppelversicherung geschlossen, so kann er verlangen, dass der später geschlossene Vertrag aufgehoben oder die Versicherungssumme unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie auf den Teilbetrag herabgesetzt wird, der durch die frühere Versicherung nicht gedeckt ist.</p> <p>(2) ¹Das gleiche gilt, wenn die Doppelversicherung dadurch entstanden ist, dass nach Abschluß der mehreren Versicherungen der Versicherungswert gesunken ist. ²Sind jedoch in diesem Falle die mehreren Versicherungen gleichzeitig oder im Einvernehmen der Versicherer geschlossen worden, so kann der Versicherungsnehmer nur verhältnismäßige Herabsetzung der Versicherungssummen und Prämien verlangen.</p> <p>(3) ¹Die Aufhebung oder Herabsetzung wird erst mit dem Ablauf der Versicherungsperiode wirksam, in der sie verlangt wird. ²Das Recht, die Aufhebung oder die Herabsetzung zu verlangen, erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht unverzüglich geltend macht, nachdem er von der Doppelversicherung Kenntnis erlangt hat.</p>
<p>§ 82 Fehlendes versichertes Interesse</p> <p>(1) ¹Der Versicherungsnehmer ist von der Pflicht zur Zahlung der Prämie frei, wenn das versicherte Interesse bei Beginn der Versicherung nicht besteht. ²Dies gilt auch, wenn das Interesse bei einer Versicherung, die für ein künftiges Unternehmen oder für ein anderes künftiges Interesse genommen ist, nicht entsteht. ³Der Versicherer kann jedoch eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p> <p>(2) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, so steht dem Versicherer die Prämie zu, die er hätte beanspruchen können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, in dem der Versicherer vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt.</p> <p>(3) Hat der Versicherungsnehmer ein nicht bestehendes Interesse in der Absicht versichert, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Vertrag nichtig; dem Versicherer steht die Prämie bis zu dem Zeitpunkt zu, in dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.</p>	<p>§ 68 (Fehlendes Interesse)</p> <p>(1) Besteht das versicherte Interesse bei dem Beginn der Versicherung nicht oder gelangt, falls die Versicherung für ein künftiges Unternehmen oder sonst für ein künftiges Interesse genommen ist, das Interesse nicht zur Entstehung, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Zahlung der Prämie frei; der Versicherer kann eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p> <p>(2) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, so gebührt dem Versicherer die Prämie, die er hätte erheben können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, in welchem der Versicherer von dem Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt.</p> <p>(3) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlaß eines Krieges weg oder ist der Wegfall des Interesses die unvermeidliche Folge eines Krieges, so gebührt dem Versicherer nur der Teil der Prämie, welcher der Dauer der Gefahrtragung entspricht.</p> <p>(4) Fällt das versicherte Interesse weg, weil der Versicherungsfall eingetreten ist, so gebührt dem Versicherer die Prämie für die laufende Versicherungsperiode.</p>

<p>§ 83 Herbeiführung des Versicherungsfalles (1) Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich herbeiführt. (2) Führt der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall grob fahrlässig herbei, so ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.</p>	<p>§ 61 (Schuldhafte Herbeiführung des Versicherungsfalles) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeiführt.</p>
<p>§ 84 Abwendung und Minderung des Schadens (1) Der Versicherungsnehmer hat bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen. (2) ¹Der Versicherungsnehmer hat Weisungen des Versicherers, soweit für ihn zumutbar, zu befolgen sowie Weisungen einzuholen, wenn die Umstände dies gestatten. ²Erteilen mehrere an dem Versicherungsvertrag beteiligte Versicherer unterschiedliche Weisungen, so hat der Versicherungsnehmer nach pflichtgemäßem Ermessen zu handeln. (3) ¹Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Absätzen 1 und 2 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung vorsätzlich begangen hat. ²Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer. (4) ¹Abweichend von Absatz 3 bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. ²Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.</p>	<p>§ 62 (Rettungspflicht) (1) ¹Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, bei dem Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; er hat, wenn die Umstände es gestatten, solche Weisungen einzuholen. ²Sind mehrere Versicherer beteiligt und sind von ihnen entgegenstehende Weisungen gegeben, so hat der Versicherungsnehmer nach eigenem pflichtmäßigem Ermessen zu handeln. (2) ¹Hat der Versicherungsnehmer diese Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. ²Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als der Umfang des Schadens auch bei gehöriger Erfüllung der Obliegenheiten nicht geringer gewesen wäre.</p>
<p>§ 85 Aufwendungsersatz (1) ¹Aufwendungen des Versicherungsnehmers gemäß § 84 Abs. 1 und 2 hat der Versicherer, auch wenn sie erfolglos bleiben, insoweit zu erstatten, als der Versicherungsnehmer sie den Umständen nach für geboten halten durfte. ²Der Versicherer hat den für die Aufwendungen erforderlichen Betrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen. (2) Ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen, so kann er auch den Aufwendungsersatz nach Absatz 1 entsprechend kürzen. (3) Aufwendungen des Versicherungsnehmers, die er gemäß den Weisungen des Versicherers macht, sind auch insoweit zu erstatten, als sie zusammen mit der sonstigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen. (4) Bei der Tierversicherung gehören die Kosten der Fütterung und der Pflege sowie die Kosten der tierärztlichen Untersuchung und Behandlung nicht zu den vom Versicherer nach den Absätzen 1 bis 3 zu erstattenden Aufwendungen.</p>	<p>§ 63 (Rettungskosten) (1) ¹Aufwendungen, die der Versicherungsnehmer gemäß § 62 macht, fallen, auch wenn sie erfolglos bleiben, dem Versicherer zur Last, soweit der Versicherungsnehmer sie den Umständen nach für geboten halten durfte. ²Der Versicherer hat Aufwendungen, die in Gemäßheit der von ihm gegebenen Weisungen gemacht worden sind, auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen. ³Er hat den für die Aufwendungen erforderlichen Betrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen. (2) Bei einer Unterversicherung sind die Aufwendungen nur nach dem in den §§ 56, 57 bezeichneten Verhältnis zu erstatten. § 123 (Rettungskosten) (1) Die Kosten der Fütterung und der Pflege sowie die Kosten der tierärztlichen Untersuchung und Behandlung gehören nicht zu den nach § 63 von dem Versicherer zu erstattenden Aufwendungen. (2) Die Kosten der ersten tierärztlichen Untersuchung bei Erkrankung eines versicherten Tieres haben der Versicherungsnehmer und der Versicherer zu gleichen Teilen zu tragen.</p>
<p>§ 86 Sachverständigenverfahren (1) ¹Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versi-</p>	<p>§ 64 (Sachverständigenverfahren) (1) ¹Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versi-</p>

<p>cherung oder die Höhe des Schadens durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. ²Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch gerichtliche Entscheidung. ³Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.</p> <p>(2) ¹Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen durch das Gericht zu ernennen, so ist für die Ernennung das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk der Schaden entstanden ist. ²Durch eine ausdrückliche Vereinbarung der Beteiligten kann die Zuständigkeit eines anderen Amtsgerichts begründet werden. ³Die Verfügung, durch die dem Antrag auf Ernennung der Sachverständigen stattgegeben wird, ist nicht anfechtbar.</p> <p>(3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Absatzes 1 Satz 1 abweicht, ist unwirksam.</p>	<p>cherung oder die Höhe des Schadens durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. ²Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch Urteil. ³Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.</p> <p>(2) ¹Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen durch das Gericht zu ernennen, so ist für die Ernennung das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk der Schaden entstanden ist. ²Durch eine ausdrückliche Vereinbarung der Beteiligten kann die Zuständigkeit eines anderen Amtsgerichts begründet werden. ³Eine Anfechtung der Verfügung, durch welche dem Antrag auf Ernennung der Sachverständigen stattgegeben wird, ist ausgeschlossen.</p> <p>(3) Eine Vereinbarung, durch welche von der Vorschrift des Absatzes 1 Satz 1 abgewichen wird, ist nichtig.</p>
	<p>§ 65 (Vertretung bei Schadensermittlung) Auf eine Vereinbarung, nach welcher sich der Versicherungsnehmer bei den Verhandlungen zur Ermittlung und Feststellung des Schadens nicht durch einen Bevollmächtigten vertreten lassen darf, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>
<p>§ 87 Schadenermittlungskosten</p> <p>(1) ¹Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer die Kosten, die durch die Ermittlung und Feststellung des von ihm zu ersetzenden Schadens entstehen, insoweit zu erstatten, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war. ²Diese Kosten sind auch insoweit zu erstatten, als sie zusammen mit der sonstigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen.</p> <p>(2) Kosten, die dem Versicherungsnehmer durch die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistandes entstehen, hat der Versicherer nicht zu erstatten, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer zu der Zuziehung vertraglich verpflichtet oder vom Versicherer aufgefordert worden ist.</p> <p>(3) Ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen, so kann er auch den Kostenersatz entsprechend kürzen.</p>	<p>§ 66 (Kosten der Schadensermittlung)</p> <p>(1) Der Versicherer hat die Kosten, welche durch die Ermittlung und Feststellung des ihm zur Last fallenden Schadens entstehen, dem Versicherungsnehmer insoweit zu erstatten, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war.</p> <p>(2) Die Kosten, welche dem Versicherungsnehmer durch die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistandes entstehen, hat der Versicherer nicht zu erstatten, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer nach dem Vertrag zu der Zuziehung verpflichtet war.</p> <p>(3) Bei einer Unterversicherung sind die dem Versicherer zur Last fallenden Kosten nur nach dem in den §§ 56, 57 bezeichneten Verhältnis zu erstatten.</p>
<p>§ 88 Übergang von Ersatzansprüchen</p> <p>(1) ¹Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. ²Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.</p> <p>(2) ¹Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. ²Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, so wird der Versicherer von seiner Pflicht zur Leistung insoweit frei, als er infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. ³Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.</p>	<p>§ 67 (Übergang von Ersatzansprüchen)</p> <p>(1) ¹Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. ²Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. ³Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.</p> <p>(2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.</p>

<p>(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, so kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.</p>	
<p>§ 89 Abweichende Vereinbarungen Von den Vorschriften des § 76 Abs. 1 und der §§ 82, 84, 85 und 88 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>	<p>§ 68a (Halbzwingende Vorschriften) Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften des § 51 Abs. 1, 2 und der §§ 62, 67, 68 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>
<p>Titel 2 Sachversicherung</p>	
<p>§ 90 Versicherungswert (1) Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt als Versicherungswert, wenn sich die Versicherung auf eine Sache oder einen Inbegriff von Sachen bezieht, der Betrag, den der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles für die Wiederbeschaffung oder Wiederherstellung der beschädigten Sache in neuwertigem Zustand unter Abzug des sich aus dem Unterschied zwischen alt und neu ergebenden Minderwertes aufzuwenden hat. (2) Eine Versicherung, die für einen Inbegriff von Sachen genommen wird, umfasst die jeweils dem Inbegriff zugehörigen Sachen.</p>	<p>§ 52 (Versicherungswert einer Sache) Bezieht sich die Versicherung auf eine Sache, so gilt, soweit sich nicht aus den Umständen ein anderes ergibt, der Wert der Sache als Versicherungswert. § 86 (Versicherungswert beweglicher Sachen) Als Versicherungswert gilt bei Haushalts- und sonstigen Gebrauchsgegenständen, bei Arbeitsgerätschaften und Maschinen derjenige Betrag, welcher erforderlich ist, um Sachen gleicher Art anzuschaffen, unter billiger Berücksichtigung des aus dem Unterschied zwischen alt und neu sich ergebenden Minderwerts. § 88 (Versicherungswert von Gebäuden) Als Versicherungswert gilt bei Gebäuden der ortsübliche Bauwert unter Abzug eines dem Zustand des Gebäudes, insbesondere dem Alter und der Abnutzung entsprechenden Betrags. § 54 (Inbegriff von Sachen) Ist die Versicherung für einen Inbegriff von Sachen genommen, so umfasst sie die jeweils zu dem Inbegriff gehörigen Sachen.</p>
<p>§ 91 Mitversicherte bei häuslicher Gemeinschaft oder Dienstverhältnis ¹Ist die Versicherung für einen Inbegriff von Sachen genommen, so erstreckt sie sich auf die Sachen der Personen, mit denen der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt oder die zu diesem Zeitpunkt in einem Dienstverhältnis zum Versicherungsnehmer stehen und ihre Tätigkeit an dem Ort ausüben, für den die Versicherung gilt. ²Insoweit gilt die Versicherung als für fremde Rechnung genommen.</p>	<p>§ 85 (Häusliche Gemeinschaft) ¹Ist die Versicherung für einen Inbegriff von Sachen genommen, so erstreckt sie sich auf die Sachen der zur Familie des Versicherungsnehmers gehörenden sowie der in einem Dienstverhältnis zu ihm stehenden Personen, sofern diese Personen in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer leben oder an dem Ort, für den die Versicherung gilt, ihren Beruf ausüben. ²Die Versicherung gilt insoweit als für fremde Rechnung genommen.</p>
<p>§ 92 Erweiterter Aufwendungsersatz Macht der Versicherungsnehmer Aufwendungen, um einen unmittelbar bevorstehenden Versicherungsfall abzuwenden oder in seinen Auswirkungen zu mindern, so ist § 85 entsprechend anzuwenden.</p>	
<p>§ 93 Verzinsung der Entschädigung ¹Die vom Versicherer zu zahlende Entschädigung ist nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles für das Jahr mit 4 Prozent zu verzinsen, soweit nicht aus einem anderen Rechtsgrund höhere Zinsen verlangt werden können. ²Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange der Schaden infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht festgestellt werden kann oder die Leistungspflicht des Versicherers von Voraussetzungen abhängt, die der Versicherungsnehmer noch zu erfüllen hat.</p>	<p>§ 94 (Verzinsung) (1) Die Entschädigung ist nach dem Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles mit vier vom Hundert für das Jahr zu verzinsen, soweit nicht aus besonderen Gründen eine weitergehende Zinspflicht besteht. (2) Der Lauf der in Absatz 1 bezeichneten Frist ist gehemmt, solange infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers die Festsetzung des Schadens nicht erfolgen kann.</p>
<p>§ 94 Kündigung nach Versicherungsfall</p>	<p>§ 96 (Kündigung nach Versicherungsfall)</p>

<p>(1) Nach dem Eintritt des Versicherungsfalles kann das Versicherungsverhältnis gekündigt werden.</p> <p>(2) ¹Die Kündigung ist nur bis zum Ablauf eines Monats seit dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig. ²Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. ³Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.</p> <p>(3) ¹Bei der Hagelversicherung kann der Versicherer nur für den Schluss der Versicherungsperiode kündigen, in welcher der Versicherungsfall eingetreten ist. ²Kündigt der Versicherungsnehmer für einen früheren Zeitpunkt als den Schluss dieser Versicherungsperiode, so steht dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode zu.</p>	<p>(1) Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen.</p> <p>(2) ¹Die Kündigung ist nur bis zum Ablauf eines Monats seit dem Abschluß der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig. ²Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. ³Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der laufenden Versicherungsperiode kündigen.</p> <p>(3) ¹Kündigt der Versicherungsnehmer, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode. ²Kündigt der Versicherer, so gilt das gleiche in Ansehung desjenigen Teiles der Prämie, welcher auf den dem Schaden entsprechenden Betrag der Versicherungssumme entfällt; von der auf den Restbetrag der Versicherungssumme entfallenden Prämie gebührt dem Versicherer nur der Teil, welcher der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.</p> <p>§ 113 (Kündigung nach Versicherungsfall)</p> <p>¹Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen, der Versicherer nur für den Schluß der Versicherungsperiode, in welcher der Versicherungsfall eingetreten ist, der Versicherungsnehmer spätestens für diesen Zeitpunkt. ²Kündigt der Versicherungsnehmer für einen früheren Zeitpunkt, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode.</p>
<p>§ 95 Wiederherstellungsklausel</p> <p>¹Ist der Versicherer nach dem Vertrag verpflichtet, einen Teil der Entschädigung nur bei Wiederherstellung oder Wiederbeschaffung der versicherten Sache zu zahlen, so kann der Versicherungsnehmer die Zahlung eines über den Versicherungswert hinausgehenden Betrags erst verlangen, wenn die Wiederherstellung oder Wiederbeschaffung gesichert ist. ²Der Versicherungsnehmer ist zur Rückzahlung der vom Versicherer geleisteten Entschädigung abzüglich des Versicherungswertes der Sache verpflichtet, soweit die Sache nicht wiederhergestellt oder wiederbeschafft worden ist.</p>	<p>§ 97 (Wiederherstellungsklausel)</p> <p>Ist der Versicherer nach den Versicherungsbestimmungen nur verpflichtet, die Entschädigungssumme zur Wiederherstellung des versicherten Gebäudes zu zahlen, so kann der Versicherungsnehmer die Zahlung erst verlangen, wenn die bestimmungsmäßige Verwendung des Geldes gesichert ist.</p>
<p>§ 96 Veräußerung der versicherten Sache</p> <p>(1) Wird die versicherte Sache vom Versicherungsnehmer veräußert, so tritt an dessen Stelle der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein.</p> <p>(2) Der Veräußerer und der Erwerber haften für die Prämie, die auf die zur Zeit des Eintrittes des Erwerbers laufende Versicherungsperiode entfällt, als Gesamtschuldner.</p> <p>(3) Der Versicherer muss den Eintritt des Erwerbers erst gegen sich gelten lassen, wenn er hiervon Kenntnis erlangt hat.</p>	<p>II. Veräußerung der versicherten Sache</p> <p>§ 69 (Eintritt des Erwerbers)</p> <p>(1) Wird die versicherte Sache von dem Versicherungsnehmer veräußert, so tritt an Stelle des Veräußerers der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein.</p> <p>(2) Für die Prämie, welche auf die zur Zeit des Eintritts laufende Versicherungsperiode entfällt, haften der Veräußerer und der Erwerber als Gesamtschuldner.</p> <p>(3) Der Versicherer hat in Ansehung der durch das Versicherungsverhältnis gegen ihn begründeten Forderungen die Veräußerung erst dann gegen sich gelten zu lassen, wenn er von ihr Kenntnis erlangt; die Vorschriften der §§ 406 bis 408 des Bürgerlichen Gesetzbuchs finden entsprechende Anwendung.</p>
<p>§ 97 Kündigung nach Veräußerung</p> <p>(1) ¹Der Versicherer ist berechtigt, dem Erwerber das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. ²Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats ab der Kenntnis des Versicherers von der Veräußerung ausgeübt wird.</p>	<p>§ 70 (Kündigungsrecht)</p> <p>(1) ¹Der Versicherer ist berechtigt, dem Erwerber das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. ²Das Kündigungsrecht erlischt, wenn der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er von der Veräußerung Kenntnis erlangt.</p>

<p>(2) ¹Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen; die Kündigung ist nur mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode zulässig. ²Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb, bei fehlender Kenntnis des Erwerbers vom Bestehen der Versicherung innerhalb eines Monats ab Erlangung der Kenntnis, ausgeübt wird.</p> <p>(3) Im Falle der Kündigung des Versicherungsverhältnisses nach Absatz 1 oder 2 ist der Veräußerer zur Zahlung der Prämie verpflichtet; eine Haftung des Erwerbers für die Prämie besteht nicht.</p>	<p>(2) ¹Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen; die Kündigung kann nur mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluß der laufenden Versicherungsperiode erfolgen. ²Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb ausgeübt wird; hatte der Erwerber von der Versicherung keine Kenntnis, so bleibt das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen, in welchem der Erwerber von der Versicherung Kenntnis erlangt.</p> <p>(3) Wird das Versicherungsverhältnis auf Grund dieser Vorschriften gekündigt, so hat der Veräußerer dem Versicherer die Prämie zu zahlen, jedoch nicht über die zur Zeit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses laufende Versicherungsperiode hinaus; eine Haftung des Erwerbers für die Prämie findet in diesen Fällen nicht statt.</p>
<p>§ 98 Anzeige der Veräußerung</p> <p>(1) ¹Die Veräußerung ist dem Versicherer vom Veräußerer oder Erwerber unverzüglich anzuzeigen. ²Ist die Anzeige unterblieben, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, und der Versicherer nachweist, dass er den mit dem Veräußerer bestehenden Vertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte.</p> <p>(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, wenn ihm die Veräußerung zu dem Zeitpunkt bekannt war, in dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen, oder zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen war und er nicht gekündigt hat.</p>	<p>§ 71 (Anzeige der Veräußerung)</p> <p>(1) ¹Die Veräußerung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. ²Wird die Anzeige weder von dem Erwerber noch von dem Veräußerer unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.</p> <p>(2) ¹Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt bestehen, wenn ihm die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. ²Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist.</p>
<p>§ 99 Schutz des Erwerbers</p> <p>¹Der Versicherer kann sich auf eine Bestimmung des Versicherungsvertrags, durch die von den §§ 96 bis 98 zum Nachteil des Erwerbers abgewichen wird, nicht berufen.</p> <p>²Jedoch kann für die Kündigung des Erwerbers nach § 97 Abs. 2 und die Anzeige der Veräußerung die Schriftform oder die Textform bestimmt werden.</p>	<p>§ 72 (Halbzwingende Vorschriften)</p> <p>¹Auf eine Bestimmung des Versicherungsvertrags, durch welche von den Vorschriften der §§ 69 bis 71 zum Nachteil des Erwerbers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen. ²Jedoch kann für die Kündigung, zu der nach § 70 Abs. 2 der Erwerber berechtigt ist, sowie für die Anzeige der Veräußerung die schriftliche Form bedungen werden.</p>
<p>§ 100 Zwangsversteigerung</p> <p>Bei einer Zwangsversteigerung der versicherten Sache sind die §§ 96 bis 99 entsprechend anzuwenden.</p>	<p>§ 73 (Zwangsversteigerung)</p> <p>Bei einer Zwangsversteigerung der versicherten Sache finden die Vorschriften der §§ 69 bis 72 entsprechende Anwendung.</p>
<p>Kapitel 2 Einzelne Versicherungszweige</p>	
	<p>Zweiter Titel. Feuerversicherung (§§ 81 bis 107c)</p>
	<p>Dritter Titel. Hagelversicherung (§§ 108 bis 115a)</p>
	<p>Vierter Titel. Tierversicherung (§§ 116 bis 128)</p>
<p>Abschnitt 1 Haftpflicht-, Rechtsschutz- und Transportversicherung</p>	
<p>Titel 1 Haftpflichtversicherung</p>	<p>Sechster Titel. Haftpflichtversicherung</p>
<p>Untertitel 1 Allgemeine Vorschriften</p>	<p>I. Allgemeine Vorschriften</p>
<p>§ 101 Leistung des Versicherers</p> <p>Bei der Haftpflichtversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den Versicherungsnehmer von Ansprüchen freizustellen, die von einem Dritten auf Grund der Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers für eine während der Versicherungszeit eintretende Tatsache geltend gemacht werden, und unbegründete Ansprüche abzuwehren.</p>	<p>§ 149 (Haftungsumfang)</p> <p>Bei der Haftpflichtversicherung ist der Versicherer verpflichtet, dem Versicherungsnehmer die Leistung zu ersetzen, die dieser auf Grund seiner Verantwortlichkeit für eine während der Versicherungszeit eintretende Tatsache an einen Dritten zu bewirken hat.</p>

<p>§ 102 Kosten des Rechtsschutzes</p> <p>(1) ¹Die Versicherung umfasst auch die gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten, die durch die Abwehr der von einem Dritten geltend gemachten Ansprüche entstehen, soweit die Aufwendung der Kosten den Umständen nach geboten ist. ²Die Versicherung umfasst ferner die auf Weisung des Versicherers aufgewendeten Kosten der Verteidigung in einem Strafverfahren, das wegen einer Tat eingeleitet wurde, welche die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnte. ³Der Versicherer hat die Kosten auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen.</p> <p>(2) ¹Ist eine Versicherungssumme bestimmt, so hat der Versicherer die Kosten eines auf seine Veranlassung geführten Rechtsstreits und die Kosten der Verteidigung nach Absatz 1 Satz 2 auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit den Aufwendungen des Versicherers zur Freistellung des Versicherungsnehmers die Versicherungssumme übersteigen. ²Dies gilt auch für Zinsen, die der Versicherungsnehmer infolge einer vom Versicherer veranlassten Verzögerung der Befriedigung des Dritten diesem schuldet.</p> <p>(3) ¹Ist dem Versicherungsnehmer nachgelassen, die Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung abzuwenden, so hat der Versicherer die Sicherheitsleistung oder Hinterlegung zu bewirken. ²Diese Verpflichtung besteht nur bis zum Betrag der Versicherungssumme; ist der Versicherer nach Absatz 2 über diesen Betrag hinaus verpflichtet, so tritt der Versicherungssumme der Mehrbetrag hinzu. ³Der Versicherer ist von der Verpflichtung nach Satz 1 frei, wenn er den Anspruch des Dritten dem Versicherungsnehmer gegenüber als begründet anerkennt.</p>	<p>§ 150 (Kosten des Rechtsschutzes)</p> <p>(1) ¹Die Versicherung umfaßt die gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten, die durch die Verteidigung gegen den von einem Dritten geltend gemachten Anspruch entstehen, soweit die Aufwendung der Kosten den Umständen nach geboten ist. ²Dies gilt auch dann, wenn sich der Anspruch als unbegründet erweist. ³Die Versicherung umfaßt auch die Kosten der Verteidigung in einem Strafverfahren, das wegen einer Tat eingeleitet wurde, welche die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers einem Dritten gegenüber zur Folge haben könnte, sofern diese Kosten auf Weisung des Versicherers aufgewendet wurden. ⁴Der Versicherer hat die Kosten auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen.</p> <p>(2) ¹Ist eine Versicherungssumme bestimmt, so hat der Versicherer Kosten, die in einem auf seine Veranlassung geführten Rechtsstreit entstehen, und Kosten der Verteidigung nach Absatz 1 Satz 3 auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen. ²Das gleiche gilt von Zinsen, die der Versicherungsnehmer infolge einer vom Versicherer veranlassten Verzögerung der Befriedigung des Dritten diesem zu entrichten hat.</p> <p>(3) ¹Ist dem Versicherungsnehmer nachgelassen, die Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung abzuwenden, so hat auf sein Verlangen der Versicherer die Sicherheitsleistung oder Hinterlegung zu bewirken. ²Diese Verpflichtung besteht nicht über den Betrag der Versicherungssumme hinaus; haftet der Versicherer nach Absatz 2 für einen höheren Betrag, so tritt der Versicherungssumme der Mehrbetrag hinzu. ³Der Versicherer ist von der Verpflichtung frei, wenn er den Anspruch des Dritten dem Versicherungsnehmer gegenüber als begründet anerkennt.</p>
<p>§ 103 Betriebshaftpflichtversicherung</p> <p>(1) ¹Besteht das Versicherungsverhältnis für ein Unternehmen, so erstreckt es sich auf die Haftpflicht der zur Vertretung des Unternehmens befugten Personen sowie der Personen, die in einem Dienstverhältnis zu dem Unternehmen stehen. ²Die Versicherung gilt insoweit als für fremde Rechnung genommen.</p> <p>(2) ¹Wird das Unternehmen an einen Dritten veräußert oder auf Grund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen, so tritt anstelle des Versicherungsnehmers der Dritte in die während der Dauer seiner Berechtigung sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten ein. ²§ 96 Abs. 2 und 3 sowie §§ 97 und 98 sind entsprechend anzuwenden.</p>	<p>§ 151 (Haftpflicht aus Geschäftsbetrieb)</p> <p>(1) ¹Ist die Versicherung für die Haftpflicht aus einem geschäftlichen Betrieb des Versicherungsnehmers genommen, so erstreckt sie sich auf die Haftpflicht der Vertreter des Versicherungsnehmers sowie auf die Haftpflicht solcher Personen, welche er zur Leitung oder Beaufsichtigung des Betriebs oder eines Teiles des Betriebs angestellt hat. ²Die Versicherung gilt insoweit als für fremde Rechnung genommen.</p> <p>(2) ¹Wird im Falle des Absatzes 1 das Unternehmen an einen Dritten veräußert oder auf Grund eines Nießbrauchs, 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. ²Die Vorschriften des § 69 Abs. 2, 3 und der §§ 70, 71 finden entsprechende Anwendung.</p>
<p>§ 104 Herbeiführung des Versicherungsfalles</p> <p>Der Versicherer ist von seiner Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den bei dem Dritten eingetretenen Schaden vorsätzlich und widerrechtlich herbeigeführt hat.</p>	<p>§ 152 (Vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles)</p> <p>Der Versicherer haftet nicht, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich den Eintritt der Tatsache, für die er dem Dritten verantwortlich ist, widerrechtlich herbeigeführt hat.</p>
<p>§ 105 Anzeigepflicht</p> <p>(1) ¹Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer innerhalb einer Woche die Tatsachen anzuzeigen, die seine Verantwortlichkeit gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnten. ²Macht der Dritte seinen Anspruch gegenüber dem Versicherungsnehmer</p>	<p>§ 153 (Anzeigepflicht)</p> <p>(1) Der Versicherungsnehmer hat innerhalb einer Woche die Tatsachen anzuzeigen, die seine Verantwortlichkeit gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnten. § 6 Abs. 3, § 33 Abs. 2 gelten sinngemäß.</p>

<p>geltend, so ist dieser zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Geltendmachung verpflichtet.</p> <p>(2) ¹Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihm gerichtlich der Streit verkündet, so hat er dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. ²Dies gilt auch, wenn gegen den Versicherungsnehmer wegen des den Anspruch begründenden Ereignisses ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wird.</p> <p>(3) Zur Wahrung der Fristen nach den Absätzen 1 und 2 genügt die rechtzeitige Absendung der Anzeige. § 33 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden.</p>	<p>(2) Macht der Dritte seinen Anspruch gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend, so ist dieser zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruchs verpflichtet.</p> <p>(3) Durch die Absendung der Anzeige werden die Fristen gewahrt.</p> <p>(4) ¹Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, das Armenrecht nachgesucht oder wird ihm gerichtlich der Streit verkündet, so hat er, wenngleich die Fristen noch laufen, die Anzeige unverzüglich zu erstatten. ²Das gleiche gilt, wenn gegen ihn wegen des den Anspruch begründenden Ereignisses ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wird.</p>
<p>§ 106 Anerkenntnis des Versicherungsnehmers</p> <p>Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet ist, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt oder dessen Anspruch anerkennt, ist unwirksam.</p>	<p>§ 154 (Fälligkeit)</p> <p>(2) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt oder dessen Anspruch anerkennt, ist unwirksam, falls nach den Umständen der Versicherungsnehmer die Befriedigung oder die Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.</p>
<p>§ 107 Fälligkeit der Versicherungsleistung</p> <p>¹Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen von dem Zeitpunkt an, in welchem der Anspruch des Dritten durch rechtskräftiges Urteil, Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden ist, vom Anspruch des Dritten freizustellen. ²Ist der Dritte von dem Versicherungsnehmer befriedigt worden, so hat der Versicherer die Entschädigung innerhalb von zwei Wochen nach der Befriedigung des Dritten an den Versicherungsnehmer zu zahlen. ³Kosten, die gemäß § 102 zu ersetzen sind, hat der Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach der Mitteilung der Berechnung zu zahlen.</p>	<p>§ 154 (Fälligkeit)</p> <p>(1) Der Versicherer hat die Entschädigung binnen zwei Wochen von dem Zeitpunkt an zu leisten, in welchem der Dritte von dem Versicherungsnehmer befriedigt oder der Anspruch des Dritten durch rechtskräftiges Urteil, durch Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden ist. Soweit gemäß § 150 Kosten zu ersetzen sind, ist die Entschädigung binnen zwei Wochen von der Mitteilung der Berechnung an zu leisten.</p>
<p>§ 108 Rentenanspruch</p> <p>(1) Ist der Versicherungsnehmer dem Dritten zur Zahlung einer Rente verpflichtet, so ist der Versicherer, wenn die Versicherungssumme den Kapitalwert der Rente nicht erreicht, nur zur Zahlung eines verhältnismäßigen Teils der Rente verpflichtet.</p> <p>(2) ¹Hat der Versicherungsnehmer für die von ihm geschuldete Rente dem Dritten kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten, so erstreckt sich die Verpflichtung des Versicherers auf die Leistung der Sicherheit. ²Absatz 1 gilt entsprechend.</p>	<p>§ 155 (Rentenanspruch)</p> <p>(1) Ist der Versicherungsnehmer dem Dritten zur Gewährung einer Rente verpflichtet, so kann er, wenn die Versicherungssumme den Kapitalwert der Rente nicht erreicht, nur einen verhältnismäßigen Teil der Rente verlangen.</p> <p>(2) Hat der Versicherungsnehmer für die von ihm geschuldete Rente dem Dritten kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten, so erstreckt sich die Verpflichtung des Versicherers auf die Leistung der Sicherheit.</p>
<p>§ 109 Verfügung über den Freistellungsanspruch</p> <p>(1) ¹Verfügungen des Versicherungsnehmers über den Freistellungsanspruch gegen den Versicherer sind dem Dritten gegenüber unwirksam. ²Der rechtsgeschäftlichen Verfügung steht eine Verfügung im Wege der Zwangsvollstreckung oder Arrestvollziehung gleich.</p> <p>(2) Die Abtretung des Freistellungsanspruchs kann nicht durch Allgemeine Versicherungsbedingungen ausgeschlossen werden.</p>	<p>§ 156 (Leistung an den Dritten)</p> <p>(1) ¹Verfügungen über die Entschädigungsforderung aus dem Versicherungsverhältnis sind dem Dritten gegenüber unwirksam. ²Der rechtsgeschäftlichen Verfügung steht eine Verfügung gleich, die im Wege der Zwangsvollstreckung oder der Arrestvollziehung erfolgt.</p> <p>(2) Ist die von dem Versicherungsnehmer an den Dritten zu bewirkende Leistung durch Vergleich, Anerkenntnis oder Urteil festgestellt, so ist der Versicherer nach vorheriger Benachrichtigung des Versicherungsnehmers berechtigt und auf Verlangen des Versicherungsnehmers verpflichtet, die Zahlung an den Dritten zu bewirken.</p>
<p>§ 110 Mehrere Geschädigte</p> <p>¹Ist der Versicherungsnehmer gegenüber mehreren Dritten verantwortlich und übersteigen deren Ansprüche die Versicherungssumme, so hat der Versicherer diese Ansprüche nach dem Verhältnis ihrer Beträge zu erfüllen. ²Ist hierbei die Versicherungssumme</p>	<p>§ 156 (Leistung an den Dritten)</p> <p>(3) ¹Sind mehrere Dritte vorhanden und übersteigen ihre Forderungen aus der die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers begründenden Tatsache die Versicherungssumme, so hat der Versicherer nach Maßgabe des Absatzes 2 die Forderungen nach</p>

<p>erschöpft, so kann sich ein bei der Verteilung nicht berücksichtigter Dritter nachträglich auf die Vorschrift des § 109 Abs. 1 nicht berufen, wenn der Versicherer mit der Geltendmachung dieser Ansprüche nicht gerechnet hat und auch nicht rechnen musste.</p>	<p>dem Verhältnis ihrer Beträge zu berichtigen.²Ist hierbei die Versicherungssumme erschöpft, so kann sich ein Dritter, der bei der Verteilung nicht berücksichtigt worden ist, nachträglich auf die Vorschrift des Absatzes 1 nicht berufen, wenn der Versicherer mit der Geltendmachung dieser Ansprüche entschuldbarerweise nicht gerechnet hat.</p>
<p>§ 111 Insolvenz des Versicherungsnehmers Ist über das Vermögen des Versicherungsnehmers das Insolvenzverfahren eröffnet, so kann der Dritte wegen des ihm gegen den Versicherungsnehmer zustehenden Anspruchs abgesonderte Befriedigung aus dem Freistellungsanspruch des Versicherungsnehmers verlangen.</p>	<p>§ 157 (Insolvenz des Versicherungsnehmers) Ist über das Vermögen des Versicherungsnehmers das Insolvenzverfahren eröffnet, so kann der Dritte wegen des ihm gegen den Versicherungsnehmer zustehenden Anspruchs abgesonderte Befriedigung aus der Entschädigungsforderung des Versicherungsnehmers verlangen.</p>
<p>§ 112 Kündigung nach Versicherungsfall (1) ¹Hat der Versicherer nach dem Eintritt des Versicherungsfalles den Anspruch des Versicherungsnehmers auf Freistellung anerkannt oder abgelehnt, so ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen. ²Dies gilt auch, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Weisung erteilt, es zum Rechtsstreit über den Anspruch des Dritten kommen zu lassen. (2) ¹Die Kündigung ist nur innerhalb eines Monats seit der Anerkennung oder Ablehnung des Freistellungsanspruchs oder seit der Rechtskraft des im Rechtsstreit mit dem Dritten ergangenen Urteils zulässig. ²§ 94 Abs. 2 Satz 2 und 3 ist anzuwenden.</p>	<p>§ 158 (Kündigung nach dem Versicherungsfall) (1) ¹Hat nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber seine Verpflichtung zur Leistung der Entschädigung anerkannt oder die Leistung der fälligen Entschädigung verweigert, so ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen. ²Das gleiche gilt, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Weisung erteilt, es über den Anspruch des Dritten zum Rechtsstreit kommen zu lassen. (2) ¹Die Kündigung ist nur innerhalb eines Monats seit der Anerkennung der Entschädigungspflicht oder der Verweigerung der Entschädigung oder seit der Rechtskraft des im Rechtsstreit mit dem Dritten ergangenen Urteils zulässig. ²Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der laufenden Versicherungsperiode kündigen. (3) ¹Kündigt der Versicherungsnehmer, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode. ²Kündigt der Versicherer, so gebührt ihm nur derjenige Teil der Prämie, welcher der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.</p>
<p>§ 113 Abweichende Vereinbarungen Von den §§ 105 und 107 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>	<p>§ 158a (Halbzwingende Vorschriften) Auf Vereinbarungen, durch die von den Vorschriften des § 153, § 154 Abs. 1, § 156 Abs. 2 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>
<p>Untertitel 2 Vorschriften für die Pflichtversicherung</p>	<p>II. Besondere Vorschriften für die Pflichtversicherung</p>
<p>§ 114 Pflichtversicherung (1) Eine Haftpflichtversicherung, zu deren Abschluss eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Pflichtversicherung), ist mit einem im Inland zum Geschäftsbetrieb befugten Versicherungsunternehmen zu den nach Maßgabe des Versicherungsaufsichtsgesetzes eingereichten Allgemeinen Versicherungsbedingungen abzuschließen. (2) Besteht für den Abschluss einer Haftpflichtversicherung eine gesetzliche Verpflichtung, so hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Angabe der Versicherungssumme zu bescheinigen, dass eine dem zu bezeichnenden Gesetz entsprechende Haftpflichtversicherung besteht. (3) Die Vorschriften dieses Untertitels finden auch insoweit Anwendung, als der Versicherungsvertrag eine über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinausgehende Deckung gewährt.</p>	<p>§ 158b (Anzuwendende Vorschriften) (1) Für eine Haftpflichtversicherung, zu deren Abschluß eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Pflichtversicherung), gelten die besonderen Vorschriften der §§ 158c bis 158k. (2) ¹Besteht für den Abschluß einer Haftpflichtversicherung eine gesetzliche Verpflichtung, so hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Angabe der Versicherungssumme zu bescheinigen, dass eine dem zu bezeichnenden Gesetz entsprechende Haftpflichtversicherung besteht. ²Soweit die Bescheinigung nicht auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen gesondert gefordert wird, kann sie mit dem Versicherungsschein verbunden werden. § 158k (Über Mindestdeckung hinausgehende Deckung) Die Vorschriften über die Pflichtversicherung finden auch insoweit Anwendung, als der Versicherungsvertrag eine über die gesetzlichen Mindestanforderungen hinausgehende Deckung gewährt.</p>

<p>§ 115 Mindestversicherungssumme Die Mindestversicherungssumme einer Pflichtversicherung beträgt, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, 250.000 Euro je Versicherungsfall, höchstens jedoch eine Million Euro je Versicherungsjahr.</p>	
<p>§ 116 Direktanspruch (1) ¹Der geschädigte Dritte kann im Rahmen der Leistungspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsverhältnis und, soweit eine Leistungspflicht nicht besteht, im Rahmen des § 117 Abs. 1 bis 4 seinen Anspruch auf Ersatz des Schadens auch gegen den Versicherer geltend machen. ²Der Versicherer hat den Schadensersatz in Geld zu leisten. (2) Soweit der Dritte nach Absatz 1 seinen Anspruch auf Ersatz des Schadens auch gegen den Versicherer geltend machen kann, haften der Versicherer und der ersatzpflichtige Versicherungsnehmer als Gesamtschuldner. (3) ¹Der Anspruch nach Absatz 1 unterliegt der gleichen Verjährung wie der Schadensersatzanspruch gegen den ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer. ²Die Verjährung beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem die Verjährung gegen den ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer beginnt; sie endet jedoch spätestens in zehn Jahren von dem Schadensereignis an. ³Ist der Anspruch des Dritten bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt. ⁴Die Hemmung, die Ablaufhemmung und der Neubeginn der Verjährung des Anspruchs gegen den Versicherer wirken auch gegenüber dem ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer und umgekehrt.</p>	
<p>§ 117 Leistungspflicht gegenüber Dritten (1) Dem Anspruch des Dritten nach § 116 kann nicht entgegengehalten werden, dass der Versicherer dem ersatzpflichtigen Versicherungsnehmer nicht zur Leistung verpflichtet ist. (2) ¹Ein Umstand, der das Nichtbestehen oder die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zur Folge hat, kann vorbehaltlich des Satzes 4 dem Anspruch des Dritten nach § 116 nur entgegengehalten werden, wenn das Schadensereignis später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem der Versicherer diesen Umstand der hierfür zuständigen Stelle angezeigt hat. ²Das gleiche gilt, wenn das Versicherungsverhältnis durch Zeitablauf endet. ³Der Lauf der Frist beginnt nicht vor Beendigung des Versicherungsverhältnisses. ⁴Ein in den Sätzen 1 und 2 bezeichneter Umstand kann dem Anspruch des Dritten auch dann entgegengehalten werden, wenn vor dem Zeitpunkt des Schadensereignisses der hierfür zuständigen Stelle die Bestätigung einer entsprechend den gesetzlichen Vorschriften abgeschlossenen neuen Versicherung zugegangen ist. (3) ¹In den Fällen der Absätze 1 und 2 ist der Versicherer nur im Rahmen der gesetzlichen Mindestversicherungssumme und der von ihm übernommenen Gefahr verpflichtet. ²Der Versicherer ist nicht verpflichtet, soweit der Dritte in der Lage ist, Ersatz seines Schadens von einem anderen Schadenversicherer oder von einem Sozialversicherungsträger zu erlangen. (4) ¹Trifft die Leistungspflicht des Versicherers nach den Absätzen 1 oder 2 mit einer Ersatzpflicht auf Grund fahrlässiger Amtspflichtverletzung zusammen, so wird die Er-</p>	<p>§ 158c (Leistungspflicht im Verhältnis zum Dritten) (1) Ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung dem Versicherungsnehmer gegenüber ganz oder teilweise frei, so bleibt gleichwohl seine Verpflichtung in Ansehung des Dritten bestehen. (2) ¹Ein Umstand, der das Nichtbestehen oder die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zur Folge hat, wirkt in Ansehung des Dritten erst mit dem Ablauf eines Monats, nachdem der Versicherer diesen Umstand der hierfür zuständigen Stelle angezeigt hat. ²Das gleiche gilt, wenn das Versicherungsverhältnis durch Zeitablauf endet. ³Der Lauf der Frist beginnt nicht vor der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. ⁴Die Vorschriften dieses Absatzes gelten nicht, wenn eine zur Entgegennahme der Anzeige nach Satz 1 zuständige Stelle nicht bestimmt ist. (3) Der Versicherer haftet nur im Rahmen der amtlich festgesetzten Mindestversicherungssummen und der von ihm übernommenen Gefahr. (4) Der Versicherer haftet nicht, wenn und soweit der Dritte in der Lage ist, Ersatz seines Schadens von einem anderen Schadenversicherer oder von einem Sozialversicherungsträger zu erlangen. (5) ¹Trifft die Leistungspflicht des Versicherers nach den Absätzen 1 oder 2 mit einer Ersatzpflicht auf Grund fahrlässiger Amtspflichtverletzung zusammen, so wird die Ersatzpflicht nach § 839 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Voraussetzungen für die Leistungspflicht des Versicherers vorliegen. Satz 1 gilt nicht, wenn der Beamte nach § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuches persönlich haftet.</p>

<p>satzpflicht nach § 839 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Voraussetzungen für die Leistungspflicht des Versicherers vorliegen. ²Satz 1 gilt nicht, wenn der Beamte nach § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuchs persönlich haftet.</p> <p>(5) ¹Wird über das Vermögen des Versicherers das Insolvenzverfahren eröffnet, so endet das Versicherungsverhältnis abweichend von § 17 erst mit dem Ablauf eines Monats, nachdem der Insolvenzverwalter diesen Umstand der hierfür zuständigen Stelle angezeigt hat; bis zu diesem Zeitpunkt bleibt es der Insolvenzmasse gegenüber wirksam. ²Ist eine zur Entgegennahme der Anzeige nach Satz 1 zuständige Stelle nicht benannt, endet das Versicherungsverhältnis einen Monat nach Benachrichtigung des Versicherungsnehmers; die Benachrichtigung bedarf der Textform.</p>	<p>(6) Ein Recht des Dritten, den Versicherer unmittelbar in Anspruch zu nehmen, wird durch diese Vorschriften nicht begründet.</p>
<p>§ 118 Rangfolge mehrerer Ansprüche</p> <p>(1) Übersteigen die Ansprüche auf Entschädigung, die aufgrund desselben Ereignisses zu leisten ist, die Versicherungssumme, so wird die Versicherungssumme nach folgender Rangfolge, bei gleichem Rang nach dem Verhältnis ihrer Beträge, an die Ersatzberechtigten ausgezahlt:</p> <ol style="list-style-type: none">1. für Ansprüche wegen Personenschäden, soweit die Geschädigten nicht in der Lage sind, Ersatz ihrer Schäden vom Schädiger, von einem anderen Versicherer als dessen Haftpflichtversicherer, einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Dritten zu erlangen;2. für Ansprüche wegen sonstiger Schäden natürlicher und juristischer Personen des Privatrechts, soweit die Geschädigten nicht in der Lage sind, vom Schädiger, einem anderen Versicherer als dessen Haftpflichtversicherer oder einem Dritten Ersatz zu erlangen;3. für Ansprüche, die nach Privatrecht auf Versicherer oder sonstige Dritte wegen Personen- und sonstiger Schäden übergegangen sind;4. für Ansprüche, die auf Sozialversicherungsträger übergegangen sind;5. für alle sonstigen Ansprüche. <p>(2) Ist die Versicherungssumme unter Berücksichtigung nachrangiger Ansprüche erschöpft, so kann sich ein vorrangig zu befriedigender Anspruchsberechtigter, der bei der Verteilung nicht berücksichtigt worden ist, nachträglich auf die Vorschrift des Absatzes 1 nicht berufen, wenn der Versicherer mit der Geltendmachung dieses Anspruchs nicht gerechnet hat und auch nicht rechnen musste.</p>	
<p>§ 119 Obliegenheiten des Dritten</p> <p>(1) Der Dritte hat ein Schadensereignis, aus dem er einen Anspruch nach § 116 Abs. 1 herleiten will, dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach dem Schadensereignis in Textform anzuzeigen; durch die Absendung der Anzeige wird die Frist gewahrt.</p> <p>(2) ¹Der Versicherer kann von dem Dritten Auskunft verlangen, soweit sie zur Feststellung des Schadensereignisses und der Höhe des Schadens erforderlich ist. ²Belege kann der Versicherer insoweit verlangen, als deren Beschaffung dem Dritten billigerweise zugemutet werden kann.</p>	<p>§ 158d (Anzeige- und Auskunftspflicht des Dritten)</p> <p>(1) Macht der Dritte seinen Anspruch gegen den Versicherungsnehmer geltend, so hat er dies dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen schriftlich anzuzeigen.</p> <p>(2) Macht der Dritte den Anspruch gegen den Versicherungsnehmer gerichtlich geltend, so hat er dies dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.</p> <p>(3) ¹Der Versicherer kann von dem Dritten Auskunft verlangen, soweit sie zur Feststellung des Schadensereignisses und der Höhe des Schadens erforderlich ist. ²Zur Vorlegung von Belegen ist der Dritte nur insoweit verpflichtet, als ihm die Beschaffung billigerweise zugemutet werden kann.</p>
<p>§ 120 Obliegenheitsverletzung des Dritten</p> <p>Verletzt der Dritte die Obliegenheit nach § 119 Abs. 2, so beschränkt sich die Haftung</p>	<p>§ 158e (Pflichtverletzung des Dritten)</p> <p>(1) ¹Verletzt der Dritte die Verpflichtungen nach § 158d Abs. 2, 3, so beschränkt sich</p>

<p>des Versicherers nach den §§ 116 und 117 auf den Betrag, den er auch bei gehöriger Erfüllung der Obliegenheit zu leisten gehabt hätte, sofern der Dritte vorher in Textform auf die Folgen der Verletzung hingewiesen worden ist.</p>	<p>die Haftung des Versicherers nach § 158c auf den Betrag, den er auch bei gehöriger Erfüllung der Verpflichtungen zu leisten gehabt hätte. ²Liegt eine Verletzung der Verpflichtung nach § 158d Abs. 3 vor, so tritt diese Rechtsfolge nur ein, wenn der Dritte vorher ausdrücklich und in Textform auf die Folgen der Verletzung hingewiesen worden ist. (2) Die Vorschrift des Absatzes 1 Satz 1 gilt sinngemäß, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Dritten ohne Einwilligung des Versicherers einen Vergleich schließt oder dessen Anspruch anerkennt; § 154 Abs. 2 findet entsprechende Anwendung.</p>
	<p>§ 158f (Forderungsübergang) Soweit der Versicherer den Dritten nach § 158c befriedigt, geht die Forderung des Dritten gegen den Versicherungsnehmer auf ihn über. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Dritten geltend gemacht werden.</p>
<p>§ 121 Aufrechnung gegenüber Dritten § 38 findet in Ansehung des Dritten keine Anwendung.</p>	<p>§ 158g (Aufrechnung gegenüber Dritten) § 35b findet in Ansehung des Dritten keine Anwendung.</p>
<p>§ 122 Gesamtschuldner ¹Im Verhältnis der Gesamtschuldner nach § 116 Abs. 2 zueinander ist der Versicherer allein verpflichtet, soweit er dem Versicherungsnehmer aus dem Versicherungsverhältnis zur Leistung verpflichtet ist. ²Soweit eine solche Verpflichtung nicht besteht, ist in ihrem Verhältnis zueinander der Versicherungsnehmer allein verpflichtet. ³Der Versicherer kann Ersatz der Aufwendungen verlangen, die er den Umständen nach für erforderlich halten durfte; die Verjährung dieses Anspruchs beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch des Dritten erfüllt wird.</p>	<p>(Vgl. § 158f)</p>
<p>§ 123 Veräußerung der versicherten Sache Die Vorschriften der §§ 96 bis 99 über die Veräußerung der versicherten Sache gelten sinngemäß.</p>	<p>§ 158h (Veräußerung der Sache) ¹Die Vorschriften über die Veräußerung der versicherten Sache gelten sinngemäß. ²Schließt der Erwerber eines veräußerten Kraftfahrzeuges eine neue Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung, ohne die auf ihn übergegangene Versicherung zu kündigen, so gilt mit Beginn des neuen Versicherungsverhältnisses das alte Versicherungsverhältnis als gekündigt.</p>
<p>§ 124 Rückgriff bei mehreren Versicherten (1) Ist bei der Versicherung für fremde Rechnung der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber nicht zur Leistung verpflichtet, so kann er dies einem Versicherten, der zur selbständigen Geltendmachung seiner Rechte aus dem Versicherungsvertrag befugt ist, nur dann entgegenhalten, wenn die der Leistungsfreiheit zugrunde liegenden Umstände in der Person dieses Versicherten vorliegen oder wenn diese Umstände dem Versicherten bekannt oder grob fahrlässig nicht bekannt waren. (2) ¹Der Umfang der Leistungspflicht nach Absatz 1 bestimmt sich nach § 117 Abs. 3 Satz 1; § 117 Abs. 3 Satz 2 findet keine Anwendung. ²§ 117 Abs. 4 ist entsprechend anzuwenden. (3) Soweit der Versicherer nach Absatz 1 leistet, kann er gegen den Versicherungsnehmer Rückgriff nehmen. (4) Die Absätze 1 bis 3 sind entsprechend anzuwenden, wenn die Frist nach § 117 Abs. 2 Satz 1 und 2 noch nicht abgelaufen ist oder der Versicherer die Beendigung des Versicherungsverhältnisses der hierfür zuständigen Stelle nicht angezeigt hat.</p>	<p>§ 158i (Leistungspflicht bei Fremdversicherung) ¹Ist bei der Versicherung für fremde Rechnung der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber von der Verpflichtung zur Leistung frei, so kann er dies einem Versicherten, der zur selbständigen Geltendmachung seiner Rechte aus dem Versicherungsvertrag befugt ist, nur dann entgegenhalten, wenn die der Leistungsfreiheit zugrundeliegenden Umstände in der Person dieses Versicherten vorliegen oder wenn diese Umstände dem Versicherten bekannt oder grob fahrlässig nicht bekannt waren. ²Der Umfang der Leistungspflicht bestimmt sich nach § 158c Abs. 3. § 158c Abs. 4 findet keine Anwendung; § 158c Abs. 5 ist entsprechend anzuwenden. ³Soweit der Versicherer Leistungen nach Satz 1 gewährt, kann er gegen den Versicherungsnehmer Rückgriff nehmen.</p>
<p>§ 125 Rechtskrafterstreckung</p>	

<p>(1) Soweit durch rechtskräftiges Urteil festgestellt wird, dass dem Dritten ein Anspruch auf Ersatz des Schadens nicht zusteht, wirkt das Urteil, wenn es zwischen dem Dritten und dem Versicherer ergeht, auch zugunsten des Versicherungsnehmers, wenn es zwischen dem Dritten und dem Versicherungsnehmer ergeht, auch zugunsten des Versicherers.</p> <p>(2) Ist der Anspruch des Dritten gegenüber dem Versicherer durch rechtskräftiges Urteil, durch Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden, so muss der Versicherungsnehmer, gegen den von dem Versicherer Ansprüche auf Grund des § 122 Satz 2 erhoben werden, diese Feststellung gegen sich gelten lassen, sofern der Versicherungsnehmer nicht nachweist, dass der Versicherer die Pflicht zur Abwehr unbegründeter Entschädigungsansprüche sowie zur Minderung oder zur sachgemäßen Feststellung des Schadens schuldhaft verletzt hat.</p>	
<p>Titel 2 Rechtsschutzversicherung</p>	<p>Siebenter Titel. Rechtsschutzversicherung</p>
<p>§ 126 Leistung des Versicherers Bei der Rechtsschutzversicherung ist der Versicherer verpflichtet, die für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten erforderlichen Leistungen im vereinbarten Umfang zu erbringen.</p>	
<p>§ 127 Schadenabwicklungsunternehmen (1) ¹Werden Gefahren aus dem Bereich der Rechtsschutzversicherung neben anderen Gefahren versichert, muss im Versicherungsschein der Umfang der Deckung in der Rechtsschutzversicherung und die hierfür zu entrichtende Prämie gesondert ausgewiesen werden. ²Bbeauftragt der Versicherer mit der Leistungsbearbeitung ein selbständiges Schadenabwicklungsunternehmen, so ist dieses im Versicherungsschein zu bezeichnen. (2) ¹Ansprüche auf die Versicherungsleistung aus einem Vertrag über eine Rechtsschutzversicherung können, wenn ein selbständiges Schadenabwicklungsunternehmen mit der Leistungsbearbeitung beauftragt ist, nur gegen dieses geltend gemacht werden. ²Der Titel wirkt für und gegen den Rechtsschutzversicherer. ³§ 727 der Zivilprozessordnung ist entsprechend anzuwenden.</p>	<p>§ 158i (Versicherungsschein und Schadenabwicklung) (1) ¹Werden Gefahren aus dem Bereich der Rechtsschutzversicherung neben anderen Gefahren versichert, muß im Versicherungsschein der Umfang der Deckung in der Rechtsschutzversicherung und die hierfür zu entrichtende Prämie gesondert ausgewiesen werden. ²Bbeauftragt der Versicherer mit der Leistungsbearbeitung ein selbständiges Schadenabwicklungsunternehmen, so ist dieses im Versicherungsschein zu bezeichnen. (2) ¹Ansprüche auf die Versicherungsleistung aus einem Vertrag über eine Rechtsschutzversicherung können, wenn ein Schadenabwicklungsunternehmen mit der Leistungsbearbeitung beauftragt ist, nur gegen dieses geltend gemacht werden. ²Der Titel wirkt für und gegen den Rechtsschutzversicherer. ³§ 727 der Zivilprozessordnung ist entsprechend anzuwenden.</p>
<p>§ 128 Freie Anwaltswahl (1) ¹Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, zu seiner Vertretung in Gerichts- und Verwaltungsverfahren den Rechtsanwalt, der seine Interessen wahrnehmen soll, aus dem Kreis der Rechtsanwälte, deren Vergütung der Versicherer nach dem Versicherungsvertrag trägt, frei zu wählen. ²Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer Rechtsschutz für die sonstige Wahrnehmung rechtlicher Interessen in Anspruch nehmen kann. ³Besteht Versicherungsschutz zur Wahrnehmung rechtlicher Interessen, kann der Versicherer die von ihm zu ersetzenden Kosten eines für den Versicherungsnehmer tätigen Rechtsanwalts auf den wirtschaftlich notwendigen Betrag beschränken, wenn die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen auf gleichen oder gleichartigen Ursachen beruht, in einem rechtlichen, zeitlichen oder wirtschaftlichen Zusammenhang steht und gegen identische Gegner gerichtet ist (Sammelverfahren). (2) Rechtsanwalt im Sinne dieser Vorschrift ist auch, wer berechtigt ist, unter einer der in der Anlage zu § 1 des Gesetzes über die Tätigkeit europäischer Rechtsanwälte in Deutschland vom 9. März 2000 (BGBl. I S. 182) genannten Bezeichnungen beruflich</p>	<p>§ 158m (Freie Anwaltswahl) (1) ¹Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, zu seiner Vertretung in Gerichts- und Verwaltungsverfahren den Rechtsanwalt, der seine Interessen wahrnehmen soll, aus dem Kreis der Rechtsanwälte, deren Vergütung der Versicherer nach dem Versicherungsvertrag trägt, frei zu wählen. ²Gleiches gilt, wenn der Versicherungsnehmer Rechtsschutz für die sonstige Wahrnehmung rechtlicher Interessen in Anspruch nehmen kann. (2) Rechtsanwalt im Sinne dieser Vorschrift ist auch, wer berechtigt ist, unter einer der in der Anlage zu § 1 des Gesetzes über die Tätigkeit europäischer Rechtsanwälte in Deutschland vom 9. März 2000 (BGBl. I S. 182) genannten Bezeichnungen beruflich tätig zu werden.</p>

tätig zu werden.	
<p>§ 129 Gutachterverfahren ¹Für den Fall, dass der Versicherer seine Leistungspflicht verneint, weil die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen keine hinreichende Aussicht auf Erfolg biete oder mutwillig sei, hat der Versicherungsvertrag ein Gutachterverfahren oder ein anderes Verfahren mit vergleichbaren Garantien für die Objektivität vorzusehen, in dem Meinungsverschiedenheiten zwischen den Parteien über die Erfolgsaussichten oder die Mutwilligkeit einer Rechtsverfolgung entschieden werden. ²Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei Verneinung seiner Leistungspflicht hierauf hinzuweisen. ³Sieht der Versicherungsvertrag kein derartiges Verfahren vor oder unterlässt der Rechtsschutzversicherer den Hinweis, gilt das Rechtsschutzbedürfnis des Versicherungsnehmers im Einzelfall als anerkannt.</p>	<p>§ 158n (Gutachterverfahren bei Verneinung der Leistungspflicht) ¹Für den Fall, dass der Versicherer seine Leistungspflicht verneint, weil die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen keine hinreichende Aussicht auf Erfolg biete oder mutwillig sei, hat der Versicherungsvertrag ein Gutachterverfahren oder ein anderes Verfahren mit vergleichbaren Garantien für die Objektivität vorzusehen, in dem Meinungsverschiedenheiten zwischen den Parteien über die Erfolgsaussichten oder die Mutwilligkeit einer Rechtsverfolgung entschieden werden. ²Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer bei Verneinung seiner Leistungspflicht hierauf hinzuweisen. ³Sieht der Versicherungsvertrag kein derartiges Verfahren vor oder unterlässt der Rechtsschutzversicherer den Hinweis, gilt das Rechtsschutzbedürfnis des Versicherungsnehmers im Einzelfall als anerkannt.</p>
<p>§ 130 Abweichende Vereinbarungen Von den Vorschriften der §§ 127 bis 129 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>	<p>§ 158o (Halbzwingende Vorschriften) Auf eine Vereinbarung, durch die von den Vorschriften der §§ 158l bis 158n zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>
<p>Titel 3 Transportversicherung</p>	<p>Fünfter Titel. Transportversicherung</p>
<p>§ 131 Gefahrtragung (1) Bei der Versicherung von Gütern gegen die Gefahren der Beförderung sowie der damit verbundenen Lagerung trägt der Versicherer alle Gefahren, denen die Güter während der Dauer der Versicherung ausgesetzt sind. (2) ¹Bei der Versicherung eines Schiffes oder eines Luftfahrzeugs gegen die Gefahren der Schifffahrt oder der Luftfahrt trägt der Versicherer alle Gefahren, denen das Schiff oder das Luftfahrzeug während der Dauer der Versicherung ausgesetzt ist. ²Bei der Versicherung eines Schiffes haftet der Versicherer auch für den Schaden, den der Versicherungsnehmer infolge eines Zusammenstoßes von Schiffen dadurch erleidet, dass er den einem Dritten zugefügten Schaden zu ersetzen hat. (3) Die Versicherung gegen die Gefahren der Schifffahrt umfasst die Beiträge zur großen Haverei.</p>	<p>§ 129 (Haftungsumfang) (1) Bei der Versicherung von Gütern gegen die Gefahren der Beförderung zu Lande oder auf Binnengewässern trägt der Versicherer alle Gefahren, denen die Güter während der Dauer der Versicherung ausgesetzt sind. (2) ¹Bei der Versicherung eines Schiffes gegen die Gefahren der Binnenschifffahrt trägt der Versicherer alle Gefahren, denen das Schiff während der Dauer der Versicherung ausgesetzt ist. ²Der Versicherer haftet auch für den Schaden, den der Versicherungsnehmer infolge eines Zusammenstoßes von Schiffen dadurch erleidet, dass er den einem Dritten zugefügten Schaden zu ersetzen hat. § 133 (Große Haverei) (1) ¹Die Versicherung gegen die Gefahren der Binnenschifffahrt umfasst die Beiträge zur großen Haverei. ²Sind ausschließlich Güter des Schiffseigners verladen, so umfasst die Versicherung auch die Aufopferungen, welche zur großen Haverei gehören würden, wenn das Eigentum an den Gütern einem anderen zustände. (2) ¹Die Vorschriften der §§ 835 bis 839 des Handelsgesetzbuchs finden entsprechende Anwendung. ²Eine vom Schiffer aufgestellte Dispache ist für den Versicherer nur verbindlich, wenn er der Aufstellung durch den Schiffer zugestimmt hat.</p>
	<p>§ 131 (Haftungsausschlüsse) (1) Bei der Versicherung von Gütern haftet der Versicherer nicht für einen Schaden, der von dem Absender oder dem Empfänger in dieser Eigenschaft vorsätzlich oder fahrlässig verursacht wird. (2) Das gleiche gilt von einem Schaden, der durch die natürliche Beschaffenheit der Güter, namentlich durch inneren Verderb, Schwinden, gewöhnliche Leckage, sowie durch mangelhafte Verpackung der Güter oder durch Ratten oder Mäuse verursacht wird; ist jedoch die Reise durch einen Unfall, für den der Versicherer haftet, ungewöhnlich verzögert worden, so fällt der Schaden dem Versicherer insoweit zur Last, als er infolge der Verzögerung eingetreten ist.</p>

	<p>§ 132 (Haftungsausschlüsse bei Schiffen) (1) Bei der Versicherung eines Schiffes haftet der Versicherer nicht für einen Schaden, der daraus entsteht, dass das Schiff in einem nicht fahrtüchtigen Zustand oder nicht gehörig ausgerüstet oder bemannt die Reise antritt. (2) Das gleiche gilt von einem Schaden, der nur eine Folge der Abnutzung des Schiffes im gewöhnlichen Gebrauch ist oder nur durch Alter, Fäulnis oder Wurmfraß verursacht wird.</p>
	<p>§ 134 (Dauer der Güterversicherung) (1) Die Versicherung von Gütern erstreckt sich auf die ganze Dauer der versicherten Reise. (2) ¹Die Versicherung beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem die Güter von dem Frachtführer zur Beförderung oder, wenn die Beförderung nicht sofort erfolgen kann, zur einstweiligen Verwahrung angenommen werden. ²Sie endet mit dem Zeitpunkt, in welchem die Güter dem Empfänger am Ablieferungsort abgeliefert oder, wenn sich ein Ablieferungshindernis ergibt, rechtmäßig hinterlegt oder verkauft werden.</p>
	<p>§ 135 (Beförderung auf Eisenbahnen) Unter die Versicherung gegen die Gefahren der Beförderung von Gütern auf Eisenbahnen fällt auch die Beförderung zur Eisenbahn sowie die Beförderung von der Eisenbahn an den Empfänger, wenn sie durch die Eisenbahnverwaltung oder unter ihrer Verantwortlichkeit erfolgt.</p>
	<p>§ 136 (Beförderung auf Binnengewässern) Sind Güter gegen die Gefahren der Beförderung auf Binnengewässern versichert, so trägt der Versicherer die Gefahr der Benutzung von Leichterfahrzeugen bei der Verladung oder der Ausladung, wenn die Benutzung ortsüblich ist.</p>
<p>§ 132 Anzeigepflichtverletzung (1) ¹Abweichend von § 21 Abs. 2 ist bei Verletzung der Anzeigepflicht der Rücktritt des Versicherers ausgeschlossen; der Versicherer kann innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an, in dem er Kenntnis von dem nicht oder unrichtig angezeigten Umstand erlangt hat, den Vertrag kündigen und die Leistung verweigern. ²Die Verpflichtung zur Leistung bleibt bestehen, wenn der nicht oder unrichtig angezeigte Umstand nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers war. (2) ¹Verweigert der Versicherer die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag kündigen. ²Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem dem Versicherungsnehmer die Entscheidung des Versicherers, dass er die Leistung verweigert, zugeht.</p>	
<p>§ 133 Gefahränderung (1) Der Versicherungsnehmer darf abweichend von § 25 die Gefahr erhöhen oder in anderer Weise ändern und die Änderung durch einen Dritten gestatten. (2) Der Versicherungsnehmer hat die Änderung der Gefahr dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. (3) Hat der Versicherungsnehmer eine Gefahrerhöhung nicht angezeigt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.</p>	<p>§ 142 (Gefahrerhöhung und Veräußerung bei Güterversicherung) ¹Bei der Versicherung von Gütern ist der Versicherer nicht berechtigt, das Versicherungsverhältnis wegen einer unabhängig von dem Willen des Versicherungsnehmers eingetretenen Erhöhung der Gefahr oder wegen einer Veräußerung der versicherten Güter zu kündigen. ²Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, eine solche Gefahrerhöhung oder eine Veräußerung dem Versicherer anzuzeigen. § 143 (Gefahrerhöhung und Veräußerung bei Schiffen) (1) ¹Wird bei der Versicherung eines Schiffes das Versicherungsverhältnis, während</p>

<p>(4) ¹Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Gefahrerhöhung in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. ²Das gleiche gilt, wenn die Anzeigepflicht ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers verletzt worden ist oder wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers war.</p> <p>(5) Der Versicherer ist abweichend von § 26 nicht berechtigt, das Versicherungsverhältnis wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen.</p>	<p>das Schiff unterwegs ist, von dem Versicherer wegen einer unabhängig von dem Willen des Versicherungsnehmers eingetretenen Erhöhung der Gefahr oder wegen Veräußerung des Schiffes gekündigt, so wirkt die Kündigung nicht vor der Beendigung der Reise. ²Tritt während des bezeichneten Zeitraums ein Versicherungsfall ein, so wird die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung nicht dadurch berührt, dass die Anzeige der Gefahrerhöhung oder der Veräußerung unterblieben ist.</p> <p>(2) Ist die Verpflichtung zur Anzeige schon vor dem Beginn der Reise verletzt, so finden die Vorschriften des Absatzes 1 nur Anwendung, wenn die Gefahrerhöhung oder die Veräußerung dem Versicherer vor dem Beginn der Reise bekanntgeworden ist.</p> <p>(3) Bei einer Zwangsversteigerung des versicherten Schiffes finden die Vorschriften über die Veräußerung entsprechende Anwendung.</p>
<p>§ 134 Vertragswidrige Beförderung</p> <p>(1) ¹Werden die Güter mit einem Beförderungsmittel anderer Art befördert als vereinbart oder werden sie umgeladen, obwohl direkter Transport vereinbart ist, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. ²Das gleiche gilt, wenn ausschließlich ein bestimmtes Beförderungsmittel oder ein bestimmter Transportweg vereinbart ist.</p> <p>(2) ¹Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt bestehen, wenn nach Beginn der Versicherung die Beförderung infolge eines versicherten Ereignisses geändert oder aufgegeben wird. ²Das gleiche gilt, wenn nach dem Beginn der Versicherung die Beförderung ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers geändert oder aufgegeben wird. ³Die Regelung des § 133 über die Gefahränderung ist anzuwenden.</p> <p>(3) Die Versicherung umfasst in den Fällen des Absatzes 2 die Kosten der Umladung oder der einstweiligen Lagerung sowie die Mehrkosten der Weiterbeförderung.</p>	<p>§ 137 (Vertragswidrige Beförderung)</p> <p>(1) Werden die versicherten Güter in anderer Art als mit dem Schiff befördert, mit welchem sie nach dem Versicherungsvertrag befördert werden sollen, so haftet der Versicherer nicht.</p> <p>(2) Werden jedoch die Güter nach dem Beginn der Versicherung infolge eines Unfalls, für den der Versicherer haftet, mit einem anderen als dem im Versicherungsvertrag bestimmten Schiff oder zu Lande befördert, so fällt die Beförderung unter die Versicherung. Das gleiche gilt, wenn nach dem Beginn der Versicherung ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers die Beförderung geändert oder die Reise des Schiffes aufgegeben wird.</p> <p>(3) Die Versicherung umfasst in den Fällen des Absatzes 2 die Kosten der Umladung und der einstweiligen Lagerung sowie die Mehrkosten der Weiterbeförderung.</p>
<p>§ 135 Ungeeignete Beförderungsmittel</p> <p>(1) Ist für die Beförderung der Güter kein bestimmtes Beförderungsmittel vereinbart, so ist der Versicherungsnehmer, soweit er auf dessen Auswahl Einfluss hat, verpflichtet, Beförderungsmittel einzusetzen, die für die Aufnahme und Beförderung der Güter geeignet sind.</p> <p>(2) Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, die Verletzung war nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers.</p> <p>(3) ¹Erlangt der Versicherungsnehmer Kenntnis von der mangelnden Eignung des Beförderungsmittels, so hat er diesen Umstand dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. ²Die Regelung des § 133 über die Gefahränderung ist anzuwenden.</p>	
	<p>§ 138 (Dauer der Schiffsversicherung)</p> <p>(1) ¹Die Versicherung eines Schiffes beginnt, wenn sie für eine Reise genommen ist, mit dem Zeitpunkt, in welchem mit der Einnahme der Ladung angefangen wird oder, wenn keine Ladung einzunehmen ist, mit der Abfahrt. ²Sie endet mit dem Zeitpunkt, in welchem die Löschung der Ladung am Bestimmungsort beendet ist oder, wenn keine Ladung zu löschen ist, mit der Ankunft am Bestimmungsort. ³Wird die Löschung von dem Versicherungsnehmer ungebührlich verzögert, so endet die Versicherung mit dem Zeitpunkt, in welchem die Löschung beendet sein würde, falls die Verzögerung nicht stattgefunden hätte.</p>

	<p>(2) Wird vor der Beendigung der Löschung für eine neue Reise Ladung eingenommen, so endet die Versicherung mit dem Zeitpunkt, in welchem mit der Einnahme angefangen wird.</p> <p>(3) Wird nach dem Beginn der Versicherung die versicherte Reise aufgegeben, so tritt in Ansehung der Beendigung der Versicherung der Ort, wo die Reise aufhört, an die Stelle des Bestimmungsorts.</p>
	<p>§ 139 (Verlängerung der Schiffsversicherung) ¹Ist ein auf Zeit versichertes Schiff beim Ablauf der vereinbarten Versicherungszeit unterwegs, so gilt das Versicherungsverhältnis als verlängert bis zur Ankunft des Schiffes am nächsten Bestimmungsort und, falls an diesem gelöscht wird, bis zu dem nach § 138 für die Beendigung der Versicherung maßgebenden Zeitpunkt. ²Der Versicherungsnehmer kann die Verlängerung, solange das Schiff noch nicht unterwegs ist, durch eine gegenüber dem Versicherer abzugebende Erklärung ausschließen.</p>
<p>§ 136 Aufwendungsersatz</p> <p>(1) Aufwendungen, die dem Versicherungsnehmer durch Beiträge zur großen Haverei und zur Abwendung oder Minderung des Schadens entstehen, sowie die Kosten für die Ermittlung und Feststellung eines versicherten Schadens fallen dem Versicherer auch insoweit zur Last, wie sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen.</p> <p>(2) Sind Aufwendungen zur Abwendung oder Minderung oder zur Ermittlung und Feststellung eines Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der durch einen Versicherungsfall beschädigten Sache gemacht oder Beiträge zur großen Haverei geleistet oder ist eine persönliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Entrichtung solcher Beiträge entstanden, so ist der Versicherer verpflichtet, den Schaden, der durch einen späteren Versicherungsfall verursacht wird, ohne Rücksicht auf die ihm zur Last fallenden früheren Aufwendungen und Beiträge zu ersetzen.</p>	<p>§ 133 (Große Haverei)</p> <p>(1) ¹Die Versicherung gegen die Gefahren der Binnenschifffahrt umfaßt die Beiträge zur großen Haverei. ²Sind ausschließlich Güter des Schiffseigners verladen, so umfaßt die Versicherung auch die Aufopferungen, welche zur großen Haverei gehören würden, wenn das Eigentum an den Gütern einem anderen zustände.</p> <p>(2) ¹Die Vorschriften der §§ 835 bis 839 des Handelsgesetzbuchs finden entsprechende Anwendung. ²Eine vom Schiffer aufgestellte Dispache ist für den Versicherer nur verbindlich, wenn er der Aufstellung durch den Schiffer zugestimmt hat.</p> <p>§ 144 (Rettungskosten)</p> <p>(1) Aufwendungen, die der Versicherungsnehmer gemäß § 62 zur Abwendung oder Minderung des Schadens macht, fallen, soweit der Versicherungsnehmer sie für geboten halten durfte, dem Versicherer ohne Rücksicht darauf zur Last, ob sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen.</p> <p>(2) Sind Aufwendungen zur Abwendung oder Minderung oder zur Ermittlung und Feststellung eines Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der durch einen Versicherungsfall beschädigten Sache gemacht oder Beiträge zur großen Haverei geleistet oder ist eine persönliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Entrichtung solcher Beiträge entstanden, so haftet der Versicherer für den Schaden, der durch einen späteren Versicherungsfall verursacht wird, ohne Rücksicht auf die ihm zur Last fallenden früheren Aufwendungen und Beiträge.</p>
<p>§ 137 Versicherungswert</p> <p>(1) Als Versicherungswert gilt der gemeine Handelswert und in dessen Ermangelung der gemeine Wert, den die Güter am Ort der Absendung bei Beginn der Versicherung haben, zuzüglich der Versicherungskosten sowie der Kosten, die bis zur Annahme der Güter durch den Beförderer entstehen, und der endgültig bezahlten Fracht.</p> <p>(2) Der sich nach Absatz 1 ergebende Wert gilt auch bei Eintritt des Versicherungsfalles als Versicherungswert.</p> <p>(3) ¹Bei Gütern, die beschädigt am Ablieferungsort ankommen, ist der Wert, den sie dort in beschädigtem Zustand haben, von dem Wert abzuziehen, den sie an diesem Ort in unbeschädigtem Zustand haben würden. ²Der dem Verhältnis der Wertminderung zu ihrem Wert in unbeschädigtem Zustand entsprechende Bruchteil des Versicherungs-</p>	<p>§ 140 (Versicherungswert der Güter)</p> <p>(1) Als Versicherungswert der Güter gilt der gemeine Handelswert und in dessen Ermangelung der gemeine Wert, den die Güter am Ort der Absendung in dem Zeitpunkt haben, welcher nach den §§ 134 bis 136 für den Beginn der Versicherung maßgebend ist, unter Hinzurechnung der Versicherungskosten sowie derjenigen Kosten, welche bis zur Annahme der Güter durch den Frachtführer entstehen.</p> <p>(2) Der sich nach Absatz 1 ergebende Wert der Güter gilt auch bei dem Eintritt des Versicherungsfalles als Versicherungswert.</p> <p>(3) ¹Haben die Güter eine Beschädigung erlitten, so ist der Wert, den sie in beschädigtem Zustand am Ablieferungsort haben, von dem Wert in Abzug zu bringen, den sie an diesem Ort in unbeschädigtem Zustand haben würden. ²Der dem Verhältnis der Wert-</p>

wertes gilt als Betrag des Schadens.	minderung zu ihrem Wert in unbeschädigtem Zustand entsprechende Bruchteil des Versicherungswertes (Absatz 1) gilt als Betrag des Schadens.
	<p>§ 141 (Versicherungswert des Schiffes) (1) ¹Als Versicherungswert des Schiffes gilt der Wert, den das Schiff bei dem Beginn der Versicherung hat. ²Dieser Wert gilt auch bei dem Eintritt des Versicherungsfalles als Versicherungswert. (2) Bei einer Beschädigung des Schiffes gelten, falls das Schiff ausbesserungsfähig ist, die nach den §§ 709, 710 des Handelsgesetzbuchs zu berechnenden Ausbesserungskosten als Betrag des Schadens.</p>
<p>§ 138 Herbeiführung des Versicherungsfalles (1) Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeiführt. (2) Der Versicherungsnehmer hat das Verhalten der Schiffsbesatzung als solcher nicht zu vertreten.</p>	<p>§ 130 (Schuldhaftes Herbeiführen des Versicherungsfalles) ¹Der Versicherer haftet nicht für einen Schaden, der von dem Versicherungsnehmer vorsätzlich oder fahrlässig verursacht wird. ²Er hat jedoch den von dem Versicherungsnehmer durch eine fehlerhafte Führung des Schiffes verursachten Schaden zu ersetzen, es sei denn, dass dem Versicherungsnehmer eine böswillige Handlungsweise zur Last fällt.</p>
<p>§ 139 Veräußerung der versicherten Sache (1) ¹Ist eine versicherte Sache, für die eine Einzelpolice oder ein Versicherungszertifikat ausgestellt worden ist, veräußert worden, haftet der Erwerber abweichend von § 96 nicht für die Prämie. ²In diesem Fall kann sich der Versicherer nicht auf Leistungsfreiheit wegen Nichtzahlung der Prämie oder wegen Nichtleistung einer Sicherheit berufen, es sei denn, der Erwerber kannte den Grund für die Leistungsfreiheit oder hätte ihn kennen müssen. (2) Der Versicherer ist abweichend von § 97 nicht berechtigt, das Versicherungsverhältnis wegen Veräußerung der versicherten Güter zu kündigen. (3) Der Versicherungsnehmer ist abweichend von § 98 nicht verpflichtet, dem Versicherer die Veräußerung anzuzeigen.</p>	<p>§ 142 (Gefahrerhöhung und Veräußerung bei Güterversicherung) ¹Bei der Versicherung von Gütern ist der Versicherer nicht berechtigt, das Versicherungsverhältnis wegen einer unabhängig von dem Willen des Versicherungsnehmers eingetretenen Erhöhung der Gefahr oder wegen einer Veräußerung der versicherten Güter zu kündigen. ²Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, eine solche Gefahrerhöhung oder eine Veräußerung dem Versicherer anzuzeigen.</p>
<p>§ 140 Veräußerung des versicherten Schiffes Wird ein versichertes Schiff veräußert, so endet abweichend von § 96 die Versicherung mit der Übergabe des Schiffes an den Erwerber, für unterwegs befindliche Schiffe mit der Übergabe an den Erwerber im Bestimmungshafen.</p>	<p>§ 143 (Gefahrerhöhung und Veräußerung bei Schiffen) (1) ¹Wird bei der Versicherung eines Schiffes das Versicherungsverhältnis, während das Schiff unterwegs ist, von dem Versicherer wegen einer unabhängig von dem Willen des Versicherungsnehmers eingetretenen Erhöhung der Gefahr oder wegen Veräußerung des Schiffes gekündigt, so wirkt die Kündigung nicht vor der Beendigung der Reise. ²Tritt während des bezeichneten Zeitraums ein Versicherungsfall ein, so wird die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung nicht dadurch berührt, dass die Anzeige der Gefahrerhöhung oder der Veräußerung unterblieben ist. (2) Ist die Verpflichtung zur Anzeige schon vor dem Beginn der Reise verletzt, so finden die Vorschriften des Absatzes 1 nur Anwendung, wenn die Gefahrerhöhung oder die Veräußerung dem Versicherer vor dem Beginn der Reise bekanntgeworden ist. (3) Bei einer Zwangsversteigerung des versicherten Schiffes finden die Vorschriften über die Veräußerung entsprechende Anwendung.</p>
<p>§ 141 Abandon (1) ¹Der Versicherer ist nach Eintritt des Versicherungsfalles berechtigt, sich durch Zahlung der Versicherungssumme von allen weiteren Verbindlichkeiten zu befreien. ²Der Versicherer bleibt zum Ersatz der Kosten verpflichtet, welche zur Abwendung oder</p>	<p>§ 145 (Zahlung der Versicherungssumme) ¹Der Versicherer ist nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles berechtigt, sich durch Zahlung der Versicherungssumme von allen weiteren Verbindlichkeiten zu befreien. ²Der Versicherer bleibt jedoch zum Ersatz der Kosten verpflichtet, welche zur Abwen-</p>

<p>Minderung des Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der versicherten Sache aufgewendet worden sind, bevor seine Erklärung, dass er sich durch Zahlung der Versicherungssumme befreien wolle, dem Versicherungsnehmer zugegangen ist. (2) Das Recht des Versicherers, sich durch Zahlung der Versicherungssumme zu befreien, erlischt, wenn die Erklärung dem Versicherungsnehmer nicht innerhalb einer Woche nach dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer Kenntnis von dem Versicherungsfall und seinen unmittelbaren Folgen erlangt hat, zugeht.</p>	<p>dung oder Minderung des Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der versicherten Sache verwendet worden sind, bevor seine Erklärung, dass er sich durch Zahlung der Versicherungssumme befreien wolle, dem Versicherungsnehmer zugegangen ist.</p>
	<p>§ 146 (Anzeigepflicht in der Binnenschifffahrt) Bei der Versicherung gegen die Gefahren der Binnenschifffahrt hat der Versicherungsnehmer jeden Unfall, der das Schiff oder die Ladung trifft, auch wenn dadurch ein Entschädigungsanspruch für ihn nicht begründet wird, dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, sofern der Unfall für die von dem Versicherer zu tragende Gefahr von Erheblichkeit ist.</p>
	<p>§ 147 (See-, Fluß- und Landreise) Ist die Versicherung für eine Reise genommen, die teils zur See, teils auf Binnengewässern oder zu Lande ausgeführt wird, so finden auf die Versicherung, auch soweit sie die Reise auf Binnengewässern oder zu Lande betrifft, die Vorschriften des Handelsgesetzbuchs über die Seeversicherung entsprechende Anwendung. Unberührt bleiben die Vorschriften des § 133 Abs. 2 Satz 2, des § 134 Abs. 2 und des § 135 über die Dispache des Schiffers, über den Beginn und das Ende der Versicherung sowie über die Haftung des Versicherers für die Beförderung zu und von der Eisenbahn.</p>
	<p>§ 148 (Forderungsübergang) Die Vorschrift des § 67 Abs. 1 Satz 2 findet auf die Transportversicherung keine Anwendung.</p>
<p>Abschnitt 2 Personenversicherung</p>	<p>Dritter Abschnitt. Lebens- und Krankenversicherung Vierter Abschnitt. Unfallversicherung</p>
<p>Titel 1 Lebensversicherung</p>	<p>Erster Titel. Lebensversicherung</p>
<p>§ 142 Versicherte Person (1) ¹Wird die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen genommen und übersteigt die vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten, so ist zur Wirksamkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich; bei Kollektivlebensversicherungen kann die Einwilligung in Textform erklärt werden. ²Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten. (2) Nimmt ein Elternteil die Versicherung auf die Person eines minderjährigen Kindes, so bedarf es der Einwilligung des Kindes nur, wenn nach dem Vertrag der Versicherer auch bei Eintritt des Todes vor der Vollendung des siebenten Lebensjahres zur Leistung verpflichtet sein soll und die für diesen Fall vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten übersteigt. (3) Soweit die Aufsichtsbehörde einen bestimmten Höchstbetrag für die gewöhnlichen Beerdigungskosten festgesetzt hat, ist dieser maßgebend.</p>	<p>§ 159 (Versicherte Personen) (1) Die Lebensversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. (2) ¹Wird die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen genommen und übersteigt die vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten, so ist zur Gültigkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich. ²Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten. (3) Nimmt der Vater oder die Mutter die Versicherung auf die Person eines minderjährigen Kindes, so bedarf es der Einwilligung des Kindes nur, wenn nach dem Vertrag der Versicherer auch bei Eintritt des Todes vor der Vollendung des siebenten Lebensjahres zur Leistung verpflichtet sein soll und die für diesen Fall vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten übersteigt. (4) Soweit die Aufsichtsbehörde einen bestimmten Höchstbetrag für die gewöhnlichen</p>

<p>§ 143 Ärztliche Untersuchung Durch die Vereinbarung einer ärztlichen Untersuchung der versicherten Person wird ein Recht des Versicherers, die Vornahme der Untersuchung zu verlangen, nicht begründet.</p>	<p>Beerdigungskosten festgesetzt hat, ist dieser maßgebend.</p> <p>§ 160 (Ärztliche Untersuchung) Durch die Vereinbarung, dass derjenige, auf dessen Person eine Versicherung genommen werden soll, sich zuvor einer ärztlichen Untersuchung zu unterwerfen hat, wird ein Recht des Versicherers, die Vornahme der Untersuchung zu verlangen, nicht begründet.</p>
<p>§ 144 Widerruf des Versicherungsnehmers (1) Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 beträgt die Widerrufsfrist 30 Tage. (2) Übt der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht nach Ablauf eines Jahres nach Zahlung der ersten Prämie aus, so hat der Versicherer abweichend von § 9 Abs. 2 Satz 1 den Rückkaufswert nach § 161 zu zahlen.</p>	
<p>§ 145 Überschussbeteiligung (1) Eine Überschussbeteiligung kann nur durch ausdrückliche Vereinbarung ausgeschlossen werden. (2) Der Versicherer hat die Überschussverteilung nach einem verursachungsorientierten Verfahren durchzuführen, es sei denn, es sind andere angemessene Verteilungsgrundsätze vereinbart. (3) Bei Verträgen mit Überschussbeteiligung ist in Textform mitzuteilen, dass der Überschuss nach handelsrechtlichen Gesichtspunkten ermittelt wird, eine Mindestzuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nach § 81c des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorzunehmen ist und die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes auch zur Verlustdeckung herangezogen werden kann.</p>	
<p>§ 146 Modellrechnung (1) Macht ein Versicherer im Zusammenhang mit dem Angebot oder dem Abschluss einer Lebensversicherung bezifferte Angaben zur Höhe von möglichen Leistungen über die vertraglich garantierten Leistungen hinaus, so hat er dem Versicherungsnehmer eine Modellrechnung zu übergeben, bei der die mögliche Ablaufleistung unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen für die Prämienkalkulation, jedoch mit folgenden abweichenden Zinssätzen dargestellt wird: 1. Höchstrechnungszinssatz multipliziert mit 1,67 2. Zinssatz nach Nummer 1 zuzüglich eines Prozentpunktes 3. Zinssatz nach Nummer 1 abzüglich eines Prozentpunktes. (2) Absatz 1 gilt nicht für Risikoversicherungen und Verträge, die Leistungen der in § 54b Abs. 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes bezeichneten Art vorsehen. (3) Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in Textform darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Modellrechnung nur um ein Rechenmodell handelt, dem fiktive Annahmen zu Grunde liegen, und dass der Versicherungsnehmer aus der Modellrechnung keine vertraglichen Ansprüche gegen den Versicherer ableiten kann.</p>	
<p>§ 147 Jährliche Unterrichtung (1) ¹Bei der Versicherung auf den Todes- oder Erlebensfall mit Überschussbeteiligung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer jährlich unaufgefordert in Textform über die tatsächliche Entwicklung seiner Ansprüche unter Einbeziehung der Überschussbeteiligung zu unterrichten. ²Dabei ist im einzelnen für das Ende des abgelaufenen Versi-</p>	

<p>berungsjahres anzugeben</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Todesfalleistung, 2. der Rückkaufswert, 3. der erreichte Stand der Erlebensfalleistung und 4. die prämienfreie Versicherungssumme. <p>(2) Hat der Versicherer über die Modellrechnung hinaus bezifferte Angaben zur möglichen zukünftigen Entwicklung der Überschussbeteiligung gemacht, so hat er den Versicherungsnehmer jährlich unaufgefordert in Textform auf Abweichungen der tatsächlichen Entwicklung von den anfänglichen Angaben hinzuweisen.</p>	
<p>§ 148 Kenntnis und Verhalten der versicherten Person</p> <p>Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, wird bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten berücksichtigt.</p>	<p>§ 161 (Kenntnis- und Verhaltenszurechnung)</p> <p>Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung auf die Person eines anderen als des Versicherungsnehmers auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.</p>
<p>§ 149 Unrichtige Altersangabe</p> <p>¹Ist das Alter der versicherten Person unrichtig angegeben worden, so verändert sich die Leistung des Versicherers nach dem Verhältnis, in welchem die dem wirklichen Alter entsprechende Prämie zu der vereinbarten Prämie steht. ²Das Recht, wegen der Verletzung der Anzeigepflicht von dem Vertrag zurückzutreten, steht dem Versicherer abweichend von § 21 Abs. 2 nur zu, wenn er nachweist, dass er den Vertrag bei richtiger Altersangabe nicht geschlossen hätte.</p>	<p>§ 162 (Unrichtige Altersangabe)</p> <p>¹Ist das Alter desjenigen, auf dessen Person die Versicherung genommen werden soll, unrichtig angegeben worden und infolge der unrichtigen Angabe die Prämie zu niedrig bestimmt, so mindert sich die Leistung des Versicherers nach dem Verhältnis, in welchem die dem wirklichen Alter entsprechende Prämie zu der vereinbarten Prämie steht. ²Das Recht, wegen Verletzung der Anzeigepflicht von dem Vertrag zurückzutreten, steht dem Versicherer nur zu, wenn das wirkliche Alter außerhalb der Grenzen liegt, welche durch den Geschäftsplan für den Abschluß von Verträgen festgesetzt sind.</p>
<p>§ 150 Anzeigepflichtverletzung</p> <p>Die Rechte des Versicherers nach § 21 Abs. 2 bis 4 wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss obliegenden Anzeigepflicht erlöschen abweichend von § 23 Abs. 3 Satz 1 nach Ablauf von fünf Jahren.</p>	<p>§ 163 (Verletzung der Anzeigepflicht)</p> <p>¹Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer von dem Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung zehn Jahre verstrichen sind. ²Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.</p>
<p>§ 151 Gefahränderung</p> <p>(1) Als Erhöhung der Gefahr gilt nur eine solche Änderung der Gefahrumstände, die nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrerhöhung angesehen werden soll; die Vereinbarung bedarf der Textform.</p> <p>(2) ¹Eine Erhöhung der Gefahr kann der Versicherer nicht mehr geltend machen, wenn seit der Erhöhung fünf Jahre verstrichen sind. ²Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer arglistig gegen § 25 verstoßen hat.</p> <p>(3) § 44 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass eine Herabsetzung der Prämie nur wegen solcher Minderung der Gefahrumstände verlangt werden kann, die nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrminderung angesehen werden soll.</p>	<p>§ 164 (Gefahrerhöhung)</p> <p>(1) Als Erhöhung der Gefahr gilt nur eine solche Änderung der Gefahrumstände, welche nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrerhöhung angesehen werden soll; die Erklärung des Versicherungsnehmers bedarf der schriftlichen Form.</p> <p>(2) ¹Eine Erhöhung der Gefahr kann der Versicherer nicht mehr geltend machen, wenn seit der Erhöhung zehn Jahre verstrichen sind. ²Der Versicherer bleibt jedoch zur Geltendmachung befugt, wenn die Pflicht, seine Einwilligung einzuholen oder ihm Anzeige zu machen, arglistig verletzt worden ist.</p> <p>§ 164a (Gefahrminderung)</p> <p>§ 41a gilt nicht für die Lebensversicherung.</p>
<p>§ 152 Bezugsberechtigung</p> <p>(1) Der Versicherungsnehmer ist im Zweifel berechtigt, ohne Zustimmung des Versicherers einen Dritten als Bezugsberechtigten zu bezeichnen, sowie an die Stelle des so bezeichneten Dritten einen anderen zu setzen.</p> <p>(2) Ein widerruflich als bezugsberechtigt bezeichneter Dritter erwirbt, wenn der Versicherungsnehmer nichts Abweichendes bestimmt, das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles.</p>	<p>§ 166 (Bezugsberechtigung)</p> <p>(1) ¹Bei einer Kapitalversicherung ist im Zweifel anzunehmen, dass dem Versicherungsnehmer die Befugnis vorbehalten ist, ohne Zustimmung des Versicherers einen Dritten als Bezugsberechtigten zu bezeichnen sowie an die Stelle des so bezeichneten Dritten einen anderen zu setzen. ²Die Befugnis des Versicherungsnehmers, an die Stelle des bezugsberechtigten Dritten einen anderen zu setzen, gilt im Zweifel auch dann als vorbehalten, wenn die Bezeichnung des Dritten im Vertrag erfolgt ist.</p>

<p>(3) Ein unwiderruflich als bezugsberechtigt bezeichneter Dritter erwirbt, wenn der Versicherungsnehmer nichts Abweichendes bestimmt, das Recht auf die Leistung des Versicherers bereits mit der Bezeichnung als Bezugsberechtigter.</p>	<p>(2) Ein als bezugsberechtigt bezeichneter Dritter erwirbt, wenn der Versicherungsnehmer nichts Abweichendes bestimmt, das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalls.</p>
<p>§ 153 Auslegung der Bezugsberechtigung (1) ¹Sind mehrere Personen ohne Bestimmung ihrer Anteile als Bezugsberechtigte bezeichnet, so sind sie zu gleichen Teilen bezugsberechtigt. ²Der von einem Bezugsberechtigten nicht erworbene Anteil wächst den übrigen Bezugsberechtigten zu. (2) ¹Soll die Leistung des Versicherers nach dem Tode des Versicherungsnehmers an dessen Erben erfolgen, so sind im Zweifel diejenigen, welche zur Zeit des Todes als Erben berufen sind, nach dem Verhältnis ihrer Erbteile bezugsberechtigt. ²Eine Ausschlagung der Erbschaft hat auf die Berechtigung keinen Einfluss. (3) Wird das Recht auf die Leistung des Versicherers von dem bezugsberechtigten Dritten nicht erworben, so steht es dem Versicherungsnehmer zu. (4) Ist der Fiskus als Erbe berufen, so steht ihm ein Bezugsrecht im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 nicht zu.</p>	<p>§ 167 (Auslegung der Bezugsberechtigung) (1) Sind bei einer Kapitalversicherung mehrere Personen ohne Bestimmung ihrer Anteile als Bezugsberechtigte bezeichnet, so sind sie zu gleichen Teilen bezugsberechtigt; der von einem Bezugsberechtigten nicht erworbene Anteil wächst den übrigen Bezugsberechtigten zu. (2) ¹Soll bei einer Kapitalversicherung die Leistung des Versicherers nach dem Tode des Versicherungsnehmers erfolgen und ist die Zahlung an die Erben ohne nähere Bestimmung bedungen, so sind im Zweifel diejenigen, welche zur Zeit des Todes als Erben berufen sind, nach dem Verhältnis ihrer Erbteile bezugsberechtigt. ²Eine Ausschlagung der Erbschaft hat auf die Berechtigung keinen Einfluß. (3) Ist der Fiskus als Erbe berufen, so steht ihm ein Bezugsrecht im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 nicht zu. § 168 (Nichterwerb des Bezugsberechtigten) Wird bei einer Kapitalversicherung das Recht auf die Leistung des Versicherers von dem bezugsberechtigten Dritten nicht erworben, so steht es dem Versicherungsnehmer zu.</p>
<p>§ 154 Selbsttötung (1) ¹Bei einer Versicherung für den Todesfall ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn die versicherte Person sich innerhalb von drei Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrags vorsätzlich selbst getötet hat. ²Dies gilt nicht, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. (2) Die Frist nach Absatz 1 Satz 1 kann durch Einzelvereinbarung geändert werden. (3) Ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, hat er den Rückkaufswert nach § 161 zu zahlen.</p>	<p>§ 169 (Selbstmord) ¹Bei einer Versicherung für den Todesfall ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn derjenige, auf dessen Person die Versicherung genommen ist, Selbstmord begangen hat. ²Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist</p>
<p>§ 155 Tötung durch Leistungsberechtigten (1) Ist die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen als des Versicherungsnehmers genommen, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod des anderen herbeiführt. (2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn dieser den Tod der versicherten Person vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung herbeiführt.</p>	<p>§ 170 (Tötung durch Versicherungsnehmer oder Berechtigten) (1) Ist die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen als des Versicherungsnehmers genommen, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod des andern herbeiführt. (2) Ist bei einer Versicherung für den Todesfall ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod desjenigen, auf dessen Person die Versicherung genommen ist, herbeiführt.</p>
	<p>§ 171 (Anzeigepflicht) (1) ¹Eine Anzeige von dem Eintritt des Versicherungsfalls ist dem Versicherer nur zu machen, wenn der Tod als Versicherungsfall bestimmt ist. ²Der Anzeigepflicht wird genügt, wenn die Anzeige binnen drei Tagen nach dem Eintritt des Versicherungsfalls erfolgt; durch die Absendung der Anzeige wird die Frist gewahrt. (2) Steht das Recht auf die Leistung einem anderen als dem Versicherungsnehmer zu, so liegt die Anzeigepflicht dem anderen ob; das gleiche gilt von der Pflicht zur Auskunft</p>

<p>§ 156 Prämien- und Leistungsänderung (1) ¹Bietet eine Lebensversicherung Versicherungsschutz für ein Risiko, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers ungewiss ist, so ist der Versicherer zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn</p> <ol style="list-style-type: none">1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,2. die nach den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Nummern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat. <p>²Eine Neufestsetzung der Prämie ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies hätte erkennen müssen.</p> <p>(2) Bei einer prämienfreien Versicherung ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt.</p> <p>(3) Soweit nichts anderes vereinbart, wird eine Neufestsetzung der Prämie und eine Herabsetzung der Versicherungsleistung zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.</p> <p>(4) Die Mitwirkung des Treuhänders nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 entfällt, wenn die Neufestsetzung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.</p>	<p>und zur Beschaffung von Belegen.</p> <p>§ 172 (Prämien- und Bedingungsanpassung) (1) ¹Bietet eine Lebensversicherung Versicherungsschutz für ein Risiko, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers ungewiß ist, so ist der Versicherer nur bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen, sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat. ²Für Änderungen der Bestimmungen zur Überschussbeteiligung gilt Satz 1 entsprechend. Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn Änderungen nach den Absätzen 1 und 2 der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen.</p> <p>(2) Ist in den Versicherungsbedingungen der Lebensversicherung eine Bestimmung unwirksam, findet Absatz 1 entsprechende Anwendung, wenn zur Fortführung des Vertrages dessen Ergänzung notwendig ist.</p> <p>(3) Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden Änderungen nach Absatz 1 zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt. Änderungen nach Absatz 2 werden zwei Wochen nach Benachrichtigung des Versicherungsnehmers wirksam.</p>
<p>§ 157 Bedingungsanpassung Ersetzt der Versicherer eine unwirksame Bestimmung in den Versicherungsbedingungen, so bedarf die neue Regelung zu ihrer Wirksamkeit der Bestätigung eines unabhängigen Treuhänders, dass die Voraussetzungen nach § 16 Abs. 2 erfüllt sind.</p>	<p>§ 172 (Prämien- und Bedingungsanpassung) (2) Ist in den Versicherungsbedingungen der Lebensversicherung eine Bestimmung unwirksam, findet Absatz 1 entsprechende Anwendung, wenn zur Fortführung des Vertrages dessen Ergänzung notwendig ist.</p> <p>(3) Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden Änderungen nach Absatz 1 zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt. Änderungen nach Absatz 2 werden zwei Wochen nach Benachrichtigung des Versicherungsnehmers wirksam.</p>
	<p>§ 173 (aufgehoben)</p>
<p>§ 158 Prämienfreie Versicherung (1) ¹Der Versicherungsnehmer kann jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangen, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. ²Wird diese nicht erreicht, hat der Versicherer den auf die Versicherung entfallenden Rückkaufswert nach § 161 zu zahlen.</p> <p>(2) Die prämienfreie Versicherungsleistung ist nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach § 161 Abs. 3 bis 5 zu berechnen und im Vertrag für jedes Versicherungsjahr anzugeben.</p> <p>(3) ¹Die prämienfreie Leistung ist für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Berücksichtigung von Prämienrückständen zu berechnen. ²Die Ansprüche des</p>	<p>§ 174 (Umwandlung in prämienfreie Versicherung) (1) ¹Der Versicherungsnehmer kann jederzeit für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangen, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungssumme oder Mindestrente erreicht wird. ²Wird der entsprechende Mindestbetrag nicht erreicht, so hat der Versicherer den auf die Versicherung entfallenden Rückkaufswert zu erstatten, der nach § 176 Abs. 3 und 4 zu berechnen ist.</p> <p>(2) Bei der Umwandlung ist die Berechnung der prämienfreien Versicherungsleistung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation vorzunehmen.</p> <p>(3) Die prämienfreie Leistung ist für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode unter Berücksichtigung von Prämienrückständen zu berechnen.</p>

<p>Versicherungsnehmers aus der Überschussbeteiligung bleiben unberührt.</p>	<p>(4) Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn dieser vereinbart und angemessen ist.</p>
<p>§ 159 Kündigung des Versicherers (1) ¹Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis, so wandelt sich mit der Kündigung die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung um. ²Auf die Umwandlung findet § 158 Anwendung. (2) Im Falle des § 41 Abs. 2 ist der Versicherer zu der Leistung verpflichtet, die ihm obliegen würde, wenn sich mit dem Eintritt des Versicherungsfalls die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt hätte. (3) Bei der Bestimmung einer Zahlungsfrist nach § 41 Abs. 1 hat der Versicherer auf die eintretende Umwandlung der Versicherung hinzuweisen.</p>	<p>§ 175 (Umwandlung nach Kündigung des Versicherers) (1) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis nach § 39, so wandelt sich mit der Kündigung die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung um. Auf die Umwandlung findet § 174 Anwendung. (2) Im Falle des § 39 Abs. 2 ist der Versicherer zu der Leistung verpflichtet, die ihm obliegen würde, wenn sich mit dem Eintritt des Versicherungsfalls die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt hätte. (3) Die in § 39 vorgesehene Bestimmung einer Zahlungsfrist muß einen Hinweis auf die eintretende Umwandlung der Versicherung enthalten.</p>
<p>§ 160 Kündigung des Versicherungsnehmers (1) Sind laufende Prämien zu entrichten, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen. (2) Ist eine Versicherung in der Art genommen, dass der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung des vereinbarten Kapitals gewiss ist, so steht das Kündigungsrecht dem Versicherungsnehmer auch dann zu, wenn die Prämie in einer einmaligen Zahlung besteht.</p>	<p>§ 165 (Kündigung des Versicherungsnehmers) (1) Sind laufende Prämien zu entrichten, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis jederzeit für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode kündigen. (2) Ist eine Kapitalversicherung für den Todesfall in der Art genommen, dass der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung des vereinbarten Kapitals gewiß ist, so steht das Kündigungsrecht dem Versicherungsnehmer auch dann zu, wenn die Prämie in einer einmaligen Zahlung besteht.</p>
<p>§ 161 Rückkaufswert (1) Wird eine Versicherung, bei welcher der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers gewiss ist, durch Kündigung des Versicherungsnehmers oder durch Rücktritt oder Anfechtung des Versicherers aufgehoben, so hat der Versicherer den Rückkaufswert zu zahlen. (2) ¹Der Rückkaufswert ist nur insoweit zu zahlen, als dieser die Leistung bei einem Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Kündigung nicht übersteigt. ²Der danach nicht bezahlte Teil des Rückkaufswertes ist für eine prämienfreie Versicherung zu verwenden. ³Im Falle des Rücktrittes und der Anfechtung ist der volle Rückkaufswert zu zahlen. (3) ¹Der Rückkaufswert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung, bei einer Kündigung mindestens jedoch die Hälfte des ungezillmerten Deckungskapitals. ²Der Rückkaufswert ist im Vertrag für jedes Versicherungsjahr anzugeben. (4) ¹Bei fondsgebundenen Versicherungen und anderen Versicherungen, die Leistungen der in § 54b des Versicherungsaufsichtsgesetzes bezeichneten Art vorsehen, ist der Rückkaufswert abweichend von Absatz 3 nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik als Zeitwert der Versicherung zu berechnen. ²Die Grundsätze der Berechnung sind in dem Vertrag anzugeben. (5) ¹Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. ²Die Vereinbarung eines Abzugs für noch nicht getilgte überrechnungsmäßige Abschlusskosten ist unwirksam. (6) Neben dem nach den Absätzen 3 bis 5 berechneten Betrag hat der Versicherer bereits zugeteilte Überschussanteile und einen für den Kündigungsfall bereits dekla-</p>	<p>§ 176 (Rückkaufswert) (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) ¹Das gleiche gilt bei einer Versicherung der in Absatz 1 bezeichneten Art auch dann, wenn nach dem Eintritt des Versicherungsfalls der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung des vereinbarten Kapitals frei ist. ²Im Fall des § 170 Abs. 1 ist jedoch der Versicherer zur Erstattung des Rückkaufswertes nicht verpflichtet. (3) ¹Der Rückkaufswert ist nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode als Zeitwert der Versicherung zu berechnen. ²Prämienrückstände werden vom Rückkaufswert abgesetzt. (4) Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn er vereinbart und angemessen ist.</p>

rierten Schlussgewinnanteil zu zahlen.	
<p>§ 162 Eintrittsrecht</p> <p>(1) ¹Wird in den Anspruch aus dem Versicherungsvertrag ein Arrest vollzogen oder eine Zwangsvollstreckung vorgenommen oder wird das Insolvenzverfahren über das Vermögen des Versicherungsnehmers eröffnet, so kann der namentlich bezeichnete Bezugsberechtigte mit Zustimmung des Versicherungsnehmers an seiner Stelle in den Versicherungsvertrag eintreten. ²Tritt der Bezugsberechtigte ein, so hat er die Forderungen der betreibenden Gläubiger oder der Insolvenzmasse bis zur Höhe des Betrags zu befriedigen, dessen Zahlung der Versicherungsnehmer im Falle der Kündigung des Versicherungsvertrags vom Versicherer verlangen kann.</p> <p>(2) Ist ein Bezugsberechtigter nicht oder nicht namentlich bezeichnet, steht das gleiche Recht dem Ehegatten oder Lebenspartner und den Kindern des Versicherungsnehmers zu.</p> <p>(3) ¹Der Eintritt erfolgt durch Anzeige an den Versicherer. ²Die Anzeige kann nur innerhalb eines Monats erfolgen, nachdem der Eintrittsberechtigte von der Pfändung Kenntnis erlangt hat oder das Insolvenzverfahren eröffnet worden ist.</p>	<p>§ 177 (Eintrittsrecht Dritter)</p> <p>(1) ¹Wird in den Versicherungsanspruch ein Arrest vollzogen oder eine Zwangsvollstreckung vorgenommen oder wird das Insolvenzverfahren über das Vermögen des Versicherungsnehmers eröffnet, so kann der namentlich bezeichnete Bezugsberechtigte mit Zustimmung des Versicherungsnehmers an seiner Stelle in den Versicherungsvertrag eintreten. ²Tritt der Bezugsberechtigte ein, so hat er die Forderungen der betreibenden Gläubiger oder der Insolvenzmasse bis zur Höhe des Betrages zu befriedigen, dessen Zahlung der Versicherungsnehmer im Falle der Kündigung des Versicherungsvertrags vom Versicherer verlangen kann.</p> <p>(2) Ist ein Bezugsberechtigter nicht oder nicht namentlich bezeichnet, steht das gleiche Recht dem Ehegatten oder Lebenspartner und den Kindern des Versicherungsnehmers zu.</p> <p>(3) ¹Der Eintritt erfolgt durch Anzeige an den Versicherer. ²Die Anzeige kann nur innerhalb eines Monats erfolgen, nachdem der Eintrittsberechtigte von der Pfändung Kenntnis erlangt hat oder der Konkurs eröffnet worden ist.</p>
<p>§ 163 Abweichende Vereinbarungen</p> <p>¹Von den Vorschriften der §§ 144 bis 147, 149 bis 151, 154 und 156 bis 162 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder des Eintrittsberechtigten abgewichen werden. ²Für das Verlangen des Versicherungsnehmers auf Umwandlung nach § 158 und für seine Kündigung nach § 160 kann die Schriftform oder Textform vereinbart werden.</p>	<p>§ 178 (Halbzwingende Vorschriften)</p> <p>(1) ¹Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften der §§ 162 bis 164, § 165, § 169 oder des § 171 Abs. 1 Satz 2 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen. ²Jedoch kann für die Kündigung, zu der nach § 165 der Versicherungsnehmer berechtigt ist, die schriftliche Form bedungen werden.</p> <p>(2) ¹Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften der §§ 174 bis 177 zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder des Eintrittsberechtigten abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen. ²In den Versicherungsbedingungen kann jedoch mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde eine andere als die in den §§ 174, 175 vorgesehene Art der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung sowie eine andere als die in § 176 vorgesehene Berechnung des zu erstattenden Betrages bestimmt werden.</p>
<p>Titel 2 Berufsunfähigkeitsversicherung</p>	
<p>§ 164 Leistung des Versicherers</p> <p>(1) Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der Versicherer verpflichtet, für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum vereinbarten Endtermin, die vereinbarte Leistung zu erbringen.</p> <p>(2) Berufsunfähig ist, wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise voraussichtlich auf Dauer nicht mehr ausüben kann.</p> <p>(3) Als weitere Voraussetzung einer Leistungspflicht kann vereinbart werden, dass der Versicherte auch keine andere Tätigkeit, die zu übernehmen er auf Grund seiner Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, ausübt oder ausüben kann.</p>	
<p>§ 165 Anerkenntnis</p> <p>(1) Der Versicherer muss nach einem Leistungsantrag bei Fälligkeit in Textform erklä-</p>	

<p>ren, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt. (2) ¹Das Anerkenntnis darf nur einmal zeitlich begrenzt werden. ²Es ist bis zum Ablauf der Frist bindend.</p>	
<p>§ 166 Leistungsfreiheit nach Anerkenntnis (1) Entfallen nach einem Anerkenntnis, das nicht nach § 165 Abs. 2 Satz 1 wirksam begrenzt ist, die Voraussetzungen der Leistungspflicht, wird der Versicherer nur leistungsfrei, wenn er dem Versicherungsnehmer diese Veränderung in Textform dargelegt hat. (2) Die Leistungsfreiheit tritt frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach der Erklärung des Versicherers ein.</p>	
<p>§ 167 Abweichende Vereinbarungen Von den Vorschriften der §§ 165 und 166 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden.</p>	
<p>§ 168 Anzuwendende Vorschriften Die Vorschriften der §§ 142 bis 162 sind auf die Berufsunfähigkeitsversicherung entsprechend anzuwenden, soweit die Besonderheiten dieser Versicherung dem nicht entgegenstehen.</p>	
<p>§ 169 Ähnliche Versicherungsverträge (1) Die §§ 165 bis 168 sind auf alle Versicherungsverträge, bei denen der Versicherer für eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eine Leistung verspricht, entsprechend anzuwenden. (2) Auf Krankenversicherungsverträge, die das Risiko der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zum Gegenstand haben, sowie auf die Unfallversicherung findet Absatz 1 keine Anwendung.</p>	
<p>Titel 3 Unfallversicherung</p>	<p>Vierter Abschnitt. Unfallversicherung</p>
<p>§ 170 Versicherte Person (1) ¹Die Unfallversicherung kann für den Eintritt eines Unfalles, der dem Versicherungsnehmer oder einem anderen zustoßt, geschlossen werden. ²Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. (2) ¹Wird die Versicherung auf eine andere Person von dem Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Wirksamkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich. ²Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten. (3) Soweit im Falle des Absatzes 2 nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, wird auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen berücksichtigt.</p>	<p>§ 179 (Versicherbare Personen) (1) Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer, oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden. (2) ¹Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. ²Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 finden entsprechende Anwendung. (3) ¹Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von dem Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich. ²Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten. (4) Soweit im Falle des Absatzes 3 die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers nach den Vorschriften dieses Gesetzes von rechtlicher Bedeutung ist, kommt auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.</p>
<p>§ 171 Leistung des Versicherers (1) In der Unfallversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei einem Unfall der versich-</p>	

<p>cherten Person oder einem vertraglich diesem gleichgestellten Ereignis die versprochenen Leistungen zu erbringen.</p> <p>(2) ¹Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. ²Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.</p>	<p>§ 180a (Vermutung der Unfreiwilligkeit)</p> <p>(1) Hängt die Leistungspflicht des Versicherers davon ab, dass der Betroffene unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erlitten hat, so wird die Unfreiwilligkeit bis zum Beweise des Gegenteils vermutet.</p> <p>(2) Auf eine Vereinbarung, durch die von den Vorschriften des Absatzes 1 zum Nachteil des Betroffenen abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>
<p>§ 172 Invalidität</p> <p>¹Der Versicherer schuldet die für den Fall der Invalidität versprochenen Leistungen im vereinbarten Umfang, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person dauerhaft beeinträchtigt ist. ²Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustandes nicht erwartet werden kann.</p>	
<p>§ 173 Gefahrerhöhung</p> <p>(1) Als Erhöhung der Gefahr gilt nur eine solche Änderung der Gefahrumstände, die nach ausdrücklicher Vereinbarung als Gefahrerhöhung angesehen werden soll; die Vereinbarung bedarf der Textform.</p> <p>(2) ¹Ergeben sich im Falle einer erhöhten Gefahr nach dem geltenden Tarif des Versicherers bei unveränderter Prämie niedrigere Versicherungsleistungen, so gelten diese mit Ablauf eines Monats nach Eintritt der Gefahrerhöhung als vereinbart.</p> <p>²Weitergehende Rechte kann der Versicherer nur geltend machen, wenn der Versicherungsnehmer die Gefahrerhöhung arglistig nicht angezeigt hat.</p>	
<p>§ 174 Mitwirkende Ursachen</p> <p>Ist vereinbart, dass der Anspruch auf die versprochenen Leistungen entfällt oder sich mindert, wenn Krankheiten oder Gebrechen bei der durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, so hat der Versicherer die Voraussetzungen des Wegfalles oder der Minderung des Anspruchs nachzuweisen.</p>	
<p>§ 175 Herbeiführung des Versicherungsfalles</p> <p>(1) Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn im Falle des § 170 Abs. 2 der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Versicherungsfall herbeigeführt hat.</p> <p>(2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Versicherungsfall herbeigeführt hat.</p>	<p>§ 181 (Vorsätzlich herbeigeführter Versicherungsfall)</p> <p>(1) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn im Falle des § 179 Abs. 3 der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Unfall herbeigeführt hat.</p> <p>(2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Unfall herbeiführt.</p>
	<p>§ 182 (Anzeigepflicht)</p> <p>Die Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalles liegt, wenn das Recht auf die Leistung einem bezugsberechtigten Dritten zusteht, diesem ob; das gleiche gilt von der Pflicht zur Auskunft und zur Beschaffung von Belegen.</p>
<p>§ 176 Abwendung und Minderung des Schadens</p> <p>Die Vorschriften der §§ 84 und 85 sind auf die Unfallversicherung nicht anzuwenden.</p>	<p>§ 183 (Rettungspflicht)</p> <p>¹Der Versicherungsnehmer hat für die Abwendung und Minderung der Folgen des Unfalls nach Möglichkeit zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen, soweit ihm nicht etwas Unbilliges zugemutet wird. ²Auf eine Vereinbarung, durch</p>

	welche von dieser Vorschrift zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.
<p>§ 177 Bezugsberechtigung Ist als Leistung des Versicherers die Zahlung eines Kapitals vereinbart, so gelten die Vorschriften der §§ 152 und 153 entsprechend.</p>	<p>§ 180 (Kapitalversicherung) Ist als Leistung des Versicherers die Zahlung eines Kapitals vereinbart, so gelten die Vorschriften der §§ 166 bis 168.</p>
<p>§ 178 Hinweispflicht des Versicherers ¹Zeigt der Versicherungsnehmer einen Versicherungsfall an, so hat der Versicherer ihn auf vertragliche Anspruchs- und Fälligkeitsvoraussetzungen sowie einzuhaltende Fristen in Textform hinzuweisen. ²Unterbleibt dieser Hinweis, so kann sich der Versicherer auf Fristversäumnis nicht berufen.</p>	
<p>§ 179 Anerkenntnis (1) ¹Der Versicherer hat nach einem Leistungsantrag innerhalb eines Monats nach Vorlage der zu seiner Beurteilung erforderlichen Unterlagen in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er seine Leistungspflicht anerkennt. ²Wird eine Invaliditätsleistung beantragt, beträgt die Frist drei Monate. (2) ¹Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe des Anspruchs geeinigt, so wird die Leistung innerhalb von zwei Wochen fällig. ²Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, so hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers einen angemessenen Vorschuss zu leisten.</p>	
<p>§ 180 Neubemessung der Invalidität (1) ¹Sind Leistungen für den Fall der Invalidität vereinbart, so sind Versicherungsnehmer und Versicherer berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, neu bemessen zu lassen. ²In der Kinderunfallversicherung kann die Frist, innerhalb derer eine Neubemessung verlangt werden kann, verlängert werden. (2) ¹Mit der Erklärung des Versicherers über die Leistungspflicht ist der Versicherungsnehmer über sein Recht zu unterrichten, den Grad der Invalidität neu bemessen zu lassen. ²Unterbleibt diese Unterrichtung, so kann sich der Versicherer auf eine Verspätung des Verlangens des Versicherungsnehmers, den Grad der Invalidität neu zu bemessen, nicht berufen.</p>	
<p>§ 181 Sachverständigenverfahren, Schadenermittlungskosten Die Vorschriften der §§ 86 und 87 sind entsprechend anzuwenden.</p>	<p>§ 184 (Sachverständigenverfahren) (1) ¹Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. ²Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern. (2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen durch das Gericht zu ernennen, so finden auf die Ernennung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechende Anwendung. (3) Eine Vereinbarung, durch welche von der Vorschrift des Absatzes 1 Satz 1 abgewichen wird, ist nichtig.</p> <p>§ 185 (Ermittlungskosten) (1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer die Kosten, welche durch die Er-</p>

	mittlung und Feststellung des Unfalls sowie des Umfanges der Leistungspflicht des Versicherers entstehen, insoweit zu erstatten, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war.
<p>§ 182 Pflichtversicherung Besteht für den Abschluss einer Unfallversicherung eine gesetzliche Verpflichtung, so hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Angabe der Versicherungssumme zu bescheinigen, dass eine dem zu bezeichnenden Gesetz entsprechende Unfallversicherung besteht.</p>	<p>§ 185 (Ermittlungskosten) (2) Besteht zum Abschluß einer Unfallversicherung eine gesetzliche Verpflichtung, so gilt § 158b Abs. 2 entsprechend.</p>
<p>§ 183 Abweichende Vereinbarungen Von den Vorschriften des § 171 Abs. 2 Satz 2 und der §§ 173, 178 bis 180 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden.</p>	<p>§ 180a (Vermutung der Unfreiwilligkeit) (2) Auf eine Vereinbarung, durch die von den Vorschriften des Absatzes 1 zum Nachteil des Betroffenen abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>
<p>Titel 4 Krankenversicherung</p>	<p>Zweiter Titel. Krankenversicherung</p>
<p>§ 184 Versicherte Person ¹Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. ²Versicherte Person ist die Person, auf die die Versicherung genommen wird.</p>	<p>§ 178a (Versicherte Person; Rechtsgrundlagen) (1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. (3) ¹Versicherte Person ist die Person, auf die die Versicherung genommen wird.</p>
<p>§ 185 Anzuwendende Vorschriften (1) ¹Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadenversicherung gewährt wird, sind die §§ 75 bis 82 und 84 bis 89 anzuwenden. ²Die Vorschriften der §§ 25 bis 29 und des § 31 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. ³§ 21 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht ohne Verschulden verletzt hat. (2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, so ist § 88 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden. (3) ¹Die §§ 46 bis 51 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich der Versicherte die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer ihn gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. ²Anderenfalls kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. ³Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.</p>	<p>§ 178a (Versicherte Person; Rechtsgrundlagen) (2) ¹Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadenversicherung gewährt wird, sind die §§ 49 bis 51, 55 bis 60 und 62 bis 68a anzuwenden. ²Die Vorschriften der §§ 23 bis 30 und des § 41 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 178k (Rücktritt des Versicherers) ¹Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. ²Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.</p>
<p>§ 186 Leistung des Versicherers (1) ¹Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten. ²An Stelle der Erstattung von Aufwendungen kann die unmittelbare Abrechnung der Leistungen mit deren Erbringern vereinbart werden. (2) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.</p>	<p>§ 178b (Umfang des Versicherungsschutzes) (1) Bei der Krankheitskostenversicherung haftet der Versicherer im vereinbarten Umfang für die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. (2) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten. (3) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch</p>

<p>(3) ¹Der Versicherer ist nach Absatz 1 und 2 nur insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Heilbehandlung oder sonstige Leistung sowie die Aufwendungen hierfür auch nach wirtschaftlichen Maßstäben notwendig sind. ²Die wirtschaftliche Notwendigkeit fehlt nur, wenn unter mehreren in gleicher Weise geeigneten Maßnahmen der Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen nicht diejenige gewählt wird, welche die geringeren Kosten verursacht, oder wenn die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.</p> <p>(4) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.</p> <p>(5) Als Inhalt der Krankheitskostenversicherung kann ferner vereinbart werden</p> <ol style="list-style-type: none">1. die Beratung über Leistungen nach Absatz 1 sowie über die Anbieter solcher Leistungen;2. die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;3. die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;4. die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen nach Absatz 1 und der hieraus resultierenden Folgen. <p>(6) ¹In der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für die Pflege der versicherten Person zu erstatten (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung). ²Absatz 3 gilt für die Pflegekostenversicherung entsprechend.</p> <p>(7) In der privaten Pflegeversicherung im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten für die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit und für die Pflegestufen die Grundsätze der §§ 14 und 15 in Verbindung mit der aufgrund des § 16 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erlassenen Rechtsverordnung.</p>	<p>das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.</p> <p>(4) In der Pflegekrankenversicherung haftet der Versicherer im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang für Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen (Pflegekostenversicherung) oder er leistet das vereinbarte Tagegeld (Pflegetagegeldversicherung).</p>
<p>§ 187 Versicherungsdauer</p> <p>(1) ¹Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 unbefristet. ²Wird in der nicht substitutiven Krankenversicherung die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet, gilt Satz 1 entsprechend.</p> <p>(2) Für Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.</p> <p>(3) ¹Für die Krankenversicherung einer Person mit befristeter Aufenthaltserlaubnis im Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. ²Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit abgeschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer abgeschlossen wird.</p> <p>(4) ¹In der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versiche-</p>	<p>§ 178a (Versicherte Person; Rechtsgrundlagen)</p> <p>(4) ¹Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann, ist unbefristet. ²Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 3 kann für die Krankheitskosten- und für die Krankenhaustagegeldversicherung eine Mindestdauer bis zu drei Jahren vereinbart werden. ³Für Ausbildungs-, Auslands- und Reisekrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.</p>

<p>rung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. ²Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet; auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. ³Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif. ⁴Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Satz 2 Halbsatz 2 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Satz 3 mit der Maßgabe entsprechend, dass die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt; ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. ⁵Satz 2 Halbsatz 1 und Satz 3 gelten entsprechend, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine Versicherung nach Satz 3 oder 4 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.</p> <p>(5) Krankenversicherungen im Sinne der Absätze 2 und 3 sowie nach Absatz 4 Satz 2 bis 5 können ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.</p>	
<p>§ 188 Wartezeiten</p> <p>(1) ¹Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und als besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. ²In der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.</p> <p>(2) ¹Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluss daran beantragt wird. ²Gleiches gilt für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.</p>	<p>§ 178c (Wartezeit)</p> <p>(1) ¹Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und als besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. ²In der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.</p> <p>(2) ¹Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluß daran beantragt wird. ²Gleiches gilt für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.</p>
<p>§ 189 Kindernachversicherung</p> <p>(1) ¹Besteht am Tag der Geburt für mindestens ein Elternteil eine Krankenversicherung, so ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. ²Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.</p> <p>(2) ¹Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. ²Besteht eine höhere Gefahr, so ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.</p> <p>(3) ¹Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes</p>	<p>§ 178d (Kindernachversicherung)</p> <p>(1) ¹Besteht am Tag der Geburt für mindestens ein Elternteil eine Krankenversicherung, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. ²Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.</p> <p>(2) ¹Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. ²Besteht eine höhere Gefahr, so ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.</p> <p>(3) ¹Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. ²Diese darf</p>

<p>kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. ²Diese darf drei Monate nicht übersteigen. (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Auslands- und die Reisekrankenversicherung nicht, wenn für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im In- oder Ausland besteht.</p>	<p>drei Monate nicht übersteigen.</p>
<p>§ 190 Beihilfeempfänger (1) Bei der Krankheitskostenversicherung einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes kann vereinbart werden, dass sie insoweit mit der Versetzung der versicherten Person in den Ruhestand endet, als sich damit der Beihilfebemessungssatz erhöht. (2) ¹Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. ²Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.</p>	<p>§ 178e (Beihilfe) ¹Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. ²Wird der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung gestellt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.</p>
<p>§ 191 Bereicherungsverbot Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes oder Anspruch auf Kostenerstattung gegen eine Kranken- oder Pflegekasse nach den Vorschriften des Fünften oder des Elften Buches Sozialgesetzbuch, so ist der Versicherer nur abzüglich der Leistungen der Beihilfeträger und der Kranken- oder Pflegekassen zur Leistung verpflichtet.</p>	
<p>§ 192 Kenntnis und Verhalten der versicherten Person Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, wird bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten berücksichtigt.</p>	<p>§ 178a (Versicherte Person; Rechtsgrundlagen) (3) ¹Versicherte Person ist die Person, auf die die Versicherung genommen wird. ²Soweit die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und ihr Verhalten in Betracht.</p>
<p>§ 193 Herbeiführung des Versicherungsfalles Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Krankheit oder den Unfall bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat.</p>	<p>§ 178l (Vorsätzlich herbeigeführter Versicherungsfall) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Krankheit oder den Unfall bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat.</p>
<p>§ 194 Auskunftspflicht des Versicherers ¹Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. ²Der Auskunftsanspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.</p>	<p>§ 178m (Auskunftspflicht) ¹Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jeder versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. ²Der Auskunftsanspruch kann jedoch nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.</p>
<p>§ 195 Prämien- und Bedingungsanpassung (1) ¹Bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird, kann der Versicherer nur die entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12, 12a und 12e in Verbindung mit § 12c des</p>	<p>§ 178g (Prämie; Prämien- und Bedingungsanpassung) (1) ¹Bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12 und 12a in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnen ist, kann der Versicherer nur die sich</p>

<p>Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnende Prämie verlangen. ²Unbeschadet bleibt die Möglichkeit, mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren.</p> <p>(2) ¹Ist bei einem Versicherungsverhältnis das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Berechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. ²Dabei darf auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. ³Maßgebliche Berechnungsgrundlagen im Sinne der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen einschließlich der Schadenregulierungskosten, die Sterbewahrscheinlichkeit und der Rechnungszins. ⁴Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gelten die Regelungen des § 12b Abs. 1 bis 2b in Verbindung mit der aufgrund des § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.</p> <p>(3) ¹Ist bei einem Versicherungsverhältnis im Sinne des Absatzes 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. ²Ersetzt der Versicherer eine unwirksame Bestimmung in den Versicherungsbedingungen, so bedarf die neue Regelung zu ihrer Wirksamkeit der Bestätigung eines unabhängigen Treuhänders, dass die Voraussetzungen nach § 16 Abs. 2 erfüllt sind.</p> <p>(4) Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Unterrichtung des Versicherungsnehmers durch den Versicherer über die Anpassung folgt.</p>	<p>daraus ergebene Prämie verlangen. ²Unbeschadet bleibt die Möglichkeit, mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren.</p> <p>(2) Ist bei einem Versicherungsverhältnis das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der daraus errechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat.</p> <p>(3) ¹Ist bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12 und 12a in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnen ist, das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. ²Ist in den Versicherungsbedingungen eine Bestimmung unwirksam, findet Satz 1 entsprechende Anwendung, wenn zur Fortführung des Vertrages dessen Ergänzung notwendig ist.</p> <p>(4) Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.</p>
<p>§ 196 Tarifwechsel</p> <p>(1) ¹Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 in Verbindung mit § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. ²Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. ³Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlags und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.</p>	<p>§ 178f (Tarifwechsel)</p> <p>(1) ¹Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. ²Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind, als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. ³Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch anwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.</p> <p>(2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.</p>

<p>(2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.</p> <p>(3) ¹Im Falle der Verschmelzung von Krankenversicherungsunternehmen oder der Übertragung von Krankenversicherungsbeständen auf ein anderes Krankenversicherungsunternehmen im Sinne von § 14 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gilt Absatz 1 für die Dauer von fünf Jahren nicht, soweit ein Wechselrecht des Versicherungsnehmers nur aufgrund der Verschmelzung oder Bestandsübertragung begründet würde. ²Die Frist nach Satz 1 beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem die Verschmelzung oder Bestandsübertragung rechtswirksam geworden ist.</p>	
<p>§ 197 Kündigung des Versicherungsnehmers</p> <p>(1) ¹Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer in der Krankheitskosten- und in der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. ²Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.</p> <p>(2) ¹Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen; die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. ²Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. ³Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. ⁴Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.</p> <p>(3) Erfüllt der Versicherer die Voraussetzungen nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht, so kann der Versicherungsnehmer mit sofortiger Wirkung kündigen.</p> <p>(4) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.</p> <p>(5) Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von einem Monat nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienenerhöhung oder die Lei-</p>	<p>§ 178h (Kündigung des Versicherungsnehmers)</p> <p>(1) ¹Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer in der Krankheitskosten- und in der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. ²Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.</p> <p>(2) ¹Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. ²Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. ³Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. ⁴Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.</p> <p>(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.</p> <p>(4) Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb von einem Monat nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienenerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.</p> <p>(5) ¹Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem die Kündigung wirksam wird. ²Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. ³In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Schluß des Mo-</p>

<p>stungsminderung wirksam werden soll.</p> <p>(6) ¹Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem die Kündigung wirksam wird. ²Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. ³In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.</p>	<p>nats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.</p>
<p>§ 198 Rückkehr aus der GKV</p> <p>(1) ¹Kündigt der Versicherungsnehmer ein Versicherungsverhältnis, das mindestens fünf Jahre ununterbrochen bestanden hat, nach § 197 Abs. 2 und kommt eine gesetzliche Krankenversicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von drei Monaten nach Ende des Versicherungsverhältnisses nicht zustande, so sind die versicherten Personen berechtigt, innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären. ²Dies gilt auch, wenn eine gesetzliche Krankenversicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von zwölf Monaten nach Ende des Versicherungsverhältnisses endet.</p> <p>(2) Die Erklärungsfrist beginnt im Falle des Absatzes 1 Satz 1 mit dem Ablauf von drei Monaten nach Ende des Versicherungsverhältnisses, im Falle des Absatzes 1 Satz 2 mit dem Ende der gesetzlichen Krankenversicherung.</p> <p>(3) Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses beginnt im Falle des Absatzes 1 Satz 1 mit dem Ende des gekündigten Versicherungsverhältnisses, im Falle des Absatzes 1 Satz 2 am Tag nach der Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung.</p>	
<p>§ 199 Kündigung des Versicherers</p> <p>(1) ¹Die ordentliche Kündigung einer substitutiven Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ist ausgeschlossen. ²Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. ³Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 1 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.</p> <p>(2) Für die ordentliche Kündigung einer nicht substitutiven Krankenversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird, gilt Absatz 1 entsprechend.</p> <p>(3) ¹Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. ²Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.</p> <p>(4) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können.</p>	<p>§ 178i (Kündigung des Versicherers)</p> <p>(1) ¹Die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ist ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. ²Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuß des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 1 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.</p> <p>(2) ¹Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. ²Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.</p> <p>(3) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können.</p>

<p>§ 200 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses (1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, so sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. (2) ¹Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, so gilt Absatz 1 entsprechend. ²Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer nur zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er auch bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.</p>	<p>§ 178n (Tod des Versicherungsnehmers) (1) Endet das Versicherungsverhältnis, durch den Tod des Versicherungsnehmers, so sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. (2) ¹Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, so gilt Absatz 1 entsprechend. ²Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.</p>
<p>§ 201 Abweichende Vereinbarungen Von den Vorschriften der §§ 187 bis 190 und 193 bis 200 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden.</p>	<p>§ 178o (Halbzwingende Vorschriften) Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften des § 178a Abs. 4, der §§ 178c bis 178f, des § 178g Abs. 1 bis 3 und der §§ 178h bis 178n zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.</p>
<p>Kapitel 3 Schlussvorschriften</p>	<p>Fünfter Abschnitt. Schlußvorschriften</p>
<p>§ 202 Rückversicherung Die Vorschriften dieses Gesetzes sind auf die Rückversicherung nicht anzuwenden.</p>	<p>§ 186 (See- und Rückversicherung) Die Vorschriften dieses Gesetzes finden auf die Seeversicherung und auf die Rückversicherung keine Anwendung.</p>
<p>§ 203 Großrisiken, laufende Versicherung Die Beschränkungen der Vertragsfreiheit nach diesem Gesetz sind auf die in Artikel 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz 2006 genannten Großrisiken und auf laufende Versicherungen nicht anzuwenden.</p>	<p>§ 187 (Großrisiken) Die in diesem Gesetz vorgesehenen Beschränkungen der Vertragsfreiheit sind auf die in Artikel 10 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Gesetz über den Versicherungsvertrag genannten Großrisiken nicht anzuwenden.</p>
	<p>§ 188 (gegenstandslos)</p>
<p>§ 204 Kleinere Versicherungsvereine (1) Die Vorschriften der §§ 40, 41, 45 über den Zahlungsverzug bei Erstprämie oder Folgeprämie und die Vorschriften der §§ 158 bis 161 für die Lebensversicherung über die Gewährung einer prämienfreien Versicherung, die Kündigung und den Rückkaufswert finden, soweit mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen abweichende Bestimmungen getroffen sind, keine Anwendung auf 1. Versicherungen bei Werkpensionskassen mit Zwangsbeitritt und auf Versicherungen, die bei einem Verein genommen werden, der als kleinerer Verein im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes anerkannt ist, 2. Lebensversicherungen mit kleineren Beträgen, 3. Unfallversicherungen mit kleineren Beträgen. (2) Sind für Versicherungen mit kleineren Beträgen im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 und 3 abweichende Bestimmungen getroffen, so kann deren Wirksamkeit nicht unter Berufung darauf angefochten werden, dass es sich nicht um Versicherungen mit kleineren Beträgen handele.</p>	<p>§ 189 (Versicherung mit kleineren Beträgen) (1) Die Vorschriften der §§ 38, 39, 42 über die nicht rechtzeitige Zahlung einer Prämie, des § 165 über das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers und die Vorschriften der §§ 174 bis 176, 178 über die Gewährung einer prämienfreien Versicherung und die Erstattung der Prämienreserve finden, soweit mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen abweichende Bestimmungen getroffen sind, keine Anwendung: 1. auf Versicherungen bei Werkpensionskassen mit Zwangsbeitritt und auf Versicherungen, die bei einem Verein genommen werden, der als kleinerer Verein im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes anerkannt ist, 2. auf die Sterbegeldversicherung, die Volksversicherung sowie auf sonstige Arten der Lebensversicherung mit kleineren Beträgen, 3. auf die Unfallversicherung mit kleineren Beträgen. (2) Sind für Versicherungen mit kleineren Beträgen im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2, 3 abweichende Bestimmungen getroffen, so kann deren Gültigkeit nicht unter Berufung darauf angefochten werden, dass es sich nicht um Versicherungen mit kleineren Beträ-</p>

	gen handle.
	§ 190 (Innungsunterstützungskassen; Berufsgenossenschaften) ¹ Die Vorschriften dieses Gesetzes finden keine Anwendung auf Versicherungsverhältnisse, die bei den auf Grund der Gewerbeordnung von Innungen oder Innungsverbänden errichteten Unterstützungskassen begründet werden. ² Das gleiche gilt von Versicherungsverhältnissen, die bei Berufsgenossenschaften gemäß § 23 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 (Reichsgesetzbl. S. 335) begründet werden.
	§ 191 (aufgehoben)
	§ 192 (aufgehoben)
	§ 193 (Wiederaufbaupflicht nach Landesrecht) (1) Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, nach welchen der Versicherer verpflichtet ist, die Entschädigungssumme nur zur Wiederherstellung des versicherten Gegenstandes zu zahlen. (2) Die Landesgesetze können bestimmen, in welcher Weise im Falle des § 97 die Verwendung des Geldes zu sichern ist.
	§ 194 (aufgehoben)