

A. Rechtsquellen der Lebensversicherung

Gliederung:

Schrifttum Anm. A 1

I. Gesetzes- und Bedingungstexte

Anm. A 2–19

1. §§ 159–178 VVG
Anm. A 2
2. Allgemeine Versicherungsbedingungen der Kapitalversicherung auf den Todesfall (ALB a. F.)
Anm. A 3
3. Musterbedingungen für die Großlebensversicherung (ALB)
Anm. A 4
- 3a. Allgemeine Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung (leichter verständliche Fassung der Musterbedingungen für die Großlebensversicherung)
Anm. A 5
4. Musterbedingungen für die Risikoversicherung
Anm. A 6
- 4a. Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung (leichter verständliche Fassung der Musterbedingungen für die Risikoversicherung)
Anm. A 7
5. Musterbedingungen für die Rentenversicherung sowie Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung
Anm. A 8
6. Musterbedingungen für die Vermögensbildungsversicherung
Anm. A 9
- 6a. Allgemeine Bedingungen für die Vermögensbildungsversicherung (leichter verständliche Fassung der Musterbedingungen für die Vermögensbildungsversicherung)
Anm. A 9a
7. Musterbedingungen für die Fondsgesbundene Lebensversicherung
Anm. A 10

8. Musterbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (BV)
Anm. A 11
- 8a. Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (leichter verständliche Fassung der Musterbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung)
Anm. A 11a
9. Musterbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)
Anm. A 12
- 9a. Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (leichter verständliche Fassung der Musterbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)
Anm. A 13
10. Musterbedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung
Anm. A 14
- 10a. Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung (leichter verständliche Fassung der Musterbedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung)
Anm. A 15
11. Anhang I:
Geschäftsplanmäßige Erklärungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der Lebensversicherung
Anm. A 16
12. Anhang II:
Merkblätter der Versicherer
Anm. A 17–18
 - a) An den Versicherungsnehmer gerichtete Merkblätter zu einzelnen Versicherungszweigen (Beispiele)
Anm. A 17
 - b) Leicht verständliches allgemein verwendbares Merkblatt zur Erläuterung der Musterbedingungen
Anm. A 18
13. Weitere genehmigte und veröffentlichte Sonderbedingungen – Hinweise
Anm. A 19

A. Rechtsquellen der LebensV. I. Bedingungstexte

II. Anwendbarkeit weiterer gesetzlicher Vorschriften und sonstiger Rechtsquellen Anm. A 20–33

1. VVG
Anm. A 20–24
 - a) Grundlegung
Anm. A 20
 - b) Anwendbarkeit der §§ 58, 68 und 79 VVG
Anm. A 21
 - c) Anwendbarkeit der Gesamtregelung der §§ 74–80 VVG
Anm. A 22
 - d) Anwendbarkeit der §§ 49–80 VVG bei Lebensversicherungen in Form der konkreten Bedarfsdeckung
Anm. A 23
 - e) Ausblick
Anm. A 24
2. VAG
Anm. A 25
3. Verordnung vom 29.XI.1940
Anm. A 26
4. BGB
Anm. A 27
5. AGB-Gesetz
Anm. A 28
6. ZPO
Anm. A 29
7. Vergleichsordnung
Anm. A 30
8. Rechtsnatur der Geschäftsplanmäßigen Erklärung
Anm. A 31
9. Gerichtsgebrauch als Rechtsquelle
Anm. A 32
10. Anhang: Technischer Geschäftsplan
Anm. A 33

III. Rangordnung und Zuordnung der Rechtsquellen Anm. A 34–40

1. Grundlegung
Anm. A 34
2. Rangfolge der Rechtsquellen
Anm. A 35
3. Beschränkungen der Vertragsfreiheit
Anm. A 36
4. Durchbrechungen beim System der halbzwingenden Normen
Anm. A 37
5. Hilfsfunktion der gesetzlichen Regelung
Anm. A 38

6. Verdrängung des Gesetzes durch geschlossene Bedingungswerke
Anm. A 39

7. Funktion des Merkblatts
Anm. A 40

IV. Auslegung gesetzlicher Rechtsquellen Anm. A 41–45

1. Grundlegung
Anm. A 41
2. Gedanke der Gefahrengemeinschaft
Anm. A 42
3. Versicherungstechnik
Anm. A 43
4. Treu und Glauben
Anm. A 44
5. Auslegung bei Einzelfragen
Anm. A 45

V. Einbeziehung und Auslegung von Allgemeinen Lebensversicherungsbedingungen einschließlich Zusatzbedingungen Anm. A 46–65

1. Grundlegung
Anm. A 46
2. Entstehung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und ihre Genehmigung durch das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen
Anm. A 47–50
 - a) Verhältnis der AVB zu gesetzlichen Bestimmungen
Anm. A 48
 - b) Verhältnis der AVB zur zivilgerichtlichen Rechtsprechung
Anm. A 49
 - c) Verhältnis der AVB zu Grundsätzen der Versicherungsaufsicht
Anm. A 50
3. Produktbeschreibung als Inhalt von AVB
Anm. A 51
4. Nichteinbeziehung überraschender Klauseln
Anm. A 52
5. Auslegung Allgemeiner Lebensversicherungsbedingungen einschließlich Zusatzbedingungen
Anm. A 53–63
 - a) Gesetzesähnliche und gesetzesförmerige Auslegung von AVB
Anm. A 53
 - b) Generelle bzw. überindividuelle rechtsgeschäftliche Auslegung von AVB
Anm. A 54

Gliederung

- c) Auslegungsmittel und Auslegungsmaßstäbe im einzelnen
Anm. A 55–62
 - aa) Grundprinzip der objektiven Auslegung im Vergleich zu der generellen, überindividuellen rechtsgeschäftlichen Auslegung
Anm. A 56
 - bb) Wortlaut der Bedingungsregelung und Darstellungszusammenhang
Anm. A 57
 - cc) Zweck der Regelung
Anm. A 58
 - dd) Verständnis des Durchschnittsversichernehmers
Anm. A 59
 - ee) Entstehungsgeschichte einer AVB-Bestimmung
Anm. A 60
 - ff) Einschränkende Auslegung von Ausschlußklauseln
Anm. A 61
 - gg) Zusammenfassung
Anm. A 62
- d) Unklarheitenregel
Anm. A 63
- 6. Ergänzende Auslegung von AVB
Anm. A 64
- 7. Vertrauenshaftung des Versicherers für Auskünfte des Versicherungsvertreters
Anm. A 65
- VI. Inhaltskontrolle bei Allgemeinen Lebensversicherungsbedingungen einschließlich Zusatzbedingungen
Anm. A 66–84
 - 1. Problemstellung
Anm. A 66
 - 2. Keine Kontrolle der Leistungsbeschreibung
Anm. A 67–69
 - a) Auffassungen Wagner und Frenz
Anm. A 67
 - b) Auffassungen Möller und Schlosser
Anm. A 68
 - c) Auffassung Dietlein
Anm. A 69
 - 3. Keine Kontrolle der Leistungsbeschreibung – Ausnahme: Sanktion von Obliegenheitsverletzungen
Anm. A 70–71
 - a) Auffassung Sieg
Anm. A 70
 - b) Auffassung Löwe
Anm. A 71
 - 4. Kontrollfreiheit der primären Risikobeschreibung – Inhaltskontrolle auch der sekundären Risikobeschreibung
Anm. A 72–73
 - a) Auffassung Fenyves
Anm. A 72
 - b) Auffassung Graba
Anm. A 73
 - 5. Inhaltskontrolle nur bei gesetzlicher Parallelvorschrift im VVG
Anm. A 74–76
 - a) Auffassung Schäfer
Anm. A 74
 - b) Zufälligkeit des Ergebnisses
Anm. A 75
 - c) Kein Vorrang der wörtlichen Auslegung
Anm. A 76
 - 6. Inhaltskontrolle bis auf einen Kernbereich
Anm. A 77–78
 - a) Vertragszweck als Abgrenzungskriterium und Maßstab der Inhaltskontrolle
Anm. A 77
 - b) Auffassungen Bergeest, Brandner, Flick und Prölss-Martin
Anm. A 78
 - 7. Vollständige Inhaltskontrolle der Leistungsbeschreibung – Auffassungen Bauer, Helm, H.-D. Horn und N. Horn
Anm. A 79
 - 8. Eigene Stellungnahme: Kontrollfreiheit eines engen, den Versicherungsnehmer lediglich begünstigenden Kernbereichs
Anm. A 80
 - 9. Zusammenfassung
Anm. A 81
 - 10. Verhältnis der Inhaltskontrolle nach dem AGB-Gesetz zum VVG
Anm. A 82
 - 11. Inhaltskontrolle nach §§ 13–22 AGB-Gesetz
Anm. A 83–84
 - a) Grundlegung
Anm. A 83
 - b) Verfahrensrechtliches
Anm. A 84

[A 1] Schrifttum:

André, Die geschäftsplanmäßige Erklärung, Karlsruhe 1969, Angerer ZVersWiss 1975 S. 197–208, Anli, Versicherung für fremde Rechnung, Heidelberger Diss. 1967, Böhm VW 1956 S. 57–60, Brandner in: Festschrift Hauß Karlsruhe 1978 S. 1–14, Bruck-Dörstling, Das Recht des Lebensversicherungsvertrages, 2. Aufl., Mannheim-Berlin-Leipzig 1933, Bauer BB 1978 S. 476–480, Bergeest, Die Vertrauensschadenversicherung in ihren modernen Erscheinungsformen, Karlsruhe 1982, Canaris, Systemdenken und Systembegriff in der Jurisprudenz, Berlin 1969, Coing, Juristische Methodenlehre, Berlin, New York 1972, Cuntze, Die geschäftsplanmäßige Erklärung in der Versicherungsaufsicht, Hamburger Diss. 1965, Dietlein-Rebmann, AGB aktuell, Köln 1976, Dreger, Die Bedeutung des Geschäftsplans in der Versicherungsaufsicht, Stuttgart 1956, Ehrenzweig, Deutsches (Österreichisches) Versicherungsvertragsrecht, Wien 1952, Erman, Handkommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, 7. Aufl., 1. Bd, Münster 1981, Esser, Vorverständnis und Methodenwahl in der Rechtsfindung, 2. Aufl., Frankfurt 1972, Farny ZVersWiss 1975 S. 169–184, Fenyves VersRundschau 1976 S. 353–378, Flick, Die Schranken der Inhaltskontrolle Allgemeiner Versicherungsbedingungen nach § 8 des Gesetzes zur Regelung des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen, Diss. Hamburg 1984, Frenz VersR 1979 S. 394–397, Fromm JRPV 1942 S. 126–128, v. Gierke, Versicherungsrecht unter Ausschluß der Sozialversicherung, 1. Hälfte, Stuttgart 1937, Goldberg-Müller, Versicherungsaufsichtsgesetz, Berlin-New York 1980, Hagelschuer, Lebensversicherung, Wiesbaden 1983, Helm NJW 1978 S. 129–133, H.-D. Horn, Sozial- und Wirtschaftsrisiken im Privatversicherungsrecht – Möglichkeiten und Grenzen einer rechtlichen Differenzierung, Diss. Hamburg 1983, Kadatz-Hebel, 50 Jahre materielle Versicherungsaufsicht, 2. Bd, Berlin 1952, S. 1–68, Kisch III S. 374–621, Koch-Stübing, Allgemeine Geschäftsbedingungen – Kommentar, Neuwied-Darmstadt 1977, Kimball-Pfennigstorf, Allgemeine Versicherungsbedingungen unter Staatsaufsicht – Eine rechtsvergleichende Studie, Karlsruhe 1968, Larenz, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 4. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1979, Lenné, Das Versicherungsgeschäft für fremde Rechnung, Marburg 1911, Löwe-Graf von Westphalen-Trinckner, Kommentar zum Gesetz der Regelung des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen, Heidelberg 1979, Meyer-Kahlen VersPrax 1977 S. 81–87, ders. Vortrag 1982 (unveröffentlicht), Millauer, Rechtsgrundsätze der Gruppenversicherung, 2. Aufl., Karlsruhe 1966, Möller VersPrax 1952 S. 8–9, ders. VersRundschau 1976 S. 342–352, ders. Versicherungsvertragsrecht, 3. Aufl., Wiesbaden 1977, Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch (MüKo) Bd 1, Allgemeiner Teil, AGB-Gesetz, München 1978, Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 43. Aufl., München 1984, Priester, Nachahmungsschutz für Dienstleistungsmodelle, Karlsruhe 1965, Prölss-Schmidt-Frey, Versicherungsaufsichtsgesetz, 9. Aufl. 1983, Prölss-Martin, Versicherungsvertragsgesetz, 23. Aufl., München 1984, Raiser, Das Recht der Allgemeinen Geschäftsbedingungen, Hamburg 1935, Rehbinder, Die Filmversicherung, Baden-Baden 1964, Sieg ZVersWiss 1974 S. 97–106, ders. ZVersWiss 1975 S. 161–167, ders. BB 1975 S. 845–846, ders. VersR 1977 S. 489–496, Schäfer VersR 1978 S. 4–13, Schlosser/Coester-Waltjen/Graba, Kommentar zum Gesetz zur Regelung des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen, Bielefeld 1977, Schmidt VersRundschau 1961 S. 337–351, Schmidt-Salzer NJW 1977 S. 129–141, ders. Allgemeine Geschäftsbedingungen, 2. Aufl., München 1977, Staudinger, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, 12. Aufl., Berlin 1979, Thees WallmannsZ S. 271–272, v. d. Thüsen VersR 1954 S. 155–157, Ulmer-Brandner-Hensen, AGB-Gesetz, 4. Aufl., 1982, Vassel, Einflußnahme des Staates auf die Ausgestaltung von AVB, Karlsruhe 1971, Wagner ZVersWiss 1975 S. 619–647, ders. ZVersWiss 1977 S. 119–144, Werber in: Festgabe Möller S. 511–535, Winter in: Hellner-Nord, Life Insurance Law in International Perspective, Stockholm 1969, 210–227, ders. ZVersWiss 1970 S. 39–49, ders. ZVersWiss 1977 S. 145–168, Wolf-N. Horn-Lindacher, AGB-Gesetz, München 1984.

[A 2] I. Gesetzes- und Bedingungstexte**1. §§ 159–178 VVG****§ 159**

Die Lebensversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden.

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

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 Verträge 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.

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

§ 160

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.

§ 161

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.

§ 162

Ist 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. Das Recht, wegen Verletzung der Anzeigepflicht von dem Verträge 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.

§ 163

Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer von dem Verträge nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung zehn Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

§ 164

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.

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

§ 164 a

§ 41a gilt nicht für die Lebensversicherung.

§ 165

Sind laufende Prämien zu entrichten, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis jederzeit für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode kündigen. 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.

§ 166

Bei 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. Die 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.

Ein als bezugsberechtigter Dritter erwirbt, wenn der Versicherungsnehmer nichts Abweichendes bestimmt, das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritte des Versicherungsfalls.

§ 167

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.

Soll 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. Eine Ausschlagung der Erbschaft hat auf die Berechtigung keinen Einfluß.

Ist der Fiskus als Erbe berufen, so steht ihm ein Bezugsrecht im Sinne des Abs. 2 Satz 1 nicht zu.

§ 168

Wird bei einer Kapitalversicherung das Recht auf die Leistung des Versicherers von dem bezugsberechtigten Dritten nicht erworben, so steht es dem Versicherungsnehmer zu.

§ 169

Bei 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. Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

§ 170

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 anderen herbeiführt.

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, in dessen Person die Versicherung genommen ist, herbeiführt.

§ 171

Eine Anzeige von dem Eintritte des Versicherungsfalls ist dem Versicherer nur zu machen, wenn der Tod als Versicherungsfall bestimmt ist. Der Anzeigepflicht wird genügt, wenn die Anzeige binnen drei Tagen nach dem Eintritte des Versicherungsfalls erfolgt; durch die Absendung der Anzeige wird die Frist gewahrt.

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.

§ 172*

§ 173

Ist die Prämie für einen Zeitraum von drei Jahren bezahlt, so gelten die besonderen Vorschriften der §§ 174 bis 176.

§ 174

Der Versicherungsnehmer kann jederzeit für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangen.

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

Die Prämienreserve ist für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode zu berechnen. Prämienrückstände werden von dem Betrage der Prämienreserve abgesetzt.

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

§ 175

Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis nach § 39, so wandelt sich mit der Kündigung die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung um. Auf die Umwandlung finden die Vorschriften des § 174 Abs. 2 bis 4 Anwendung.

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.

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

§ 176

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

Das gleiche gilt bei einer Versicherung der im Abs. 1 bezeichneten Art auch dann, wenn nach dem Eintritte des Versicherungsfalls der Versicherer von der Verpflichtung

* Gestrichen durch VO v. 19. XII. 1939.

zur Zahlung des vereinbarten Kapitals frei ist. Im Falle des § 170 Abs. 1 ist jedoch der Versicherer zur Erstattung der Prämienreserve nicht verpflichtet.

Bei der Ermittlung des zu erstattenden Betrags ist die Prämienreserve für den Schluß der Versicherungsperiode zu berechnen, in deren Laufe das Versicherungsverhältnis endigt.

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

§ 177

Wird in den Versicherungsanspruch ein Arrest vollzogen oder eine Zwangsvollstreckung vorgenommen, oder wird der Konkurs 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 Konkursmasse bis zur Höhe des Betrages zu befriedigen, dessen Zahlung der Versicherungsnehmer im Falle der Kündigung des Versicherungsvertrags vom Versicherer verlangen kann.

Ist ein Bezugsberechtigter nicht oder nicht namentlich bezeichnet, so steht das gleiche Recht dem Ehegatten und den Kindern des Versicherungsnehmers zu.

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 der Konkurs eröffnet worden ist.

§ 178

Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften der §§ 162 bis 164, § 165, § 169 oder des § 171 Abs. 1 Satz 2 zum Nachteile des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen. Jedoch kann für die Kündigung, zu der nach § 165 der Versicherungsnehmer berechtigt ist, die schriftliche Form bedungen werden.

Auf eine Vereinbarung, durch welche von den Vorschriften der §§ 173 bis 177 zum Nachteile des Versicherungsnehmers oder des Eintrittsberechtigten abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen. In 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 im § 176 vorgesehene Berechnung des zu erstattenden Betrages bestimmt werden.

[A 3] 2. Allgemeine Versicherungsbedingungen der Kapitalversicherung auf den Todesfall (ALB a. F.)*

* VA 1932 S. 115 in der Fassung des Rundschreibens R 57/40 des RAA v. 4.XII.1940 (vgl. Bekanntmachung des RAA v. 15.II.1941 RAnz Nr 48/41). Die VA 1932 S. 115 abgedruckten Bedingungen weichen in einigen Punkten von den vom Verband beschlossenen ab. Die

§ 1 Allgemeines

(1) Wer eine Lebensversicherung eingehen will, hat einen schriftlichen Versicherungsantrag zu stellen und alles wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben, was für die Gefahr, welche die Versicherungsgesellschaft übernehmen soll, erheblich ist (s. § 8). An diesen Antrag ist der Antragsteller 6 Wochen lang gebunden; die Frist beginnt mit dem Tage der vertrauensärztlichen Untersuchung oder, falls eine solche nicht stattfinden soll, mit dem Tag der Antragstellung. Tritt zwischen der Antragstellung und der Annahme des Antrags eine Erhöhung der Gefahr ein, so hat der Versicherungsnehmer, sobald er von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen. Als Erhöhung der Gefahr gilt insbesondere eine erhebliche Erkrankung oder Verletzung der zu versichernden Person.

(2) Versicherungsnehmer ist, wer die Versicherung beantragt hat, Versicherter der, auf dessen Leben die Versicherung abgeschlossen ist.

(3) Bei Ablehnung eines Antrags ist die Gesellschaft zur Angabe von Gründen nicht verpflichtet. Alle Antragspapiere werden Eigentum der Gesellschaft.

(4) Über den Versicherungsvertrag stellt die Gesellschaft einen Versicherungsschein aus.

(5) Soweit in diesen Bedingungen nichts Abweichendes vereinbart ist, gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsnehmer hat unverzüglich, nachdem ihm die Annahme seines Antrages angezeigt worden ist, gegen Aushändigung des Versicherungsscheins die Einlösungsprämie nebst Ausfertigungsgebühr von 1% der Versicherungssumme, höchstens 10,— DM, und die etwaigen öffentlichen Abgaben zu bezahlen. Mit Eingang dieser Zahlung, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt des Beginns der Versicherung, beginnt die Leistungspflicht der Gesellschaft. Sie tritt nicht ein, wenn der zu Versicherte in dem für den Beginn der Leistungspflicht maßgebenden Zeitpunkt nicht mehr lebt.

(2) Wenn die Einlösungsprämie, die Gebühren und öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig bezahlt werden, kann die Gesellschaft auch bei Vereinbarung der Jahresprämienzahlung in Teilbeträgen die Jahresprämie, bei Vereinbarung einer einmaligen Prämienzahlung die entsprechende Jahresprämie nebst Gebühren und öffentlichen Abgaben sofort einfordern; sie kann auch, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn die Gesellschaft ihren Anspruch nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag der Einlösungsprämie an gerichtlich geltend gemacht hat. Bei Rücktritt steht ihr neben dem Ersatz der Arztkosten eine Gebühr von 2% der Versicherungssumme, höchstens 15,— DM, zu.

§ 3 Prämien (Beiträge)

(1) Die Höhe der Prämien bemißt sich nach den Tarifen der Gesellschaft unter Berücksichtigung des Alters des Versicherten. Dabei wird ein begonnenes Lebensjahr

ALB a. F. gelten für die vor Einführung der jetzigen Musterbedingungen abgeschlossenen Lebensverträge weiter, soweit ihnen nicht zwingend Vorschriften wie die Normen des AGB-Gesetzes entgegenstehen. Zur Gegenüberstellung der ALB a. F. und der Musterbedingungen vgl. Anm. B 15 sowie Prölss-Martin²³ Anhang II zu §§ 159–178 VVG nach § 19 ALB a. F.

als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Versicherungsschein das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als sechs Monate verflossen sind.

(2) Ist das Alter zu niedrig oder zu hoch angegeben, so wird die Versicherungssumme entsprechend dem Prämienunterschied herabgesetzt oder erhöht.

(3) Die Gesellschaft kann die Versicherung einer Person, die einer erhöhten Sterblichkeitsgefahr ausgesetzt ist, von der Zahlung einer erhöhten Prämie oder von sonstigen besonderen Bedingungen abhängig machen.

(4) Die Prämien sind einmalige oder Jahresprämien. Jahresprämien werden zu Beginn jedes Versicherungsjahres fällig; sie können mit Zustimmung der Gesellschaft gegen ein Aufgeld auch in Teilbeträgen gezahlt werden. Sind bei Eintritt des Versicherungsfalles Teilbeträge der laufenden Jahresprämie noch nicht gezahlt, so werden sie von der Leistung der Gesellschaft abgezogen. Die Zahlungsweise kann nur mit Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden.

(5) Alle nach Beginn der Versicherung zu entrichtenden Prämien (Folgeprämien) sind innerhalb eines Monats, monatliche Teilbeträge innerhalb zweier Wochen vom Fälligkeitstag an kostenfrei an die Gesellschaft oder an denjenigen ihrer Vertreter zu zahlen, der sich im Besitz der mit der Unterschrift des Vorstandes versehenen Prämienrechnung befindet. Jede Verlängerung der Zahlungsfrist ohne schriftliche Einwilligung des Vorstandes der Gesellschaft ist für diese unverbindlich.

§ 4 Zahlungsverzug

(1) Wird eine Folgeprämie oder werden die dafür geschuldeten Zinsen, Kosten und öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so fordert die Gesellschaft den Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auf, die rückständige Prämie mit einem Aufschlag von 3% der Prämie und eine Gebühr von 1,— DM innerhalb einer Nachfrist von zwei Wochen unmittelbar an die Gesellschaft zu zahlen.

(2) Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Nachfrist im Verzug, so treten folgende Wirkungen ein:

a) Ist die Prämie noch nicht für einen Zeitraum von drei Jahren gezahlt, so ist die Gesellschaft im Versicherungsfall von der Verpflichtung zur Leistung frei. Sie kann außerdem das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. In jedem Fall kann die Gesellschaft die rückständigen Prämien einschließlich derjenigen des zur Zeit der Mahnung laufenden Versicherungsjahrs, höchstens aber den Betrag einer Jahresprämie nebst Zinsen und Kosten verlangen.

b) Ist die Prämie für einen Zeitraum von mindestens drei Jahren gezahlt, so kann die Gesellschaft die Versicherung ebenfalls fristlos kündigen. Durch die Kündigung wandelt sich die Versicherung mit sofortiger Wirkung in eine prämienfreie gemäß § 5 um. Stirbt der Versicherte, solange der Versicherungsnehmer im Verzug ist, aber vor der Kündigung, so braucht die Gesellschaft nur das zu leisten, was sie im Falle einer Kündigung auf den Todestag zu leisten gehabt hätte.

(3) Die Kündigung kann mit der Setzung der Nachfrist verbunden werden.

(4) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls Mahnung und Kündigung verbunden wurden, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Nachfrist sämtliche Rückstände nebst Zinsen und Kosten unmittelbar an die Gesellschaft zahlt und der Versicherte beim Eingang der Zahlung noch lebt. Auch nach Ablauf vorstehender Frist kann unter denselben Voraussetzungen und mit denselben Wirkungen die Zahlung der Rückstände

nebst Zinsen und Kosten insolange nachgeholt werden, als noch nicht 6 Monate nach dem Fälligkeitstermin der erstmals unbezahlten Prämie verstrichen sind.

§ 5 Prämienfreie Versicherung

(1) Ist die Prämie für einen Zeitraum von mindestens drei Jahren gezahlt, so kann der Versicherungsnehmer jederzeit für den Schluß des laufenden Versicherungsjahres oder innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von drei Monaten auf den Monatsschluß verlangen, daß die Versicherung ganz oder teilweise in eine prämienfreie umgewandelt wird.

(2) Der Antrag ist schriftlich unmittelbar bei der Gesellschaft zu stellen; dabei sind der Versicherungsschein und der Nachweis der letzten Prämienzahlung vorzulegen. Mit der Umwandlung ermäßigt sich die Versicherungssumme auf den Betrag, der sich ergibt, wenn das volle geschäftsplanmäßige Deckungskapital vermehrt um einen Jahresgewinnanteil als einmalige Prämie angesehen wird. Sind Prämien rückständig, so werden zunächst an dem Deckungskapital die rückständigen Prämien, Zinsen und Kosten abgezogen. Dasselbe gilt für etwaige auf die Versicherung gegebene Darlehen (Vorauszahlungen) nebst Zinsen.

(3) Die bei der Umwandlung sich ergebende prämienfreie Versicherungssumme muß mindestens 100 DM betragen, andernfalls erfolgt Rückvergütung nach § 6. Teilumwandlung ist nur zulässig, wenn die verbleibende prämienpflichtige Versicherungssumme nicht unter 1000 DM sinkt und durch 100 ohne Rest teilbar ist.

§ 6 Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers, Rückvergütung

(1) Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit auf den Schluß des laufenden Versicherungsjahres oder innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von drei Monaten, auf den Monatsschluß, frühestens auf den Schluß des ersten Versicherungsjahres, ganz oder teilweise kündigen. Bei Teilkündigung darf die verbleibende Summe nicht unter 1000 DM sinken und muß durch 100 ohne Rest teilbar sein.

(2) Die Kündigung ist schriftlich unmittelbar an die Gesellschaft zu richten; Versicherungsschein und Nachweis der letzten Prämienzahlung sind miteinzureichen.

(3) Sind Prämien für mindestens drei Jahre gezahlt, so wird auf die gekündigte Versicherung eine Rückvergütung gewährt. Diese beträgt mindestens 95% des auf den Ablauf der Kündigungsfrist, frühestens auf den Schluß des 3. Versicherungsjahres, berechneten geschäftsplanmäßigen Deckungskapitals, vermehrt um einen Jahresgewinnanteil.

§ 7 Darlehen (Vorauszahlung)

Sobald eine Versicherung nach § 6 Ziffer 3 rückkaufsfähig ist, kann die Gesellschaft gegen Verpfändung der Versicherungsansprüche und Hinterlegung des Versicherungsscheins ein verzinsliches Darlehen gewähren; ein Rechtsanspruch hierauf besteht nicht.

Höchstgrenze des Darlehens ist der Rückkaufwert der Versicherung abzüglich eines Jahreszinses und der Gefahrprämie des folgenden Versicherungsjahres. Der Zinssatz wird von der Gesellschaft nach Lage des Kapitalmarktes festgesetzt.

Der Darlehensnehmer kann das Darlehen einschließlich Zinsen jederzeit ganz oder teilweise zurückzahlen.

Werden die Darlehenszinsen nicht rechtzeitig gezahlt, so findet § 4 entsprechende Anwendung; das gekündigte Darlehen nebst Zinsen und Kosten wird von der Gesellschaft am Rückkaufswert der Versicherung abgezogen und die Versicherungssumme entsprechend herabgesetzt. Sinkt sie dadurch unter 1000 DM, so erfolgt Rückvergütung.

§ 8 Verletzung der Anzeigepflicht

(1) *Hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte bei Abschluß, Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung einen ihm bekannten Umstand, der für die Übernahme der Gefahr erheblich ist, verschwiegen oder falsch angegeben, so ist die Gesellschaft berechtigt, innerhalb eines Monats, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat, von dem Vertrag zurückzutreten. Als erheblich gelten im Zweifel alle Umstände, nach denen die Versicherungsgesellschaft ausdrücklich und schriftlich gefragt hat. Waren die Gefahrenumstände an Hand schriftlicher von der Gesellschaft gestellter Fragen anzuzeigen, so kann die Gesellschaft wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.*

(2) *Der Rücktritt ist ausgeschlossen,*

- a) wenn die Gesellschaft den verschwiegenen Umstand kannte; Kenntnis eines Vermittlers der Versicherung steht der Kenntnis der Gesellschaft nicht gleich;*
- b) wenn weder den Versicherungsnehmer noch den Versicherten ein Verschulden trifft;*
- c) wenn der Versicherte gestorben ist und der verschwiegene oder falsch angegebene Umstand keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat;*
- d) wenn seit Anschluß, Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung drei Jahre verstrichen sind.*

Daß einer dieser Umstände vorliegt, hat derjenige zu beweisen, der die Berechtigung des Rücktritts bestreitet.

(3) *Das Recht der Gesellschaft, die Versicherung wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.*

(4) *Bei Rücktritt oder Anfechtung hat die Gesellschaft lediglich Rückvergütung nach § 6 Abs. 3 zu gewähren. Die Prämie gebührt ihr in diesen Fällen nur bis zum Schluß des Versicherungsjahres, in dem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von den Anfechtungsgründen Kenntnis erlangt hat.*

§ 9 Kriegsversicherung

Die Deckung der Kriegsgefahr richtet sich nach den von der Aufsichtsbehörde bei Bedarf zu erlassenden allgemein gültigen Vorschriften.

§ 10 Selbstmord

Bei Selbstmord des Versicherten zahlt die Gesellschaft die volle Versicherungssumme, wenn beim Ableben seit Einlösung des Versicherungsscheins oder seit Wiederherstellung einer erloschenen Versicherung 5 Jahre verstrichen sind oder wenn nachgewiesen wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden begangen worden ist. Andernfalls ist ein etwa vorhandenes Deckungskapital zu erstatten.

§ 11 Leistung der Gesellschaft

(1) *Wer eine Leistung aus dem Versicherungsverhältnis verlangt, hat vorzulegen:*

- a) den Versicherungsschein oder den Hinterlegungsschein und den Nachweis der letzten Prämienzahlung;*
- b) ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt des Versicherten.*

(2) *Der Tod des Versicherten ist der Gesellschaft unverzüglich anzuzeigen. Außer den obigen Nachweisen sind dann einzureichen:*

- a) eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde;*

b) ein ausführliches Zeugnis des Arztes, der den Verstorbenen zuletzt behandelt hat oder, wenn eine solche Behandlung nicht stattgefunden hat, ein anderes ärztliches oder amtliches Zeugnis. Die Zeugnisse müssen die Todesursache sowie den Beginn und Verlauf der tödlichen Krankheit des Versicherten oder die näheren Umstände des Todes angeben.

(3) Die Gesellschaft kann etwa notwendige weitere Nachweisungen verlangen oder selbst Erhebungen anstellen. Die Erhebungen dürfen sich jedoch nur auf die Zeit vor der Antragstellung, die nächsten 3 Jahre nach der Antragstellung und das Jahr vor dem Tod erstrecken. Die Gesellschaft kann für die erforderlichen Nachweise und die Empfangsbescheinigung über die Leistung der Gesellschaft beglaubigte Unterschrift fordern.

(4) Die durch die vorstehenden Bestimmungen entstehenden Kosten hat der zu tragen, welcher den Anspruch gegen die Gesellschaft geltend macht. Erhebungen und Nachweisungen, die zur Klärung der Todesursache, des Beginns und Verlaufs der tödlichen Krankheit des Versicherten und der näheren Umstände des Todes nicht erforderlich waren, gehen zu Lasten der Gesellschaft.

§ 12 Erfüllung

(1) Erfüllungsort für beide Teile sind die Geschäftsräume des Vorstandes der Gesellschaft in

(2) Leistungen der Gesellschaft werden auf Antrag dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten übersandt. Die Art der Übermittlung bestimmt die Gesellschaft.

(3) Die fällige Versicherungssumme ist nach Ablauf eines Monats seit Eingang der sämtlichen in § 11 Ziff. 1 und 2 bezeichneten erforderlichen Unterlagen beim Vorstand der Gesellschaft zu verzinsen; der Zinssatz beträgt 1% unter Reichsbankdiskont, mindestens aber 4% und höchstens 6% für das Jahr.

§ 13 Inhaberklausel

Die Gesellschaft darf den Inhaber des Versicherungsscheins (oder des von ihr erteilten Hinterlegungsscheins) als berechtigt ansehen, über alle Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere die Leistung der Gesellschaft in Empfang zu nehmen; sie kann aber den Nachweis der Verfügungs- oder Empfangsberechtigung verlangen.

§ 14 Willenserklärungen

(1) Eine Willenserklärung, welche die Gesellschaft in eingeschriebenem Brief an den Versicherungsnehmer unter seiner letzten ihrem Vorstand bekannten Anschrift abgesandt hat, gilt als in dem Zeitpunkt zugegangen, in welchem der Versicherungsnehmer im Falle seiner Anwesenheit am Ort der Anschrift von dem Inhalt der Erklärung hätte Kenntnis nehmen können.

(2) Nimmt der Versicherungsnehmer seinen Aufenthalt außerhalb des geschäftsplanmäßigen Geschäftsgebietes der Gesellschaft, so hat er der Gesellschaft einen Zustellungsbevollmächtigten innerhalb dieses Geschäftsgebietes zu benennen. Solange ein solcher nicht vorhanden ist, kann die Gesellschaft nach Abs. 1 Erklärungen an die letzte ihrem Vorstand bekannte Anschrift innerhalb ihres Geschäftsgebietes rechtswirksam abgeben.

(3) Alle Willenserklärungen und Anzeigen, die bei Abschluß des Vertrags oder später der Gesellschaft gegenüber abgegeben werden, brauchen von ihr nur dann als rechtswirksam angesehen zu werden, wenn sie dem Vorstand der Gesellschaft schriftlich zugegangen sind.

§ 15 Rechte dritter Personen

(1) *Hat der Versicherungsnehmer eine dritte Person als bezugsberechtigt bezeichnet, so erwirbt diese ein Recht auf die Leistung, falls nichts anderes vereinbart ist, erst mit dem Ableben des Versicherten. Bis dahin kann der Versicherungsnehmer über die Versicherung frei verfügen; er darf die Bezeichnung widerrufen oder ändern. Er kann auch bestimmen, daß der Bezugsberechtigte das Recht auf die Versicherungsleistungen sofort erwerben soll; in diesem Falle ist ein Widerruf oder eine Änderung nur mit Zustimmung des Bezugsberechtigten möglich.*

(2) *Verpfändungen und Abtretungen der Ansprüche aus der Versicherung sind der Gesellschaft gegenüber nur dann wirksam, wenn sie der bisherige Verfügungsberechtigte dem Vorstand schriftlich angezeigt hat. Bei Abtretungen kann statt der Anzeige die Abtretungsurkunde vorgelegt werden.*

(3) *Die Gesellschaft kann den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrags auch dritten Berechtigten gegenüber geltend machen.*

(4) *Ist der Versicherungsnehmer im Konkurs oder wird der Versicherungsanspruch mit Arrest belegt oder gepfändet, so können der namentlich bezeichnete Bezugsberechtigte oder, wenn ein solcher nicht oder nicht namentlich bezeichnet ist, der Ehegatte und die Kinder des Versicherungsnehmers mit seiner Zustimmung der Unternehmung anzeigen, daß sie an Stelle des Versicherungsnehmers in den Versicherungsvertrag eintreten. In diesem Falle sind die Forderungen der betreibenden Gläubiger oder der Konkursmasse bis zur Höhe des Rückkaufswertes zu befriedigen. Die Anzeige muß innerhalb eines Monats erfolgen, nachdem der Eintrittsberechtigte von der Pfändung Kenntnis erlangt hat oder der Konkurs eröffnet worden ist.*

§ 16 Öffentliche Abgaben und Gebühren

(1) *Alle öffentlichen Abgaben, die für die Versicherung erhoben werden, sind der Gesellschaft zu erstatten.*

(2) *Auch ist die Gesellschaft berechtigt, für besondere Bemühungen, wie nachträgliche Eintragung oder Änderung von Begünstigungsvermerken, Verpfändungsvormerkungen, Abtretungserklärungen, Änderungen des Inhalts des Versicherungsscheins, Ausstellung von Ersatzurkunden usw., neben dem Ersatz der Postgebühren eine Geschäftsgebühr von 1,— DM zu erheben und deren Vorauszahlung zu verlangen. Für Abschriften sind die ortsüblichen Sätze zu zahlen.*

§ 17 Verlust des Versicherungsscheins

(1) *Ist ein Versicherungsschein (oder ein Hinterlegungsschein) vernichtet oder abhanden gekommen, so stellt die Gesellschaft auf Antrag eine Ersatzurkunde aus, nachdem entweder die Urkunde gerichtlich für kraftlos erklärt oder der Verlust genügend glaubhaft gemacht ist; im letzteren Falle kann die Gesellschaft verlangen, daß die Urkunde in einem oder mehreren von ihr bezeichneten Blättern aufgerufen wird.*

(2) *Die Kosten hat der Antragsteller zu tragen und auf Verlangen vorzuschießen.*

§ 18 Klage, Gerichtsstand, Verjährung

(1) *Lehnt die Gesellschaft eine Leistung ab, so wird sie von ihrer Verpflichtung frei, wenn nicht der Berechtigte binnen 6 Monate seinen Anspruch gerichtlich geltend macht. Die Frist beginnt zu laufen, sobald die Gesellschaft die Leistung schriftlich abgelehnt und dabei auf die Rechtsfolgen der Fristversäumnis hingewiesen hat.*

(2) *Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen die Gesellschaft erhoben werden, auch das Gericht des Orts zuständig, wo der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.*

(3) *Die Ansprüche aus der Versicherung verjähren in 5 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.*

§ 19 Gewinnbeteiligung

Die Versicherung ist nach Maßgabe des jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplans am Überschuß der Gesellschaft beteiligt.

[A 4] 3. Musterbedingungen für die Großlebensversicherung (ALB)

(VerBAV 1981 S. 118)

§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Zahlung des Einlösungsbeitrags (erster Beitrag oder Einmalbeitrag) nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben, jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages und nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

§ 2 Beiträge

(1) **Der Versicherungsnehmer zahlt einen Einmalbeitrag oder Jahresbeiträge. Jahresbeiträge werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig; sie können mit Zustimmung des Versicherers gegen ein Aufgeld auch in Raten gezahlt werden. Sind bei Eintritt des Versicherungsfalls Raten des laufenden Jahresbeitrags noch nicht bezahlt, so werden sie von der Leistung des Versicherers abgezogen.**

(2) **Der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben ist sofort nach Abschluß des Vertrages gegen Aushändigung des Versicherungsscheins zu zahlen. Folgebeiträge sind innerhalb eines Monats oder, wenn monatliche Ratenzahlung vereinbart ist, innerhalb von zwei Wochen vom Fälligkeitstage an kostenfrei an den Versicherer oder an den Vertreter zu zahlen, der sich im Besitz der von dem Versicherer ausgefertigten Beitragsrechnung befindet. Beiträge können nur durch schriftliche Erklärung des Versicherers gestundet werden.**

Anmerkung:

Ziff. 1 Satz 3 entfällt, wenn die Beiträge tariflich nur bis zum Ende des am Todestag laufenden Beitragszahlungsabschnitts zu zahlen sind.

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 wie folgt:

„Der Versicherungsnehmer zahlt einen Einmalbeitrag oder für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Der laufende Beitrag ist jeweils zu Beginn jeder Versicherungsperiode fällig. Versicherungsperiode ist entsprechend der vereinbarten Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein Halbjahr oder ein Jahr.“

Ferner treten dann in Ziff. 2 Satz 2 an die Stelle der Worte „wenn monatliche Ratenzahlung vereinbart ist“ die Worte „wenn Monatsbeiträge vereinbart sind“.

§ 3 Zahlungsverzug

(1) Wird der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sofort die Beiträge des ersten Versicherungsjahres nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben oder bei Vereinbarung eines Einmalbeitrages diesen nebst Gebühren und etwaigen Abgaben fordern. Er kann statt dessen, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt kann er neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine Gebühr von 10 v.H. der Beiträge des ersten Versicherungsjahres, bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag von 3 v.H. des Einmalbeitrages fordern. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Wird ein Folgebeitrag oder ein sonstiger aus dem Versicherungsverhältnis geschuldeter Betrag nicht rechtzeitig gezahlt, so setzt der Versicherer dem Versicherungsnehmer schriftlich unter Angabe der Rechtsfolgen weiterer Säumnis eine Zahlungsfrist; zu diesen Rechtsfolgen gehört der Verlust oder die Minderung des Versicherungsschutzes. Wird im ersten Versicherungsjahr ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer außerdem sofort die restlichen Beiträge des ersten Versicherungsjahres fordern.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 wie folgt:

„Wird der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt kann er neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine Gebühr von 10 v.H. der Beiträge des ersten Versicherungsjahres, bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag von 3 v.H. des Einmalbeitrages fordern. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.“

Ziff. 2 Satz 2 entfällt dann.

§ 4 Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers, Rückkaufswert*, beitragsfreie Versicherung

(1) Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit auf den Schluß des laufenden Versicherungsjahres oder innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat auf den Schluß eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens auf den Schluß des ersten Versicherungsjahres, ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Bei teilweiser Kündigung darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme nicht unter den im Geschäftsplan festgelegten Mindestbetrag sinken. Sind die Beiträge für mindestens drei Jahre oder für mindestens $\frac{1}{10}$ der Beitragszahlungsdauer gezahlt, so wird der nach dem Geschäftsplan des Versicherers berechnete Rückkaufswert* gewährt, soweit ein solcher geschäftsplanmäßig vorhanden ist.

(2) Sind die Beiträge für mindestens drei Jahre oder für mindestens $\frac{1}{10}$ der Beitragszahlungsdauer gezahlt, so kann der Versicherungsnehmer jederzeit schriftlich verlangen, daß die Versicherung zum Schluß des laufenden Versicherungsjahres oder

* Begriffsbestimmungen s. die dem Versicherungsschein beigelegte Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungssummen.

innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat auf den Schluß eines jeden Ratenzahlungsabschnitts gemäß dem Geschäftsplan des Versicherers ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme umgewandelt wird, falls die hierfür geschäftsplanmäßig vorgesehenen Mindestsummen nicht unterschritten werden.

(3) Die Rückzahlung der Beiträge kann der Versicherungsnehmer nicht verlangen.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet

Ziff. 1 Satz 1 wie folgt:

„Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit auf den Schluß der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.“

Ziff. 2 lautet dann wie folgt:

„Sind die Beiträge für mindestens drei Jahre oder für mindestens $\frac{1}{10}$ der Beitragszahlungsdauer gezahlt, so kann der Versicherungsnehmer jederzeit schriftlich verlangen, daß die Versicherung zum Schluß der laufenden Versicherungsperiode gemäß dem Geschäftsplan des Versicherers ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme umgewandelt wird, falls die hierfür geschäftsplanmäßig vorgesehenen Mindestsummen nicht unterschritten werden.“

§ 5 Vorauszahlung (Darlehen)

Der Versicherer kann bis zur Höhe des Rückkaufswertes* eine zu verzinsende Vorauszahlung (Darlehen) gewähren. Ein Rechtsanspruch besteht nicht.

§ 6 Verletzung der Anzeigepflicht

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte bei Abschluß, Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht oder nicht richtig angegeben, so kann der Versicherer binnen drei Jahren, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre auch nach Ablauf dieser Frist, jedoch nur innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktreten. Kenntnis eines Vermittlers steht der Kenntnis des Versicherers nicht gleich. Die Erklärung des Rücktritts ist mit einer Rechtsbelehrung zu verbinden.

(2) Das Recht des Versicherers, die Versicherung wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Hat der Versicherte eine arglistige Täuschung verübt, so kann die Anfechtung dem Versicherungsnehmer gegenüber erklärt werden, auch wenn dieser die Verletzung der Anzeigepflicht nicht kannte.

(3) Der Versicherer kann sich auf den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrages auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 7 Kriegsgefahr

Beim Ableben des Versicherten im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen wird nur das vorhandene Deckungskapital* gezahlt, es sei denn, daß durch Gesetz oder Anordnung der Aufsichtsbehörde eine höhere Leistung vorgeschrieben ist.

§ 8 Selbsttötung

Bei Selbsttötung des Versicherten bleibt die Leistungspflicht des Versicherers in voller Höhe bestehen, wenn beim Ableben seit Zahlung des Einlösungsbeitrags oder Wiederherstellung der Versicherung drei Jahre verstrichen sind oder wenn nachgewiesen wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls ist ein etwa vorhandenes Deckungskapital* auszuzahlen.

§ 9 Nachweis im Leistungsfall

- (1) Wer eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, hat den Versicherungsschein und den Nachweis der letzten Beitragszahlung einzureichen.
- (2) Der Tod des Versicherten ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Außer den schon genannten Nachweisen sind einzureichen
 - a) eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
 - b) ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode des Versicherten geführt hat.
- (3) Der Versicherer kann außerdem notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Der Versicherer wird die erforderlichen Erhebungen nur auf die Zeit vor der Antragsannahme, die nächsten drei Jahre nach der Antragsannahme und das Jahr vor dem Tode erstrecken.
- (4) Wer den Anspruch gegen den Versicherer geltend macht, hat die durch die Nachweise im Leistungsfall entstehenden Kosten zu tragen.

§ 10 Leistungsort

- (1) Leistungsort für die Entrichtung des Beitrages ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers; der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und Kosten den Beitrag 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.
- (3) Auf Antrag werden Versicherungsleistungen dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten übersandt; die Gefahr bei einer Überweisung in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte.

§ 11 Inhaberklausel

- (1) Der Versicherer kann den Inhaber des Versicherungsscheines als verfügbarsinsbesondere empfangsberechtigt ansehen. Er hat das Recht, den Nachweis der Berechtigung zu verlangen. Nach dem Tode des Versicherungsnehmers kann der Versicherer, sofern nicht ein vom Versicherungsnehmer namentlich bezeichneter Zustellungsbevollmächtigter vorhanden ist, den Bezugsberechtigten und, falls ein solcher nicht vorhanden oder sein Aufenthalt nicht feststellbar ist, den Inhaber des Versicherungsscheines als bevollmächtigt zum Empfang von Willenserklärungen, welche die Gültigkeit des Vertrages zum Gegenstand haben, ansehen.
- (2) § 13 Ziff. 3 bleibt unberührt.

* Begriffsbestimmung s. die dem Versicherungsschein beigegefügte Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungssummen.

§ 12 Willenserklärungen und Anschriftenänderungen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, bedürfen der Schriftform, auch soweit dies nicht ausdrücklich bestimmt ist. Sie werden wirksam, sobald sie dem Versicherer zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

[A 5] 3 a. Allgemeine Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung (leichter verständliche Fassung der Musterbedingungen für die Großlebensversicherung)*

(VerBAV 1983 S. 271, geändert VerBAV 1984 S. 435)

Sehr geehrter Kunde!

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

§ 1 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheines bestätigt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

§ 2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Lebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch jährliche Beitragszahlungen (Jahresbeiträge) entrichten. Die Jahresbeiträge werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig.

(2) Nach Vereinbarung können Sie Jahresbeiträge auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zahlen; hierfür werden Ratenzuschläge erhoben.

(3) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir alle noch nicht gezahlten Raten des laufenden Versicherungsjahres und etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(4) Der erste oder einmalige Beitrag wird sofort nach Abschluß des Versicherungsvertrages fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Zahlungsweise innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab Fälligkeitstag, an uns zu zahlen. Die Zahlung kann auch an unseren Vertreter erfolgen, sofern dieser Ihnen eine von uns ausgestellte Beitragsrechnung vorlegt.

(5) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

Anmerkung:

Wenn die Beiträge tariflich nur bis zum Ende des am Todestag laufenden Beitragszahlungsabschnitts zu zahlen sind, lautet Absatz 3 wie folgt:

„Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.“

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet § 2 wie folgt:

„Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?“

* Die Bedingungen sind inhaltlich identisch mit den Musterbedingungen für die Großlebensversicherung.

(1) Die Beiträge zu Ihrer Lebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch laufende Beiträge für jede Versicherungsperiode entrichten. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Die laufenden Beiträge werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(2) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(3) Der erste oder einmalige Beitrag wird sofort nach Abschluß des Versicherungsvertrages fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Versicherungsperiode innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab Fälligkeitstag an uns zu zahlen. Die Zahlung kann auch an unseren Vertreter erfolgen, sofern dieser Ihnen eine von uns ausgestellte Beitragsrechnung vorlegt.

(4) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.“

§ 3 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie einen Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir die Beiträge des ersten Versicherungsjahres auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen oder bei Vereinbarung eines Einmalbeitrages diesen sofort verlangen. Statt dessen können wir auch vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr beläuft sich auf 10% der Beiträge des ersten Versicherungsjahres bzw. auf 3% des Einmalbeitrages.

Folgebeitrag

(2) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns eine schriftliche Mahnung. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich damit Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

(3) Zahlen Sie schon im ersten Versicherungsjahr einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, so werden außerdem die noch ausstehenden Raten des ersten Jahresbeitrages sofort fällig.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet § 3 wie folgt:

„Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie einen Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr beläuft sich auf 10% der Beiträge des ersten Versicherungsjahres bzw. auf 3% des Einmalbeitrages.

Folgebeitrag

(2) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns eine schriftliche Mahnung. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich damit Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.“

§ 4 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?**Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes***

- (1) Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise schriftlich kündigen
- jederzeit zum Schluß des laufenden Versicherungsjahres
 - bei Vereinbarung von Ratenzahlungen auch innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat zum Schluß eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens jedoch zum Schluß des ersten Versicherungsjahres.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme nicht unter den Mindestbetrag sinken, der in unserem aufsichtsbehördlich genehmigten Geschäftsplan festgelegt ist.
- (3) Nach Kündigung erhalten Sie – soweit vorhanden – den nach unserem Geschäftsplan berechneten Rückkaufswert, wenn Sie die Beiträge für mindestens drei Jahre oder für mindestens $\frac{1}{10}$ der Beitragszahlungsdauer gezahlt haben.
- (4) Der Rückkaufswert entspricht nicht der Summe der von Ihnen eingezahlten Beiträge, sondern dem Deckungskapital abzüglich eines in unserem Geschäftsplan festgelegten Abschlags.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (5) Anstelle einer Kündigung nach Abs. 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle wird die Versicherungssumme entsprechend unserem Geschäftsplan herabgesetzt. Voraussetzung für die Fortführung der Versicherung unter Befreiung von der Beitragspflicht ist allerdings, daß Sie die Beiträge für mindestens drei Jahre oder für mindestens $\frac{1}{10}$ der Beitragszahlungsdauer gezahlt haben und die herabgesetzte Versicherungssumme die geschäftsplanmäßig vorgesehene Mindestsumme nicht unterschreitet.

Beitragsrückzahlung

- (6) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet § 4 wie folgt:

*„Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?“**Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes**

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluß der Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme nicht unter den Mindestbetrag sinken, der in unserem aufsichtsbehördlich genehmigten Geschäftsplan festgelegt ist.
- (3) Nach Kündigung erhalten Sie – soweit vorhanden – den nach unserem Geschäftsplan berechneten Rückkaufswert, wenn Sie die Beiträge für mindestens drei Jahre oder für mindestens $\frac{1}{10}$ der Beitragszahlungsdauer gezahlt haben.
- (4) Der Rückkaufswert entspricht nicht der Summe der von Ihnen eingezahlten Beiträge, sondern dem Deckungskapital abzüglich eines in unserem Geschäftsplan festgelegten Abschlags.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (5) Anstelle einer Kündigung nach Abs. 1 können Sie zum dort genannten Termin schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall wird die Versicherungssumme entsprechend unserem Geschäftsplan herabgesetzt. Voraussetzung für die Fortführung der Versicherung unter Befreiung von der

* Begriffsbestimmung s. die dem Versicherungsschein beigefügte Tabelle des Rückkaufswertes und beitragsfreien Versicherungssummen.

Beitragspflicht ist allerdings, daß Sie die Beiträge für mindestens drei Jahre oder für mindestens $\frac{1}{10}$ der Beitragszahlungsdauer gezahlt haben und die herabgesetzte Versicherungssumme die geschäftsplanmäßig vorgesehene Mindestsumme nicht unterschreitet.

Beitragsrückzahlung

(6) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.“

§ 5 Sie wollen eine Vorauszahlung?

(1) Wir können Ihnen bis zur Höhe des Rückkaufswertes (vgl. § 4 Abs. 3) eine zu verzinsende Vorauszahlung auf die Versicherungsleistung gewähren. Ein Rechtsanspruch hierauf besteht jedoch nicht.

(2) Eine Vorauszahlung werden wir mit der fälligen Versicherungsleistung sowie im Falle der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung verrechnen; vorher werden wir sie nicht zurückfordern. Sie hingegen können den Vorauszahlungsbetrag jederzeit zurückzahlen.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, daß Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

(2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese — neben Ihnen — für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Abs. 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen drei Jahren seit Vertragsschluß vom Vertrag zurücktreten, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist. Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben. Die Kenntnis eines Vermittlers steht unserer Kenntnis nicht gleich. Wenn uns nachgewiesen wird, daß die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird unser Rücktritt gegenstandslos. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn die verschwiegenen Umstände nachweislich keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.

(4) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewußt und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluß genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für Angaben, die bei einem Antrag auf Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung zu machen sind.

(6) Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 7 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen oder Krieg?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn der Versicherte in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.

(2) Bei Ableben des Versicherten in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegesischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung

des für den Todestag berechneten Deckungskapitals*, es sei denn, Gesetze oder Anordnungen der Aufsichtsbehörde sehen eine höhere Leistung vor.

§ 8 Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?

- (1) Bei Selbsttötung vor Ablauf von drei Jahren seit Zahlung des Einlösungsbeitrages oder seit Wiederherstellung der Versicherung besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir ein etwa vorhandenes Deckungskapital* aus.
- (2) Bei Selbsttötung nach Ablauf der Dreijahresfrist bleiben wir zur Leistung verpflichtet.

§ 9 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

- (1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.
- (2) Der Tod des Versicherten ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer den in Abs. 1 genannten Unterlagen sind uns einzureichen
 - eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode des Versicherten geführt hat.
- (3) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Wir werden die erforderlichen Erhebungen nur auf die Zeit vor der Antragsannahme, die nächsten drei Jahre danach und das Jahr vor dem Tode des Versicherten erstrecken.
- (4) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

§ 10 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

- (1) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
- (2) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht (vgl. §§ 2 Abs. 4 und 3 Abs. 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, ist in Absatz 2 Satz 2 auf §§ 2 Abs. 3 und 3 Abs. 2 zu verweisen.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, daß uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 13 Abs. 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 12 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

* Begriffsbestimmung siehe die dem Versicherungsschein beigegefügte Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungssummen.

(2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da Sie ggf. von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig Kenntnis erhalten.

(3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine in diesem Gebiet ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

(2) Wenn Sie ausdrücklich bestimmen, daß der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unwiderruflich und damit sofort erwerben soll, werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, daß der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, kann das bis zu diesem Zeitpunkt noch widerrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

§ 14 Welche Kosten und Gebühren dürfen Ihnen in Rechnung gestellt werden?

Über die vereinbarten Beiträge hinaus dürfen wir Ihnen Kosten und Gebühren nur in den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Fällen in Rechnung stellen.

§ 15 Wo ist der Gerichtsstand?

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Ist Ihre Versicherung durch Vermittlung eines Versicherungsvertreters zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhält, seinen Wohnsitz hatte.

§ 16 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Um die zugesagten Versicherungsleistungen über die in der Regel lange Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die vereinbarten Lebensversicherungsbeiträge besonders vorsichtig kalkuliert. An dem erwirtschafteten Überschuß sind unsere Versicherungsnehmer entsprechend unserem jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplan beteiligt.

(2) Ihre Versicherung gehört zum Abrechnungsverband

Anmerkung:

§ 16 ist nach Maßgabe des Geschäftsplanes durch folgende Angaben zu ergänzen:

- Voraussetzungen für die Fälligkeit der Überschußanteile (Wartezeit, Stichtag für die Zuteilung u. ä.).*
- Form und Verwendung der Überschußanteile (laufende Überschußanteile, Schlußüberschußanteile, Bonus, Ansammlung, Verrechnung, Barauszahlung).*

§ 17 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?

Die Bestimmungen über den Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherung (vgl. § 4), den Wehrdienst, die Unruhen oder den Krieg (vgl. § 7), die Selbsttötung (vgl. § 8) und die Überschußbeteiligung (vgl. § 16) können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungen geändert werden.

[A 6] 4. Musterbedingungen für die Risikoversicherung

(VerBAV 1981 S. 182)

§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Zahlung des Einlösungsbeitrags (erster Beitrag oder Einmalbeitrag) nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben, jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages und nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

§ 2 Beiträge

(1) Der Versicherungsnehmer zahlt einen Einmalbeitrag oder Jahresbeiträge. Jahresbeiträge werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig: sie können mit Zustimmung des Versicherers gegen ein Aufgeld auch in Raten gezahlt werden. Sind bei Eintritt des Versicherungsfalls Raten des laufenden Jahresbeitrags noch nicht bezahlt, so werden sie von der Leistung des Versicherers abgezogen.

(2) Der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben ist sofort nach Abschluß des Vertrages gegen Aushändigung des Versicherungsscheins zu zahlen. Folgebeiträge sind innerhalb eines Monats oder, wenn monatliche Ratenzahlung vereinbart ist, innerhalb von zwei Wochen vom Fälligkeitstage an kostenfrei an den Versicherer oder an den Vertreter zu zahlen, der sich im Besitz der von dem Versicherer ausgefertigten Beitragsrechnung befindet. Beiträge können nur durch schriftliche Erklärung des Versicherers gestundet werden.

Anmerkung:

Ziff. 1 Satz 3 entfällt, wenn die Beiträge tariflich nur bis zum Ende des am Todestag laufenden Beitragszahlungsabschnitts zu zahlen sind.

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 wie folgt:

„Der Versicherungsnehmer zahlt einen Einmalbeitrag oder für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Der laufende Beitrag ist jeweils zu Beginn jeder Versicherungsperiode fällig. Versicherungsperiode ist entsprechend der vereinbarten Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein Halbjahr oder ein Jahr.“

Ferner treten dann in Ziff. 2 Satz 2 an die Stelle der Worte „wenn monatliche Ratenzahlung vereinbart ist“ die Worte „wenn Monatsbeiträge vereinbart sind“.

§ 3 Zahlungsverzug

(1) Wird der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sofort die Beiträge des ersten Versicherungsjahres nebst Gebühren

und etwaigen öffentlichen Abgaben oder bei Vereinbarung eines Einmalbeitrages diesen nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben fordern. Er kann statt dessen, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt kann er neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine Gebühr von 10 v. H. der Beiträge des ersten Versicherungsjahres, bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag von 3 v. H. des Einmalbeitrages fordern. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Wird ein Folgebeitrag oder ein sonstiger aus dem Versicherungsverhältnis geschuldeter Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so setzt der Versicherer dem Versicherungsnehmer schriftlich unter Angabe der Rechtsfolgen weiterer Säumnis eine Zahlungsfrist; zu diesen Rechtsfolgen gehört der Verlust oder die Minderung des Versicherungsschutzes. Wird im ersten Versicherungsjahr ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer außerdem sofort die restlichen Beiträge des ersten Versicherungsjahres fordern.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 wie folgt:

„Wird der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt kann er neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine Gebühr von 10 v. H. der Beiträge des ersten Versicherungsjahres, bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag von 3 v. H. des Einmalbeitrages fordern. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.“

Ziff. 2 Satz 2 entfällt dann.

Sieht der Geschäftsplan die Bildung eines Deckungskapitals nicht vor (z. B. wenn nur Versicherungen mit nicht abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zu 10 Jahren abgeschlossen werden), so erhält Ziff. 2 Satz 1 letzter Halbsatz folgende Fassung:

„Zu diesen Rechtsfolgen gehört der Verlust des Versicherungsschutzes“.

§ 4 Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers, Rückkaufswert*, beitragsfreie Versicherung

(1) Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit auf den Schluß des laufenden Versicherungsjahres oder innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat auf den Schluß eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens auf den Schluß des ersten Versicherungsjahres, ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Bei teilweiser Kündigung darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme nicht unter den im Geschäftsplan festgelegten Mindestbetrag sinken. Sind die Beiträge für mindestens drei Jahre gezahlt, so wird der nach dem Geschäftsplan des Versicherers berechnete Rückkaufswert* gewährt, soweit ein solcher geschäftsplanmäßig vorhanden ist.

(2) Sind die Beiträge für mindestens drei Jahre gezahlt, so kann der Versicherungsnehmer jederzeit schriftlich verlangen, daß die Versicherung zum Schluß des laufenden

* Begriffsbestimmung s. die dem Versicherungsschein beigelegte Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungssummen.

Versicherungsjahres oder innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat auf den Schluß eines jeden Ratenzahlungsabschnitts gemäß dem Geschäftsplan des Versicherers ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme umgewandelt wird, falls die hierfür geschäftsplanmäßig vorgesehenen Mindestsummen nicht unterschritten werden.

(3) Die Rückzahlung der Beiträge kann der Versicherungsnehmer nicht verlangen.

(4) Vorauszahlungen werden nicht gewährt.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 Satz 1 wie folgt:

„Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit auf den Schluß der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.“

Ziff. 2 lautet dann wie folgt:

„Sind die Beiträge für mindestens drei Jahre gezahlt, so kann der Versicherungsnehmer jederzeit schriftlich verlangen, daß die Versicherung zum Schluß der laufenden Versicherungsperiode gemäß dem Geschäftsplan des Versicherers ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme umgewandelt wird, falls die hierfür geschäftsplanmäßig vorgesehenen Mindestsummen nicht unterschritten werden.“

Sieht der Geschäftsplan die Bildung eines Deckungskapitals nicht vor (z. B. wenn nur Versicherungen mit nicht abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zu 10 Jahren abgeschlossen werden), so entfällt Ziff. 1 Satz 1, und an die Stelle der Ziff. 2 und 3 tritt folgende Ziff. 2:

„Auf die gekündigte Versicherung wird kein Rückkaufswert gewährt. Auch ist eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung sowie eine Rückzahlung der Beiträge ausgeschlossen.“

Ziff. 4 wird dann Ziff. 3.

§ 5 Umtausch

Der Versicherungsnehmer kann eine Risikoversicherung mit gleichbleibender Versicherungssumme jederzeit während ihrer Laufzeit, spätestens jedoch zum Ende des 10. Versicherungsjahres, ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine kapitalbildende Lebensversicherung über dieselbe oder eine niedrigere Versicherungssumme umtauschen. Bei Versicherungsdauern bis zu 10 Jahren muß der Umtausch spätestens 3 Monate vor Ablauf der Risikoversicherung beantragt werden.

§ 6 Verletzung der Anzeigepflicht

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte bei Abschluß, Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht oder nicht richtig angegeben, so kann der Versicherer binnen drei Jahren, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre auch nach Ablauf dieser Frist, jedoch nur innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktreten. Kenntnis eines Vermittlers steht der Kenntnis des Versicherers nicht gleich. Die Erklärung des Rücktritts ist mit einer Rechtsbelehrung zu verbinden.

(2) Das Recht des Versicherers, die Versicherung wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Hat der Versicherte eine arglistige Täuschung verübt,

so kann die Anfechtung dem Versicherungsnehmer gegenüber erklärt werden, auch wenn dieser die Verletzung der Anzeigepflicht nicht kannte.

(3) Der Versicherer kann sich auf den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrages auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 7 Kriegsgefahr

Beim Ableben des Versicherten im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen wird nur das vorhandene Deckungskapital* gezahlt, es sei denn, daß durch Gesetz oder Anordnung der Aufsichtsbehörde eine höhere Leistung vorgeschrieben ist.

Anmerkung:

Sieht der Geschäftsplan die Bildung eines Deckungskapitals nicht vor (z. B. wenn nur Versicherungen mit nicht abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zu 10 Jahren abgeschlossen werden), so lautet § 7 wie folgt:

„§ 7 Kriegsgefahr

Beim Ableben des Versicherten im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß durch Gesetz oder Anordnung der Aufsichtsbehörde eine Leistung vorgeschrieben ist.“

§ 8 Selbsttötung

Bei Selbsttötung des Versicherten bleibt die Leistungspflicht des Versicherers in voller Höhe bestehen, wenn beim Ableben seit Zahlung des Einlösungsbeitrags oder Wiederherstellung der Versicherung drei Jahre verstrichen sind oder wenn nachgewiesen wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls ist ein etwa vorhandenes Deckungskapital* auszuzahlen.

Anmerkung:

Sieht der Geschäftsplan die Bildung eines Deckungskapitals nicht vor (z. B. wenn nur Versicherungen mit nicht abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zu 10 Jahren abgeschlossen werden), so lautet § 8 Satz 2 wie folgt:

„Andernfalls ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.“

§ 9 Nachweise im Leistungsfall

(1) Wer eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, hat den Versicherungsschein und den Nachweis der letzten Beitragszahlung einzureichen.

(2) Der Tod des Versicherten ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Außer den schon genannten Nachweisen sind einzureichen

- a) eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
- b) ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode des Versicherten geführt hat.

(3) Der Versicherer kann außerdem notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Der Versicherer wird die erforderlichen

* Begriffsbestimmung s. die dem Versicherungsschein beigegefügte Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungssummen.

Erhebungen nur auf die Zeit vor der Antragsannahme, die nächsten drei Jahre nach der Antragsannahme und das Jahr vor dem Tode erstrecken.

(4) Wer den Anspruch gegen den Versicherer geltend macht, hat die durch die Nachweise im Leistungsfall entstehenden Kosten zu tragen.

§ 10 Leistungsort

(1) Leistungsort für die Entrichtung des Beitrages ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers; der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und Kosten den Beitrag 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.

(3) Auf Antrag werden Versicherungsleistungen dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten übersandt; die Gefahr bei einer Überweisung in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte.

§ 11 Inhaberklausel

(1) Der Versicherer kann den Inhaber des Versicherungsscheines als verfügungsinsbesondere empfangsberechtigt ansehen. Er hat das Recht, den Nachweis der Berechtigung zu verlangen. Nach dem Tode des Versicherungsnehmers kann der Versicherer, sofern nicht ein vom Versicherungsnehmer namentlich bezeichneter Zustellungsbevollmächtigter vorhanden ist, den Bezugsberechtigten und, falls ein solcher nicht vorhanden oder sein Aufenthalt nicht feststellbar ist, den Inhaber des Versicherungsscheines als bevollmächtigt zum Empfang von Willenserklärungen, welche die Gültigkeit des Vertrages zum Gegenstand haben, ansehen.

(2) § 13 Ziff. 3 bleibt unberührt.

§ 12 Willenserklärungen und Anschriftenänderungen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, bedürfen der Schriftform, auch soweit dies nicht ausdrücklich bestimmt ist. Sie werden wirksam, sobald sie dem Versicherer zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

(2) Der Versicherungsnehmer hat zur Vermeidung von Rechtsnachteilen eine Änderung seiner Postanschrift oder Verlegung seiner gewerblichen Niederlassung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Nimmt der Versicherungsnehmer seinen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin, soll er dem Versicherer zugleich einen in diesem Gebiet ansässigen Zustellungsbevollmächtigten benennen.

§ 13 Rechte dritter Personen

(1) Der Versicherungsnehmer kann einen Dritten als bezugsberechtigt bezeichnen. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung des Versicherer erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin kann der Versicherungsnehmer die Bezugsberechtigung widerrufen.

(2) Der Bezugsberechtigte erwirbt ein sofortiges und unwiderrufliches Recht auf die Leistung aus dem Versicherungsvertrag, wenn der Versicherer den dahingehenden Antrag des Versicherungsnehmers angenommen und ihm schriftlich bestätigt hat, daß der Widerruf ausgeschlossen ist. Bis zum Eingang der Bestätigung hat der

Bezugsberechtigte lediglich ein widerrufliches Recht auf die Leistung aus dem Versicherungsvertrag.

(3) Verpfändung und Abtretung der Versicherungsansprüche sowie Einräumung und Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts sind dem Versicherer gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie der bisherige Verfügungsberechtigte schriftlich angezeigt hat.

§ 14 Kosten und Gebühren

Kosten und Gebühren dürfen nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in Rechnung gestellt werden.

§ 15 Gerichtsstand

Hat ein Versicherungsvertreter den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer erhoben werden, neben dem Gericht des Sitzes des Versicherers auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

§ 16 Beteiligung am Überschuß

Die Versicherung ist nach Maßgabe des jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplanes am Überschuß beteiligt und gehört zum Abrechnungsverband ...

Anmerkung:

§ 16 ist nach Maßgabe des Geschäftsplanes durch folgende Angaben zu ergänzen:

- a) Voraussetzungen für die Fälligkeit der Überschußanteile (Wartezeit, Stichtag für die Zuleitung u. ä.).*
- b) Form und Verwendung der Überschußanteile (laufende Überschußanteile, Schlußgewinnanteile, Bonus, Ansammlung, Verrechnung, Barauszahlung).*

§ 17 Änderung der Versicherungsbedingungen

Die Bestimmungen über den Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherung (§ 4), die Kriegsgefahr (§ 7), die Selbsttötung (§ 8) und die Überschußbeteiligung (§ 16) können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungen geändert werden.

Anmerkung:

Sieht der Geschäftsplan die Bildung eines Deckungskapitals nicht vor (z. B. wenn nur Versicherungen mit nicht abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zu 10 Jahren abgeschlossen werden), so lautet § 17 wie folgt:

„§ 17 Änderung der Versicherungsbedingungen

Die Bestimmungen über die Selbsttötung (§ 8) und die Überschußbeteiligung (§ 16) können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungen geändert werden.“

[A 7] 4 a Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung (leichter verständliche Fassung der Musterbedingungen für die Risikoversicherung)*

(VerBAV 1984 S. 55)

Sehr geehrter Kunde!

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

§ 1 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheines bestätigt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

§ 2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Lebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch jährliche Beitragszahlungen (Jahresbeiträge) entrichten. Die Jahresbeiträge werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig.
- (2) Nach Vereinbarung können Sie Jahresbeiträge auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zahlen; hierfür werden Ratenzuschläge erhoben.
- (3) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir alle noch nicht gezahlten Raten des laufenden Versicherungsjahres und etwaige Beitragsrückstände verrechnen.
- (4) Der erste oder einmalige Beitrag wird sofort nach Abschluß des Versicherungsvertrages fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Zahlungsweise innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab Fälligkeitstag, an uns zu zahlen. Die Zahlung kann auch an unseren Vertreter erfolgen, sofern dieser Ihnen eine von uns ausgestellte Beitragsrechnung vorlegt.
- (5) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

Anmerkungen:

Wenn die Beiträge tariflich nur bis zum Ende des am Todestag laufenden Beitragszahlungsabschnitts zu zahlen sind, lautet Absatz 3 wie folgt:

„Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.“

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet § 2 wie folgt:

„Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Lebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag) oder durch laufende Beiträge für jede Versicherungsperiode entrichten. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Die laufenden Beiträge werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.*
- (2) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.*
- (3) Der erste oder einmalige Beitrag wird sofort nach Abschluß des Versicherungsvertrages fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Versicherungsperiode innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab Fälligkeitstag an uns zu zahlen.*

* Die Bedingungen sind inhaltlich identisch mit den Musterbedingungen für die Risikoversicherung.

zahlen. Die Zahlung kann auch an unseren Vertreter erfolgen, sofern dieser Ihnen eine von uns ausgestellte Beitragsrechnung vorlegt.

(4) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.“

§ 3 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir die Beiträge des ersten Versicherungsjahres auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen oder bei Vereinbarung eines Einmalbeitrages diesen sofort verlangen. Statt dessen können wir auch vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr beläuft sich auf 10% der Beiträge des ersten Versicherungsjahres bzw. auf 3% des Einmalbeitrags.

Folgebeitrag

(2) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns eine schriftliche Mahnung. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich damit Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

(3) Zahlen Sie schon im ersten Versicherungsjahr einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, so werden außerdem die noch ausstehenden Raten des ersten Jahresbeitrages sofort fällig.

Anmerkungen:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet § 3 wie folgt:

„Was geschieht, wenn sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?“

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr beläuft sich auf 10% der Beiträge des ersten Versicherungsjahres bzw. auf 3% des Einmalbeitrages.

Folgebeitrag

(2) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns eine schriftliche Mahnung. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.“

Sieht der Geschäftsplan die Bildung eines Deckungskapitals nicht vor (z. B. wenn nur Versicherungen mit nicht abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zu zehn Jahren abgeschlossen werden), so entfallen in Absatz 2 die Worte „oder vermindert sich“.

§ 4 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes*

* *Begriffsbestimmung s. die dem Versicherungsschein beigegefügte Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungssummen.*

Anmerkung:

Sieht der Geschäftsplan die Bildung eines Deckungskapitals nicht vor (z. B. wenn nur Versicherungen mit nicht abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zu zehn Jahren abgeschlossen werden), so entfällt diese Fußnote.

- (1) Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise schriftlich kündigen
 - jederzeit zum Schluß des laufenden Versicherungsjahres
 - Bei Vereinbarung von Ratenzahlungen auch innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat zum Schluß eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens jedoch zum Schluß des ersten Versicherungsjahres.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme nicht unter den Mindestbetrag sinken, der in unserem aufsichtsbehördlich genehmigten Geschäftsplan festgelegt ist.
- (3) Nach Kündigung erhalten Sie – soweit vorhanden – den nach unserem Geschäftsplan berechneten Rückkaufswert, wenn Sie die Beiträge für mindestens drei Jahre gezahlt haben.
- (4) Der Rückkaufswert entspricht nicht der Summe der von Ihnen eingezahlten Beiträge, sondern dem Deckungskapital abzüglich eines in unserem Geschäftsplan festgelegten Abschlags.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (5) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle wird die Versicherungssumme entsprechend unserem Geschäftsplan herabgesetzt. Voraussetzung für die Fortführung der Versicherung unter Befreiung von der Beitragspflicht ist allerdings, daß Sie die Beiträge für mindestens drei Jahre gezahlt haben und die herabgesetzte Versicherungssumme die geschäftsplanmäßig vorgesehene Mindestsumme nicht unterschreitet.

Beitragsrückzahlung

- (6) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Vorauszahlung

- (7) Vorauszahlungen auf die Versicherungsleistung können Sie nicht erhalten.

Anmerkungen:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet § 4 wie folgt:

„Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?“

*Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes**

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluß der Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme nicht unter den Mindestbetrag sinken, der in unserem aufsichtsbehördlich genehmigten Geschäftsplan festgelegt ist.
- (3) Nach Kündigung erhalten Sie – soweit vorhanden – den nach unserem Geschäftsplan berechneten Rückkaufswert, wenn Sie die Beiträge für mindestens drei Jahre gezahlt haben.
- (4) Der Rückkaufswert entspricht nicht der Summe der von Ihnen eingezahlten Beiträge, sondern dem Deckungskapital abzüglich eines in unserem Geschäftsplan festgelegten Abschlags.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (5) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie zum dort genannten Termin schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall wird die Versicherungssumme entsprechend unserem Geschäftsplan

herabgesetzt. Voraussetzung für die Fortführung der Versicherung unter Befreiung von der Beitragspflicht ist allerdings, daß Sie die Beiträge für mindestens drei Jahre gezahlt haben und die herabgesetzte Versicherungssumme die geschäftsplanmäßig vorgesehene Mindestsumme nicht unterschreitet.

Beitragsrückzahlung

(6) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Vorauszahlung

(7) Vorauszahlungen auf die Versicherungsleistung können Sie nicht erhalten.“

Sieht der Geschäftsplan die Bildung eines Deckungskapitals nicht vor (z. B. wenn nur Versicherungen mit nicht abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zu zehn Jahren abgeschlossen werden), so tritt an die Stelle der Absätze 3 bis 6 folgender Absatz 3:

„(3) Auf die gekündigte Versicherung können Sie keinen Rückkaufswert erhalten. Auch eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung oder eine Rückzahlung der Beiträge ist nicht möglich.“

Absatz 7 wird dann zu Absatz 4.

In der Überschrift sind die Worte „oder beitragsfrei zu stellen“ zu streichen. Ferner entfällt die Zwischenüberschrift vor Absatz 1.

§ 5 Unter welchen Voraussetzungen kann eine Risikoversicherung in eine kapitalbildende Versicherung umgetauscht werden?

Eine Risikoversicherung mit gleichbleibender Versicherungssumme können Sie jederzeit, spätestens jedoch zum Ende des 10. Versicherungsjahres, ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine kapitalbildende Lebensversicherung mit gleicher oder geringerer Versicherungssumme umtauschen.

Bei Versicherungsdauern bis zu zehn Jahren müssen Sie Ihr Umtauschrecht spätestens drei Monate vor Ablauf der Risikoversicherung ausüben.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, daß Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

(2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese — neben Ihnen — für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen drei Jahren seit Vertragsschluß vom Vertrag zurücktreten, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist. Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben. Die Kenntnis eines Vermittlers steht unserer Kenntnis nicht gleich. Wenn uns nachgewiesen wird, daß die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird unser Rücktritt gegenstandslos. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn die verschwiegenen Umstände nachweislich keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.

(4) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewußt und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluß genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für Angaben, die bei einem Antrag auf Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung zu machen sind.

(6) Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 7 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen oder Krieg?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn der Versicherte in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.

(2) Bei Ableben des Versicherten in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Deckungskapitals (§ 4 Abs. 4), es sei denn, Gesetze oder Anordnungen der Aufsichtsbehörde sehen eine höhere Leistung vor.

Anmerkung:

Sieht der Geschäftsplan die Bildung eines Deckungskapitals nicht vor (z. B. wenn nur Versicherungen mit nicht abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zu zehn Jahren abgeschlossen werden), so lautet Absatz 2 wie folgt:

„(2) Bei Ableben des Versicherten in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen sind wir allerdings von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, Gesetze oder Anordnungen der Aufsichtsbehörde sehen eine Leistung vor.“

§ 8 Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?

(1) Bei Selbsttötung vor Ablauf von drei Jahren seit Zahlung des Einlösungsbeitrages oder seit Wiederherstellung der Versicherung besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir ein etwa vorhandenes Deckungskapital aus (vgl. § 4 Abs. 4).

(2) Bei Selbsttötung nach Ablauf der Dreijahresfrist bleiben wir zur Leistung verpflichtet.

Anmerkung:

Sieht der Geschäftsplan die Bildung eines Deckungskapitals nicht vor (z. B. wenn nur Versicherungen mit nicht abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zu zehn Jahren abgeschlossen werden), so lautet Absatz 1 Satz 2 wie folgt:

„Andernfalls sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.“

§ 9 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

(1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.

(2) Der Tod des Versicherten ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer den in Absatz 1 genannten Unterlagen sind uns einzureichen

- eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
- ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode des Versicherten geführt hat.

(3) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Wir werden die erforderlichen Erhebungen nur auf die Zeit vor der Antragsannahme, die nächsten drei Jahre danach und das Jahr vor dem Tode des Versicherten erstrecken.

(4) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

§ 10 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

- (1) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
- (2) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht (vgl. §§ 2 Abs. 4 und 3 Abs. 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, daß uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 13 Abs. 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 12 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.
- (2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da Sie ggf. von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig Kenntnis erhalten.
- (3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine in diesem Gebiet ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- (1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
- (2) Wenn Sie ausdrücklich bestimmen, daß der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unwiderruflich und damit sofort erwerben soll, werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, daß der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, kann das bis zu diesem Zeitpunkt noch widerrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

§ 14 Welche Kosten und Gebühren dürfen Ihnen in Rechnung gestellt werden?

Über die vereinbarten Beiträge hinaus dürfen wir Ihnen Kosten und Gebühren nur in den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Fällen in Rechnung stellen.

§ 15 Wo ist der Gerichtsstand?

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Ist Ihre Versicherung durch Vermittlung

eines Versicherungsvertreters zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhält, seinen Wohnsitz hatte.

§ 16 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Um die zugesagten Versicherungsleistungen über die in der Regel lange Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die vereinbarten Lebensversicherungsbeiträge besonders vorsichtig kalkuliert. An dem erwirtschafteten Überschuß sind unsere Versicherungsnehmer entsprechend unserem jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplan beteiligt.

(2) Ihre Versicherung gehört zum Abrechnungsverband ...

Anmerkung:

§ 16 ist nach Maßgabe des Geschäftsplanes durch folgende Angaben zu ergänzen:

- a) Voraussetzungen für die Fälligkeit der Überschußanteile (Wartezeit, Stichtag für die Zuteilung u. ä.).
- b) Form und Verwendung der Überschußanteile (laufende Überschußanteile, Schlußüberschußanteile, Bonus, Ansammlung, Verrechnung, Barauszahlung).

§ 17 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?

Die Bestimmungen über den Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherung (vgl. § 4), den Wehrdienst, die Unruhen oder den Krieg (vgl. § 7), die Selbsttötung (vgl. § 8) und die Überschußbeteiligung (vgl. § 16) können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungen geändert werden.

Anmerkung:

Sieht der Geschäftsplan die Bildung eines Deckungskapitals nicht vor (z. B. wenn nur Versicherungen mit nicht abgekürzter Beitragszahlungsdauer bis zu zehn Jahren abgeschlossen werden), so lautet § 17 wie folgt:

„Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?

Die Bestimmungen über die Selbsttötung (vgl. § 8) und die Überschußbeteiligung (vgl. § 16) können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungen geändert werden.“

[A 8] 5. Musterbedingungen für die Rentenversicherung (VerBAV 1978 S. 105, geändert gemäß VerBAV 1981 S. 98) sowie Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (VerBAV 1981 S. 57)

§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Zahlung des Einlösungsbeitrags (erster Beitrag oder Einmalbeitrag) nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben, jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages und nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

§ 2 Beiträge

(1) Der Versicherungsnehmer zahlt einen Einmalbeitrag oder Jahresbeiträge. Jahresbeiträge werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig; sie können mit Zustimmung des Versicherers gegen ein Aufgeld auch in Raten gezahlt werden. Sind

bei Eintritt des Versicherungsfalls Raten des laufenden Jahresbeitrags noch nicht bezahlt, so werden sie von der Leistung des Versicherers abgezogen.

(2) Der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben ist sofort nach Abschluß des Vertrages gegen Aushändigung des Versicherungsscheins zu zahlen. Folgebeiträge sind innerhalb eines Monats oder, wenn monatliche Ratenzahlungen vereinbart ist, innerhalb von zwei Wochen vom Fälligkeitstage an kostenfrei an den Versicherer oder an den Vertreter zu zahlen, der sich im Besitz der von dem Versicherer ausgefertigten Beitragsrechnung befindet. Beiträge können nur durch schriftliche Erklärung des Versicherers gestundet werden.

Anmerkung:

Ziff. 1 Satz 3 entfällt, wenn die Beiträge tariflich nur bis zum Ende des am Todestag laufenden Beitragszahlungsabschnitts zu zahlen sind.

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 wie folgt:

„Der Versicherungsnehmer zahlt einen Einmalbeitrag oder für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Der laufende Beitrag ist jeweils zu Beginn jeder Versicherungsperiode fällig. Versicherungsperiode ist entsprechend der vereinbarten Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein Halbjahr oder ein Jahr.“

Ferner treten dann in Ziff. 2 Satz 2 an die Stelle der Worte „wenn monatliche Ratenzahlung vereinbart ist“ die Worte „wenn Monatsbeiträge vereinbart sind.“

§ 3 Zahlungsverzug

(1) Wird der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sofort die Beiträge des ersten Versicherungsjahres nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben oder bei Vereinbarung eines Einmalbeitrags diesen nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben fordern. Er kann statt dessen, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt kann er neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine Gebühr von 10 v. H. der Beiträge des ersten Versicherungsjahres, bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag von 3 v. H. des Einmalbeitrages fordern. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Wird ein Folgebeitrag oder ein sonstiger aus dem Versicherungsverhältnis geschuldeter Betrag nicht rechtzeitig gezahlt, so setzt der Versicherer dem Versicherungsnehmer schriftlich unter Angabe der Rechtsfolgen weiterer Säumnis eine Zahlungsfrist; zu diesen Rechtsfolgen gehört der Verlust oder die Minderung des Versicherungsschutzes. Wird im ersten Versicherungsjahr ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer außerdem sofort die restlichen Beiträge des ersten Versicherungsjahres fordern.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 wie folgt:

„Wird der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt kann er neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine Gebühr von 10 v. H. der Beiträge des ersten

Versicherungsjahres, bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag von 3 v. H. des Einmalbeitrages fordern. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.“

Ziff. 2 Satz 2 entfällt dann.

§ 4 Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers, Rückkaufswert*, beitragsfreie Versicherung

(1) Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung vor dem vereinbarten Rentenbeginn jederzeit auf den Schluß des laufenden Versicherungsjahres oder innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat auf den Schluß eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens auf den Schluß des ersten Versicherungsjahres ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Bei teilweiser Kündigung darf die verbleibende beitragspflichtig versicherte Rente nicht unter den im Geschäftsplan festgelegten Mindestbetrag sinken. Sind die Beiträge für mindestens zwei Jahre oder für mindestens $\frac{1}{10}$ der Beitragszahlungsdauer gezahlt und ist für den Todesfall eine Leistung vereinbart, so wird der nach dem Geschäftsplan des Versicherers berechnete Rückkaufswert gewährt, soweit ein solcher geschäftsplanmäßig vorhanden ist. Ist für den Todesfall eine Leistung nicht vereinbart, so wandelt sich die Versicherung statt dessen ganz oder teilweise gemäß dem Geschäftsplan des Versicherers in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Leistung um, falls die hierfür geschäftsplanmäßig vorgesehene Mindestrente nicht unterschritten wird.

(2) Sind die Beiträge für mindestens zwei Jahre oder für mindestens $\frac{1}{10}$ der Beitragszahlungsdauer gezahlt, so kann der Versicherungsnehmer jederzeit schriftlich verlangen, daß die Versicherung zum Schluß des laufenden Versicherungsjahres oder innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat auf den Schluß eines jeden Ratenzahlungsabschnitts gemäß dem Geschäftsplan des Versicherers ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente umgewandelt wird, falls die hierfür geschäftsplanmäßig vorgesehenen Mindestrenten nicht unterschritten werden.

(3) Die Rückzahlung der Beiträge kann der Versicherungsnehmer nicht verlangen.

(4) Eine Kündigung nach Beginn des Rentenbezugs ist nicht möglich.

Anmerkung:

In der Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Renten ist auf die Fälle hinzuweisen, in denen neben dem durch die Todesfall-Leistung begrenzten Rückkaufswert aus dem Deckungskapital eine zusätzliche beitragsfreie Leistung zu gewähren ist.

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 Satz 1 wie folgt:

„Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung vor dem vereinbarten Rentenbeginn jederzeit auf den Schluß der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.“

Ziff. 2 lautet dann wie folgt:

„Sind die Beiträge für mindestens zwei Jahre oder für mindestens $\frac{1}{10}$ der Beitragszahlungsdauer gezahlt, so kann der Versicherungsnehmer jederzeit

* Begriffsbestimmung s. die dem Versicherungsschein beigegefügte Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungssummen.

schriftlich verlangen, daß die Versicherung zum Schluß der laufenden Versicherungsperiode gemäß dem Geschäftsplan des Versicherers ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente umgewandelt wird, falls die hierfür geschäftsplanmäßig vorgesehenen Mindestrenten nicht unterschritten werden.“

§ 5 Verletzung der Anzeigepflicht

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte bei Abschluß, Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht oder nicht richtig angegeben, so kann der Versicherer binnen drei Jahren, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre auch nach Ablauf dieser Frist, jedoch nur innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktreten. Kenntnis eines Vermittlers steht der Kenntnis des Versicherers nicht gleich. Die Erklärung des Rücktritts ist mit einer Rechtsbelehrung zu verbinden.
- (2) Das Recht des Versicherers, die Versicherung wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Hat der Versicherte eine arglistige Täuschung verübt, so kann die Anfechtung dem Versicherungsnehmer gegenüber erklärt werden, auch wenn dieser die Verletzung der Anzeigepflicht nicht kannte.
- (3) Der Versicherer kann sich auf den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrages auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 6 Deckung der Kriegsgefahr

Beim Ableben des Versicherten in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen wird eine für den Todesfall versicherte Kapitalleistung nur bis zur Höhe des vorhandenen Deckungskapitals erbracht; für den Todesfall versicherte Rentenleistungen werden auf den Betrag vermindert, der nach dem Geschäftsplan des Versicherers aus dem vorhandenen Deckungskapital erbracht werden kann. Dies gilt nicht, wenn durch Gesetz oder Anordnung der Aufsichtsbehörde eine höhere Leistung vorgeschrieben ist.

§ 7 Selbsttötung

Bei Selbsttötung des Versicherten bleibt die Leistungspflicht des Versicherers in voller Höhe bestehen, wenn beim Ableben seit Zahlung des Einlösungsbeitrags oder Wiederherstellung der Versicherung drei Jahre verstrichen sind oder wenn nachgewiesen wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Anderenfalls ist ein etwa vorhandenes Deckungskapital auszuzahlen, jedoch nicht mehr als eine für den Todesfall versicherte Kapitalleistung oder, wenn für den Todesfall Rentenleistungen versichert sind, nicht mehr als das hierfür erforderliche Deckungskapital.

§ 8 Leistungsfall

- (1) Wer eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, hat den Versicherungsschein, ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person und bei Versicherungen gegen laufende Beitragszahlung den Nachweis der letzten Beitragszahlung vorzulegen.
- (2) Der Versicherer kann vor jeder Rentenzahlung ein Zeugnis darüber verlangen, daß die versicherte Person noch lebt.

(3) Der Tod der versicherten Person ist dem Versicherer unter Vorlage des Versicherungsscheins und einer amtlichen, Alter und Geburtsort enthaltenden Sterbeurkunde unverzüglich mitzuteilen. Zu Unrecht empfangene Rentenleistungen sind an den Versicherer zurückzuzahlen.

(4) Der Versicherer kann außerdem notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Der Versicherer wird die erforderlichen Erhebungen nur auf die Zeit vor der Antragsannahme, die nächsten drei Jahre nach der Antragsannahme und das Jahr vor dem Tode erstrecken.

(5) Wer den Anspruch gegen den Versicherer geltend macht, hat die durch die Nachweise im Leistungsfall entstehenden Kosten zu tragen.

§ 9 Leistungsort

(1) Leistungsort für die Entrichtung des Beitrags ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers; der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und Kosten den Beitrag 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.

(3) Auf Antrag werden Versicherungsleistungen dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten übersandt; die Gefahr bei einer Überweisung in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte.

§ 10 Inhaberklausel

(1) Der Versicherer kann den Inhaber des Versicherungsscheins als verfügungsinsbesondere empfangsberechtigt ansehen. Er hat das Recht, den Nachweis der Berechtigung zu verlangen. Nach dem Tode des Versicherungsnehmers kann der Versicherer, sofern nicht ein vom Versicherungsnehmer namentlich bezeichneter Zustellungsbevollmächtigter vorhanden ist, den Bezugsberechtigten und, falls ein solcher nicht vorhanden oder sein Aufenthalt nicht feststellbar ist, den Inhaber des Versicherungsscheines als bevollmächtigt zum Empfang von Willenserklärungen, welche die Gültigkeit des Vertrages zum Gegenstand haben, ansehen.

(2) § 12 Ziff. 3 bleibt unberührt.

§ 11 Willenserklärungen und Anschriftenänderungen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, bedürfen der Schriftform, auch soweit dies nicht ausdrücklich bestimmt ist. Sie werden wirksam, sobald sie dem Versicherer zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

(2) Der Versicherungsnehmer hat zur Vermeidung von Rechtsnachteilen eine Änderung seiner Postanschrift oder Verlegung seiner gewerblichen Niederlassung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Nimmt der Versicherungsnehmer seinen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin, soll er dem Versicherer zugleich einen in diesem Gebiet ansässigen Zustellungsbevollmächtigten benennen.

§ 12 Rechte dritter Personen

(1) Der Versicherungsnehmer kann einen Dritten als bezugsberechtigt bezeichnen. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistungen des Versicherer erst mit

deren Fälligkeit. Bis zur jeweiligen Fälligkeit kann der Versicherungsnehmer die Bezugsberechtigung widerrufen. Nach dem Tod des Versicherungsnehmers kann die Bezugsberechtigung nicht mehr widerrufen werden.

(2) Der Bezugsberechtigte erwirbt ein sofortiges und unwiderrufliches Recht auf die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag, wenn der Versicherer den dahingehenden Antrag des Versicherungsnehmers angenommen und ihm schriftlich bestätigt hat, daß der Widerruf ausgeschlossen ist. Bis zum Eingang der Bestätigung hat der Bezugsberechtigte lediglich ein widerrufliches Recht auf die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag.

(3) Verpfändung und Abtretung der Versicherungsansprüche sowie Einräumung und Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts sind dem Versicherer gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie der bisherige Verfügungsberechtigte schriftlich angezeigt hat.

§ 13 Kosten und Gebühren

Kosten und Gebühren dürfen nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in Rechnung gestellt werden.

§ 14 Gerichtsstand

Hat ein Versicherungsvertreter den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer erhoben werden, neben dem Gericht des Sitzes des Versicherers auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

§ 15 Beteiligung am Überschuß

Die Versicherung ist nach Maßgabe des jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplanes am Überschuß beteiligt und gehört zum Abrechnungsverband

.....

Anmerkung:

§ 15 ist nach Maßgabe des Geschäftsplanes durch folgende Angaben zu ergänzen:

- a) Voraussetzungen für die Fälligkeit der Überschußanteile (Wartezeit, Stichtag für die Zuteilung u. ä.).
- b) Form und Verwendung der Überschußanteile (z. B. Erhöhung der Rente, verzinsliche Ansammlung in der Aufschubzeit).

§ 16 Änderung der Versicherungsbedingungen

Die Bestimmungen über den Rückkaufswert, die beitragsfreie Versicherung (§ 4), die Kriegsgefahr (§ 6), die Selbsttötung (§ 7) und die Überschußbeteiligung (§ 15) können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungen geändert werden.

Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

(VerBAV 1981 S. 57)

§ 1 Gegenstand der Versicherung

Der Anspruch auf Hinterbliebenenrente entsteht mit dem Tod des Versicherten der Hauptversicherung, sofern der Mitversicherte der Zusatzversicherung diesen Zeitpunkt erlebt. Der Anspruch erlischt mit dem Tod des Mitversicherten, wenn nichts anderes vereinbart ist. Die Hinterbliebenenrente wird entsprechend den Fälligkeitsterminen der Hauptversicherung gezahlt. Die Rentenzahlung beginnt zu dem Fälligkeitstermin, der auf den Tod des Versicherten der Hauptversicherung folgt oder mit ihm zusammenfällt.

Bei Tod des Versicherten der Hauptversicherung vor Beginn der Rentenleistung aus der Hauptversicherung wird für die Zeit von dem auf den Tod folgenden Monatsersten bis zum ersten Fälligkeitstermin der Hinterbliebenenrente eine anteilige Hinterbliebenenrente gezahlt. Bei Tod des Versicherten der Hauptversicherung nach Beginn der Rentenzahlung aus der Hauptversicherung wird, wenn eine Mindestlaufzeit vereinbart ist, bis zu deren Ablauf statt der Hinterbliebenenrente die Rente aus der Hauptversicherung weitergezahlt.

Bemerkung:

Satz 5 ist zu streichen, wenn der Geschäftsplan keine entsprechende anteilige Rentenzahlung vorsieht.

§ 2 Tod des Mitversicherten

Die Zusatzversicherung erlischt ohne Anspruch auf eine Rückvergütung, wenn der Mitversicherte vor dem Versicherten der Hauptversicherung stirbt.

Sind für das am Todestag laufende Versicherungsjahr Raten des laufenden Jahresbeitrags der Zusatzversicherung noch nicht bezahlt, so werden sie bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres weiter erhoben.

Bemerkung:

Der 2. Absatz entfällt, wenn die Beiträge tariflich nur bis zum Ende des am Todestag laufenden Beitragszahlungsabschnitts zu zahlen sind oder wenn bedingungsgemäß die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt.

§ 3 Deckung der Kriegsgefahr

Beim Ableben des Versicherten der Hauptversicherung in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen wird die versicherte Hinterbliebenenrente auf den Betrag vermindert, der nach dem Geschäftsplan des Versicherers aus dem vorhandenen Deckungskapital der Zusatzversicherung sowie dem der Hauptversicherung, abzüglich einer etwaigen Kapitalleistung aus der Hauptversicherung, erbracht werden kann. Dies gilt nicht, wenn durch Gesetz oder Anordnung der Aufsichtsbehörde eine höhere Leistung vorgeschrieben ist.

§ 4 Selbsttötung

Bei Selbsttötung des Versicherten der Hauptversicherung bleibt die Leistungspflicht des Versicherers aus der Zusatzversicherung in voller Höhe bestehen, wenn beim Ableben seit Zahlung des Einlösungsbeitrags oder Wiederherstellung der Zusatzversicherung 3 Jahre verstrichen sind oder wenn nachgewiesen wird, daß die Tat in einem

die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

Anderenfalls ist ein etwa vorhandenes Deckungskapital der Zusatzversicherung sowie der Hauptversicherung, abzüglich einer etwaigen Kapitaleistung aus der Hauptversicherung, jedoch nicht mehr als das für die versicherte Hinterbliebenenrente erforderliche Deckungskapital, ausbezahlen.

§ 5 Nachweise im Leistungsfall

Beim Tode des Versicherten der Hauptversicherung ist außer den in § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung genannten Nachweisen ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod geführt hat, einzureichen.

§ 6 Verhältnis zur Hauptversicherung

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit. Sie erlischt, wenn die Hauptversicherung aus anderen Gründen als durch Tod des Versicherten der Hauptversicherung endet.

(2) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung finden, soweit nichts anderes bestimmt ist, auf die Zusatzversicherung sinngemäß Anwendung.

(3) Die Zusatzversicherung kann auch ohne die Hauptversicherung ganz oder teilweise gekündigt werden. Dies gilt nicht, wenn die Zusatzversicherung beitragsfrei ist.

Wird die Zusatzversicherung gekündigt, so wandelt sie sich unter den Voraussetzungen des § 4 Ziffer 1 Satz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung ganz oder teilweise gemäß dem Geschäftsplan des Versicherers in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente um, falls die hierfür geschäftsplanmäßig vorgesehene Mindestrente nicht unterschritten wird; ein Rückkaufswert wird nicht gewährt.

(4) Wird die Hauptversicherung gemäß § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt, so wandelt sich auch die Zusatzversicherung ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente um. Dabei wird das Verhältnis zwischen den Renten aus der Haupt- und der Zusatzversicherung nicht verändert.

(5) Die Zusatzversicherung ist nach Maßgabe des jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplans am Überschuß beteiligt und gehört zum Abrechnungsverband der Hauptversicherung.

Bemerkung:

Ziffer 5 ist nach Maßgabe des Geschäftsplans durch die gleichen Angaben wie § 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung zu ergänzen. Gelten für die Zusatzversicherung die gleichen Grundsätze wie für die Hauptversicherung, genügt der Zusatz „nach den Grundsätzen der Hauptversicherung“ zwischen den Worten „Geschäftsplans“ und „am Überschuß“.

[A 9] 6. Musterbedingungen für die Vermögensbildungsversicherung
(VerBAV 1984 S. 337)

§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Zahlung des Einlösungsbeitrags nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben, jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages und nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

§ 2 Beiträge

(1) Der Versicherungsnehmer zahlt für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Versicherungsperiode ist entsprechend der vereinbarten Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein Halbjahr oder ein Jahr. Der laufende Beitrag ist jeweils zu Beginn jeder Versicherungsperiode fällig.

(2) Der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben ist sofort nach Abschluß des Vertrages gegen Aushändigung des Versicherungsscheins zu zahlen. Folgebeiträge sind innerhalb eines Monats oder, wenn Monatsbeiträge vereinbart sind, innerhalb von zwei Wochen vom Fälligkeitstage an kostenfrei an den Versicherer zu zahlen. Beiträge können nur durch schriftliche Erklärung des Versicherers gestundet werden.

§ 3 Zahlungsverzug

(1) Wird der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt kann er neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine Gebühr von 10 v. H. der Beiträge des ersten Versicherungsjahres fordern. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Wird ein Folgebeitrag oder ein sonstiger aus dem Versicherungsverhältnis geschuldeter Betrag nicht rechtzeitig gezahlt, so setzt der Versicherer dem Versicherungsnehmer schriftlich unter Angabe der Rechtsfolgen weiterer Säumnis eine Zahlungsfrist; zu diesen Rechtsfolgen gehört die Minderung des Versicherungsschutzes.

(3) Werden nur zeitweise keine Beiträge gezahlt (z. B. wegen Arbeitsplatzwechsels), so kann der Versicherer entweder nach Ziffer 2 verfahren oder die Versicherungssumme herabsetzen. Die Herabsetzung erfolgt zum Jahrestag des Versicherungsbegins im folgenden Kalenderjahr; sie hängt von dem Ausmaß der entstandenen Beitragslücke ab und wird nach geschäftsplanmäßigen Grundsätzen berechnet.

(4) Werden keine Beiträge gezahlt, weil der Arbeitnehmer arbeitslos ist, so können die Überschußanteile zur Verrechnung mit den fälligen Beiträgen verwendet werden. Voraussetzung dafür ist, daß die Arbeitslosigkeit nach Vertragsabschluß eingetreten ist, mindestens 1 Jahr lang ununterbrochen bestanden hat und zum Zeitpunkt der Verrechnung noch besteht.

Anmerkung:

Ziffer 3 kommt nur in Betracht, wenn der Geschäftsplan eine entsprechende Regelung enthält.

§ 4 Erhöhung der Versicherungssumme

(1) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, jeweils zu Beginn einer Versicherungsperiode die Versicherungssumme durch die Entrichtung höherer laufender Beiträge für die Restlaufzeit der Versicherung zu erhöhen, sofern der nach dem aufsichtsbehördlich genehmigten Geschäftsplan gültige Höchstbeitrag für Vermögensbildungsversicherungen nicht überschritten wird.

(2) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, neben den fest vereinbarten oder nach Ziffer 1 erhöhten laufenden Beiträgen jederzeit weitere vermögenswirksame Leistungen als Zuzahlung zur Erhöhung der Versicherungssumme zu verwenden. Der im aufsichtsbehördlich genehmigten Geschäftsplan festgelegte jährliche Höchstbeitrag soll durch die Zuzahlungen und laufenden Beiträgen nicht überschritten werden.

(3) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, seine ablaufende Versicherung bei gleichem Beitrag einmalig um mindestens drei Jahre, höchstens um elf Jahre zu verlängern. Dabei dürfen die Gesamtdauer des Versicherungsvertrages 35 Jahre und das neue Endalter 65 Jahre nicht überschreiten.

(4) Voraussetzung für eine Erhöhung der Versicherungssumme nach Ziffer 1 und eine Verlängerung der Versicherungsdauer nach Ziffer 3 ist, daß sich die Gesundheitsverhältnisse des Versicherten gegenüber dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nicht nachteilig verändert haben.

(5) Die Bestimmungen des ursprünglichen Versicherungsvertrages gelten auch für die erhöhte Versicherungssumme sowie den verlängerten Versicherungsvertrag.

§ 5 Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers, Rückkaufswert*, beitragsfreie Versicherung

(1) Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit auf den Schluß der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Bei teilweiser Kündigung darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme nicht unter den im Geschäftsplan festgelegten Mindestbetrag sinken. Es wird der nach dem Geschäftsplan des Versicherers berechnete Rückkaufswert* gewährt; dieser beträgt mindestens 50 v. H. der eingezahlten Beiträge.

(2) Der Versicherungsnehmer kann jederzeit schriftlich verlangen, daß die Versicherung zum Schluß der laufenden Versicherungsperiode gemäß dem Geschäftsplan des Versicherers ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme umgewandelt wird. Bei teilweiser Umwandlung darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme nicht unter den im Geschäftsplan festgelegten Mindestbetrag sinken.

(3) Die Rückzahlung der Beiträge kann der Versicherungsnehmer nicht verlangen.

§ 6 Vorauszahlung (Darlehen)

Der Versicherer kann nach Ablauf von zwölf Versicherungsjahren bis zur Höhe des Rückkaufswertes* eine zu verzinsende Vorauszahlung (Darlehen) gewähren. Vor Ablauf von zwölf Versicherungsjahren kann eine Vorauszahlung nur gewährt werden, wenn der Arbeitnehmer nach Vertragsabschluß arbeitslos geworden ist, die Arbeitslosigkeit mindestens ein Jahr lang ununterbrochen bestanden hat und im Zeitpunkt der Darlehensnahme noch besteht. Die Vorauszahlung kann in diesem Fall nur bis zur

* *Begriffsbestimmung s. die dem Versicherungsschein beigefügte Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungssummen.*

Höhe des Rückkaufswertes abzüglich der bisher gewährten Arbeitnehmersparzulagen gewährt werden. Ein Rechtsanspruch auf eine Vorauszahlung besteht nicht.

§ 7 Verletzung der Anzeigepflicht

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte bei Abschluß, Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht oder nicht richtig angegeben, so kann der Versicherer binnen drei Jahren, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre auch nach Ablauf dieser Frist, jedoch nur innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktreten. Kenntnis eines Vermittlers steht der Kenntnis des Versicherers nicht gleich. Die Erklärung des Rücktritts ist mit einer Rechtsbelehrung zu verbinden.

(2) Das Recht des Versicherers, die Versicherung wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Hat der Versicherte eine arglistige Täuschung verübt, so kann die Anfechtung dem Versicherungsnehmer gegenüber erklärt werden, auch wenn dieser die Verletzung der Anzeigepflicht nicht kannte.

(3) Der Versicherer kann sich auf den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrages auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 8 Kriegsgefahr

Beim Ableben des Versicherten im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen wird nur das vorhandene Deckungskapital* gezahlt, es sei denn, daß durch Gesetz oder Anordnung der Aufsichtsbehörde eine höhere Leistung vorgeschrieben ist.

§ 9 Selbsttötung

Bei Selbsttötung des Versicherten bleibt die Leistungspflicht des Versicherers in voller Höhe bestehen, wenn beim Ableben seit Zahlung des Einlösungsbeitrags oder Wiederherstellung der Versicherung drei Jahre verstrichen sind oder wenn nachgewiesen wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls ist ein etwa vorhandenes Deckungskapital* auszuzahlen.

§ 10 Nachweise im Leistungsfall

(1) Wer eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, hat den Versicherungsschein und den Nachweis der letzten Beitragszahlung einzureichen.

(2) Der Tod des Versicherten ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Außer den schon genannten Nachweisen sind einzureichen

- a) eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
- b) ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode des Versicherten geführt hat.

(3) Der Versicherer kann außerdem notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Der Versicherer wird die erforderlichen

* Begriffsbestimmung s. die dem Versicherungsschein beigelegte Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungssummen.

Erhebungen nur auf die Zeit vor der Antragsannahme, die nächsten drei Jahre nach der Antragsannahme und das Jahr vor dem Tode erstrecken.

(4) Wer den Anspruch gegen den Versicherer geltend macht, hat die durch die Nachweise im Leistungsfall entstehenden Kosten zu tragen.

§ 11 Leistungsort

(1) Leistungsort für die Entrichtung des Beitrages ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers; der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und Kosten den Beitrag 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.

(3) Auf Antrag werden Versicherungsleistungen dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten übersandt; die Gefahr bei einer Überweisung in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte.

§ 12 Inhaberklausel

(1) Der Versicherer kann den Inhaber des Versicherungsscheines als verfügungsinsbesondere empfangsberechtigt ansehen. Er hat das Recht, den Nachweis der Berechtigung zu verlangen. Nach dem Tode des Versicherungsnehmers kann der Versicherer, sofern nicht ein vom Versicherungsnehmer namentlich bezeichneter Zustellungsbevollmächtigter vorhanden ist, den Bezugsberechtigten und, falls ein solcher nicht vorhanden oder sein Aufenthalt nicht feststellbar ist, den Inhaber des Versicherungsscheines als bevollmächtigt zum Empfang von Willenserklärungen, welche die Gültigkeit des Vertrages zum Gegenstand haben, ansehen.

(2) § 14 Ziff. 3 bleibt unberührt.

§ 13 Willenserklärungen und Anschriftenänderungen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, bedürfen der Schriftform, auch soweit dies nicht ausdrücklich bestimmt ist. Sie werden wirksam, sobald sie dem Versicherer zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

(2) Der Versicherungsnehmer hat zur Vermeidung von Rechtsnachteilen eine Änderung seiner Postanschrift oder Verlegung seiner gewerblichen Niederlassung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Nimmt der Versicherungsnehmer seinen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin, soll er dem Versicherer zugleich einen in diesem Gebiet ansässigen Zustellungsbevollmächtigten benennen.

§ 14 Rechte dritter Personen

(1) Der Versicherungsnehmer kann einen Dritten als bezugsberechtigt bezeichnen. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin kann der Versicherungsnehmer die Bezugsberechtigung widerrufen.

(2) Der Bezugsberechtigte erwirbt ein sofortiges und unwiderrufliches Recht auf die Leistung aus dem Versicherungsvertrag, wenn der Versicherer den dahingehenden Antrag des Versicherungsnehmers angenommen und ihm schriftlich bestätigt hat, daß der Widerruf ausgeschlossen ist. Bis zum Eingang der Bestätigung hat der

Bezugsberechtigte lediglich ein widerrufliches Recht auf die Leistung aus dem Versicherungsvertrag.

(3) Verpfändung und Abtretung der Versicherungsansprüche sowie Einräumung und Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts sind dem Versicherer gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie der bisherige Verfügungsberechtigte schriftlich angezeigt hat.

§ 15 Kosten und Gebühren

Kosten und Gebühren dürfen nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in Rechnung gestellt werden.

§ 16 Gerichtsstand

Hat ein Versicherungsvertreter den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer erhoben werden, neben dem Gericht des Sitzes des Versicherers auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

§ 17 Beteiligung am Überschuß

Die Versicherung ist nach Maßgabe des jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplanes am Überschuß beteiligt und gehört zum Abrechnungsverband ...

Anmerkung:

§ 17 ist nach Maßgabe des Geschäftsplanes durch folgende Angaben zu ergänzen:

- a) Voraussetzungen für die Fälligkeit der Überschußanteile (Wartezeit, Stichtag für die Zuteilung u. ä.).*
- b) Form und Verwendung der Überschußanteile (laufende Überschußanteile, Schlußgewinnanteile, Bonus, Ansammlung).*

§ 18 Änderung der Versicherungsbedingungen

Die Bestimmungen über den Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherung (§ 5), die Kriegsgefahr (§ 8), die Selbsttötung (§ 9) und die Überschußbeteiligung (§ 17) können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungen geändert werden.

[A 9a] 6a. Allgemeine Bedingungen für die Vermögensbildungsver-sicherung (leichter verständliche Fassung der Musterbedin-gungen für die Vermögensbildungsver-sicherung)*

(VerBAV 1984 S. 275)

Sehr geehrter Kunde!

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

*** Die Bedingungen sind inhaltlich identisch mit den Musterbedingungen.**

§ 1 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheines bestätigt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

§ 2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Sie zahlen für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Die laufenden Beiträge werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(2) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(3) Der Einlösungsbeitrag wird sofort nach Abschluß des Versicherungsvertrages fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Versicherungsperiode innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab Fälligkeitstag, an uns zu zahlen.

(4) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

§ 3 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**Einlösungsbeitrag**

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr beläuft sich auf 10% der Beiträge des ersten Versicherungsjahres.

Folgebeitrag

(2) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns eine schriftliche Mahnung. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist, so vermindert sich damit Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolge werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

(3) Zahlen Sie nur zeitweise keine Folgebeiträge (z. B. wegen eines Arbeitsplatzwechsels), so können wir entweder nach Absatz 2 verfahren oder die Versicherungssumme herabsetzen. Die Herabsetzung erfolgt im folgenden Kalenderjahr zum Jahrestag des Versicherungsbeginns; ihr Umfang hängt von dem Ausmaß der entstandenen Beitragslücke ab und wird nach unserem aufsichtsbehördlich genehmigten Geschäftsplan berechnet.

(4) Können Sie die Folgebeiträge nicht mehr aufbringen, weil Sie nach Abschluß des Vertrages arbeitslos geworden sind, so können wir die fälligen Beiträge mit Ihren Überschußanteilen (vgl. § 17) verrechnen. Voraussetzung dafür ist, daß die Arbeitslosig-

keit mindestens ein Jahr lang ununterbrochen bestanden hat und zum Zeitpunkt der Verrechnung noch besteht.

Anmerkung:

Absatz 3 kommt nur in Betracht, wenn der Geschäftsplan eine entsprechende Regelung enthält.

§ 4 Wie können Sie die Versicherungssumme erhöhen und die Versicherungsdauer verlängern?

(1) Sie können die Versicherungssumme jeweils zu Beginn einer Versicherungsperiode durch Entrichtung höherer laufender Beiträge für die restliche Laufzeit der Versicherung erhöhen. Der nach unserem aufsichtsbehördlich genehmigten Geschäftsplan gültige Höchstbeitrag für vermögensbildende Lebensversicherungen darf dabei nicht überschritten werden.

(2) Ferner können Sie zur Erhöhung der Versicherungssumme neben den laufenden Beiträgen, die wir beim Abschluß der Versicherung vereinbart oder die Sie nach Absatz 1 erhöht haben, jederzeit weitere vermögenswirksame Leistungen als Zuzahlung verwenden. Zuzahlungen und laufende Beiträge sollen den in unserem Geschäftsplan für vermögensbildende Lebensversicherungen festgelegten jährlichen Höchstbeitrag nicht überschreiten.

(3) Sie sind berechtigt, Ihre ablaufende Versicherung mit gleichem Beitrag einmalig um mindestens drei Jahre, höchstens um elf Jahre zu verlängern. Dabei dürfen die Gesamtdauer des Versicherungsvertrages 35 Jahre und das neue Endalter 65 Jahre nicht überschreiten.

(4) Voraussetzung für eine Erhöhung der Versicherungssumme nach Absatz 1 und eine Verlängerung der Versicherungsdauer nach Absatz 3 ist, daß sich die Gesundheitsverhältnisse des Versicherten seit dem Abschluß des ursprünglichen Versicherungsvertrages nicht nachteilig verändert haben.

(5) Die Bestimmungen des ursprünglichen Versicherungsvertrages gelten auch für die erhöhte Versicherungssumme sowie den verlängerten Versicherungsvertrag.

§ 5 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufwertes*

(1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluß der Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.

(2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so darf die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme nicht unter den Mindestbetrag sinken, der in unserem aufsichtsbehördlich genehmigten Geschäftsplan festgelegt ist.

(3) Nach Kündigung erhalten Sie den nach unserem Geschäftsplan berechneten Rückkaufwert; dieser beträgt mindestens 50% der eingezahlten Beiträge.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(4) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie zum dort genannten Termin schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragspflicht befreit zu werden. In diesem Fall wird die Versicherungssumme entsprechend unserem Geschäftsplan herabgesetzt. Voraussetzung für die Fortführung der Versicherung unter teilweiser

* Begriffsbestimmung s. die dem Versicherungsschein beigefügte Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungssummen.

Befreiung von der Beitragspflicht ist allerdings, daß die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme die geschäftsplanmäßig vorgesehene Mindestsumme nicht unterschreitet.

Beitragsrückzahlung

(5) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 6 Sie wollen eine Vorauszahlung?

(1) Wir können Ihnen eine zu verzinsende Vorauszahlung auf die Versicherungssumme gewähren

- a) nach Ablauf von 12 Versicherungsjahren bis zur Höhe des Rückkaufwertes,
- b) vor Ablauf von 12 Versicherungsjahren bis zur Höhe des Rückkaufwertes abzüglich der ausgezahlten Arbeitnehmersparzulagen, wenn Sie nach Vertragsabschluß arbeitslos geworden sind, Ihre Arbeitslosigkeit mindestens ein Jahr lang ununterbrochen bestanden hat und im Zeitpunkt der Vorauszahlung noch besteht.

Ein Rechtsanspruch hierauf besteht jedoch nicht.

(2) Eine Vorauszahlung werden wir mit der fälligen Versicherungsleistung sowie im Falle der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung verrechnen; vorher werden wir sie nicht zurückfordern. Sie hingegen können den Vorauszahlungsbetrag jederzeit zurückzahlen.

§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, daß Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

(2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese — neben Ihnen — für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen drei Jahren seit Vertragsabschluß vom Vertrag zurücktreten, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist. Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben. Die Kenntnis eines Vermittlers steht unserer Kenntnis nicht gleich. Wenn uns nachgewiesen wird, daß die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird unser Rücktritt gegenstandslos. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn die verschwiegenen Umstände nachweislich keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.

(4) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewußt und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluß genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für Angaben, die bei einem Antrag auf Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung zu machen sind.

(6) Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 8 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen oder Krieg?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn der Versicherte in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.

(2) Bei Ableben des Versicherten in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegserischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Deckungskapitals*, es sei denn, Gesetze oder Anordnungen der Aufsichtsbehörde sehen eine höhere Leistung vor.

§ 9 Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?

(1) Bei Selbsttötung vor Ablauf von drei Jahren seit Zahlung des Einlösungsbeitrages oder seit Wiederherstellung der Versicherung besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir ein etwa vorhandenes Deckungskapital* aus.

(2) Bei Selbsttötung nach Ablauf der Dreijahresfrist bleiben wir zur Leistung verpflichtet.

§ 10 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

(1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.

(2) Der Tod des Versicherten ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer den in Absatz 1 genannten Unterlagen sind uns einzureichen.

- eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
- ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode des Versicherten geführt hat.

(3) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Wir werden die erforderlichen Erhebungen nur auf die Zeit vor der Antragsannahme, die nächsten drei Jahre danach und das Jahr vor dem Tode des Versicherten erstrecken.

(4) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

* Begriffsbestimmung s. die dem Versicherungsschein beigelegte Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungssummen.

§ 11 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

- (1) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.**
- (2) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht (vgl. §§ 2 Abs. 3 und 3 Abs. 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.**

§ 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, daß uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.**
- (2) In den Fällen des § 14 Abs. 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.**

§ 13 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.**
- (2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da Sie ggf. von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig Kenntnis erhalten.**
- (3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine in diesem Gebiet ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).**

§ 14 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- (1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalls die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalls können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.**
- (2) Wenn Sie ausdrücklich bestimmen, daß der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unwiderruflich und damit sofort erwerben soll, werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, daß der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, kann das bis zu diesem Zeitpunkt noch widerrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.**
- (3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.**
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte ist im**

Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

§ 15 Welche Kosten und Gebühren dürfen Ihnen in Rechnung gestellt werden?

Über die vereinbarten Beiträge hinaus dürfen wir Ihnen Kosten und Gebühren nur in den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Fällen in Rechnung stellen.

§ 16 Wo ist der Gerichtsstand?

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Ist Ihre Versicherung durch Vermittlung eines Versicherungsvertreters zustandegekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhält, seinen Wohnsitz hatte.

§ 17 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Um die zugesagten Versicherungsleistungen über die in der Regel lange Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die vereinbarten Lebensversicherungsbeiträge besonders vorsichtig kalkuliert. An dem erwirtschafteten Überschuß sind unsere Versicherungsnehmer entsprechend unserem jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplan beteiligt.

(2) Ihre Versicherung gehört zum Abrechnungsverband

Anmerkung:

§ 17 ist nach Maßgabe des Geschäftsplanes durch folgende Angaben zu ergänzen:

- a) Voraussetzungen für die Fälligkeit der Überschußanteile (Wartezeit, Stichtag für die Zuteilung u.ä.).*
- b) Form und Verwendung der Überschußanteile (laufende Überschußanteile, Schlußüberschußanteile, Bonus, Ansammlung).*

§ 18 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?

Die Bestimmungen über den Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherung (vgl. § 5), den Wehrdienst, die Unruhen oder den Krieg (vgl. § 8), die Selbsttötung (vgl. § 9) und die Überschußbeteiligung (vgl. § 17) können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungen geändert werden.

[A 10] 7. Musterbedingungen für die Fondsgebundene Lebensversicherung

(VerBAV 1978 S. 81, geändert gemäß VerBAV 1981 S. 98)

§ 1 Allgemeines

(1) Bei der fondsgebundenen Lebensversicherung wird ein in DM fester Beitrag erhoben. Derjenige Teil des Beitrags, der nicht zur Deckung des versicherungstechnischen Risikos und der Kosten bestimmt ist, wird von dem Versicherer gesondert vom übrigen Vermögen im Anlagestock angelegt. Der Anlagestock ist eine selbständige

Abteilung des Deckungsstocks. Er ist in Anteilseinheiten aufgeteilt. Der zur Anlage bestimmte Teil des Beitrags wird nach Maßgabe des Geschäftsplans in Anteilseinheiten umgewandelt. Die Vermögensanlage erfolgt nach dem Grundsatz der Risikomischung überwiegend in Wertpapieren.

(2) Der DM-Wert einer Anteilseinheit ergibt sich mittels Teilung des Inventarwertes des Anlagestocks am letzten Börsentag eines Monats (Stichtag) durch die Zahl der zu diesem Zeitpunkt insgesamt gutgebrachten Anteilseinheiten.

(3) Als Inventarwert gilt der DM-Gesamtwert des Anlagestocks. Dabei werden Zertifikate von Investmentfonds mit dem Rücknahmepreis eingesetzt.

(4) Die Erträge der im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerte fließen unmittelbar dem Anlagestock zu und erhöhen damit den Wert der Anteilseinheiten.

(5) Das Deckungskapital einer Versicherung ist die Summe der auf diese Versicherung entfallenden Anteilseinheiten. Der DM-Gegenwert des Deckungskapitals ergibt sich durch Multiplikation der Zahl der Anteilseinheiten einer Versicherung mit dem am Stichtag des Vormonats ermittelten Wert einer Anteilseinheit.

Anmerkung:

Werden die Erträge des Anlagestocks nicht thesauriert, sondern geschäftsplanmäßig zur Bildung neuer Anteile verwendet, lautet Ziff. 4 wie folgt:

„Die Erträge der im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerte fließen dem Anlagestock zu. Sie werden in Anteilseinheiten umgerechnet und den einzelnen Versicherungen gutgeschrieben.“

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Als Versicherungsleistungen werden erbracht:

A. Im Erlebensfall nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer Wertpapiere aus dem Anlagestock in Höhe des vorhandenen Deckungskapitals.

B. Im Todesfall vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer

a) Wertpapiere aus dem Anlagestock in Höhe des vorhandenen Deckungskapitals und, sofern der DM-Wert des Deckungskapitals die Mindesttodesfallsumme nicht erreicht, zusätzlich

b) die Risikosumme in Deutscher Mark, deren Höhe sich als Differenz zwischen der vertraglich vereinbarten Mindesttodesfallsumme und dem DM-Wert des Deckungskapitals ergibt.

Es wird also bei Tod mindestens die aus dem Versicherungsschein ersichtliche Mindesttodesfallsumme geleistet.

(2) Anstelle der nach Ziff. 1 zu übertragenden Wertpapiere kann der Anspruchsberechtigte den DM-Wert des Deckungskapitals verlangen. Dieses Wahlrecht gilt als zugunsten der Geldleistung ausgeübt, wenn nicht spätestens einen Monat nach Zugang einer Aufforderung des Versicherers, das Wahlrecht auszuüben, ausdrücklich die Leistung in Wertpapieren verlangt wird.

(3) Der DM-Wert des Deckungskapitals (§ 1 Ziff. 5 Satz 2) wird bei Beendigung der Versicherung durch Ablauf bzw. Rückkauf zum Stichtag des vorletzten Versicherungsmonats, bei Beendigung durch Tod der versicherten Person zum Stichtag des Monats, der der Meldung des Todesfalls vorangeht, ermittelt.

(4) Die Versicherungsleistung in Wertpapieren bemißt sich nach dem DM-Wert des fondsgebundenen Deckungskapitals abzüglich der im Geschäftsplan festgelegten Übertragungskosten. Dabei sind die Wertpapiere mit ihrem Wert zum Stichtag gemäß

Ziff. 3 anzusetzen. Die Zusammensetzung der zu erbringenden Wertpapiere richtet sich nach dem Geschäftsplan. Der Versicherer behält sich vor, den DM-Wert des fondsgebundenen Deckungskapitals bis zur Höhe von 1000 DM in Deutscher Mark auszuzahlen.

(5) Hat der Versicherer eine Geldleistung in Deutscher Mark nach Ziff. 2 zu leisten, so bleibt es ihm vorbehalten, abweichend von § 1 Ziff. 5 Satz 2 in Verbindung mit § 2 Ziff. 3 den DM-Wert des Deckungskapitals erst dann zu ermitteln, nachdem er unverzüglich, jedoch das Interesse aller Versicherungsnehmer hierbei wahrend, Vermögensgegenstände des Anlagestocks veräußert hat.

Anmerkung:

Ziff. 1 B gilt für die Modelle A 1 und A 6. Beim Modell A 3 hat Ziff. 1 B folgende Fassung:

„Im Todesfall vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer

a) Wertpapiere aus dem Anlagestock in Höhe des vorhandenen Deckungskapitals und zusätzlich

b) die Risikosumme in Deutscher Mark, deren Höhe sich für jedes Versicherungsjahr aus dem Versicherungsschein ergibt.

Mindestens wird jedoch die aus dem Versicherungsschein ersichtliche Mindesttodesfallsumme geleistet.“

(Zu den einzelnen Modellen vgl. VerBAV 1975 S. 138 ff.)

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Zahlung des Einlösungsbeitrags (erster Beitrag oder Einmalbeitrag) nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben, jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages und nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

§ 4 Beiträge

(1) Der Versicherungsnehmer zahlt einen Einmalbeitrag oder Jahresbeiträge. Jahresbeiträge werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig; sie können mit Zustimmung des Versicherers gegen ein Aufgeld auch in Raten gezahlt werden.

(2) Der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben ist sofort nach Abschluß des Vertrages gegen Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen. Folgebeiträge sind zum Fälligkeitstage kostenfrei an den Versicherer zu zahlen.

(3) Der Beitragseinzug erfolgt entweder durch Lastschrift auf einem Bankkonto des Versicherungsnehmers oder durch Dauerauftrag. In beiden Fällen verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, die dem Versicherer erteilte Einziehungsermächtigung während der Beitragszahlungsdauer nicht zu widerrufen bzw. in dieser Zeit den Dauerauftrag nicht zu stornieren.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 wie folgt:

„Der Versicherungsnehmer zahlt einen Einmalbeitrag oder für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Der laufende Beitrag ist jeweils zu Beginn jeder Versicherungsperiode fällig. Versicherungsperiode ist entsprechend der

vereinbarten Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein Halbjahr oder ein Jahr.“

§ 5 Zahlungsverzug

(1) Wird der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sofort die Beiträge des ersten Versicherungsjahres nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben oder bei Vereinbarung eines Einmalbeitrages diesen nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben fordern. Er kann statt dessen, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt kann er neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine Gebühr von 10 v. H. der Beiträge des ersten Versicherungsjahres, bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag von 3 v. H. des Einmalbeitrages fordern. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Wird ein Folgebeitrag oder ein sonstiger aus dem Versicherungsverhältnis geschuldeter Betrag nicht rechtzeitig gezahlt, so setzt der Versicherer dem Versicherungsnehmer schriftlich unter Angabe der Rechtsfolgen weiterer Säumnis eine Zahlungsfrist; zu diesen Rechtsfolgen gehört der Verlust oder die Minderung des Versicherungsschutzes. Wird im ersten Versicherungsjahr ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer außerdem sofort die restlichen Beiträge des ersten Versicherungsjahres fordern.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 wie folgt:

„Wird der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt kann er neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine Gebühr von 10 v. H. der Beiträge des ersten Versicherungsjahres, bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag von 3 v. H. des Einmalbeitrags fordern. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.“

Ziff. 2 Satz 2 entfällt dann.

§ 6 Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers, Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherung

(1) Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit auf den Schluß des laufenden Versicherungsjahres oder innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat auf den Schluß eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens auf den Schluß des ersten Versicherungsjahres ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Bei teilweiser Kündigung darf die verbleibende beitragspflichtige Mindesttodesfallsumme nicht unter den im Geschäftsplan festgelegten Mindestbetrag sinken. Sind die Beiträge für mindestens ein Jahr gezahlt, gewährt der Versicherer als Rückkaufswert – soweit ein solcher geschäftsplanmäßig vorhanden ist – Wertpapiere aus dem Anlagestock in Höhe des vorhandenen Deckungskapitals unter Berücksichtigung der geschäftsplanmäßigen Abzüge; dazu gehören auch nichtgedeckte rechnungsmäßige Abschlußkosten bei Kündigung innerhalb der ersten ... Versicherungsjahre. § 2 Ziff. 2–5 gelten entsprechend.

(2) Sind die Beiträge für mindestens ein Jahr gezahlt, so kann der Versicherungsnehmer jederzeit schriftlich verlangen, daß die Versicherung zum Schluß des laufenden Versicherungsjahres oder innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat auf den Schluß eines jeden Ratenzahlungsabschnitts gemäß dem Geschäftsplan des Versicherers ganz oder teilweise in eine beitragsfreie

a) fondsgebundene Lebensversicherung oder

b) gleichartige DM-Versicherung

mit herabgesetzter Mindesttodesfallsumme umgewandelt wird, falls die hierfür geschäftsplanmäßig vorgesehenen Mindestsummen nicht unterschritten werden.

(3) Die Rückzahlung der Beiträge kann der Versicherungsnehmer nicht verlangen.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 Satz 1 wie folgt:

„Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit auf den Schluß der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.“

Ziff. 2 lautet dann wie folgt:

„Sind die Beiträge für mindestens ein Jahr oder für mindestens $\frac{1}{10}$ der Beitragszahlungsdauer gezahlt, so kann der Versicherungsnehmer jederzeit schriftlich verlangen, daß die Versicherung zum Schluß der laufenden Versicherungsperiode gemäß dem Geschäftsplan ganz oder teilweise in eine beitragsfreie

a) fondsgebundene Lebensversicherung oder

b) gleichartige DM-Versicherung

mit herabgesetzter Mindesttodesfallsumme umgewandelt wird, falls die hierfür geschäftsplanmäßig vorgesehenen Mindestsummen nicht unterschritten werden.“

§ 7 Umwandlung in eine DM-Versicherung

Der Versicherungsnehmer kann mit Frist von einem Monat zum Ende des laufenden Versicherungsjahres oder innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat zum Ende eines jeden Ratenzahlungsabschnitts schriftlich die Umwandlung der Versicherung in eine gleichartige beitragspflichtige DM-Versicherung verlangen. Die Beitragszahlungsweise, Höhe des Beitrages und der ursprünglich vereinbarte Ablauftermin bleiben dabei unverändert. Das Verfahren der Umwandlung und der Bestimmung der DM-Versicherungssumme regelt der Geschäftsplan.

Anmerkung

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Satz 1 wie folgt:

„Der Versicherungsnehmer kann mit Frist von einem Monat zum Ende einer jeden Versicherungsperiode schriftlich die Umwandlung der Versicherung in eine gleichartige beitragspflichtige DM-Versicherung verlangen.“

§ 8 Vorauszahlung

(1) Der Versicherer kann bis zur Höhe des Rückkaufswertes eine Vorauszahlung gewähren. Die Vorauszahlung wird in Anteileneinheiten festgesetzt, aber in DM ausgezahlt. Für die Wertfeststellung dieser Anteileneinheiten wird der Stichtag des der Vorauszahlung vorangegangenen Monats zugrunde gelegt. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung einer Vorauszahlung besteht nicht.

(2) Die gewährte Vorauszahlung kann ganz oder teilweise zurückgezahlt werden. Zur vollständigen Rückzahlung der Vorauszahlung hat der Versicherungsnehmer einen DM-Betrag einzuzahlen, der dem Wert der vorausgezahlten Anteilseinheiten am Stichtag des der Einzahlung vorangegangenen Monats entspricht.

(3) Die im Todes- und Erlebensfall sowie bei Rückkauf zu erbringende Versicherungsleistung verringert sich um die Anzahl der Anteilseinheiten, die im Sinne von Ziffer 2. in diesem Zeitpunkt noch geschuldet werden.

Anmerkung

Werden die Erträge des Anlagestocks nicht thesauriert, sondern geschäftsplanmäßig zur Bildung neuer Anteile verwendet, lautet Ziff. 2 wie folgt:

„Die gewährte Vorauszahlung kann ganz oder teilweise zurückgezahlt werden. Zur vollständigen Rückzahlung der Vorauszahlung hat der Versicherungsnehmer einen DM-Betrag einzuzahlen, der dem Wert der vorausgezahlten Anteilseinheiten zuzüglich etwaiger durch Ertragnisausschüttung auf die Vorauszahlung entstandener zusätzlicher Anteilseinheiten am Stichtag des der Einzahlung vorangegangenen Monats entspricht.“

§ 9 Vertragsverlängerung

(1) Der Versicherungsnehmer kann spätestens einen Monat vor dem Ablauftermin verlangen, daß die Versicherung im Erlebensfall beitragsfrei ohne erneute Gesundheitsprüfung für einen Zeitraum von höchstens 5 Jahren einmalig verlängert wird. Dabei wird das vorhandene Deckungskapital für eine beitragsfreie Versicherung gemäß § 6 Ziff. 2 verwendet. Nähere Einzelheiten regelt der Geschäftsplan.

(2) Bei Kündigung einer beitragsfrei verlängerten Versicherung entfallen die Abzüge nach § 6 Ziff. 1.

§ 10 Verletzung der Anzeigepflicht

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte bei Abschluß, Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht oder nicht richtig angegeben, so kann der Versicherer binnen drei Jahren, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre auch nach Ablauf dieser Frist, jedoch nur innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktreten. Kenntnis eines Vermittlers steht der Kenntnis des Versicherers nicht gleich. Die Erklärung ist mit einer Rechtsbelehrung zu verbinden.

(2) Das Recht des Versicherers, die Versicherung wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Hat der Versicherte eine arglistige Täuschung verübt, so kann die Anfechtung dem Versicherungsnehmer gegenüber erklärt werden, auch wenn dieser die Verletzung der Anzeigepflicht nicht kannte.

(3) Der Versicherer kann sich auf den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrages auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 11 Kriegsgefahr

Beim Ableben des Versicherten im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit kriegesischen Ereignissen wird nur das vorhandene Deckungskapital geleistet, es sei denn, daß durch Gesetz oder Anordnung der Aufsichtsbehörde eine höhere Leistung vorgeschrieben ist. Die Leistung wird in Wertpapieren erbracht; § 2 Ziff. 2 bis 5 gelten entsprechend.

§ 12 Selbsttötung

Bei Selbsttötung des Versicherten bleibt die Leistungspflicht des Versicherers in voller Höhe bestehen, wenn beim Ableben seit Zahlung des Einlösungsbeitrags oder Wiederherstellung der Versicherung drei Jahre verstrichen sind oder wenn nachgewiesen wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls wird nur das vorhandene Deckungskapital geleistet. Die Leistung wird in Wertpapieren erbracht; § 2 Ziff. 2 bis 5 gelten entsprechend.

§ 13 Nachweise im Leistungsfall

- (1) Wer eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, hat den Versicherungsschein und den Nachweis der letzten Beitragszahlung einzureichen.
- (2) Der Tod des Versicherten ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Außer den schon genannten Nachweisen sind einzureichen
 - a) eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
 - b) ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode des Versicherten geführt hat.
- (3) Der Versicherer kann außerdem notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Der Versicherer wird die erforderlichen Erhebungen nur auf die Zeit vor der Antragsannahme, die nächsten drei Jahre nach der Antragsannahme und das Jahr vor dem Tode erstrecken.
- (4) Wer den Anspruch gegen den Versicherer geltend macht, hat die durch die Nachweise im Leistungsfall entstehenden Kosten zu tragen.

§ 14 Leistungsort

- (1) Leistungsort für die Entrichtung des Beitrages ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers; der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und Kosten den Beitrag 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.
- (3) Auf Antrag werden Versicherungsleistungen dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten übersandt; die Gefahr bei einer Überweisung in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte.

§ 15 Inhaberklausel

- (1) Der Versicherer kann den Inhaber des Versicherungsscheines als verfügungsinsbesondere empfangsberechtigt ansehen. Er hat das Recht, den Nachweis der Berechtigung zu verlangen. Nach dem Tode des Versicherungsnehmers kann der Versicherer, sofern nicht ein vom Versicherungsnehmer namentlich bezeichneter Zustellungsbevollmächtigter vorhanden ist, den Bezugsberechtigten und, falls ein solcher nicht vorhanden oder sein Aufenthalt nicht feststellbar ist, den Inhaber des Versicherungsscheines als bevollmächtigt zum Empfang von Willenserklärungen, welche die Gültigkeit des Vertrages zum Gegenstand haben, ansehen.
- (2) § 17 Ziff. 3 bleibt unberührt.

§ 16 Willenserklärungen und Anschriftenänderungen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, bedürfen der Schriftform, auch soweit dies nicht ausdrücklich bestimmt ist. Sie werden wirksam, sobald sie dem Versicherer zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

(2) Der Versicherungsnehmer hat zur Vermeidung von Rechtsnachteilen eine Änderung seiner Postanschrift oder Verlegung seiner gewerblichen Niederlassung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Nimmt der Versicherungsnehmer seinen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin, soll er dem Versicherer zugleich einen in diesem Gebiet ansässigen Zustellungsbevollmächtigten benennen.

§ 17 Rechte dritter Personen

(1) Der Versicherungsnehmer kann einen Dritten als bezugsberechtigt bezeichnen. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin kann der Versicherungsnehmer die Bezugsberechtigung widerrufen.

(2) Der Bezugsberechtigte erwirbt ein sofortiges und unwiderrufliches Recht auf die Leistung aus dem Versicherungsvertrag, wenn der Versicherer den dahingehenden Antrag des Versicherungsnehmers angenommen und ihm schriftlich bestätigt hat, daß der Widerruf ausgeschlossen ist. Bis zum Eingang der Bestätigung hat der Bezugsberechtigte lediglich ein widerrufliches Recht auf die Leistung aus dem Versicherungsvertrag.

(3) Verpfändung und Abtretung der Versicherungsansprüche sowie Einräumung und Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts sind dem Versicherer gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie der bisherige Verfügungsberechtigte schriftlich angezeigt hat.

§ 18 Kosten und Gebühren

Kosten und Gebühren dürfen nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in Rechnung gestellt werden.

§ 19 Gerichtsstand

Hat ein Versicherungsvertreter den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer erhoben werden, neben dem Gericht des Sitzes des Versicherers auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

§ 20 Beteiligung am Überschuß

Die Versicherung ist nach Maßgabe des jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplanes am Überschuß beteiligt und gehört zum Abrechnungsverband ...

Anmerkung

§ 20 ist nach Maßgabe des Geschäftsplanes durch folgende Angaben zu ergänzen:

„a) Voraussetzungen für die Fälligkeit der Überschußanteile (Wartezeit, Stichtag für die Zuteilung u. ä.).

b) Form und Verwendung der Überschußanteile (laufende Überschußanteile, Schlußgewinnanteile, Bonus, Ansammlung, Verrechnung, Barauszahlung, Umwandlung in Anteileneinheiten).“

§ 21 Unterrichtung des Versicherungsnehmers

Der Versicherer gibt einmal im Vierteljahr den Wert der Anteilseinheit in einer überregionalen Tageszeitung bekannt oder teilt ihn dem Versicherungsnehmer schriftlich mit. Dem Versicherungsnehmer wird außerdem jährlich der Wert des Deckungskapitals zum Jahresende mitgeteilt.

§ 22 Änderung der Versicherungsbedingungen

Die allgemeinen Bestimmungen (§ 1) sowie die Bestimmungen über die Versicherungsleistungen (§ 2), den Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherung (§ 6), die Umwandlung in eine DM-Versicherung (§ 7), die Vorauszahlung (§ 8), die Vertragsverlängerung (§ 9), die Kriegsgefahr (§ 11), die Selbsttötung (§ 12) und die Überschußbeteiligung (§ 20) können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungsverträge geändert werden.

[A 11] 8. Musterbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (BV)

(VerBAV 1981 S. 229)

§ 1 Gegenstand der Versicherung

(1) Wird der Versicherte während der Versicherungsdauer vollständig oder teilweise berufsunfähig, so wird bei einer Berufsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent die versicherte Berufsunfähigkeitsrente gewährt.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf Rente*.

(2) Die Rente wird vierteljährlich im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende des laufenden Versicherungsvierteljahres gezahlt.

(3) Der Anspruch auf die Rente entsteht mit dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit (§ 2) eingetreten ist. Erfolgt die Anzeige (§ 10) später als drei Monate nach dem Eintritt der Berufsunfähigkeit, so entsteht der Anspruch auf die Rente mit Beginn des Monats der Anzeige.

(4) Der Anspruch auf die Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent sinkt, der Versicherte stirbt oder die Versicherungsdauer abläuft**.

* Soweit Lebensversicherungsunternehmen die Versicherungsleistung gestaffelt entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit erbringen, werden für Ziffern 1 und 4 folgende Fassungen empfohlen:

„1. Wird der Versicherte während der Versicherungsdauer vollständig oder teilweise berufsunfähig, so wird die versicherte Berufsunfähigkeitsrente bei einer Berufsunfähigkeit von

a) mehr als 75 (66²/3) Prozent voll,

b) mindestens 25 (33¹/3) Prozent entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit gewährt.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf Rente.“

** „4. Der Anspruch auf die Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 25 (33¹/3) Prozent sinkt, der Versicherte stirbt oder die Versicherungsdauer abläuft.“

(5) Die Verpflichtung zur Beitragszahlung entfällt, solange der Anspruch auf die Rente besteht***. Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht sind die Beiträge in voller Höhe weiter zu entrichten; sie werden jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht in entsprechender Höhe zurückgezahlt.

§ 2 Begriff der Berufsunfähigkeit

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die auf Grund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die vorstehenden Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grade voraussichtlich dauernd erfüllt sind.

(3) Ist der Versicherte mindestens sechs Monate lang ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die auf Grund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(4) Scheidet der Versicherte aus dem Berufsleben aus, und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Ziffern 1 – 3 darauf an, daß er außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

§ 3 Ausschlüsse und Begrenzungen des Versicherungsschutzes

(1) Ausgeschlossen von der Versicherung ist die Berufsunfähigkeit, die verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder Innere Unruhen, sofern der Versicherte auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten;
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, es sei denn, daß diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;
- d) durch vorsätzliches Herbeiführen der Berufsunfähigkeit des Versicherten durch eine widerrechtliche Handlung des Versicherungsnehmers;
- e) durch Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten;
- f) durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maserstrahlen und durch

*** Soweit die Versicherungsleistung gestaffelt entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit erbracht wird, wird die folgende abgeänderte Fassung empfohlen:

„Die Verpflichtung zur Beitragszahlung entfällt so lange und in demselben Maße, wie der Anspruch auf die Rente besteht.“

künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, es sei denn, daß eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt.

- (2) Bei Luftfahrten erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Berufsunfähigkeit, wenn sie verursacht wird durch Teilnahme des Versicherten an Reise- oder Rundflügen über Gebieten mit organisiertem Luftverkehr
- a) als Fluggast eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motorflugzeuges (Propeller-, Strahlflugzeug oder Hubschrauber) oder
 - b) als Fluggast eines zur Personenbeförderung eingesetzten Militärmotorflugzeuges (Propeller-, Strahlflugzeug oder Hubschrauber).
- (3) Lebt die aus irgendeinem Grunde erloschene Leistungspflicht des Versicherers wieder auf, so können Ansprüche nicht auf Grund solcher Ursachen (Krankheit, Körperverletzung oder „Kräfteverfall“) geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Zahlung des Einlösungsbeitrags nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben, jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages und nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

§ 5 Beiträge

- (1) Der Versicherungsnehmer zahlt Jahresbeiträge. Die Beiträge werden am Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig; sie können mit Zustimmung des Versicherers gegen ein Aufgeld auch in Raten gezahlt werden.
- (2) Der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben ist sofort nach Abschluß des Vertrages gegen Aushändigung des Versicherungsscheins zu zahlen. Folgebeiträge sind innerhalb eines Monats, oder wenn monatliche Ratenzahlung vereinbart ist, innerhalb von zwei Wochen vom Fälligkeitstage an kostenfrei an den Versicherer oder an den Vertreter zu zahlen, der sich im Besitz der von dem Versicherer ausgefertigten Beitragsrechnung befindet. Beiträge können nur durch schriftliche Erklärung des Versicherers gestundet werden.
- (3) Der Versicherer ist mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde berechtigt, frühestens vom zweiten Versicherungsjahr an auch für bestehende Versicherungen die Beiträge zu erhöhen. Voraussetzung dafür ist, daß
- a) eine für den Abrechnungsverband der nach diesen Bedingungen abgeschlossenen Versicherungen verlustbringende Häufung von Versicherungsfällen eingetreten ist,
 - b) die Häufung die Folge einer Änderung der Verhältnisse seit Abschluß der Versicherung ist und
 - c) die Beitragserhöhung zur Sicherung der dauernden Erfüllbarkeit der Versicherungen erforderlich ist.

Die Beitragserhöhung wird nur dann wirksam, wenn sie dem Versicherungsnehmer spätestens 8 Wochen vor dem Beitragsfälligkeitstermin schriftlich mitgeteilt worden ist.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 wie folgt:

„Der Versicherungsnehmer zahlt für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Der laufende Beitrag ist jeweils zu Beginn jeder Versicherungsperiode fällig. Versicherungsperiode ist entsprechend der vereinbarten Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein Halbjahr oder ein Jahr.“

Ferner treten dann in Ziff. 2 Satz 2 an die Stelle der Worte „wenn monatliche Ratenzahlung vereinbart ist“ die Worte „wenn Monatsbeiträge vereinbart sind“.

§ 6 Zahlungsverzug

(1) Wird der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sofort die Beiträge des ersten Versicherungsjahres nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben fordern. Er kann statt dessen, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt kann er neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine Gebühr von 10 v.H. der Beiträge des ersten Versicherungsjahres fordern. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Wird ein Folgebeitrag oder ein sonstiger aus dem Versicherungsverhältnis geschuldeter Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so setzt der Versicherer dem Versicherungsnehmer schriftlich unter Angabe der Rechtsfolgen weiterer Säumnis eine Zahlungsfrist; zu diesen Rechtsfolgen gehört der Verlust des Versicherungsschutzes. Wird im ersten Versicherungsjahr ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer außerdem sofort die restlichen Beiträge des ersten Versicherungsjahres fordern.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 wie folgt:

„Wird der Einlösungsbeitrag nebst Gebühren und etwaigen öffentlichen Abgaben nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt kann er neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine Gebühr von 10 v.H. der Beiträge des ersten Versicherungsjahres, bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag von 3 v.H. des Einmalbeitrags fordern. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.“

Ziff. 2 Satz 2 entfällt dann.

§ 7 Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit auf den Schluß des laufenden Versicherungsjahres oder innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat auf den Schluß eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens auf den Schluß des ersten Versicherungsjahres, ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Bei teilweiser Kündigung darf die verbleibende Rente nicht unter den im Geschäftsplan festgelegten Mindestbetrag sinken. Auf die gekündigte Versicherung wird keine Rückvergütung gewährt.

(2) Die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente ist ausgeschlossen.

(3) Die Rückerstattung der Beiträge kann der Versicherungsnehmer nicht verlangen.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Ziff. 1 Satz 1 wie folgt:

„Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit auf den Schluß der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.“

§ 8 Keine Vorauszahlung und keine Kapitalabfindung

(1) Eine Vorauszahlung auf Versicherungsleistungen ist ausgeschlossen.

(2) Nach dem Eintritt des Versicherungsfalles wird die Versicherungsleistung nur in der vertraglich vorgesehenen Rentenform erbracht; eine Abfindung dieser Leistung durch Kapitalzahlung ist ausgeschlossen.

§ 9 Verletzung der Anzeigepflicht

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte bei Abschluß, Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht oder nicht richtig angegeben, so kann der Versicherer binnen 10 Jahren, aber nur innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktreten. Kenntnis eines Vermittlers steht der Kenntnis des Versicherers nicht gleich. Die Erklärung des Rücktritts ist mit einer Rechtsbelehrung zu verbinden.

(2) Das Recht des Versicherers, die Versicherung wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Hat der Versicherung eine arglistige Täuschung verübt, so kann die Anfechtung dem Versicherungsnehmer gegenüber erklärt werden, auch wenn dieser die Verletzung der Anzeigepflicht nicht kannte.

(3) Der Versicherer kann sich auf den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrages auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

(4) Für die durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehobene Versicherung gelten § 7 Ziff. 1 Satz 3 und Ziff. 3 entsprechend.

§ 10 Anzeige, Nachweis und Schadenminderung

(1) Wer eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, hat den Versicherungsschein und den Nachweis der letzten Beitragszahlung einzureichen. Außerdem ist dem Versicherer ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt des Versicherten vorzulegen*.

(2) Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit sind dem Versicherer unverzüglich einzureichen*:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten behandeln, behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;
- c) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, seine Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

Hierdurch entstehende Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

* Wird die Versicherungsleistung gestaffelt entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit erbracht, wird empfohlen, diese Fassung durch die Bestimmung des § 4 Ziff. 1 bzw. 2 der Musterbedingungen für die BUZ zu ersetzen.

(3) Der Versicherer kann außerdem notwendige weitere Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Änderungen, sowie ärztliche Nachuntersuchungen durch von ihm beauftragte Ärzte auf seine Kosten verlangen. Die Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, bei denen der Versicherte in Behandlung war oder sein wird, sowie andere Personenversicherer und Behörden sind zu ermächtigen, dem Versicherer auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(4) Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, hat der Versicherte zu befolgen, wobei ihm nichts Unbilliges zugemutet werden darf.

§ 11 Erklärung über die Leistungspflicht*

Nach Prüfung der ihm eingereichten und von ihm beigezogenen Unterlagen erklärt der Versicherer gegenüber dem Ansprucherhebenden, ob und von welchem Zeitpunkt ab er seine Leistungspflicht anerkennt.

§ 12 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

(1) Im Falle von Meinungsverschiedenheiten darüber, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt ab Berufsunfähigkeit vorliegt, entscheidet ein Ärzteausschuß. Für alle sonstigen Streitpunkte sind die ordentlichen Gerichte zuständig.

(2) Die Entscheidung des Ärzteausschusses ist von dem Ansprucherhebenden bis zum Ablauf von sechs Monaten, nachdem ihm die Erklärung des Versicherers nach § 11 zugegangen ist, zu beantragen. Der Versicherer und der Ansprucherhebende können jedoch bis zum Ablauf dieser Frist verlangen, daß anstelle des Ärzteausschusses die ordentlichen Gerichte entscheiden. Wird dieses Verlangen gestellt, so kann der Anspruch nur durch Klage geltend gemacht werden.

(3) Läßt der Ansprucherhebende die unter Ziff. 2 genannte Frist verstreichen, ohne daß er entweder die Entscheidung des Ärzteausschusses verlangt oder Klage erhebt, so sind weitergehende Ansprüche, als sie von dem Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen.

(4) Für den Ärzteausschuß gelten folgende Bestimmungen:

- a) Der Ärzteausschuß setzt sich zusammen aus zwei Ärzten, von denen jede Partei einen benennt, und einem Obmann. Dieser wird von den beiden von den Parteien benannten Ärzten gewählt und soll ein auf dem jeweiligen Fachgebiet sowie in der Begutachtung der Berufsunfähigkeit erfahrener Arzt sein, der nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien steht. Einigen sich die von den Parteien gewählten Ärzte nicht binnen einem Monat über den Obmann, so wird dieser auf Antrag einer Partei von dem Vorsitzenden der für den letzten inländischen Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer benannt. Hat der Versicherte keinen inländischen Wohnsitz, so ist die für den Sitz des Versicherers zuständige Ärztekammer maßgebend.
- b) Benennt eine Partei ihr Ausschußmitglied nicht binnen einem Monat, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert worden ist, so wird dieses Ausschußmitglied gleichfalls durch den Vorsitzenden der Ärztekammer ernannt.

* Wird die Versicherungsleistung gestaffelt entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit erbracht, wird empfohlen, diese Fassung durch die Bestimmungen des § 5 der Musterbedingungen für die BUZ zu ersetzen.

- c) Sobald der Ausschuß zusammengesetzt ist, hat der Versicherer unter Einsendung der erforderlichen Unterlagen den Obmann um die Durchführung des Verfahrens zu ersuchen.
- d) Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Ausschußmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und gibt hiervon den Parteien mindestens eine Woche vor dem Termin Nachricht. Es bleibt ihm unbenommen, sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien zu wenden. In der Sitzung ist der Versicherte, soweit möglich, zu hören und erforderlichenfalls zu untersuchen. Erscheint der Versicherte unentschuldigt nicht, so kann der Ausschuß auf Grund der Unterlagen entscheiden.
- e) Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu unterzeichnen.
- f) Ist die Entscheidung des Ärzteausschusses für den Ansprucherhebenden günstiger als das vor seinem Zusammentritt abgegebene Angebot des Versicherers, so sind die Kosten voll von diesem zu tragen. Anderenfalls werden sie dem Ansprucherhebenden bis zu 25 Prozent einer versicherten Jahresrente auferlegt.

§ 13 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit

(1) Der Versicherer ist berechtigt, den Grad der Berufsunfähigkeit und das Fortleben des Versicherten nachzuprüfen. Zu diesem Zweck kann er auf seine Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und — jedoch nur einmal im Jahr — eine Untersuchung des Versicherten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt verlangen. Die Bestimmungen des § 10 Ziff. 2 bis 4 finden entsprechende Anwendung.

(2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, eine Minderung der Berufsunfähigkeit sowie die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit des Versicherten dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(3) Hat sich der Grad der Berufsunfähigkeit gemindert und macht der Versicherer den Wegfall des Anspruchs auf die Leistungen geltend, so ist er verpflichtet, dies dem bisher Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf dessen Rechte aus § 12 mitzuteilen. Der Wegfall der Leistungen wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absendung der Mitteilung, frühestens jedoch zu Beginn des darauffolgenden Versicherungsvierteljahres wirksam*.

§ 14 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine Obliegenheit (vgl. §§ 10 und 13) verletzt, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so ist der Versicherer bis zum Beginn des Monats, in dem der Ansprucherhebende die Obliegenheit erfüllt, von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei 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.

§ 15 Leistungsort

(1) Leistungsort für die Entrichtung des Beitrages ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers; der Versicherungsnehmer hat jedoch auf seine Gefahr und Kosten den Beitrag dem Versicherer zu übermitteln.

* Wird die Versicherungsleistung gestaffelt entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit erbracht, wird empfohlen, diese Fassung durch die Bestimmungen des § 7 Ziff. 2 der Musterbedingungen für die BUZ zu ersetzen.

(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.

(3) Auf Antrag werden Versicherungsleistungen dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten übersandt; die Gefahr bei einer Überweisung in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte.

§ 16 Inhaberklausel

(1) Der Versicherer kann den Inhaber des Versicherungsscheines als verfügungs-, insbesondere empfangsberechtigt ansehen. Er hat das Recht, den Nachweis der Berechtigung zu verlangen.

(2) § 18 Ziff. 3 bleibt unberührt.

§ 17 Willenserklärungen und Anschriftenänderungen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, bedürfen der Schriftform, auch soweit dies nicht ausdrücklich bestimmt ist. Sie werden wirksam, sobald sie dem Versicherer zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

(2) Der Versicherungsnehmer hat zur Vermeidung von Rechtsnachteilen eine Änderung seiner Postanschrift oder Verlegung seiner gewerblichen Niederlassung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Nimmt der Versicherungsnehmer seinen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin, soll er dem Versicherer zugleich einen in diesem Gebiet ansässigen Zustellungsbevollmächtigten benennen.

§ 18 Rechte dritter Personen

(1) Der Versicherungsnehmer kann einen Dritten als bezugsberechtigt bezeichnen. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin kann der Versicherungsnehmer die Bezugsberechtigung widerrufen.

(2) Der Bezugsberechtigte erwirbt ein sofortiges und unwiderrufliches Recht auf die Leistung aus dem Versicherungsvertrag, wenn der Versicherer den dahingehenden Antrag des Versicherungsnehmers angenommen und ihm schriftlich bestätigt hat, daß der Widerruf ausgeschlossen ist. Bis zum Eingang der Bestätigung hat der Bezugsberechtigte lediglich ein widerrufliches Recht auf die Leistung aus dem Versicherungsvertrag.

(3) Verpfändung und Abtretung der Versicherungsansprüche sowie Einräumung und Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts sind dem Versicherer gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie der bisherige Verfügungsberechtigte schriftlich angezeigt hat.

§ 19 Kosten und Gebühren

Kosten und Gebühren dürfen nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in Rechnung gestellt werden.

§ 20 Gerichtsstand

Hat ein Versicherungsvertreter den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer erhoben werden, neben dem Gericht

des Sitzes des Versicherers auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

§ 21 Beteiligung am Überschuß

Die Versicherung ist nach Maßgabe des jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplanes am Überschuß beteiligt und gehört zum Abrechnungsverband ...

Anmerkung:

§ 21 ist nach Maßgabe des Geschäftsplanes durch folgende Angaben zu ergänzen:

- a) Voraussetzungen für die Fälligkeit der Überschußanteile (Wartezeit, Stichtag für die Zuteilung u. ä.).
- b) Form und Verwendung der Überschußanteile (laufende Überschußanteile, Schlußgewinnanteile, Bonus, Ansammlung, Verrechnung, Barauszahlung).

§ 22 Änderung der Versicherungsbedingungen

Die Bestimmungen über Ausschlüsse und Begrenzungen des Versicherungsschutzes (§ 3), über die Beitragserhöhung (§ 5 Ziff. 3) sowie über die Beteiligung am Überschuß (§ 21) können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungen geändert werden.

[A 11a] 8a. Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (leichter verständliche Fassung der Musterbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung)*

(VerBAV 1984 S. 383)

Sehr geehrter Kunde!

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird der Versicherte während der Dauer dieser Versicherung vollständig oder teilweise berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente
 - in voller Höhe bei einer Berufsunfähigkeit von mindestens 75 [66²/3] Prozent
 - entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit, wenn diese mindestens zu 25 [33¹/3] Prozent besteht.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Rente.
- b) Befreiung von der Beitragspflicht unter denselben Voraussetzungen und in demselben Maße wie unter a).

* Die Bedingungen sollen mit den Musterbedingungen identisch sein, die zur Zeit überarbeitet werden.

(2) Die Rente zahlen wir vierteljährlich im voraus, erstmals anteilig bis zum Ende des laufenden Versicherungsvierteljahres.

Anmerkung:

Es kann auch eine Zahlung der Rente für andere Zeiträume vorgesehen werden.

(3) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Wird uns die Berufsunfähigkeit später als drei Monate nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistung erst mit Beginn des Monats der Mitteilung.

(4) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 25 [33¹/₃] Prozent sinkt, der Versicherte stirbt oder die Versicherung abläuft.

(5) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht in entsprechender Höhe zurückzahlen.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich dauernd erfüllt sind.

(3) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(4) Scheidet der Versicherte aus dem Berufsleben aus, und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 darauf an, daß der Versicherte außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dieser Berufsunfähigkeit gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern der Versicherte auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten;
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, daß diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden

Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit des Versicherten herbeigeführt haben;
- e) durch Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten;
- f) durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maser-Strahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Wenn eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten.

(3) Bei Luftfahrten leisten wir nur, wenn die Berufsunfähigkeit bei Reise- oder Rundflügen als Fluggast in einem Propeller- oder Strahlflugzeug oder in einem Hubschrauber verursacht wird. Fluggäste sind, mit Ausnahme der Besatzungsmitglieder, die Insassen, denen das Luftfahrzeug ausschließlich zur Beförderung dient.

(4) Lebt unsere aus irgendeinem Grunde erloschene Leistungspflicht wieder auf, so können Ansprüche nicht aufgrund solcher Ursachen (Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall) geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheines bestätigt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

§ 5 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Sie zahlen Jahresbeiträge, die jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres fällig werden. Nach Vereinbarung können Sie die Jahresbeiträge auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zahlen; hierfür werden Ratenzuschläge erhoben.

(2) Der Einlösungsbeitrag wird sofort nach Abschluß des Versicherungsvertrages fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Zahlungsweise innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab Fälligkeitstag, an uns zu zahlen. Die Zahlung kann auch an unseren Vertreter erfolgen, sofern dieser Ihnen eine von uns ausgestellte Beitragsrechnung vorlegt.

(3) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

(4) Mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde können wir die Beiträge erhöhen, und zwar auch für bestehende Versicherungen. Die Erhöhung kann frühestens vom zweiten Versicherungsjahr an erfolgen.

Voraussetzung für eine Beitragserhöhung ist, daß

- a) eine Häufung von Versicherungsfällen eingetreten ist und dies zu einem Verlust bei dem Abrechnungsverband der nach diesen Bedingungen abgeschlossenen Versicherungen geführt hat,
- b) geänderte Verhältnisse seit dem Abschluß der Versicherung die Ursache für die Häufung der Versicherungsfälle gewesen sind und

c) die Beitragserhöhung erforderlich ist, damit wir auf Dauer unseren Leistungsverpflichtungen aus den abgeschlossenen Versicherungen nachkommen können.

Die Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir sie Ihnen spätestens acht Wochen vor dem Beitragsfälligkeitstermin schriftlich angekündigt haben.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Absatz 1 wie folgt:

„Sie zahlen für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Die laufenden Beiträge werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.“

In Absatz 2 Satz 2 treten an die Stelle der Worte „bei monatlicher Zahlungsweise“ die Worte „bei monatlicher Versicherungsperiode“.

§ 6 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir die Beiträge des ersten Versicherungsjahres auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sofort verlangen. Stattdessen können wir auch vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr beläuft sich auf 10 Prozent der Beiträge des ersten Versicherungsjahres.

Folgebeitrag

(2) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns eine schriftliche Mahnung. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist, so entfällt damit Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolge werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

(3) Zahlen Sie schon im ersten Versicherungsjahr einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, so werden außerdem die noch ausstehenden Raten des ersten Jahresbeitrages sofort fällig.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet § 6 wie folgt:

„Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?“

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr beläuft sich auf 10 Prozent der Beiträge des ersten Versicherungsjahres.

Folgebeitrag

(2) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns eine schriftliche Mahnung. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist, so entfällt damit Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolge werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.“

§ 7 Können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

- (1) Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise schriftlich kündigen
 - jederzeit zum Schluß des laufenden Versicherungsjahres
 - bei Vereinbarung von Ratenzahlungen auch innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat zum Schluß eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens jedoch zum Schluß des ersten Versicherungsjahres.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so darf die verbleibende Rente nicht unter den Mindestbetrag sinken, der in unserem aufsichtsbehördlich genehmigten Geschäftsplan festgelegt ist.
- (3) Auf die gekündigte Versicherung können Sie keinen Rückkaufswert erhalten. Auch eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung oder eine Rückzahlung der Beiträge ist nicht möglich.

Anmerkung:

Bei Tarifen, bei denen die Versicherungsperiode mit dem Beitragszahlungsabschnitt übereinstimmt, lautet Absatz 1 wie folgt:

„Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluß der Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.“

§ 8 Ist eine Vorauszahlung oder eine Kapitalabfindung möglich?

- (1) Eine Vorauszahlung auf die Versicherungsleistungen können wir Ihnen nicht gewähren.
- (2) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit zahlen wir ausschließlich Renten. Eine Abfindung durch Kapitalzahlung ist ausgeschlossen.

§ 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, daß Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.
- (2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen zehn Jahren seit Vertragsschluß vom Vertrag zurücktreten. Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben. Die Kenntnis eines Vermittlers steht unserer Kenntnis nicht gleich. Wenn uns nachgewiesen wird, daß die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird unser Rücktritt gegenstandslos. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen,

wenn die verschwiegenen Umstände nachweislich keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.

(4) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewußt und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluß genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für Angaben, die bei einem Antrag auf Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung zu machen sind.

(6) Auf den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

(7) Wenn die Versicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, können Sie weder einen Rückkaufswert noch die Rückzahlung der Beiträge verlangen.

§ 10 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) der Versicherungsschein und der Nachweis der letzten Beitragszahlung;
- b) ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt des Versicherten;
- c) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- d) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;
- e) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, dessen Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Wir können – dann allerdings auf unsere Kosten – außerdem weitere notwendige Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Änderungen, sowie ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(3) Werden wegen Erhöhung des Grades der Berufsunfähigkeit höhere Leistungen verlangt, so gelten die Absätze 1 und 2 sinngemäß. Eine Leistungserhöhung gewähren wir vom Beginn des Monats der Anzeige an.

(4) Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, sind zu befolgen. Die Anordnungen müssen sich jedoch im Rahmen des Zumutbaren halten.

§ 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.

§ 12 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?

(1) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 11) nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Entscheidung Klage erheben.

(2) Läßt der Ansprucherhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne daß er vor dem Gericht Klage erhebt, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung nach § 11 besonders hinweisen.

Anmerkung:

Für Lebensversicherungsunternehmen, die bei Meinungsverschiedenheiten die Möglichkeit einer Entscheidung durch einen Ärzteausschuß einräumen wollen, lautet § 12 wie folgt:

„Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?“

(1) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 11) nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Entscheidung Klage erheben. Die Entscheidung liegt dann ausschließlich bei den Gerichten.

(2) Beschränken sich die Meinungsverschiedenheiten auf die Frage, ob, in welchem Grad oder von welchem Zeitpunkt an Berufsunfähigkeit vorliegt, so entscheidet anstelle des Gerichts ein Ärzteausschuß, wenn sich beide Seiten darauf einigen. Der Ansprucherhebende muß sich innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Leistungsentscheidung (§ 11) äußern, ob er das Verfahren vor dem Ärzteausschuß wünscht.

(3) Läßt der Ansprucherhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne das er entweder vor dem Gericht Klage erhebt oder das Verfahren vor dem Ärzteausschuß verlangt, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung nach § 11 besonders hinweisen.

(4) Für die Zusammensetzung, das Verfahren und die Kosten des Ärzteausschusses gelten folgende Regeln:

a) Zusammensetzung

Der Ärzteausschuß setzt sich zusammen aus zwei Ärzten, von denen jede Partei einen benennt, und einem Obmann. Dieser wird von den beiden von den Parteien benannten Ärzten gewählt. Er soll ein in der Begutachtung der Berufsunfähigkeit erfahrener Arzt sein, der nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien steht. Einigen sich die von den Parteien gewählten Ärzte nicht binnen eines Monats auf einen Obmann, so wird dieser auf Antrag einer Partei von dem Vorsitzenden der für den letzten inländischen Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer benannt. Hat der Versicherte keinen inländischen Wohnsitz, so ist die für den Sitz des Versicherers zuständige Ärztekammer maßgebend.

Benennt eine Partei ihr Ausschußmitglied nicht binnen eines Monats, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert ist, so wird dieses Ausschußmitglied gleichfalls durch den Vorsitzenden der Ärztekammer benannt.

b) Verfahren

Nach Bildung des Ausschusses bitten wir den Obmann, das Verfahren durchzuführen, und übersenden ihm die erforderlichen Unterlagen. Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Ausschußmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und benachrichtigt hiervon mindestens eine Woche vor dem Termin die Parteien. Er kann sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien wenden. In der Sitzung ist der Versicherte, soweit möglich, zu hören und erforderlichenfalls zu untersuchen. Erscheint der Versicherte unentschuldigt nicht, so kann der Ausschuß aufgrund der Unterlagen entscheiden. Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu unterzeichnen.

c) Kosten

Ist die Entscheidung des Ärzteausschusses für uns ungünstiger als unser bisheriges Leistungsangebot, übernehmen wir die Kosten des Ärzteausschusses in voller Höhe; anderenfalls hat der Ansprucherhebende diese Kosten bis zu 25 Prozent einer versicherten Jahresrente selbst zu tragen.“

§ 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit, ihren Grad und das Fortleben des Versicherten nachzuprüfen. Dabei sind neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung des Versicherten durch einen von uns zu beauftragenden Arzt verlangen. Die Bestimmungen des § 10 Abs. 2 und 4 gelten entsprechend.

(3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad gemindert, können wir unsere Leistungen einstellen oder herabsetzen. Die Einstellung oder Herabsetzung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 12 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des darauffolgenden Versicherungsvierteljahres.

§ 14 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 10 oder § 13 von Ihnen oder dem Versicherten vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Versicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluß auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 15 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

(1) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

(2) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht (vgl. §§ 5 Abs. 2 und 6 Abs. 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

§ 16 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, daß uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

(2) In den Fällen des § 18 Abs. 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 17 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

(1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

(2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da Sie ggf. von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig Kenntnis erhalten.

(3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine in diesem Gebiet ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 18 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalls die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalls können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

(2) Wenn Sie ausdrücklich bestimmen, daß der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unwiderruflich und damit sofort erwerben soll, werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, daß der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, kann das bis zu diesem Zeitpunkt noch widerrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

§ 19 Welche Kosten und Gebühren dürfen Ihnen in Rechnung gestellt werden?

Über die vereinbarten Beiträge hinaus dürfen wir Ihnen Kosten und Gebühren nur in den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Fällen in Rechnung stellen.

§ 20 Wo ist der Gerichtsstand?

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Ist Ihre Versicherung durch Vermittlung eines Versicherungsvertreters zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhält, seinen Wohnsitz hatte.

§ 21 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Um die zugesagten Versicherungsleistungen über die in der Regel lange Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die vereinbarten Beiträge besonders vorsichtig kalkuliert. An dem erwirtschafteten Überschuß sind unsere Versicherungsnehmer entsprechend unserem jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplan beteiligt.

(2) Ihre Versicherung gehört zum Abrechnungsverband

Anmerkung:

§ 21 ist nach Maßgabe des Geschäftsplanes durch folgende Angaben zu ergänzen:

- a) Voraussetzungen für die Fälligkeit der Überschußanteile (Wartezeit, Stichtag für die Zuteilung u. ä.).
- b) Form und Verwendung der Überschußanteile (laufende Überschußanteile, Schlußüberschußanteile, Bonus, Ansammlung, Verrechnung, Barauszahlung).

§ 22 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?

Die Bestimmungen über Ausschlüsse und Begrenzungen des Versicherungsschutzes (vgl. § 3), über die Beitragserhöhung (vgl. § 5 Abs. 4) sowie über die Beteiligung am Überschuß (vgl. § 21) können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungen geändert werden.

Anhang

Die sich bei Anwendung der 50-Prozent-Regelung ergebenden Abweichungen gegenüber der Staffelregelung sind in den folgenden Bestimmungen enthalten. Die nicht abgedruckten Bestimmungen entsprechen vollinhaltlich den vorstehenden Bedingungen für die Staffelregelung.

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird der Versicherte während der Dauer dieser Versicherung zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung der versicherten Berufsfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir vierteljährlich im voraus, erstmals anteilig bis zum Ende des laufenden Versicherungsvierteljahres;

b) volle Befreiung von der Beitragspflicht.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

Anmerkung:

Es kann auch eine Zahlung der Rente für andere Zeiträume vorgesehen werden.

(2) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Wird uns die Berufsunfähigkeit später als drei Monate nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erst mit Beginn des Monats der Mitteilung.

(3) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent sinkt, der Versicherte stirbt oder die Versicherung abläuft.

(4) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

§ 10 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) der Versicherungsschein und der Nachweis der letzten Beitragszahlung;
- b) ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt des Versicherten;
- c) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- d) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;
- e) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, dessen Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Wir können — dann allerdings auf unsere Kosten — außerdem weitere notwendige Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Änderungen, sowie ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(3) Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, sind zu befolgen. Die Anordnungen müssen sich jedoch im Rahmen des Zumutbaren halten.

§ 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.

§ 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit, ihren Grad und das Fortleben des Versicherten nachzuprüfen. Dabei sind neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung des Versicherten durch einen von uns zu beauftragenden Arzt verlangen. Die Bestimmungen des § 10 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.
- (3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- (4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 Prozent gemindert, können wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 12 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des darauffolgenden Versicherungsvierteljahres.

[A 12] 9. Musterbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)

(VerBAV 1984 S. 152)

§ 1 Gegenstand der Versicherung

(1) Wird der Versicherte während der Dauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung vollständig oder teilweise berufsunfähig, so entfällt bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung die Verpflichtung zur Beitragszahlung für die Hauptversicherung und für die in sie eingeschlossenen Zusatzversicherungen bei einer Berufsunfähigkeit von

- a) mindestens 75 $[66\frac{2}{3}]$ Prozent ganz,
- b) mindestens 25 $[33\frac{1}{3}]$ Prozent entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf Beitragsfreiheit.

(2) In demselben Maße und unter denselben Voraussetzungen wie in Ziffer 1 wird eine Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist, gezahlt, und zwar vierteljährlich im voraus, erstmals anteilig bis zum Ende des laufenden Versicherungsvierteljahres.

Anmerkung:

Es kann auch eine Zahlung der Rente für andere Zeiträume vorgesehen werden.

(3) Der Anspruch auf Beitragsfreiheit und Rente entsteht mit dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit (§ 2) eingetreten ist. Erfolgt die Anzeige (§ 4) später als drei Monate nach dem Eintritt der Berufsunfähigkeit, so beginnen Beitragsfreiheit und Rente erst mit Beginn des Monats der Anzeige.

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 25 $(33\frac{1}{3})$ Prozent sinkt, der Versicherte stirbt oder die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abläuft.

(5) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht sind die Beiträge in voller Höhe weiter zu entrichten; sie werden jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht in entsprechender Höhe zurückgezahlt.

§ 2 Begriff der Berufsunfähigkeit

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die vorstehenden Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich dauernd erfüllt sind.

(3) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(4) Scheidet der Versicherte aus dem Berufsleben aus, und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Ziffern 1–3 darauf an, daß er außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

§ 3 Ausschlüsse und Begrenzungen des Versicherungsschutzes

(1) Ausgeschlossen von der Versicherung ist die Berufsunfähigkeit, die verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern der Versicherte auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten;
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, es sei denn, daß diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;
- d) durch vorsätzliches Herbeiführen der Berufsunfähigkeit des Versicherten durch eine widerrechtliche Handlung des Versicherungsnehmers;
- e) durch Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten;
- f) durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maserstrahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, es sei denn, daß eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt.

(2) Bei Luftfahrten erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Berufsunfähigkeit nur, wenn sie verursacht wird durch Teilnahme des Versicherten an Reise- oder Rundflügen als Fluggast in einem Propeller- oder Strahlflugzeug oder in einem Hubschrauber. Fluggäste sind, mit Ausnahme der Besatzungsmitglieder, die Insassen, denen das Luftfahrzeug ausschließlich zur Beförderung dient.

§ 4 Anzeige, Nachweis, Leistungserhöhung und Schadenminderung

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder höhere Leistungen wegen Erhöhung des Grades der Berufsunfähigkeit beansprucht, so ist dies dem Versicherer unter Einreichung des Versicherungsscheins und des Nachweises der letzten Beitragszahlung schriftlich anzuzeigen. Eine Leistungserhöhung kann nur vom Beginn des Monats der Anzeige an verlangt werden.

(2) Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit oder der Erhöhung ihres Grades sind dem Versicherer unverzüglich einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;
- c) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, seine Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

Hierdurch entstehende Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(3) Der Versicherer kann außerdem weitere notwendige Nachweise sowie ärztliche Untersuchungen durch von ihm beauftragte Ärzte auf seine Kosten verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, dem Versicherer auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(4) Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, hat der Versicherte zu befolgen, wobei ihm nichts Unbilliges zugemutet werden darf.

§ 5 Erklärung über die Leistungspflicht

Nach Prüfung der ihm eingereichten und der von ihm beigezogenen Unterlagen erklärt der Versicherer gegenüber dem Ansprucherhebenden, ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an er eine Leistungspflicht anerkennt.

§ 6 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

(1) Ist der Ansprucherhebende mit der Entscheidung über die Leistungspflicht (§ 5) nicht einverstanden, kann er bis zum Ablauf von sechs Monaten, nachdem die Erklärung des Versicherers nach § 5 zugegangen ist, Klage erheben.

(2) Läßt der Ansprucherhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne daß er Klage erhebt, so sind weitergehende Ansprüche, als sie von dem Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen.

Anmerkung:

Für Lebensversicherungsunternehmen, die bei Meinungsverschiedenheiten die Möglichkeit einer Entscheidung durch einen Ärzteausschuß einräumen wollen, lautet § 6 wie folgt:

„Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

- (1) Ist der Ansprucherhebende mit der Entscheidung über die Leistungspflicht (§ 5) nicht einverstanden, kann er bis zum Ablauf von sechs Monaten, nachdem*

die Erklärung des Versicherers nach § 5 zugegangen ist, Klage erheben. Die Entscheidung liegt dann ausschließlich bei den Gerichten.

(2) Im Falle von Meinungsverschiedenheiten darüber, ob, in welchem Grad und von welchem Zeitpunkt an Berufsunfähigkeit vorliegt, entscheidet anstelle des Gerichts ein Arzteauschuß, wenn sich beide Seiten darauf einigen. Die Entscheidung des Arzteauschusses ist von dem Ansprucherhebenden bis zum Ablauf von sechs Monaten, nachdem die Erklärung des Versicherers nach § 5 zugegangen ist, zu beantragen.

(3) Läßt der Ansprucherhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne daß er entweder die Entscheidung des Arzteauschusses verlangt oder Klage erhebt, so sind weitergehende Ansprüche, als sie von dem Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen.

(4) Für den Arzteauschuß gelten folgende Bestimmungen:

- a) Der Arzteauschuß setzt sich zusammen aus zwei Ärzten, von denen jede Partei einen benennt, und einen Obmann. Dieser wird von den beiden von den Parteien genannten Ärzten gewählt und soll ein in der Begutachtung der Berufsunfähigkeit erfahrener Arzt sein, der nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien steht. Einigen sich die von den Parteien gewählten Ärzte nicht binnen eines Monats über den Obmann, so wird dieser auf Antrag einer Partei von dem Vorsitzenden der für den letzten inländischen Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer benannt. Hat der Versicherte keinen inländischen Wohnsitz, so sind die für den Sitz des Versicherers zuständigen Ärztekammern maßgebend.*
- b) Benennt eine Partei ihr Ausschußmitglied nicht binnen eines Monats, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert worden ist, so wird dieses Ausschußmitglied gleichfalls durch den Vorsitzenden der Ärztekammer ernannt.*
- c) Sobald der Ausschuß zusammengesetzt ist, bittet der Versicherer unter Übersendung der erforderlichen Unterlagen den Obmann um die Durchführung des Verfahrens.*
- d) Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Ausschußmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und benachrichtigt hiervon mindestens eine Woche vor dem Termin die Parteien. Er kann sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien wenden. In der Sitzung ist der Versicherte, soweit möglich, zu hören und erforderlichenfalls zu untersuchen. Erscheint der Versicherte unentschuldigt nicht, so kann der Ausschuß aufgrund der Unterlagen entscheiden.*
- e) Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu unterzeichnen.*
- f) Ist die Entscheidung des Arzteauschusses für den Ansprucherhebenden günstiger als das vor seinem Zusammentritt abgegebene Angebot des Versicherers, so sind die Kosten voll von diesem zu tragen. Anderenfalls hat der Ansprucherhebende diese Kosten bis zur Höhe von 2,5 Prozent der Lebensversicherungssumme, bei Rentenversicherungen bis zu 25 Prozent einer versicherten Jahresrente selbst zu tragen.“*

§ 7 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit

- (1) Der Versicherer ist berechtigt, das Fortbestehen und den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei sind neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck kann er auf seine Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung des Versicherten durch einen von ihm beauftragten Arzt verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Ziffer 3 und 4 finden entsprechende Anwendung.
- (2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit des Versicherten dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
- (3) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad gemindert, so kann der Versicherer die Leistungen einstellen oder herabsetzen. Der Versicherer ist verpflichtet, die Einstellung oder Herabsetzung dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf dessen Rechte aus § 6 mitzuteilen. Die Herabsetzung oder die Einstellung der Leistungen wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absendung der Mitteilung wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des darauffolgenden Versicherungsvierteljahres.

§ 8 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Solange eine Obliegenheit nach § 4 oder § 7 von dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherten vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit bleiben die Ansprüche aus der Zusatzversicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluß auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ist. Wenn die Obliegenheit später erfüllt wird, ist der Versicherer ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 9 Verhältnis zur Hauptversicherung

- (1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erlischt, wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet.
- (2) Bei Kündigung einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung wird ein Rückkaufswert nicht gewährt; die Kündigung kann in den letzten fünf Versicherungsjahren nur in Verbindung mit der Hauptversicherung erfolgen.
- (3) Bei einer beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag ist eine Kündigung stets nur in Verbindung mit der Hauptversicherung möglich; dabei wird der geschäftsplanmäßige Rückkaufswert gewährt.
- (4) Die Umwandlung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in eine beitragsfreie Versicherung ist nur zusammen mit der Hauptversicherung möglich und nur, sofern die hierfür geschäftsplanmäßig vorgesehene Mindestrente erreicht wird. Das Verhältnis zwischen Berufsunfähigkeitsrente und Versicherungsleistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert.
- (5) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Ziffern 3 und 4 entsprechend.
- (6) Lebt die aus irgendeinem Grunde erloschene oder auf die herabgesetzte beitragsfreie Versicherung beschränkte Leistungspflicht aus der Hauptversicherung wieder auf und tritt die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wieder in Kraft, so können

Ansprüche aus dem wieder in Kraft gesetzten Teil der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht aufgrund solcher Ursachen (Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall) geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.

(7) Ist aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eine Leistung anerkannt oder festgelegt, so werden die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung, Vorauszahlung und Überschußbeteiligung der Hauptversicherung) so berechnet, als ob der Beitrag, der durch die Berufsunfähigkeit entfällt, unverändert weitergezahlt worden wäre.

(8) Anerkannte Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden durch Rücklauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung nicht berührt.

(9) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist nach Maßgabe des jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplans am Überschuß beteiligt.

(10) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung finden, soweit nichts anderes bestimmt ist, auf die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sinngemäß Anwendung.

Anhang

Die sich bei Anwendungen der 50-Prozent-Regelung ergebenden Abweichungen gegenüber der Staffelregelung sind in den folgenden Bestimmungen enthalten. Die nicht abgedruckten Bestimmungen entsprechen vollinhaltlich den vorstehenden Bedingungen für die Staffelregelung.

§ 1 Gegenstand der Versicherung

(1) Wird der Versicherte während der Dauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig, so entfällt bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung die Verpflichtung zur Beitragszahlung für die Hauptversicherung und für die in sie eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf Beitragsfreiheit.

(2) In demselben Maße und unter denselben Voraussetzungen wie in Ziffer 1 wird eine Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist, gezahlt, und zwar vierteljährlich im voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende des laufenden Versicherungsvierteljahres.

Anmerkung:

Es kann auch eine Zahlung der Rente für andere Zeiträume vorgesehen werden.

(3) Der Anspruch auf Beitragsfreiheit und Rente entsteht mit dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit (§ 2) eingetreten ist. Erfolgt die Anzeige (§ 4) später als drei Monate nach dem Eintritt der Berufsunfähigkeit, so beginnen Beitragsfreiheit und Rente erst mit Beginn des Monats der Anzeige.

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent sinkt, der Versicherte stirbt oder die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abläuft.

(5) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht sind die Beiträge in voller Höhe weiter zu entrichten; sie werden jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückgezahlt.

§ 4 Anzeige, Nachweis und Schadenminderung

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, so ist dies dem Versicherer unter Einreichung des Versicherungsscheins und des Nachweises der letzten Beitragszahlung schriftlich anzuzeigen.

(2) Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit sind dem Versicherer unverzüglich einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie den Grad der Berufsunfähigkeit;
- c) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, seine Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

Hierdurch entstehende Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(3) Der Versicherer kann außerdem weitere notwendige Nachweise sowie ärztliche Untersuchungen durch von ihm beauftragte Ärzte auf seine Kosten verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, dem Versicherer auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(4) Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, hat der Versicherte zu befolgen, wobei ihm nichts Unbilliges zugemutet werden darf.

§ 5 Erklärung über die Leistungspflicht

Nach Prüfung der ihm eingereichten und der von ihm beigezogenen Unterlagen erklärt der Versicherer gegenüber dem Ansprucherhebenden, ob und von welchem Zeitpunkt an er eine Leistungspflicht anerkennt.

§ 7 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit

(1) Der Versicherer ist berechtigt, das Fortbestehen und den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei sind neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck kann er auf seine Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung des Versicherten durch einen von ihm beauftragten Arzt verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Ziffer 3 und 4 finden entsprechende Anwendung.

(2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, eine Minderung der Berufsunfähigkeit sowie die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit des Versicherten dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(3) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 Prozent vermindert, so kann der Versicherer die Leistungen einstellen. Der Versicherer ist verpflichtet, die Einstellung dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf dessen Rechte aus § 6 mitzuteilen. Die Einstellung der Leistungen wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absendung der Mitteilung wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des darauffolgenden Versicherungsvierteljahres.

[A 13] 9 a. Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (leichter verständliche Fassung der Musterbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)*
(VerBAV 1984 S. 2)

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird der Versicherte während der Dauer dieser Zusatzversicherung vollständig oder teilweise berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen

- in voller Höhe bei einer Berufsunfähigkeit von mindestens 75 [66²/3] Prozent
- entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit, wenn diese mindestens zu 25 [33¹/3] Prozent besteht.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf Beitragsfreiheit.

b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist, unter denselben Voraussetzungen und in demselben Maße wie unter a). Die Rente zahlen wir vierteljährlich im voraus, erstmals anteilig bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres.

Anmerkung:

Es kann auch eine Zahlung der Rente für andere Zeiträume vorgesehen werden.

(2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Wird uns die Berufsunfähigkeit später als drei Monate nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistung erst mit Beginn des Monats der Mitteilung.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 25 [33¹/3] Prozent sinkt, der Versicherte stirbt oder die Zusatzversicherung abläuft.

(4) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht in entsprechender Höhe zurückzahlen.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich dauernd erfüllt sind.

(3) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, seinen Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(4) Scheidet der Versicherte aus dem Berufsleben aus, und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 darauf an, daß der Versicherte außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

* Die Bedingungen sind inhaltlich identisch mit den Musterbedingungen

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern der Versicherte auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten;
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, daß diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit des Versicherten herbeigeführt haben;
- e) durch Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten;
- f) durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maser-Strahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Wenn eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten.

(3) Bei Luftfahrten leisten wir nur, wenn die Berufsunfähigkeit bei Reise- oder Rundflügen als Fluggast in einem Propeller- oder Strahlflugzeug oder in einem Hubschrauber verursacht wird. Fluggäste sind, mit Ausnahme der Besatzungsmitglieder, die Insassen, denen das Luftfahrzeug ausschließlich zur Beförderung dient.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) der Versicherungsschein und der Nachweis der letzten Beitragszahlung;
- b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- c) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;
- d) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, dessen Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Wir können – dann allerdings auf unsere Kosten – außerdem weitere notwendige Nachweise sowie ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(3) Werden wegen Erhöhung des Grades der Berufsunfähigkeit höhere Leistungen verlangt, so gelten die Absätze 1 und 2 sinngemäß. Eine Leistungserhöhung gewähren wir vom Beginn des Monats der Anzeige an.

(4) Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, sind zu befolgen. Die Anordnungen müssen sich jedoch im Rahmen des Zumutbaren halten.

§ 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.

§ 6 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?

(1) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 5) nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Entscheidung Klage erheben.

(2) Läßt der Ansprucherhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne daß er vor dem Gericht Klage erhebt, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung nach § 5 besonders hinweisen.

Anmerkung:

Für Lebensversicherungsunternehmen, die bei Meinungsverschiedenheiten die Möglichkeit einer Entscheidung durch einen Ärzteausschuß einräumen wollen, lautet § 6 wie folgt:

„Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?

(1) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 5) nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Entscheidung Klage erheben. Die Entscheidung liegt dann ausschließlich bei den Gerichten.

(2) Beschränken sich die Meinungsverschiedenheiten auf die Frage, ob, in welchem Grad oder von welchem Zeitpunkt an Berufsunfähigkeit vorliegt, so entscheidet anstelle des Gerichts ein Ärzteausschuß, wenn sich beide Seiten darauf einigen. Der Ansprucherhebende muß sich innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Leistungsentscheidung (§ 5) äußern, ob er das Verfahren vor dem Ärzteausschuß wünscht.

(3) Läßt der Ansprucherhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne daß er entweder vor dem Gericht Klage erhebt oder das Verfahren vor dem Ärzteausschuß verlangt, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung nach § 5 besonders hinweisen.

(4) Für die Zusammensetzung, das Verfahren und die Kosten des Ärzteausschusses gelten die folgenden Regeln:

a) Zusammensetzung

Der Ärzteausschuß setzt sich zusammen aus zwei Ärzten, von denen jede Partei einen benennt, und einem Obmann. Dieser wird von den beiden von den Parteien benannten Ärzten gewählt. Er soll ein in der Begutachtung der Berufsunfähigkeit erfahrener Arzt sein, der nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien steht. Einigen sich die von den Parteien gewählten Ärzte nicht binnen eines Monats auf einen Obmann, so wird dieser auf Antrag einer Partei von dem Vorsitzenden der für den letzten inländischen Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer benannt. Hat der Versicherte keinen inländischen Wohnsitz, so ist die für den Sitz des Versicherers zuständige Ärztekammer maßgebend.

Benennt eine Partei ihr Ausschußmitglied nicht binnen eines Monats, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert worden ist, so wird dieses Ausschußmitglied gleichfalls durch den Vorsitzenden der Ärztekammer benannt.

b) Verfahren

Nach Bildung des Ausschusses bitten wir den Obmann, das Verfahren durchzuführen, und übersenden ihm die erforderlichen Unterlagen. Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Ausschußmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und benachrichtigt hiervon mindestens eine Woche vor dem Termin die Parteien. Er kann sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien wenden. In der Sitzung ist der Versicherte, soweit möglich, zu hören und erforderlichenfalls zu untersuchen. Erscheint der Versicherte unentschuldigt nicht, so kann der Ausschuß aufgrund der Unterlagen entscheiden. Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu unterzeichnen.

c) *Kosten*

Ist die Entscheidung des Arzteausschusses für uns ungünstiger als unser bisheriges Leistungsangebot, übernehmen wir die Kosten des Arzteausschusses in voller Höhe; anderenfalls hat der Ansprucherhebende diese Kosten bis zur Höhe von 2,5 Prozent der Lebensversicherungssumme bei Rentenversicherungen bis zu 25 Prozent einer versicherten Jahresrente selbst zu tragen.“

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad nachzuprüfen. Dabei sind neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung des Versicherten durch einen von uns zu beauftragenden Arzt verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Abs. 2 und 4 gelten entsprechend.
- (3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- (4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad gemindert, können wir unsere Leistungen einstellen oder herabsetzen. Die Einstellung oder Herabsetzung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 6 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des darauffolgenden Versicherungsvierteljahres.

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 7 von Ihnen oder dem Versicherten vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Zusatzversicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluß auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, so erlischt auch die Zusatzversicherung.
- (2) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. In den letzten fünf Versicherungsjahren kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Ein Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung fällt nach unserem Geschäftsplan nicht an.
- (3) Eine Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung, Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag), können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie — soweit vorhanden — den nach unserem Geschäftsplan berechneten Rückkaufswert.
- (4) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Voraussetzung ist allerdings, daß die hierfür geschäftsplanmäßig vorgesehene Mindestrente nicht unterschritten wird. Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert.
- (5) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2, 3 und 4 entsprechend.
- (6) Lebt unsere aus irgendeinem Grunde erloschene oder auf die herabgesetzte beitragsfreie Versicherung beschränkte Leistungspflicht aus der Hauptversicherung wieder auf und wird die Zusatzversicherung wieder in Kraft gesetzt, so können die Ansprüche aus dem wieder in

Kraft gesetzten Teil der Zusatzversicherung nicht aufgrund solcher Ursachen (Krankheit, Körperverletzung, Kräfteverfall) geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.

(7) Ist unsere Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung anerkannt oder festgestellt, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung, Vorauszahlung und Überschufbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(8) Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Zusatzversicherung werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung nicht berührt.

(9) Die Zusatzversicherung ist entsprechend unserem jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplan an dem erwirtschafteten Überschuf beteiligt.

(10) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Anhang

Die sich bei Anwendung der 50-Prozent-Regelung ergebenden Abweichungen gegenüber der Staffelregelung sind in den folgenden Bestimmungen enthalten. Die nicht abgedruckten Bestimmungen entsprechen vollinhaltlich den vorstehenden Bedingungen für die Staffelregelung.

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird der Versicherte während der Dauer dieser Zusatzversicherung zu mindestens 50 Prozent berufs unfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen;
- b) Zahlung einer Berufsunfähigkeit-Rente, wenn diese mitversichert ist. Die Rente zahlen wir vierteljährlich im voraus, erstmals anteilig bis zum Ende des laufenden Versicherungsvierteljahres.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

Anmerkung:

Es kann auch eine Zahlung der Rente für andere Zeiträume vorgesehen werden.

(2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Wird uns die Berufsunfähigkeit später als drei Monate nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erst mit Beginn des Monats der Mitteilung.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent sinkt, der Versicherte stirbt oder die Zusatzversicherung abläuft.

(4) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) der Versicherungsschein und der Nachweis der letzten Beitragszahlung;
- b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

- c) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;
- d) Unterlagen über den Beruf des Versicherten, dessen Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Wir können – dann allerdings auf unsere Kosten – außerdem weitere notwendige Nachweise sowie ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(3) Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, sind zu befolgen. Die Anordnungen müssen sich jedoch im Rahmen des Zumutbaren halten.

§ 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad nachzuprüfen. Dabei sind neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung des Versicherten durch einen von uns zu beauftragenden Arzt verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

(3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 Prozent vermindert, können wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 6 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des darauffolgenden Versicherungsvierteljahres.

[A 14] 10. Musterbedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung (VerBAV 1981 S. 55 – 57)*

§ 1 Gegenstand der Versicherung

(1) Tritt während der Versicherungsdauer der Unfall-Zusatzversicherung und vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 75. Lebensjahr vollendet, sein Tod als Folge eines nach Inkrafttreten der Unfall-Zusatzversicherung erlittenen Unfalls innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so zahlt der Versicherer neben der Leistung aus der Hauptversicherung die vereinbarte Unfall-Zusatzversicherungssumme, und zwar nach Beibringung der erforderlichen Nachweise auch dann sofort,

* Die mit der Lebensv verbundene Unfallzusatzv wird zusammen mit der Unfallv von Wagner Bd VI kommentiert.

wenn die Leistung aus der Hauptversicherung erst zu einem späteren Auszahlungstermin fällig wird**.

(2) Tritt der Tod des Versicherten nach dem Ende des Versicherungsjahres ein, in dem er das 75. Lebensjahr vollendet hat und sind die sonstigen Leistungsvoraussetzungen nach Ziff. 1 erfüllt, so zahlt der Versicherer die vereinbarte Unfall-Zusatzversicherungssumme dann, wenn der Versicherte den Unfall bei Benutzung eines dem öffentlichen Personenverkehr dienenden Verkehrsmittels dadurch erlitten hat, daß das Verkehrsmittel dem Ereignis, das den Unfalltod des Versicherten verursacht hat, selbst ausgesetzt war.

(3) Bei der Versicherung auf verbundene Leben wird die Unfall-Zusatzversicherungssumme nur einmal ausgezahlt, selbst wenn die Versicherten gleichzeitig durch Unfall sterben.

§ 2 Unfallbegriff und Grenzfälle

(1) Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(2) Unter den Versicherungsschutz fallen auch:

- a) durch Kraftanstrengung des Versicherten hervorgerufene Verrenkungen, Verzer- rungen und Zerreißungen an Gliedmaßen und Wirbelsäule,
- b) Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne der Ziffer 1 in den Körper gelangt ist.

(3) Dagegen fallen nicht unter den Versicherungsschutz:

- a) Berufs- und Gewerbekrankheiten;
- b) Erkrankungen infolge psychischer Einwirkung;
- c) Vergiftungen infolge Einführung fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, Malaria, Flecktyphus und sonstige Infektionskrankheiten;

Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von minde- stens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maserstrahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen;

Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse;

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt. Die Entstehungsursache der Infektionskrankheiten selbst gilt nicht als Unfallereignis;

- d) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn der Versicherte die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätig- keit begangen hat, es sei denn, daß dieser durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

§ 3 Ausschlüsse und Begrenzungen des Versicherungsschutzes

(1) Ausgeschlossen von der Versicherung sind:

- a) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder die durch innere Unruhen, sofern der Versicherte auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, verursacht werden;
- b) Unfälle, die der Versicherte erleidet infolge der vorsätzlichen Ausführung oder des Versuchs von Verbrechen oder Vergehen;

** Diese Bestimmung kommt nur in Betracht, wenn die Beiträge für die Unfall-Zusatzversicherung über das 75. Lebensjahr hinaus weiter erhoben werden.

- c) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen und Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt, soweit die Heilmaßnahmen oder Eingriffe nicht durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis veranlaßt waren. Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen, Hornhaut gilt nicht als solcher Eingriff;
 - d) Unfälle infolge von Schlaganfällen und solchen Krampfanfällen, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, von Geistes- oder Bewußtseinsstörungen, auch soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind. Die Ausschlüsse gelten nicht, wenn die Anfälle oder Störungen durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen waren;
 - e) Unfälle bei Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten.
- (2) Bei Luftfahrten erstreckt sich der Versicherungsschutz nur auf Unfälle, die der Versicherte bei Reise- oder Rundflügen über Gebieten mit organisiertem Luftverkehr erleidet,
- a) als Fluggast eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motorflugzeuges (Propeller-, Strahlflugzeuges oder Hubschrauber) oder
 - b) als Fluggast eines zur Personenbeförderung eingesetzten Militärflugzeuges (Propeller-, Strahlflugzeuges oder Hubschrauber).

§ 4 Einschränkung der Leistungspflicht

Haben zur Herbeiführung des Todes neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, so ist die Leistungspflicht entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.

§ 5 Anzeige

- (1) Der Tod des Versicherten durch Unfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Anzeige soll möglichst innerhalb von 48 Stunden erfolgen.
- (2) Der Versicherer hat das Recht, auf seine Kosten durch einen von ihm beauftragten Arzt die Leiche besichtigen und öffnen zu lassen.

§ 6 Erklärung über die Leistungspflicht

Nach Prüfung der ihm eingereichten und von ihm beigezogenen Unterlagen erklärt der Versicherer innerhalb eines Monats gegenüber dem Ansruherhebenden, ob und in welchem Umfang er eine Leistungspflicht anerkennt.

§ 7 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

- I. (1) Im Falle von Meinungsverschiedenheiten darüber, ob und in welchem Umfang der Tod auf den Unfall zurückzuführen ist, entscheidet ein Ärzteausschuß. Für alle sonstigen Streitpunkte sind die ordentlichen Gerichte zuständig.
- (2) Die Entscheidung des Ärzteausschusses ist von dem Ansruherhebenden bis zum Ablauf von sechs Monaten, nachdem ihm die Erklärung des Versicherers nach § 6 zugegangen ist, zu beantragen. Der Versicherer und der Ansruherhebende können jedoch bis zum Ablauf dieser Frist verlangen, daß an Stelle des Ärzteausschusses die ordentlichen Gerichte entscheiden. Wird dieses Verlangen gestellt, so kann der Anspruch nur durch Klage geltend gemacht werden.

(3) Läßt der Ansprucherhebende die unter Ziffer 2 genannte Frist verstreichen, ohne daß er entweder die Entscheidung des Ärztteausschusses verlangt oder Klage erhebt, so sind weitergehende Ansprüche, als sie von dem Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen.

II. Für den Ärztteausschuß gelten folgende Bestimmungen:

(1) Zusammensetzung

- a) Der Ärztteausschuß setzt sich zusammen aus zwei Ärzten, von denen jede Partei einen benennt, und einem Obmann. Dieser wird von den beiden von den Parteien benannten Ärzten gewählt und soll ein auf dem Gebiet der Unfallbegutachtung erfahrener Arzt sein, der nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien steht. Einigen sich die von den Parteien gewählten Ärzte nicht binnen einem Monat über den Obmann, so wird dieser auf Antrag einer Partei von dem Vorsitzenden der für den letzten inländischen Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer benannt. Hat der Versicherte keinen inländischen Wohnsitz, so ist die für den Sitz des Versicherers zuständige Ärztekammer maßgebend.
- b) Benennt eine Partei ihr Ausschußmitglied nicht binnen einem Monat, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert ist, so wird dieses Ausschußmitglied gleichfalls durch den Vorsitzenden der Ärztekammer ernannt.

(2) Verfahren

- a) Sobald der Ausschuß zusammengesetzt ist, hat der Versicherer unter Einsendung der erforderlichen Unterlagen den Obmann um die Durchführung des Verfahrens zu ersuchen.
- b) Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Ausschußmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und gibt hiervon den Parteien mindestens eine Woche vor dem Termin Nachricht. Es bleibt ihm unbenommen, sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien zu wenden.
- c) Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu unterzeichnen.

(3) Kosten

Ist die Entscheidung des Ärztteausschusses für den Ansprucherhebenden günstiger als das vor seinem Zusammentritt abgegebene Angebot des Versicherers, so sind die Kosten voll von diesem zu tragen; anderenfalls hat der Ansprucherhebende die Kosten bis zu 2 Prozent der Unfall-Zusatzversicherungssumme selbst zu tragen.

§ 8 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine Obliegenheit (§ 5) verletzt, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 9 Verhältnis zur Hauptversicherung

(1) Die Unfall-Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Die Unfall-Zusatzversicherung erlischt, wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet.

(2) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung finden, soweit nichts anderes bestimmt ist, auf die Unfall-Zusatzversicherung sinngemäß Anwendung.

(3) Wird die Leistung der Hauptversicherung herabgesetzt, so vermindert sich der Versicherungsschutz aus der Unfall-Zusatzversicherung auf den Betrag, der dem Teil der Hauptversicherung entspricht, für den der Beitrag weitergezahlt wird. Verringert sich dabei die Unfall-Zusatzsumme stärker als die Leistung aus der Hauptversicherung, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten verlangen, daß die Unfall-Zusatzsumme gegen Zahlung eines Einmalbeitrages soweit erhöht wird, daß das vorherige Verhältnis zur Leistung aus der Hauptversicherung wieder hergestellt wird.

(4) Bei Kündigung einer Unfall-Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung wird weder ein Rückkaufswert noch eine beitragsfreie Leistung gewährt. Bei einer Unfall-Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag ist eine Kündigung stets nur in Verbindung mit der Hauptversicherung möglich; dabei wird der geschäftsplanmäßige Rückkaufswert gewährt.

(5) Lebt die aus irgendeinem Grunde erloschene oder auf die beitragsfreie Versicherung beschränkte Leistungspflicht des Versicherers aus der Hauptversicherung ganz oder teilweise wieder auf und tritt die Unfall-Zusatzversicherung insoweit wieder in Kraft, so können Ansprüche aus dem wieder in Kraft gesetzten Teil nicht aufgrund solcher Unfälle geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.

(6) Die Unfall-Zusatzversicherung ist / nach Maßgabe des jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplans am Überschuß des Versicherers beteiligt / nicht überschußberechtigt.

[A 15] 10 a. Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung (leichter verständliche Fassung der Musterbedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung)*

(VerBAV 1984 S. 6)

§ 1 Was ist versichert?

(1) Stirbt der Versicherte an den Folgen eines Unfalls, so zahlen wir die vereinbarte Unfall-Zusatzversicherungssumme, wenn

- a) der Unfall sich nach Inkrafttreten der Zusatzversicherung ereignet hat und
- b) der Tod eingetreten ist

- während der Dauer der Zusatzversicherung,
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und
- vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte sein 75. Lebensjahr vollendet hat;

verstirbt der Versicherte nach diesem Zeitpunkt, so leisten wir dennoch, wenn der Versicherte den Unfall bei Benutzung eines dem öffentlichen Personenverkehr dienenden Verkehrsmittels erlitten hat und das Verkehrsmittel dem Ereignis, das den Unfalltod des Versicherten verursacht hat, selbst ausgesetzt war.

* Die Bedingungen sind inhaltlich grundsätzlich identisch mit den Musterbedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung.

Anmerkung:

Die Bestimmung nach dem Semikolon kommt nur in Betracht, wenn die Beiträge für die Unfall-Zusatzversicherung über das Alter 75 hinaus weiter erhoben werden.

(2) Bei der Versicherung auf verbundene Leben wird auch die Zusatzversicherungssumme nur einmal ausbezahlt, selbst wenn die Versicherten gleichzeitig durch Unfall sterben.

§ 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(2) Unter den Versicherungsschutz fallen auch:

- a) Durch Kraftanstrengung des Versicherten hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule,
- b) Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne von Absatz 1 in den Körper gelangt ist.

(3) Dagegen fallen nicht unter den Versicherungsschutz:

- a) Berufs- und Gewerbekrankheiten;
- b) Erkrankungen infolge psychischer Einwirkung;
- c) Vergiftungen infolge Einführung fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, Malaria, Flecktyphus und sonstige Infektionskrankheiten;
Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maser-Strahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen;
Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse;
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt. Die Entstehungsursache der Infektionskrankheiten selbst gilt nicht als Unfallereignis;
- d) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn der Versicherte die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn dieser Zustand durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Unfall gekommen ist.

(2) Ausgeschlossen von der Versicherung sind jedoch:

- a) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar verursacht werden durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, an denen der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) Unfälle, die der Versicherte infolge der vorsätzlichen Ausführung oder des strafbaren Versuchs eines Verbrechens oder Vergehens erleidet;
- c) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen und Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper selbst vornimmt oder von einem anderen vornehmen läßt. Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen und Hornhaut verstehen wir nicht als solchen Eingriff.

Wir werden jedoch leisten, wenn solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis veranlaßt waren.

- d) Unfälle, verursacht durch Schlaganfälle und solche Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen;

Unfälle infolge von Geistes- oder Bewußtseinsstörungen, und zwar auch dann, wenn sie durch Trunkenheit verursacht worden sind.

Wir werden jedoch leisten, wenn solche Anfälle oder Störungen durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen waren.

- e) Unfälle bei Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten.
- (3) Bei Luftfahrten leisten wir nur, wenn der Versicherte den Unfall bei Reise- oder Rundflügen als Fluggast in einem Propeller- oder Strahlflugzeug oder in einem Hubschrauber erlitten hat. Fluggäste sind, mit Ausnahme der Besatzungsmitglieder, die Insassen, denen das Luftfahrzeug ausschließlich zur Beförderung dient.

§ 4 Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen des Versicherten?

Haben zur Herbeiführung des Todes neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 Prozent mitgewirkt, so vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

§ 5 Was ist zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Unfalltod des Versicherten zu beachten?

- (1) Der Unfalltod des Versicherten ist uns unverzüglich – möglichst innerhalb von 48 Stunden – mitzuteilen.
- (2) Wir sind berechtigt, die Leiche auf unsere Kosten durch einen von uns beauftragten Arzt besichtigen und öffnen zu lassen.
- (3) Wird vorsätzlich oder grob fahrlässig entweder die Mitteilungspflicht (Absatz 1) verletzt oder die Zustimmung zur Besichtigung oder Öffnung der Leiche (Absatz 2) verweigert, so sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässigem Verhalten bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als dieses Verhalten ohne Einfluß auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

- (1) Zur Feststellung unserer Leistungspflicht sind uns die erforderlichen Nachweise zu erbringen.
- (2) Nach Prüfung der uns eingereichten und der von uns herangezogenen Unterlagen sind wir verpflichtet, innerhalb eines Monats gegenüber dem Anspruchs erhebenden zu erklären, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

§ 7 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?

- (1) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 6 Abs. 2) nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Entscheidung Klage erheben.
- (2) Läßt der Anspruchs erhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne daß er vor dem Gericht Klage erhebt, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung nach § 6 Abs. 2 besonders hinweisen.

Anmerkung:

Für Lebensversicherungsunternehmen, die bei Meinungsverschiedenheiten die Möglichkeit einer Entscheidung durch einen Arzteausschuß einräumen wollen, lautet § 7 wie folgt:

„Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?

(1) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 6 Abs. 2) nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Entscheidung Klage erheben. Die Entscheidung liegt dann ausschließlich bei den Gerichten.

(2) Beschränken sich die Meinungsverschiedenheiten auf die Frage, ob und in welchem Umfang der Tod des Versicherten auf den Unfall zurückzuführen ist, so entscheidet anstelle des Gerichts ein Arzteausschuß, wenn sich beide Seiten darauf einigen. Der Anspruchs erhebende muß sich innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Leistungsentscheidung (§ 6 Abs. 2) äußern, ob er das Verfahren vor dem Arzteausschuß wünscht.

(3) *Läßt der Ansprucherhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne daß er entweder vor dem Gericht Klage erhebt oder das Verfahren vor dem Ärzteausschuß verlangt, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung nach § 6 Abs. 2 besonders hinweisen.*

(4) *Für die Zusammensetzung, das Verfahren und die Kosten des Ärzteausschusses gelten die folgenden Regeln:*

a) *Zusammensetzung*

Der Ärzteausschuß setzt sich zusammen aus zwei Ärzten, von denen jede Partei einen benennt, und einem Obmann. Dieser wird von den beiden von den Parteien benannten Ärzten gewählt. Er soll ein auf dem Gebiet der Unfallbegutachtung erfahrener Arzt sein, der nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien steht. Einigen sich die von den Parteien gewählten Ärzte nicht binnen eines Monats auf einen Obmann, so wird dieser auf Antrag einer Partei von dem Vorsitzenden der für den letzten inländischen Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer benannt. Hat der Versicherte keinen inländischen Wohnsitz, so ist die für den Sitz des Versicherers zuständige Ärztekammer maßgebend.

Benennt eine Partei ihr Ausschußmitglied nicht binnen eines Monats, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert worden ist, so wird dieses Ausschußmitglied gleichfalls durch den Vorsitzenden der Ärztekammer benannt.

b) *Verfahren*

Nach Bildung des Ausschusses bitten wir den Obmann, das Verfahren durchzuführen, und übersenden ihm die erforderlichen Unterlagen. Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Ausschußmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und benachrichtigt hiervon mindestens eine Woche vor dem Termin die Parteien. Er kann sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien wenden.

Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu unterzeichnen.

c) *Kosten*

Ist die Entscheidung des Ärzteausschusses für uns ungünstiger als unser bisheriges Leistungsangebot, so übernehmen wir die Kosten des Ärzteausschusses in voller Höhe; anderenfalls hat der Ansprucherhebende diese Kosten bis zur Höhe von 2 Prozent der Zusatzversicherungssumme selbst zu tragen.“

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) *Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, so erlischt auch die Zusatzversicherung.*

(2) *Wird die Leistung der Hauptversicherung herabgesetzt, so vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung, und zwar auf den Betrag, der dem Teil der Hauptversicherung entspricht, für den der Beitrag weitergezahlt wird. Sollte sich dabei die Zusatzversicherungssumme stärker als die Leistung aus der Hauptversicherung vermindern, so können Sie innerhalb von drei Monaten verlangen, daß die Zusatzversicherungssumme gegen Zahlung eines Einmalbeitrages soweit erhöht wird, daß ihr bisheriges Verhältnis zur Leistung aus der Hauptversicherung wieder hergestellt wird.*

(3) *Wenn unsere Leistungspflicht aus der Hauptversicherung erloschen oder auf die beitragsfreie Leistung beschränkt war, danach aber zusammen mit der Zusatzversicherung ganz oder teilweise wieder auflebt, können aus dem wieder in Kraft getretenen Teil keine Ansprüche aufgrund solcher Unfälle geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.*

(4) *Eine Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Sie erhalten in diesem Fall den in unserem Geschäftsplan festgelegten Rückkaufwert.*

(5) Wenn Sie eine Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine beitragsfreie Leistung.

(6) Die Zusatzversicherung ist entsprechend unserem jeweiligen von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplan an dem erwirtschafteten Überschuß beteiligt. [Die Zusatzversicherung ist nicht überschußberechtig.]

(7) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

[A 16] 11. Anhang I: Geschäftsplanmäßige Erklärungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der Lebensversicherung (ohne Gruppenversicherung nach Sondertarifen)

(VerBAV 1984 S. 380)

1.1 Die Gesellschaft wird in den Versicherungsantrag folgenden Text aufnehmen:

„1. Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen und der jeweilige von der Aufsichtsbehörde genehmigte Geschäftsplan des Versicherers.“

„2. Ich kann meinen Antrag innerhalb von ... Tagen nach seiner Unterzeichnung widerrufen, und zwar auch dann, wenn der Versicherer ihn bereits angenommen hat. Mein Widerruf wird nur wirksam, wenn er in schriftlicher Form innerhalb der genannten Frist beim Versicherer eingegangen ist. Dieses Widerrufsrecht gilt nicht bei den Tarifen

...

An meinen Antrag halte ich mich sechs Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht widerrufen habe. Diese Bindefrist beginnt mit dem Ablauf der Widerrufsfrist, bei Versicherungen mit ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tag der Untersuchung.

Bei den Tarifen ..., bei denen ein Widerrufsrecht nicht besteht, beginnt die Bindefrist mit Unterzeichnung des Antrags, bei einer Versicherung mit ärztlicher Untersuchung jedoch erst mit dem Tag der Untersuchung.“

Bemerkung:

In Absatz 1 Satz 3 und Absatz 3 Satz 1 sind die entsprechenden Tarife einzusetzen.

Anmerkungen:

(1) Bei Anträgen, mit denen ausschließlich Versicherungen ohne Widerrufsrecht beantragt werden, lautet Nr. 2 wie folgt:

„An meinen Antrag halte ich mich sechs Wochen gebunden. Die Frist beginnt mit der Unterzeichnung des Antrags, bei einer Versicherung mit ärztlicher Untersuchung jedoch erst mit dem Tag der Untersuchung.“

(2) Bei Anträgen, mit denen ausschließlich Versicherungen mit Widerrufsrecht beantragt werden, entfallen Absatz 1 Satz 3 und Absatz 3 der Nr. 2.

(3) Bei Firmen- und Verbands-Gruppenversicherungen nach rabattierten Einzelversicherungstarifen wird kein Widerrufsrecht eingeräumt. In diesen Fällen wird der Antragstext gemäß Anmerkung 1) verwendet.

„3. Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu versichernden Person werde ich unverzüglich dem Versicherer schriftlich anzeigen. Ich weiß, daß der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann; für die

Richtigkeit der Angaben bin ich allein verantwortlich, auch wenn ich den Antrag nicht selbst ausgefüllt habe.

Der Vermittler darf über die Erheblichkeit von Antragsfragen oder Erkrankungen keine verbindlichen Erklärungen abgeben.“

Bemerkung:

Wird auf die Verpflichtung des Antragstellers verzichtet, jede bis zur Annahme des Versicherungsantrags noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu versichernden Person der Gesellschaft anzuzeigen, so lautet Abs. 1 wie folgt:

„Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, daß der Versicherer bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann; für die Richtigkeit der Angaben bin ich allein verantwortlich, auch wenn ich den Antrag nicht selbst ausgefüllt habe.“

„4. Eine Durchschrift des Versicherungsantrages habe ich erhalten.“

Anmerkung:

Bei Vermögensbildungsversicherungen, Fondsgebundenen Lebensversicherungen und Berufsunfähigkeits-Versicherungen lautet Nr. 4 wie folgt:

„Eine Durchschrift des Versicherungsantrages und das Merkblatt habe ich erhalten.“

„5. Mir ist bekannt, daß die Beiträge bei kapitalbildenden Lebensversicherungen zunächst zur Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle, der Abschlußkosten und der Verwaltungskosten verbraucht werden. Deshalb fällt bei Kündigung der Lebensversicherung in den ersten Jahren kein oder nur ein niedriger Rückkaufswert an.

Über die Entwicklung der Rückkaufswerte gibt eine dem Versicherungsschein beigefügte Tabelle Auskunft.“

Anmerkungen:

(1) Bei Vermögensbildungsversicherungen lautet Nr. 5 Satz 2 wie folgt:

„Deshalb fällt bei Kündigung der Lebensversicherung in den ersten Jahren nur ein Rückkaufswert in Höhe von 50% der tatsächlich gezahlten Beiträge an.“

(2) Nr. 5 entfällt, wenn mit dem Versicherungsantrag keine kapitalbildenden Lebensversicherungen beantragt werden können.

1.2 Bei Vermögensbildungsversicherungen wird die Gesellschaft in den hierfür vorgesehenen besonderen Versicherungsantrag zusätzlich folgenden Text aufnehmen:

6. „Die mit diesem Antrag beantragte Versicherung ist eine Kapitalversicherung nach dem 4. Vermögensbildungsgesetz, für die unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch entweder auf Arbeitnehmer-Sparzulage oder auf Sonderausgabenabzug nach dem Einkommensteuergesetz besteht (vgl. Merkblatt).“

1.3 Bei Versicherungen mit laufender Anpassung des Versicherungsschutzes wird die Gesellschaft in den Versicherungsantrag zusätzlich folgenden Text aufnehmen:

„6. Beitrag und Versicherungsleistungen erhöhen sich jährlich gemäß den „Besonderen Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.““

1.4 Bei Berufsunfähigkeits-Versicherungen wird die Gesellschaft in den Versicherungsantrag zusätzlich folgende Fragen aufnehmen:

„a) Besteht für die versicherte Person schon eine Versicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität (auch Zusatzversicherung) oder ist eine solche beantragt?

b) Wenn ja, bei welchem Versicherer und in welcher Höhe?

c) Hat die versicherte Person für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität sonstige Leistungen zu erwarten

aus Sozialversicherung
 aus betrieblicher Altersversorgung
 aus Beamtenversorgung
 aus Zusatzversorgung
 aus anderen Quellen?
 (nähere Angaben erforderlich).

d) Wie hoch ist das jährliche Arbeitseinkommen (brutto)?“

1.5 Die Gesellschaft wird in den Versicherungsantrag folgende Erklärung aufnehmen, soweit dies zur Berücksichtigung von § 203 StGB erforderlich ist:

„Ich ermächtige den Versicherer, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen. Dies gilt nur für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten drei Jahre nach der Antragsannahme. Der Versicherer darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen, und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.“

Anmerkung:

In der Berufsunfähigkeits-Versicherung lauten Satz 2 und 3 wie folgt:

„Das gilt nur für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten 10 Jahre nach der Antragsannahme. Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, darf der Versicherer die in Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen sowie die Ärzte, die untersucht haben, auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen.“

2.1 Die Gesellschaft wird im Versicherungsschein den Versicherungsnehmer und den Versicherten namentlich bezeichnen.

Bei Versicherungen mit Überlebensrenten wird die Gesellschaft zweifelsfrei dokumentieren, wer Versicherter der Hauptversicherung und wer Mitversicherter der Zusatzversicherung ist.

2.2 Die Gesellschaft wird im Versicherungsschein darauf hinweisen, daß der technische Beginn der Versicherung nicht mit dem Beginn der Leistungspflicht identisch ist, z. B. hinter den Worten „Technischer Beginn“ (etwa durch folgende Fußnote „Beginn des Versicherungsschutzes vgl. § ... AVB“).

2.3 Die Gesellschaft wird in den Versicherungsschein folgende Hinweise aufnehmen:

- (1) „Gemäß § 3 VVG kann der Versicherungsnehmer jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat.“
- (2) „Die Überschußanteile, die sich für den Anspruchsberechtigten aus der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Überschußbeteiligung ergeben, hängen in ihrer Höhe vor allem von den Kapitalerträgen, aber auch vom Verlauf der Sterblichkeit und von der Entwicklung der Kosten ab. Die Höhe der Überschußanteile, die von Jahr zu Jahr ermittelt und zugesagt werden, kann sich daher ändern. Verbindliche Angaben über die Höhe der künftigen Überschußbeteiligung sind nicht möglich.“

Anmerkung:

Bei Risikoversicherungen entfallen in Satz 1 die Worte „... vor allem von den Kapitalerträgen, aber auch ...“.

2.4 Die Gesellschaft wird auf dem Versicherungsschein oder einem dem Versicherungsschein angehefteten Zettel einen auffälligen Hinweis auf § 12 der AVB aufnehmen. (Bei abweichender Numerierung wird auf den entsprechenden Paragraphen verwiesen.)

2.5 Bei Versicherungen mit festem Auszahlungszeitpunkt und bei Versicherungen auf den Heiratsfall (Aussteuerversicherung) wird die Gesellschaft folgende Bestimmungen in den Versicherungsschein aufnehmen:

„1. Der widerruflich Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung zu dem vereinbarten Zeitpunkt bereits beim Tode der versicherten Person (bei der Aussteuerversicherung: des versicherten Versorgers), falls der Versicherungsnehmer nichts anderes bestimmt.“

„2. Beim Tode der versicherten Person (bei der Aussteuerversicherung: des versicherten Versorgers) ausstehende Raten des laufenden Jahresbeitrags sind unverzüglich an den Versicherer zu zahlen. Andernfalls werden sie mit dem Deckungskapital verrechnet, so daß sich die Versicherungssumme entsprechend vermindert.“

Anmerkung:

Ziff. 2.5 Nr. 2 entfällt, wenn die Beiträge tariflich nur bis zum Ende des am Todestag laufenden Beitragszahlungsabschnitts zu zahlen sind.

2.6 Bei Versicherungen mit Überlebensrenten wird die Gesellschaft folgende Bestimmung in den Versicherungsschein aufnehmen:

„Beim Tode der versicherten Person ausstehende Raten des laufenden Jahresbeitrags sind unverzüglich an den Versicherer zu zahlen. Andernfalls werden sie mit dem Deckungskapital verrechnet, so daß sich die versicherte Rente entsprechend vermindert.“

2.7 Bei Versicherungen mit laufender Anpassung des Versicherungsschutzes wird die Gesellschaft im Versicherungsschein darauf hinweisen, daß sich Beitrag und Versicherungsleistungen nach Maßgabe der „Besonderen Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung“ erhöhen.

2.8 Bei Vermögensbildungsversicherungen wird die Gesellschaft auf dem Versicherungsschein in deutlich sichtbarer Form folgenden Hinweis anbringen:

„Dieser Vertrag ist eine Kapitalversicherung nach dem 4. Vermögensbildungsgesetz, für die unter bestimmten Voraussetzungen entweder ein Anspruch auf Arbeitnehmer-Sparzulage oder auf Sonderausgabenabzug nach dem Einkommensteuergesetz besteht (vgl. Merkblatt).“

2.9 Bei Vermögensbildungsversicherungen, Fondsgebundenen Lebensversicherungen und Berufsunfähigkeits-Versicherungen wird die Gesellschaft dem Versicherungsschein das Merkblatt fest verbunden beifügen.

3.1 Die Gesellschaft wird bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag in der Regel von der Einklagung des Einmalbeitrags absehen. Die Gesellschaft wird sich auf den Rücktritt vom Versicherungsvertrag beschränken.

3.2 Die Gesellschaft wird den Versicherungsnehmer im Fall einer Mahnung oder Kündigung durch ein ausführliches Mahn- bzw. Kündigungsschreiben unter Wiedergabe des Inhalts der Gesetzesbestimmungen unterrichten und insbesondere auf die Rechtsfolgen der Mahnung und Kündigung hinweisen. Die Gesellschaft verpflichtet sich, in diesem Mahn- und Kündigungsschreiben dem Versicherungsnehmer auch das Recht einzuräumen, nach Ablauf der gesetzlichen Wiederherstellungsfrist von einem Monat

innerhalb einer Frist von sechs Monaten, gerechnet vom Fälligkeitstermin des erstmals unbezahlt gebliebenen Beitrags, durch Nachzahlung sämtlicher rückständiger Beiträge und Kosten, einschließlich der seit der Kündigung weiter fällig gewordenen, die Versicherung wieder in Kraft zu setzen.

3.3 Die Gesellschaft verpflichtet sich, an rückständigen Beiträgen – abgesehen von ausdrücklich gestundeten – in keinem Falle mehr als die Beiträge für den Zeitraum eines Jahres nebst Zinsen und Kosten geltend zu machen.

Bei Fondsgebundenen Lebensversicherungen wird die Gesellschaft bei der Umrechnung der in der Nachzahlung enthaltenen Sparbeiträge in Anteileneinheiten den Bewertungsfaktor des auf die Nachzahlung folgenden Monats zugrunde legen.

3.4 Die Gesellschaft wird den Versicherungsnehmer mit der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung über alle sich aus §§ 16 ff. VVG ergebenden Rechte und Pflichten schriftlich aufklären.

3.5 Die Gesellschaft wird die Einräumung usw. eines unwiderruflichen Bezugsrechtes unverzüglich bestätigen, falls keine Anhaltspunkte bestehen, daß sich der Versicherungsnehmer über den Inhalt des unwiderruflichen Bezugsrechtes im unklaren ist, andernfalls den Versicherungsnehmer unverzüglich aufklären.

3.6 Die Gesellschaft wird bei einer Änderung der AVB gemäß § 17 die Versicherungsnehmer benachrichtigen. (Bei abweichender Numerierung wird auf den entsprechenden Paragraphen verwiesen.)

3.7 Die Gesellschaft wird eine Änderung des Zinsfußes für Vorauszahlungen (Darlehen) dem Bundesaufsichtsamt jeweils anzeigen.

3.8 Bei Berufsunfähigkeits-Versicherungen wird die Gesellschaft den Versicherungsnehmer bei Anerkennung einer Leistungspflicht schriftlich auf die Bestimmungen des § 13 Abs. 2 der AVB hinweisen.

3.9 Fondsgebundene Lebensversicherungen wird die Gesellschaft nur mit volljährigen Versicherungsnehmern abschließen.

3.10 Bei Fondsgebundenen Lebensversicherungen wird die Gesellschaft in dem Mitteilungsschreiben über den Ablauf der Versicherung den Anspruchsberechtigten gleichzeitig zur Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Ziff. 2 AVB auffordern und ihn darauf hinweisen, daß bei Nichtausübung innerhalb der vorgesehenen Frist das Wahlrecht als zugunsten der Geldleistung ausgeübt gilt. Im Falle des Todes oder der Kündigung wird die Gesellschaft nach Einreichung der Unterlagen entsprechend verfahren.

[A 17] 12. Anhang II: Merkblätter der Versicherer

a) An den Versicherungsnehmer gerichtete Merkblätter zu einzelnen Versicherungsformen (Beispiele):

aa) Merkblatt für Lebensversicherungsverträge nach dem 4. Vermögensbildungsgesetz (VerBAV 1984 S. 379)

(1) Diese Versicherung unterliegt den Vorschriften des 4. Vermögensbildungsgesetzes (4. VermBG). Sie erfüllt die Voraussetzungen für folgende staatliche Vergünstigungen:

a) Die Arbeitnehmer-Sparzulage

Sie beträgt ab 1. Januar 1982 16 vom Hundert der zulageberechtigten Beiträge. Bei Arbeitnehmern mit drei oder mehr Kindern (§ 32 Abs. 4 des Einkommensteuergesetzes (EStG)) erhöht sie sich auf 26 vom Hundert. Nach dem 4. VermBG ist höchstens der Teil der Beiträge sparszulageberechtigt, der den Betrag von 624 DM im Kalenderjahr nicht übersteigt. Die Arbeitnehmer-Sparzulage wird vom Arbeitgeber jeweils zusammen mit den Bezügen gezahlt. Arbeitnehmer-Sparzulagen sind steuer- und sozialabgabefrei. Sie werden allerdings nur gewährt, wenn die zu versteuernden Einkommensbeträge im Kalenderjahr der vermögenswirksamen Leistung 24 000 DM, im Fall der Zusammenveranlagung von Ehegatten 48 000 DM nicht übersteigen. Diese Beiträge erhöhen sich für jedes begünstigte Kind (§ 32 Abs. 4 EStG) um 1800 DM.

b) Den Sonderausgabenabzug nach § 10 des EStG

Die Beiträge sind, soweit für sie keine Arbeitnehmer-Sparzulage gewährt wird, im Rahmen der Höchstbeiträge für Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abzugsfähig und verringern das steuerpflichtige Einkommen. Die Steuerersparnisse, die hierbei erzielt werden können, richten sich nach der Höhe des Einkommens, dem Familienstand und der Kinderzahl.

(2) Wird die Sperrfrist von zwölf Jahren des nachfolgend abgedruckten § 2 Abs. 1 Buchst. f Nr. 1 des 4. VermBG nicht eingehalten, so sind die gewährten Arbeitnehmer-Sparzulagen zurückzuzahlen. Ferner wird die Versicherung auf den Normaltarif umgestellt, wenn sie beitragspflichtig weitergeführt werden soll. Bei Rückkauf innerhalb der Sperrfrist sind außerdem rechnungsmäßige und außerrechnungsmäßige Zinsen aus Sparanteilen der Beiträge als Einkünfte aus Kapitalvermögen zu versteuern.

Es folgt Auszug aus „Viertes Gesetz zur Förderung der Vermögensbildung der Arbeitnehmer (Viertes Vermögensbildungsgesetz – 4. VermBG)“ in der jeweils gültigen Fassung. Abzudrucken sind derzeit § 2 Abs. 1 Buchst. f und Abs. 3, § 12 Abs. 1–4 und § 13 Abs. 4 Satz 1.

bb) Merkblatt für die Fondsgebundene Lebensversicherung (FLV)

(VerBAV 1975 S. 152)

(1) Merkmale

Die FLV bietet Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens, auch Anlagestock genannt.

Anders als bei der herkömmlichen Lebensversicherung wird dieses Sondervermögen überwiegend in Wertpapieren angelegt. Da die Entwicklung dieser Werte nicht vorausszusehen ist, kann im Gegensatz zur herkömmlichen Lebensversicherung ein bestimmter DM-Wert der Leistung – außer im Todesfall – nicht garantiert werden. Der Versicherungsnehmer hat die Chance, bei Kurssteigerungen der Wertpapiere einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgang trägt er aber auch das Risiko der Wertminderung.

Bis auf weiteres werden die Mittel des Anlagestocks ausschließlich in Zertifikaten des-Fonds angelegt.

(2) Verwendung der Beiträge

Bei der fondsgebundenen Lebensversicherung werden die Beiträge – wie bei der herkömmlichen Versicherung – in DM gezahlt; sie bleiben während der ganzen Vertragsdauer gleich. Die Beitragsteile, die nicht zur Zahlung der vorzeitigen Todesfallsummen (Risikobeiträge) und zur Deckung der Abschluß- und Verwaltungskosten bestimmt sind, werden dem Sondervermögen zugeführt, d. h. im Anlagestock angelegt.

Der Anlagestock ist in Anteilseinheiten unterteilt; der DM-Wert einer Anteilseinheit richtet sich infolgedessen nach der Wertentwicklung des Anlagestocks. Entsprechend den angelegten Beitragsteilen sowie dem DM-Wert der Anteilseinheit am jeweiligen Anlagestichtag entfällt auf

jede Versicherung eine bestimmte Anzahl von Anteilseinheiten. Mit jeder Beitragszahlung erhöht sich somit die Anzahl der gutgeschriebenen Anteilseinheiten.

(3) Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen sind von dem Wert der insgesamt gutgeschriebenen Anteilseinheiten abhängig.

Für den Todesfall wird dabei die im Versicherungsschein genannte Mindesttodesfallsumme garantiert.

Im Erlebensfall wird eine Versicherungsleistung in Höhe der insgesamt gutgeschriebenen Anteilseinheiten erbracht. Ihr DM-Wert kann je nach der Kursentwicklung höher oder auch niedriger sein als die vertraglich vereinbarte Mindesttodesfallsumme.

Die Versicherungsleistung im Erlebensfall wird aber nicht nur von der Wertentwicklung der Anteilseinheiten beeinflusst, sondern auch vom Eintrittsalter des Versicherten, da die für den Todesfallschutz benötigten Risikobeiträge vom jeweiligen Alter des Versicherten abhängen. Die Erlebensfalleistung nimmt deshalb bei gleicher Versicherungsdauer mit zunehmendem Eintrittsalter ab.

Der Versicherungsnehmer kann hinsichtlich seines Anteils am Sondervermögen zwischen einer Leistung in Wertpapieren oder einer Leistung in DM wählen. Wählt er die Leistung in Wertpapieren, so wird hierfür eine geschäftsplanmäßig festgelegte Gebühr berechnet (z. Z. 1% des Wertes der gutgeschriebenen Anteilseinheiten, höchstens jedoch 300,— DM pro Versicherung, womit u. a. die Börsenumsatzsteuer abgegolten ist).

(4) Überschußbeteiligung

Für die der Versicherung zugeteilten Überschußanteile werden ebenfalls Anteilseinheiten gutgeschrieben. Diese Überschußanteile sind jedoch niedriger als in der herkömmlichen Lebensversicherung, da die Kapitalerträge im Anlagestock verbleiben und damit den Wert der Anteilseinheiten erhöhen.

(5) Laufende Unterrichtung des Versicherungsnehmers

Dem Versicherungsnehmer wird einmal im Jahr die Anzahl der gutgeschriebenen Anteilseinheiten und der Wert der Anteilseinheiten vom Versicherer schriftlich mitgeteilt. Darüber hinaus wird der Wert der Anteilseinheit einmal im Vierteljahr dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt oder in der Zeitung veröffentlicht.

(8) Steuerfragen

Nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes 1975 sind vom Jahre 1975 an Beiträge zu fondsgebundenen Lebensversicherungen, die nach dem 31.12.1974 abgeschlossen werden, nicht mehr zum Sonderausgabenabzug zugelassen. Ferner gehören vom Jahre 1975 an die Erträge aus fondsgebundenen Lebensversicherungen, sofern die Verträge nach dem 31.12.1973 abgeschlossen worden sind, zu den Einkünften aus Kapitalvermögen.

cc) Merkblatt für die Berufsunfähigkeitsversicherung

(VerBAV 1974 S. 356)

(1) Die Berufsunfähigkeits-Versicherung sieht Leistungen bis zum Ende der Versicherungsdauer vor; diese kann höchstens bis zum Alter 65 (bei Frauen bis zum Alter 60) gewählt werden. Durch die Berufsunfähigkeits-Versicherung wird keine Alters- und Hinterbliebenenversorgung erworben. Diese muß vielmehr auf andere Art gesichert werden, z. B. durch eine Versicherung auf den Todes- und Erlebensfall.

Da in der Berufsunfähigkeits-Versicherung kein Sparkapital für die Altersversorgung gebildet wird, kann bei einer Kündigung dieser Versicherung oder bei Einstellung der Beitragszahlung weder ein Rückkaufswert noch eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente gewährt werden.

(2) Die Beiträge für die Berufsunfähigkeits-Versicherung sind vorsichtig berechnet worden. Normalerweise werden daher Überschüsse entstehen, die im Rahmen der Überschußbeteiligung an die Versicherungsnehmer zurückfließen. Gleichwohl läßt sich nicht völlig ausschließen, daß außergewöhnliche Ereignisse eine unvorhersehbare Häufung von Versicherungsfällen auslösen. Deshalb hat die Gesellschaft das Recht, unter gewissen Voraussetzungen (vgl. § 5 Ziff. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) und nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungen die Beiträge zu erhöhen. Möchte der Versicherungsnehmer die Versicherung zu dem erhöhten Beitrag nicht fortführen, kann er sie gem. § 7 Ziff. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen kündigen oder verlangen, daß sie unter Weiterzahlung des alten Beitrages mit herabgesetzter Versicherungsleistung fortgeführt wird, sofern dadurch nicht die geschäftsplanmäßig festgesetzte Mindestrente unterschritten wird; die Versicherungsleistung wird im gleichen Verhältnis herabgesetzt, in dem der alte Beitrag zum erhöhten Beitrag steht.

[A 18] b) Leicht verständliches und allgemein verwendbares Merkblatt zur Erläuterung der Musterbedingungen

Ihre Lebensversicherung und was Sie darüber wissen sollten

Mit dem Abschluß dieser Lebensversicherung auf den Todes- und Erlebensfall haben Sie eine wichtige Entscheidung getroffen. Bei dieser Versicherung wird – wie Sie schon wissen – die Versicherungssumme beim Tod des Versicherten, spätestens zum vereinbarten Ablauftermin fällig. Damit ist für Ihre Familie vom ersten Beitrag an in Höhe der Versicherungssumme vorgesorgt. Gleichzeitig haben Sie mit einer ertragreichen Vermögensbildung für Ihr Alter begonnen, die Ihnen auch schon vorher vielseitige Verwendungsmöglichkeiten eröffnet. Sie können Ihre Lebensversicherung beleihen, abtreten oder verpfänden. Sie können mit Ihrer Lebensversicherung auch eine Hypothekenschuld tilgen oder ein Eigenheim bzw. eine Eigentumswohnung finanzieren.

Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen** informieren Sie über alle Fragen, die Ihren Lebensversicherungsvertrag betreffen. Da **nur diese rechtsverbindlich** sind und die Rechte und Pflichten eindeutig regeln, sind sie zwangsläufig in juristischer Fachsprache gehalten. Es schien uns deshalb zweckmäßig, die wichtigsten Fragen in allgemeinverständlicher Form zu erläutern.

1. „Wer ist wer“ beim Lebensversicherungsvertrag?

Als „Versicherungsnehmer“ sind Sie unser Vertragspartner. Sie haben es auch übernommen, die Beiträge zu zahlen. Der „Versicherte“ hingegen ist die Person, deren Leben mit der Versicherung „lebensversichert“ ist. Meist sind „Versicherungsnehmer“ und „Versicherte“ ein und dieselbe Person.

Die von Ihnen zum Empfang der Versicherungsleistung bestimmte Person ist „Bezugsberechtigter“. Es empfiehlt sich, insbesondere für den Todesfall, stets die Bezugsberechtigung namentlich festzulegen, z. B. Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder. Prüfen Sie von Zeit zu Zeit, ob die Bezugsberechtigung noch Ihren Wünschen entspricht.

Die Bezugsberechtigung kann jederzeit widerrufen werden, falls sie nicht ausdrücklich als unwiderruflich bezeichnet worden ist.

2. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt sofort nach Zahlung des ersten Beitrages, wenn wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheines bestätigt haben, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

Die Versicherungssumme wird beim Tod des Versicherten, spätestens aber zum vereinbarten Ablauftermin fällig; damit endet der Versicherungsschutz.

Der Versicherungsschutz endet vorzeitig,

- wenn Sie den Vertrag schriftlich kündigen, zu dem Termin, zu dem die Kündigung wirksam wird, oder
- wenn der Versicherungsnehmer trotz schriftlicher Anmahnung seine Beiträge nicht rechtzeitig entrichtet und die im Mahnschreiben gesetzte Frist verstrichen ist.

3. Was ist eine „dynamische“ Lebensversicherung?

Eine Lebensversicherung können Sie an Ihre Einkommensverhältnisse und an Ihre Versorgungsbedürfnisse laufend anpassen, wir nennen diese Versicherungsform „Zuwachsplan“. Dies erreichen Sie dadurch, daß Sie Ihre Lebensversicherungsbeiträge planmäßig erhöhen, z. B. im gleichen Verhältnis, wie die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung steigen oder um einen festen Prozentsatz des vorjährigen Beitrages. Wichtig dabei ist, daß diese automatische Anpassung des Versicherungsschutzes ohne erneute Prüfung Ihres Gesundheitszustandes erfolgt, wenn dies bei Abschluß des Vertrages vereinbart wird.

4. Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?

Die Beiträge zu einer Lebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich oder als Einmalbeitrag zahlen. Sie können jederzeit auch eine Änderung der Beitragszahlungsweise beantragen.

5. Was tun, wenn die Beiträge nicht mehr gezahlt werden können?

Wichtige Gründe, wie z. B. Krankheit oder Arbeitslosigkeit, können dazu führen, daß Sie eine Zeitlang die Beiträge zu Ihrer Lebensversicherung nicht mehr aufbringen können. Eine überstürzte Kündigung des Vertrages wäre dann sicherlich der schlechteste Ausweg. Lassen Sie sich in einer solchen Situation rechtzeitig von uns beraten. Wir haben je nach Lage Ihres Falles verschiedene Möglichkeiten, Ihnen zu helfen, z. B. durch

- Stundung der Beiträge für eine befristete Zeit.
- Verlängerung der Laufzeit des Versicherungsvertrages; dadurch verringert sich Ihr Beitrag.
- Herabsetzung der Versicherungssumme; dadurch vermindert sich der Beitrag, allerdings auch der Versicherungsschutz.

6. Was geschieht, wenn eine Kündigung wirklich unumgänglich ist?

Eine Kündigung der Lebensversicherung ist nicht nur mit dem Verlust des Versicherungsschutzes verbunden, sondern auch mit finanziellen Nachteilen.

Der bei der Kündigung zu zahlende Rückkaufswert entsteht erst nach einer gewissen Anlaufzeit. Das liegt daran, daß wir vom ersten Tag an den vollen Versicherungsschutz übernommen haben. Das kostet Geld. Hinzu kommen u. a. die Kosten für die Beratung und die Bemühungen beim Abschluß, die Prüfung der Gesundheitsverhältnisse und die dazu erforderlichen medizinischen Auskünfte sowie die sonstigen mit der Einrichtung des Vertrages und seiner Verwaltung verbundenen Aufwendungen. Die einmaligen, zu Beginn anfallenden Kosten werden in der Lebensversicherung nicht gesondert neben den Beiträgen in Rechnung gestellt, sondern in der Anlaufzeit aus den Beiträgen bestritten. Ein Rückkaufswert kann sich also erst dann bilden, wenn diese Kosten getilgt sind.

Statt die Auszahlung des Rückkaufswertes zu verlangen, können Sie Ihre Lebensversicherung auch in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Dadurch vermindert sich verständlicherweise die Versicherungssumme. Die Beitragszahlung hört mit der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung auf.

Über die Höhe des Rückkaufswertes und die beitragsfreie Versicherungssumme gibt Ihnen die dem Versicherungsschein beigelegte Tabelle Auskunft; ihr Inhalt ist amtlich genehmigt.

7. Was tun, wenn die Lebensversicherung fällig wird?

Mit dem Eintritt des Versicherungsfalles erbringen wir die vereinbarte Versicherungsleistung. Außer der Angabe, wohin der fällige Betrag zu überweisen ist, werden im allgemeinen folgende Unterlagen benötigt:

Bei Ablauf des Versicherungsvertrages

- der Versicherungsschein,
- der Nachweis der letzten Beitragszahlung;

bei Tod des Versicherten zusätzlich

- eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
- ein ärztliches oder amtliches Zeugnis über den Krankheitsverlauf und die Todesursache.

8. Welche steuerlichen Vorteile bietet die Lebensversicherung?

Die volkswirtschaftliche und sozialpolitische Bedeutung der Lebensversicherung ist durch den Staat anerkannt. Deshalb wird sie von ihm in steuerlicher Hinsicht mehrfach gefördert, vorausgesetzt, Ihr Lebensversicherungsvertrag sieht eine mindestens 12jährige Versicherungsdauer mit laufender Beitragszahlung vor. Hier die beiden wichtigsten Vorteile:

- Die Beiträge zur Lebensversicherung sind im Rahmen des § 10 des Einkommensteuergesetzes abzugsfähige Vorsorgeaufwendungen.
- Die Versicherungsleistung ist bei Fälligkeit einkommensteuerfrei.

Allerdings: Bei Kündigung Ihres Lebensversicherungsvertrages in den ersten 12 Jahren sind die Zinserträge, die im Rückkaufswert und in den Dividenden enthalten sind (s. Ziffer 10), zu versteuern.

9. Wie geht das Lebensversicherungsunternehmen mit Ihrem Geld um?

Unser Prinzip ist bestmögliche Kapitalanlage bei größtmöglicher Sicherheit. Jede leichtfertige Spekulation ist ausgeschlossen. Die Kapitalanlagen und der gesamte Geschäftsbetrieb unterliegen der amtlichen Überwachung.

10. Was heißt „Überschußbeteiligung“ in der Lebensversicherung?

Die von uns laufend erwirtschafteten Überschüsse werden in Form einer „Gewinnbeteiligung“ bzw. „Versichertendividende“ voll an unsere Versicherungsnehmer – also auch an Sie – weitergegeben.

Überschüsse entstehen

- durch rentable Anlage Ihrer Versicherungsbeiträge in Grundbesitz, Hypotheken, Wertpapieren und Darlehen an die öffentliche Hand und die Wirtschaft,
- wenn weniger Todesfälle eintreten, als bei der vorsichtigen Beitragskalkulation angenommen wurde, und
- aus der rationellen und sparsamen Verwaltung.

Wenn die gegenwärtig erwirtschafteten Überschüsse auch in Zukunft erzielt werden können, wird sich Ihre Versicherungssumme beim Ablauf in 30 Jahren etwa verdoppeln.

Zusammen mit den steuerlichen Vorteilen werden auf diese Weise beachtliche Renditen erreicht. Die Form der Überschußbeteiligung bei den Lebensversicherungsunternehmen ist unterschiedlich. Wie sie bei uns aussieht, können Sie durch unseren Vermittler oder durch uns erfahren. Auf Wunsch stellen wir Ihnen gern Beispielrechnungen zur Verfügung, aus denen Sie auch den Umfang unserer Überschußbeteiligung erkennen können.

Zum Schluß noch ein wichtiger Hinweis:

Diese Erläuterungen gelten nicht nur für die Lebensversicherung auf den Todes- und Erlebensfall, sondern im wesentlichen auch für jede andere Art der Lebensversicherung. Über die Besonderheiten, die bei diesen anderen Arten gegebenenfalls zu beachten sind, werden wir Sie auf Wunsch gern unterrichten, auch unser Mitarbeiter des Außendienstes ist hierzu gern bereit.

Verwahren Sie bitte Ihren Versicherungsschein und alle Nachträge sorgfältig und versehen Sie Mitteilungen an uns immer mit Ihrer Versicherungsschein-Nummer. Das beschleunigt die Bearbeitung.

[A 19] 13. Weitere genehmigte und veröffentlichte Sonderbedingungen — Hinweise

In der Lebens- und Berufsunfähigkeitsv finden sich über die hier genannten Allgemeinen Vsbedingungen hinaus nur wenige Vsbedingungswerke veröffentlicht. Als Sonderbedingungen sind hier die **Musterbedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung** (VerBAV 1981 S. 57) sowie die **Besonderen Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung** (VerBAV 1982 S. 183, leichter verständliche Fassung: VerBAV 1984 S. 8–9 [beide Fassungen abgedruckt unten Anm. C 230]) zu nennen; die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kleinlebensversicherung (VerBAV 1962 S. 122) sind überholt (VerBAV 1981 S. 101). Genehmigte Sonderformen der Lebensv ergeben sich ferner aus den jeweils eingereichten Geschäftsplänen einschließlich der einzelnen Tarife, diese Sonderformen sind jedoch grundsätzlich nicht als Bedingungswerke oder Teile von Bedingungswerken veröffentlicht. Publiziert finden sich lediglich Hinweise auf einzelne Sonderformen und nur in Ausnahmefällen ausführliche Grundsätze zu einzelnen Lebensvsformen, wie beispielsweise zu der Restschuldv (VerBAV 1980 S. 230–231 mit weiteren Hinweisen).

[A 20] II. Anwendbarkeit weiterer gesetzlicher Vorschriften und sonstiger Rechtsquellen

1. VVG

a) Grundlegung

Neben den §§ 159 bis 178 sind für die Lebensv einschließlich der lebensvsrechtlichen Sonderform der Berufsunfähigkeitsv, die ganz allgemein nach dem Prinzip der abstrakten Bedarfsdeckung betrieben werden, nach der Konzeption des Gesetzes die §§ 1 bis 48 als Vorschriften des I. Abschnitts — die sich also auf sämtliche Versicherungszweige beziehen — anwendbar.

[A 21] b) Anwendbarkeit der §§ 58, 68 und 79 I VVG

Grundsätzlich nicht anwendbar sind die sich auf die allgemeine Schadensv beziehenden §§ 49 bis 80. Eine Ausnahme stellt dabei die Vorschrift des § 58 dar, die zwar nicht unmittelbar anwendbar ist, jedoch einen für alle Versicherungszweige wesentlichen Grundgedanken enthält, wonach es für die Einschätzung des subjektiven Risikos durch den Ver erforderlich ist, daß er vom Bestehen einer mehrfachen V erfährt. Auch kommt es bei Lebensven mit hoher Vssumme oder bei Gruppenlebensven vor, daß sich mehrere Ver in einem einheitlichen Vsvertrag als Teilschuldner ein Risiko teilen, so daß die für die Mitv in der Schadensv geltenden Grundsätze gelten (Bruck-Möller Bd II § 58 Anm. 6, 51; Wagner Bd VI Anm. A 17). Eine zweite Ausnahme bildet die Vorschrift des § 68, die als *lex specialis* für einen Ausschnitt der Unmöglichkeitregelung des BGB eine auf die Besonderheiten des Vsvertrages Rücksicht nehmende Sonderregelung enthält. Stirbt in der Lebensv z. B. die Gefährsperson vor Vertragsabschluß oder ist ein Lebensvsvertrag für eine bestimmte Reise abgeschlossen, von der der Vmer Abstand nimmt, ist § 68 analog anzuwenden (Sieg

Bd II § 68 Anm. 15; Wagner Bd VI Anm. A 27). Eine dritte Ausnahme ergibt sich schließlich aus § 161, der die für die Fremdv geltende Vorschrift des § 79 I auf die Lebensv auf fremdes Leben überträgt.

[A 22] c) Anwendbarkeit der Gesamtregelung der §§ 74–80 VVG

Umstritten ist dabei die Frage, inwieweit die Vorschriften der §§ 74–80 – also die Gesamtregelung zur V für fremde Rechnung – auf die Lebensv anwendbar sind. Die herrschende Lehre verneint diese Möglichkeit (Kisch III S. 378, Millauer, Rechtsgrundsätze der Gruppenv, 2. Aufl., Karlsruhe 1966 S. 68–70, Bruck-Möller Anm. 3 vor § 49, Winter in Hellner-Nord, Life Insurance Law in International Perspective, Stockholm 1969 S. 210–227, ders. ZVersWiss 1970 S. 48–49, Lenné, Das Vsgeschäft für fremde Rechnung, Marburg 1911, S. 82), während v. Gierke, Vsrecht unter Ausschluß der Sozialv, 1. Hälfte, Stuttgart 1937 S. 124, 2. Hälfte Stuttgart 1947 S. 344 die Lebensv für fremde Rechnung zuläßt, Anli S. 15 diese Vsform für einige Arten der Lebensv, wie beispielsweise die Aussteuerv bejaht, von der Thüsen einer echten Gruppenlebensv VersR 1954 S. 156 den Charakter einer V für fremde Rechnung zuerkennt (indem er auf die aufsichtsamtlichen Anordnungen verweist, die die Gefahrsperson sogar von der Verfügungsbefugnis des Vmers freistellten). v. Gierke bringt für seine Ansicht keine nähere Begründung, die Argumentationen von Anli und v. d. Thüsen überzeugen nicht. Anlis Beispiel ist schon deshalb unglücklich, weil es mit der Rechtswirklichkeit nicht in Einklang steht, da in der Aussteuerv Vmer und Gefahrsperson identisch zu sein pflegen, die Ansicht v. d. Thüsens ist von Millauer S. 70–71 überzeugend widerlegt, der im einzelnen nachweist, daß v. d. Thüsen von unrichtigen Voraussetzungen bei der Interpretation der aufsichtsamtlichen Anordnungen ausgeht. Sicherlich ist die Begründung, daß der Gesetzgeber das Problem der V für fremde Rechnung in der Personenversicherung – wie § 179 II zeigt – nicht übersehen hat, diese Rechtsfigur aber für die Lebensv abgelehnt hat, formal und allein nicht überzeugend. Denn seit Erlaß des VVG haben sich gerade auch in diesem Bereich (Aufkommen der Gruppenv, insbesondere auch der Firmengruppenv) die tatsächlichen Verhältnisse und ihre rechtliche Zuordnung geändert. Andererseits ist nicht zu verkennen, daß die Anwendung der §§ 74–80 auch in der Lebensv in der Praxis nicht zu befriedigenden Ergebnissen führt. Die **Versicherung für fremde Rechnung** ist so sehr auf **spezielle Fälle der Schadensv**, wie z. B. auf Kommissions-, Fracht- und Lagergeschäfte zugeschnitten, daß viele Bestimmungen nicht brauchbar wären. Man denke nur an § 76, wonach der Vmer – also der Arbeitgeber als Gruppenspitze – ohne Zustimmung des Gruppenmitgliedes die Versicherungssumme fordern und erhalten könnte, wenn er im Besitz des Versicherungsscheins ist – was regelmäßig der Fall ist. Die Anspruchseinräumung an die Gruppenmitglieder würde dadurch erheblich entwertet. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den üblichen Gestaltungsformen der Lebensv einschließlich Gruppenlebensv und dem Bilde der auf die Schadensv zugeschnittenen V für fremde Rechnung so erheblich, daß sich eine Anwendung der §§ 74–80 auf die Lebensv grundsätzlich nicht rechtfertigen läßt (Winter ZVersWiss 1970 S. 48–49, offen Sieg Bd II § 74 Anm. 14–16).

[A 23] d) Anwendbarkeit der §§ 49–80 bei Lebensversicherungen zur Deckung eines konkreten Bedarfs

Etwas anderes kann nur gelten, wenn die Lebensv nicht nach dem Prinzip der abstrakten Bedarfsdeckung, sondern in Form der konkreten Bedarfsdeckung betrieben wird. Hier könnten die Vorschriften der §§ 49–80 und damit auch die

Vorschriften über die V für fremde Rechnung grundsätzlich unmittelbare Anwendung finden, es sei denn, daß sie speziell auf die Sachv bezogen sind oder Besonderheiten der Lebensv entgegenstehen. Ein Blick auf die einzelnen Lebensvsformen macht jedoch deutlich, daß es eine echte V mit konkreter Bedarfsdeckung im Lebensvsbereich grundsätzlich nicht gibt. Bei sämtlichen hier in Frage kommenden Vsformen orientiert sich lediglich die Höhe der Vsleistung mehr oder weniger deutlich am entstehenden Bedarf, sonstige Vorschriften der Schadensv wie beispielsweise § 67 finden keine Anwendung.

Das gilt grundsätzlich insbesondere auch für die **Sterbegeldv** (hierzu Kadatz-Hebel in: 50 Jahre materielle Versicherungsaufsicht, 2. Bd, Berlin 1952, S. 5–6, RAA VA 1934, S. 130). Sie kann daher grundsätzlich nicht als eine Lebensv mit konkreter Bedarfsdeckung bezeichnet werden. So ist es auch nicht systemwidrig, daß eine Sterbegeldv von demselben Vmer bei mehreren Vern abgeschlossen werden und daher zu einer Überdeckung des Vmers führen kann. Gleichfalls am konkreten Bedarf orientieren sich die **Restschuldv**, die **Hypothekentilgungsv**, die **Erbschaftssteuerv**, die **Rückdeckungsv** und **Berufsunfähigkeitszusatzv**, sie sind aber gleichwohl nicht echte Schadensven (vgl. im einzelnen unten Anm. B 103–110).

Andererseits schreitet die Entwicklung insbesondere auch in der **Gruppenlebensv** fort, wo beispielsweise die Prämie bzw. der Beitrag nach dem Lohn abgestuft wird, so daß sich die Vsleistungen in ihrer Funktion einem Lohnersatz nähern (dazu Sieg Bd II § 74 Anm. 14).

Es ist dabei unbestritten, daß die Gestaltung einer **Lebensv** als V mit konkreter **Bedarfsdeckung zulässig** ist. Ist eine Lebensv als Schadensv vereinbart worden, so ist auf sie die Gesamtheit der die Schadensv kennzeichnenden vsrechtlichen Normen anwendbar. Als Beispiel sei auf Sonderformen der Sterbegeldv verwiesen, die Bruck-Möller Bd I § 1 Anm. 26, Bd II Anm. 3 vor §§ 49–80 zu weitgehend insgesamt zur Schadensv zählt (vgl. dazu Anm. B 111).

[A 24] e) Ausblick

Schon diese Beispiele und Entwicklungen deuten darauf hin, daß sich die scharfe Trennung zwischen abstrakter Bedarfsdeckung allein bei der Personenv und konkreter Bedarfsdeckung bei der Nichtpersonen- sowie bei der Personenv in den Gestaltungsformen der Praxis und in ihrer rechtlichen Anerkennung zu verwischen beginnt (vgl. Gärtner, Das Bereicherungsverbot, Berlin 1970, S. 81, 136, 158; Winter, Konkrete und abstrakte Bedarfsdeckung in der Sachversicherung, Göttingen 1962, S. 117), so daß die unmittelbare oder zumindest entsprechende Anwendung der §§ 49–80 künftig gerade auch bei weiteren neu entwickelten Formen der Lebensv stets sorgfältig zu prüfen ist.

[A 25] 2. VAG

Das VAG ist als gesetzliche Grundlage des Versicherungsaufsichtsrechts mittelbar auch für den Inhalt von Lebensvsverträgen bedeutsam, soweit er sich aus den Allgemeinen Lebensvsbedingungen ergibt, die nach § 5 Abs. 3 VAG als Bestandteil des Geschäftsplans dem BAV besonders einzureichen sind und für deren Inhalt die Sollvorschrift des § 10 VAG maßgeblich ist; zum Inhalt des technischen Geschäftsplans für die Lebensversicherung vgl. auch § 11 VAG. Speziell zur **Rückgewährquote** vgl. den durch das 14. Gesetz zur Änderung des VAG vom 29.III.1983 (BGBl I S. 377–389) eingefügten § 81c VAG. Im Falle einer Konkurseröffnung über das Vermögen eines Lebensvsunternehmens – wobei den Konkursantrag nur die Aufsichtsbehörde stellen kann, § 88 VAG – entfalten die Vorschriften der §§ 77

Abs. 3, 78 VAG unmittelbare Wirkung für die betroffenen Lebensvsverträge. Wenn es zur Wahrung der Belange der Vten notwendig erscheint, kann die Aufsichtsbehörde nach **§ 81a S. 2 VAG** einen Geschäftsplan – also einschließlich auch der AVB – mit Wirkung für bestehende oder noch nicht abgewickelte Vsverhältnisse ändern oder aufheben. Nach **§ 14 VAG** wirkt eine von der Aufsichtsbehörde genehmigte Bestandsübertragung als gesetzlicher Forderungsübergang und auch als private Schuldübernahme, ohne daß es der Zustimmung der betroffenen Vmer bedarf (vgl. zu allem Wagner Bd VI Anm. A 32 und Wriede Bd VI Anm. A 25 und die dort genannten Nachweise).

[A 26] 3. Verordnung vom 29.XI.1940 (RGBL I S. 1543)

Das BAV hat nach dieser Verordnung, die bisher nicht außer Kraft gesetzt worden ist, das Recht, im Verordnungswege die **Anpassung** bestehender Vsverträge, insbesondere der ihnen zugrunde liegenden AVB an geänderte gesetzliche Bestimmungen und an neue (geänderte) AVB zu verfügen (vgl. Weber in: 50 Jahre materielle Vsaufsicht S. 56–61, Fromm JRPV 1942, S. 126–128, Möller VersPrax 1952 S. 8–9, Thees WallmannsZ 1940 S. 271–272, Wagner Bd. VI Anm. A 32, Wriede Bd. VI Anm. A 26, OLG Hamm 16.V.1947 MDR 1947 S. 262–265). Für die Lebensv ist eine solche Anordnung bisher nicht ergangen.

[A 27] 4. BGB

In Ergänzung zu den vsrechtlichen Spezialnormen finden die allgemeinen Vorschriften des BGB auf den Lebensvsvertrag Anwendung, soweit die Spezialnormen nicht eine abweichende oder abschließende Regelung enthalten. Anwendbar sind z. B. die Vorschriften über Rechtsgeschäfte, Inhalt der Schuldverhältnisse, Schuldverhältnisse aus Verträgen, vor allem auch die Vorschriften der **§§ 328–335 BGB** zum Verträge zugunsten Dritter, die in Ergänzung der spezialrechtlichen Normen für die Bezugsberechtigung von Bedeutung sind.

[A 28] 5. AGB-Gesetz

Als gesetzliche Rechtsquelle, die unmittelbar auf den Vsvertrag einwirkt, ist von besonderer Bedeutung das AGB-Gesetz, das nach seiner Funktion denjenigen Vorschriften des VVG gleichzuachten ist, die durch zwingende oder halbzwingende Regelungen insbesondere den Vmer vor nachteiligen Vsvertragsbestimmungen schützen. Die Einbeziehung der AVB in den Vsvertrag richtet sich nach **§§ 2, 23 III ABG-Gesetz**, die Regelungen der **§ 3** (überraschende Klausel) und **§ 5** (Unklarheitenregel) dienen ebenso dem Schutz des Vmers wie die Vorschriften über die Inhaltskontrolle, **§§ 9 bis 11 AGB-Gesetz** (vgl. Wagner Bd VI Anm. A 36).

[A 29] 6. ZPO

§ 850b I Ziff. 4 ZPO gewährt dem Vmer in der Lebensv Pfändungsschutz, soweit die Lebensv auf den Todesfall des Vmers abgeschlossen ist, wenn es sich um eine Kapitalv handelt und die Vssumme 3600 DM nicht übersteigt. Die Vorschrift erfaßt sämtliche Ansprüche aus Lebensven (also auch solche auf den Rückkaufswert), wenn die Vssumme ohne Berücksichtigung einer Doppel- und Mehrfachzahlung bei Unfalltod (Unfallzusatzv) die genannte Summe nicht übersteigt und somit die versicherte Person und der Vmer identisch sind, also eine Lebensfremdv nicht gegeben ist (vgl. OLG Düsseldorf 17.XI.1960 VersR 1961 S. 111, LG Koblenz 18.X.1968 VersR 1969 S. 790, Prölss-Martin²³ § 15 Anm. 2Aa). Die Ansprüche sind

dabei nach den für das Arbeitseinkommen geltenden Vorschriften, also beschränkt und als wären sie ein Teil des Einkommens, pfändbar, wenn die Vollstreckung in das sonstige bewegliche Vermögen des Schuldners zu einer vollständigen Befriedigung des Gläubigers nicht geführt hat und wenn nach den Umständen des Falles, insbesondere nach der Art des beizutreibenden Anspruchs und der Höhe der Bezüge, die Pfändung der Billigkeit entspricht, § 850b II ZPO. Beschränkt — nämlich als Teil des Arbeitseinkommens und nach den insoweit geltenden Vorschriften — pfändbar sind darüber hinaus nach § 850 III b ZPO auch Renten, die aufgrund von Vsverträgen geleistet werden, wenn diese Verträge zur Versorgung des Vmers oder seiner unterhaltsberechtigten Angehörigen vom Vmer — nicht von Dritten wie dem Arbeitgeber — eingegangen sind. Für die Kapitalv ist ein äquivalenter Schutz des Vmers über eine sinnigere Interpretation von § 850 i I ZPO zu erreichen (Sieg ZVersWiss 1974 S. 99–101 mit ausführlicher Begründung, vgl. im übrigen Bruck-Möller Bd I § 15 Anm. 20–28, Prölss-Martin²³ § 15 Anm. 2 A, B, Wriede Bd VI Anm. A 28 sowie eingehend unten Anm. H).

[A 30] 7. Vergleichsordnung

Nach § 112 VgIO kann über ein der Vsaufsicht unterliegendes Vsunternehmen ein Vergleichsverfahren nicht eröffnet werden. Eine solche Regelung erscheint als geboten, weil die Aufsichtsbehörde nach § 89 VAG Sanierungsmaßnahmen ergreifen kann, wenn das zur Vermeidung eines Konkurses zum Besten der Vten notwendig ist. Das dürfte in der Lebensv ganz regelmäßig der Fall sein, da ein erheblicher Teil der Vten wegen natürlicher Verschlechterung des Risikos — des Gesundheitszustandes — nicht mehr oder nur zu erschwerten Bedingungen bei einem anderen Ver Vsschutz finden wird, sämtliche älter gewordenen Vten aber bei anderen Vsunternehmen höhere Prämien zahlen müssen, die in vielen Fällen durch den Rückkaufswert nicht auf die bisherige Höhe gesenkt werden können. Unter solchen Umständen kann ein Vergleichsverfahren nur störend wirken (Wriede Bd VI Anm. A 27 zur Krankenv, Prölss-Schmidt-Frey⁹ § 89 Anm. 3, Goldberg-Müller § 89 Anm. 4).

[A 31] 8. Rechtsnatur der Geschäftsplanmäßigen Erklärung

Geschäftsplanmäßige Erklärungen sind schriftliche Erklärungen des Vsunternehmens, die der Aufsichtsbehörde gegenüber aus eigenem Entschluß oder angesichts einer Bedingung oder Auflage abgegeben werden und in denen sich das Vsunternehmen in Ergänzung der übrigen eingereichten Unterlagen zu einem bestimmten Verhalten im Rahmen seines Geschäftsbetriebes verpflichtet oder Fragen regelt, die an sich in die AVB gehören und nur wegen ihrer — teilweise verwickelten technischen — Einzelheiten dort nicht aufgenommen worden sind, weil sie die AVB zu sehr belastet hätten (vgl. nur André, Die geschäftsplanmäßige Erklärung, Karlsruhe 1969; Cuntze, Die geschäftsplanmäßige Erklärung in der Versicherungsaufsicht, Hamb. Diss. 1965; Dreger, Die Bedeutung des Geschäftsplans in der Versicherungsaufsicht, Stuttgart 1956; Goldberg-Müller § 5 Anm. 22; Prölss-Schmidt-Frey⁹ § 5 Anm. 22–24). Soweit sich die Geschäftsplanmäßigen Erklärungen nicht nur mit den Beziehungen der Ver untereinander und den Beziehungen BAV — Ver befassen, sondern sich vielmehr auch — wie die oben abgedruckten Geschäftsplanmäßigen Erklärungen in der Lebensv (Anm. A 16) — auf das Verhalten der Vers gegenüber dem Vmer bzw. gegenüber der Vmerseite beziehen, ist ihre Rechtsnatur umstritten.

Insbesondere André S. 119–130, Dreger S. 14–15, Lorenz-Liburnau Vers-Rundschau 1952 S. 35 und Sieg VersR 1972 S. 136 befürworten grundsätzlich eine

unmittelbare zivilrechtliche Wirkung oder bejahen sie zumindest dann, wenn die Geschäftsplanmäßigen Erklärungen vom Bundesaufsichtsamt veröffentlicht worden sind (wie es beispielsweise bei den Geschäftsplanmäßigen Erklärungen zu den AVB in der Lebensv der Fall ist, VerBAV 1981 S. 98. Vgl. im übrigen auch OLG Oldenburg 21.VI.1974 NJW 1974 S. 2133–2134). Zur Begründung der zivilrechtlichen Direktwirkung wird dabei insbesondere auf das Institut des zivilrechtlichen Vertrages zugunsten Dritter verwiesen (André a.a.O.). Von der herrschenden Meinung wird eine unmittelbare zivilrechtliche Wirkung dagegen grundsätzlich verneint (Bruck-Möller Bd I Einl. Anm. 29 ee, Goldberg-Müller § 5 Anm. 22, Prölss-Schmidt-Frey⁹ § 5 Anm. 23–24, Wagner Bd VI Anm. A 34–35, OLG Düsseldorf 31.X.1967 VersR 1968 S. 243, LG Düsseldorf 21.III.1967 VersR 1967 S. 948, AG München 12.VII.1966 VersR 1967 S. 1045).

Der herrschenden Meinung ist zu folgen. Die Geschäftsplanmäßigen Erklärungen, die Bestandteil des Geschäftsplans sind, werden beim aufsichtsbehördlichen Genehmigungsverfahren und im weiteren Verlaufe der behördlichen Beaufsichtigung dem BAV gegenüber abgegeben. Werden die Geschäftsplanmäßigen Erklärungen nicht eingehalten, so geht die Aufsichtsbehörde gegen den Ver nicht zivilrechtlich, sondern mit **verwaltungsrechtlichen Maßnahmen** vor. Die ganz überwiegend auf Veranlassung des BAV abgegebenen Erklärungen äußern ihre Wirkung gegenüber dem Vmer bzw. dem Vten als Reflex der auf die Wahrung der Belange der Vten gerichteten aufsichtsbehördlichen Tätigkeit. Die Konstruktion eines zivilrechtlichen Vertrages zwischen Ver und Aufsichtsbehörde zugunsten eines Dritten überzeugt somit nicht. Zivilrechtlich können sich die Vten daher grundsätzlich nicht auf die Geschäftsplanmäßigen Erklärungen stützen, sie können sich nur an die Aufsichtsbehörde wenden, die sodann gegen das Vunternehmen vorgehen kann.

Das bedeutet aber nicht auch zugleich, daß die Geschäftsplanmäßigen Erklärungen keinerlei zivilrechtliche Wirkung entfalten können. Sie können vielmehr durch **Verweisung in den AVB** oder in anderer Weise (z. B. durch Mitteilung an den einzelnen Vmer, Bekanntgabe in der Tages-, Wirtschafts- oder Fachpresse) **Inhalt des Vsvertrages** geworden sein.

Die Geschäftsplanmäßigen Erklärungen unterliegen insoweit auch grundsätzlich der **Kontrolle nach dem AGB-Gesetz** (zu deren Grenzen vgl. unten Anm. A 66–81). Auch wenn sie nicht dem § 2 AGB-Gesetz entsprechend in den Vsvertrag einbezogen sind, wäre es möglich, sie – als den AVB verwandtes Institut – als vereinbart zu fingieren. Denn § 23 Abs. 3 AGB-Gesetz läßt bei Vsverträgen die durch die Nichteinbeziehung in den Vertrag entstehende Lücke durch genehmigte AVB füllen, was analog auch für die Geschäftsplanmäßigen Erklärungen gilt, und zwar zumindest, soweit sie publiziert sind (Sieg VersR 1977 S. 490 und unten Anm. A 81).

[A 32] 9. Gerichtsgebrauch als Rechtsquelle

Neben Gesetzen und Verordnungen spielt das ungeschriebene Recht als **Rechtsprechungsrecht** – das nicht als Rechtsquelle im engeren Sinne anzusehen ist, aber gleichwohl rechtsschöpferisch wirkt – im Lebensvrecht nur eine untergeordnete Rolle. Ein markantes Beispiel ist die umstrittene Frage, ob in der Lebensv der Erwerb der Vssumme durch den widerruflich Begünstigten ein Erwerb von Todes wegen oder ein Erwerb unter Lebenden mit der Folge ist, daß die Lebensvssumme dem Zugriff der Nachlaßgläubiger nicht unterworfen ist. Nach ständiger Rechtsprechung verdient der mit der Lebensv regelmäßig verfolgte Fürsorgezweck Schutz gegenüber den Nachlaßgläubigern, so daß hier ein Erwerb unter Lebenden anzunehmen ist. (RG 8.VII.1904 RGZ Bd 61 S. 217, 218, RG 25.II.1930 RGZ Bd. 127 S. 269, 271, BGH 14.VII.1952 BGHZ Bd 7 S. 134, 142, BGH 8.V.1954 BGHZ

Bd 13 S. 226, 232, BGH 8.II.1960 BGHZ Bd 32 S. 44, 47, BGH 25.IV.1975 NJW 1975 S. 1360–1361, vgl. auch Winter ZVersWiss 1970 S. 45). S. im einzelnen dazu unten Anm. H.

[A 33] 10. Anhang: Technischer Geschäftsplan

Der Ver darf die V nur nach einem von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplan betreiben, §§ 5, 13 VAG. Vgl. dazu im einzelnen Goldberg-Müller § 5 Rz 7–12, Prölss-Schmidt-Frey⁹ § 5 Rz 4–15 d. Für die Lebensv ergibt sich der Inhalt des **technischen Geschäftsplans** aus § 11 VAG, vgl. auch hierzu die Kommentare zum Aufsichtsrecht. Der technische Geschäftsplan ist keine Rechtsquelle im rechtlichen Sinne, aus dem Geschäftsplan ergeben sich jedoch Einzelheiten, die Gegenstand des Vsvertrages werden, soweit sie in die vertraglichen Vereinbarungen mit einbezogen werden.

Der technische Geschäftsplan in der Lebensv enthält – hier am Beispiel des Mustergeschäftsplans für die Großlebensv dargestellt: – zunächst eine **Tarifbeschreibung**, in der sämtliche Tarife aufgeführt sind, die vom Ver betrieben werden. In den **allgemeinen Tarifbestimmungen** wird festgelegt, wie das rechnungsmäßige Eintrittsalter ermittelt wird, weitere Regelungen beziehen sich auf die Vs- und Prämienzahlungsdauer sowie auf die Höhe der Vssumme. Ferner werden die **Rechnungsgrundlagen** im einzelnen festgelegt, die bei der Berechnung der Beiträge und der Deckungskapitale Verwendung finden (Ausscheideordnungen, Rechnungszinsfuß, Kostenzuschläge usw.). Für jeden Tarif wird die Berechnung der **Tarifbeiträge** formelmäßig dargestellt, wobei die Berechnungen zusätzlich durch Zahlenbeispiele zu erläutern sind. Auch die Berechnung des **Deckungskapitals** wird formelmäßig und anhand von Zahlenbeispielen dargestellt. Weitere Abschnitte behandeln die **Garantiewerte** (die Leistungen, die dem Vmer im Falle einer Kündigung erhalten bleiben) und die **Überschußbeteiligung**.

Für die einzelnen Vsformen der Lebensv hat die Aufsichtsbehörde in den letzten Jahren sog. **Mustergeschäftspläne** publiziert, in denen die Aufsichtsgrundsätze niedergelegt und erläutert sind, die bei der Aufstellung der Geschäftspläne zu berücksichtigen sind. Im einzelnen sind Mustergeschäftspläne für folgende Vsformen geschaffen worden: Großlebensv, Risikolebensv, Rentenv, Vermögensbildungsv, Fondsgebundene Lebensv, Berufsunfähigkeitsv, Berufsunfähigkeitszusatzv, Firmen- und Verbands-Gruppenv nach Sondertarifen und Sammelv.

[A 34] III. Rangordnung und Zuordnung der Rechtsquellen

1. Grundlegung

Die unter I und II Anm. A 2–32 wiedergegebenen und genannten Rechtsquellen bilden den Rahmen und den Gegenstand des Lebensvs- bzw. des Berufsunfähigkeitsvsvertrages. In ihnen werden sämtliche wesentlichen Punkte des Vsvertrages geregelt, wobei die Hauptleistung des Vers, die Gefahrtragung, insbesondere durch die Allgemeinen Vsbedingungen umrissen wird, die damit eine **Produktbeschreibung** enthalten und der **Produktgestaltung** dienen.

Bei den Vsbedingungen ist dabei zwischen **allgemeinen** und **besonderen Vsbedingungen** zu unterscheiden. Die Allgemeinen Vsbedingungen (AVB) sind dazu bestimmt, in eine unbegrenzte Zahl gleichliegender Vsverträge als Bestandteil aufgenommen zu werden, stellen also eine fertig bereitliegende Rechtsordnung mit generellen, gesetzesähnlichen Zügen dar. Hierher gehören nicht nur die grundlegenden Musterbedingungen zur Lebens- bzw. Berufsunfähigkeitv, sondern auch Zu-

satzbedingungen und Sonderbedingungen sowie typische, also öfter verwendete Klauseln, auch wenn solche spezielleren Bedingungen fälschlicherweise als besondere Bedingungen bezeichnet werden. Wirkliche besondere Versicherungsbedingungen sind auf ein einzelnes spezielles Risiko zugeschnittene **individuelle Vereinbarungen**, die zu einem „maßgeschneiderten“ Versicherungsschutz führen.

[A 35] 2. Rangfolge der Rechtsquellen

Bei einem inneren Widerspruch zwischen einer **vertraglich vereinbarten Klausel, besonderen Bedingungen und allgemeinen Bedingungen** gilt die Regel, daß eine vertragliche Abrede den besonderen und allgemeinen Bedingungen vorgeht, daß hand- und maschinengeschriebene Versicherungsbedingungen vervielfältigten oder gestempelten Bedingungen vorgehen, sodann folgen in der Rangordnung gedruckte speziellere AVB und endlich die grundlegenden AVB. Vertragliche Vereinbarungen und Vsbedingungen gehen dabei einer gesetzlichen Regelung vor, soweit sie abdingbar ist.

[A 36] 3. Beschränkungen der Vertragsfreiheit

Nicht alle gesetzlichen Bestimmungen sind jedoch angesichts der im Schuldrecht grundsätzlich geltenden Vertragsfreiheit abänderlich. Es gibt vielmehr **zwingende gesetzliche Vorschriften**, insbesondere im VVG, wo absolut und halbzwingende Normen zu unterscheiden sind. Absolut zwingende Bestimmungen können durch vertragliche Vereinbarungen und Vsbedingungen in keiner Weise geändert werden. Die dem Verbraucherschutz dienenden halbzwingenden Normen des VVG können zulasten bestimmter Personen, insbesondere des Vmers nicht abgeändert werden. Eine vergleichbare Funktion wie die zwingenden und halbzwingenden Normen des VVG erfüllt das **AGB-Gesetz**, das bei Vsbedingungen im Zusammenhang mit der die Einbeziehung einschränkenden Regelung des § 3 (überraschende Klausel), der Auslegungsregel des § 5 (Unklarheitenregel) und den Vorschriften über die Inhaltskontrolle (§§ 9–11) unmittelbar auf den Inhalt des Vsvertrages einwirkt. Anders als das VVG, dessen zwingende und halbzwingende Normen sowohl für Vsbedingungen als auch vertragliche Abreden maßgebend sind, entfaltet das AGB-Gesetz seine Wirkung nur im Hinblick auf Vsbedingungen.

[A 37] 4. Durchbrechungen beim System der halbzwingenden Normen

Im Rahmen von § 189 kann mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde von den halbzwingenden Normen der §§ 38, 39, 42 zur nicht rechtzeitigen Prämienzahlung, des Kündigungsrechts nach § 165 und der §§ 173–176, 178 zur Gewährung einer prämienfreien V und zur Erstattung der Prämienreserve zum Nachteil des Vmers abgewichen werden, soweit es sich um Ven bei Werkpensionskassen, bei kleinen Vsvereinen auf Gegenseitigkeit, um Sterbegeldven, die Volksv und sonstige Arten der Lebensv mit kleineren Beiträgen handelt (vgl. im einzelnen Prölss-Martin²³ § 189 Anm. 1). Auf diese Ausnahmeregelung sei nur hingewiesen, sie bleibt bei den nunmehr folgenden Erörterungen außer Betracht.

[A 38] 5. Hilfsfunktion der gesetzlichen Regelung

Erweist sich die vertragliche Regelung als unwirksam, so tritt die dispositive Regelung des Gesetzes an die Stelle der vertraglichen Vereinbarung, es sei denn, daß der gesamte Vertrag nach § 139 BGB nichtig ist. Für AVB schreibt § 6 Abs. 1

AGB-Gesetz dabei in Abweichung von der Auslegungsregel des § 139 BGB die grundsätzliche Wirksamkeit der restlichen Vertragsteile trotz deren durch ganzen oder teilweisen Ausfall der AVB eingetretener Lückenhaftigkeit vor, wobei die Lückenfüllung hier kraft ausdrücklicher Bestimmung des § 6 Abs. 2 AGB-Gesetz sich nach den „gesetzlichen Vorschriften“ richten soll. Eine derartige **Hilfsfunktion des dispositiven Gesetzesrechts** ist im Lebensversicherungsrecht ohne sonderliche Bedeutung, da sich die AVB ganz weitgehend – sofern überhaupt eine gesetzliche Regelung gegeben ist – an das Leitbild des dispositiven Rechts halten. Problematisch ist dabei allerdings, daß die **Leitbildfunktion des VVG** in Teilbereichen von der Rechtsprechung und der Literatur in Frage gestellt ist. Das gilt vor allem für die Behandlung von Verwirkungstatbeständen bei der Verletzung von Nebenpflichten oder Fristversäumungen durch den Vmer (vgl. Wagner Bd VI Anm. A 37).

[A 39] 6. Verdrängung des Gesetzes durch geschlossene Bedingungswerke?

Dem Vmer werden die für den Vertragsinhalt maßgeblichen ALB oder sonstigen AVB der Lebensversicherung und Berufsunfähigkeitsversicherung entweder bei der Ausfüllung des Antragsformulars oder zusammen mit dem ihm übersandten Vsschein zugänglich gemacht. In den Vsbedingungen werden alle als wichtig erscheinenden Fragen minutiös und ins einzelne gehend geregelt, wobei diese Regelungen grundsätzlich im Einklang mit den gesetzlichen Regelungen, insbesondere auch des VVG stehen und Modifizierungen der gesetzlichen Regelung stets nur in Einzelfragen und insoweit auch nur zugunsten des Vmers bzw. der der Vmerseite zuzurechnenden Drittbeteiligten vorgenommen worden sind. Eine Besonderheit gilt dabei für die Risikobeschreibung der Berufsunfähigkeitsversicherung, für die das Gesetz kein Vorbild enthält und wo sich damit die Frage der Gegenüberstellung von Gesetz und Bedingungswerk insoweit gar nicht stellt. In den Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherungsbedingungen wird auf das VVG oder ein anderes Gesetz grundsätzlich nicht verwiesen, und die Vorschriften des VVG werden auch nicht in einer Art Anhang zu den ALB und sonstigen eingangs abgedruckten Bedingungswerken aufgenommen. Wegen der grundsätzlichen Übereinstimmung der bedingungsmäßigen Regelung mit der gesetzlichen Regelung stellt sich somit im Lebensversicherungsrecht nicht die für andere Bedingungswerke bedeutsame Frage, inwieweit eine in sich **geschlossene Regelung des Bedingungswerkes** – also nicht nur einzelne Bestimmungen – dispositive Vorschriften des VVG als Spezialregelung verdrängt. Die Modifizierung einer gesetzlichen Einzelregelung durch eine abweichende Bestimmung in den Bedingungswerken ist stets zulässig und überlagert die gesetzliche Regelung, zumal im Lebensversicherungsrecht die wenigen Modifizierungen sämtlich zugunsten der Vmerseite erfolgt sind.

[A 40] 7. Funktion der Merkblätter

Hinsichtlich der Merkblätter ist zu differenzieren. Bei den Merkblättern zu den einzelnen Lebensversicherungsformen, wie sie von der Aufsichtsbehörde veröffentlicht werden (oben Anm. A 17), handelt es sich um Hinweise des Vers, die sich teilweise auf den Vsvertrag beziehen und für den Ver verbindlich sind, teilweise handelt es sich um Erläuterungen der in Frage stehenden Vsform. Demgegenüber ist das in leicht verständlicher Sprache gehaltene und allgemein verwendbare Merkblatt (oben Anm. A 18), das dem Vmer gleichfalls ausgehändigt wird und das eine Darstellung seiner Rechte und Pflichten nach den Musterbedingungen enthält, nicht rechtsverbindlich, wie sich aus dem Merkblatt selbst ergibt. Dieses Merkblatt kann auch nicht zur Interpretation der Bedingungen herangezogen werden.

[A 41] IV. Auslegung gesetzlicher Rechtsquellen**1. Grundlegung**

Zur Auslegung gesetzlicher Rechtsquellen sei zunächst auf die ausführliche Einleitung bei Bruck-Möller Bd I Einl. Anm. 52–68 verwiesen. Diese in den fünfziger Jahren verfaßte Einleitung konnte dabei allerdings noch nicht die sich erst später durchsetzende Wertungsjurisprudenz und die neuere methodologische Richtung der kritischen Jurisprudenz berücksichtigen. Die Wertungsjurisprudenz, die im privatrechtlichen Schrifttum ganz überwiegend (Canaris, Systemdenken und Systembegriff in der Jurisprudenz, 1969; Coing, Juristische Methodenlehre, 1972; Larenz, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 4. Aufl., 1979) vertreten wird und die sich auch in der Rechtsprechung durchgesetzt hat, geht davon aus, daß die Tätigkeit der Gesetzesauslegung und Gesetzesanwendung letztlich wertender Natur ist. Jeder, auch der sog. bestimmte Rechtsbegriff sei Ausdruck einer Wertung und zumindest in seinen Randzonen unscharf; bei der Auslegung sei auf die der einzelnen Rechtsnorm und der Rechtsordnung zugrundeliegende Wertentscheidung abzustellen. Soweit das Gesetz Lücken aufweise, habe sie der Richter nach den Wertmaßstäben zu schließen, die in der Rechtsordnung vorgegeben seien. Die Anhänger der kritischen Jurisprudenz (Esser, Vorverständnis und Methodenwahl in der Rechtsfindung, 2. Aufl., 1972; Säcker in MüKo Einl. Anm. 60–123), argumentieren, daß die überkommenen Methoden und insbesondere auch die Methode der Wertungsjurisprudenz bei der Gesetzesauslegung weitgehend wertlos seien und den eigentlichen Prozeß der Rechtsfindung nur verschleierten. Denn eine Gesetzesnorm gebe nicht mehr an Problemlösungen her, als der Gesetzgeber in sie hineingetan habe; was durch Auslegung zusätzlich aus ihm abgeleitet werde, beruhe in Wahrheit auf einer eigenständigen Entscheidung des Rechtsanwenders. Soweit dem Gesetz keine eindeutige Problemlösung zu entnehmen sei, sei eine sorgfältige und verantwortungsbewußte Diskussion darüber notwendig, welche Entscheidungsalternative am vernünftigsten und sachgerechtesten sei und sich am besten in die bestehenden normativen Wertentscheidungen einfüge (für das Verfahren solcher „methodengerechter Gesetzesauslegung“ im einzelnen Säcker (Anm. 110–119, wo gleichfalls das Primat der teleologischen Interpretation betont wird).

Hier sei grundsätzlich der **Wertungsjurisprudenz** gefolgt, obzwar den Anhängern der kritischen Jurisprudenz darin zu folgen ist, daß sich aus dem Gesetz, auch wenn man es mit den Methoden der Wertungsjurisprudenz auslegt und fortentwickelt, nicht für jede Rechtsfrage eine eindeutig richtige Lösung ableiten läßt. Bei vielen Problemen bleiben mehrere vertretbare Alternativen, von denen eine als die sachgerechteste ausgewählt werden muß. Das ist aber noch nicht genügend, um die Wertungsjurisprudenz und ihre Auslegungsmethodik gänzlich zu verwerfen. Die bei der Entscheidung für die sachgerechteste Lösung erforderliche Problematisierung und Abwägung mag als autonome richterliche Dezision bezeichnet werden, der Auslegende hat sich aber nicht an seinen subjektiven Gerechtigkeits- und Zweckmäßigkeitsvorstellungen und seinem subjektiven Vorverständnis zu orientieren, er muß vielmehr auf die **in der Rechtsordnung verwirklichten Wertentscheidungen** abstellen. Die zivilrechtliche Rechtsprechung der letzten Jahrzehnte, die von der Wertungsjurisprudenz geprägt ist, hat gezeigt, daß diese Methode der Auslegung und Rechtsanwendung in aller Regel zu sachgerechten und zu billigen Ergebnissen geführt hat.

Im einzelnen ist bei der **Gesetzesauslegung** mit der Wortbedeutung (vgl. dazu auch die gesetzlichen Auslegungsregeln wie Definitionen [Einwilligung: § 159 II–III = § 183 S. 1 BGB], Vermutungen [§§ 166 I 1, 2, 167 II 1, §§ 330 S. 1, 331 I

BGB] und Fiktionen [§§ 164 I, 159 IV, 174 IV 2, 176 IV 2]), der sprachlich-grammatikalischen Auslegung zu beginnen, es folgen die systematische Auslegung, die genetische Interpretation mit dem Übergang zur teleologischen Auslegung, die sich am Gesetzeszweck orientiert, mit allen denkbaren Argumentationsformen. Enthält das Gesetz für den zu entscheidenden Fall keine Regelung, wird eine Rechtsfortbildung erforderlich.

Im Privatsrecht und damit auch im Lebensvrecht sind dabei sowohl bei einer Gesetzesauslegung wie auch bei der Rechtsfortbildung insbesondere auch der Gedanke der **Gefahrgemeinschaft** (Anm. A 42), die **Vstechnik** (Anm. A 43) und der Grundsatz von **Treu und Glauben** (Anm. A 44) zu berücksichtigen.

[A 42] 2. Gedanke der Gefahrgemeinschaft

Bei der Auslegung und Anwendung des Vsrechts darf nicht außer Betracht gelassen werden, daß die V, die auf der **Gefahrgemeinschaft** und dem **Massenprinzip** beruht, in der Praxis nur möglich ist auf der Grundlage der großen Zahl, durch Zusammenfassung einer Masse vom Zufall bedrohter Wagnisse (Prölss-Martin²³ Vorbem. II 1 vor § 1). Das gilt auch, wenn der Gedanke der Gefahrgemeinschaft zunehmend zurückhaltender und differenzierter betrachtet wird.

[A 43] 3. Versicherungstechnik

Die Auslegung und Anwendung des Vsrechts muß zu Lösungen führen, die im Einklang mit der **Vstechnik** der einzelnen Vsbranche stehen. Das gilt für die gesetzliche und vertragliche Risikoumschreibung, die Umgrenzung der von dem Ver übernommenen Gefahr und die Auslegung der Gefahrumstandsausschlußklauseln. Ein gutes Beispiel für die Berücksichtigung vstechnischer Grundsätze bei der Auslegung von § 10 ALB a. F. (Selbstmordwartezeit) bietet BGH 8.V.1954 BGHZ Bd 13 S. 237–239, wo Sinn und Notwendigkeit der Selbstmordklausel im einzelnen untersucht und für die Frage des Beginns der Wartezeit zur Auslegung herangezogen werden. Bei allem gilt jedoch der Grundsatz, daß bei Eindeutigkeit der Vsbedingungen für eine vstechnische Einschränkung kein Raum bleibt: Nach RG 31.I.1936 RGZ Bd 150 S. 158–159 war bei einer Goldmarkv auf Dollargrundlage die Art der Rücklagendeckung und die Tatsache, daß das Kursrisiko von einem Lebensver nicht getragen werden kann, unbeachtet geblieben.

[A 44] 4. Treu und Glauben

Es entspricht ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung und ist auch in der Literatur ganz allgemein anerkannt, daß das Vsverhältnis in **besonderem Maße** von **Treu und Glauben** beherrscht wird (vgl. nur Prölss-Martin Vorbem. II 3 vor § 1 mit ausführlichen Nachweisen). Auch wenn eine besondere Betonung von Treu und Glauben – im Sinne einer Steigerung des Grundsatzes – problematisch ist und man einer zu starken Betonung von Treu und Glauben skeptisch gegenüberstehen mag, so ist doch bei der Auslegung und Anwendung vsrechtlicher Normen zu berücksichtigen, daß Treu und Glauben den Inhalt der Vsleistung mitbestimmen, daß die Grundsätze von Treu und Glauben zu einer Korrektur des Tatbestandes führen und schließlich ergänzende Leistungspflichten schaffen können, was in der Lebensv beispielsweise für eine besondere Verschwiegenheitspflicht des Vers (dafür Mohr VersR 1953 S. 7, Schulz ZfV 1960 S. 317, dagegen Frey, Festgabe für E. Prölss, 1957, S. 88) oder für eine Pflicht zur

Aufklärung des Vmers über den Rückkaufswert der Lebensv diskutiert wurde bzw. wird (Schwerdtner ZRP 1971 S. 219).

[A 45] 5. Auslegung bei Einzelfragen

Die in anderen Vs-zweigen und insbesondere in der Kraftfahrzeughaftpflichtv zu beobachtende Milderung der Verwirkungsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen (vgl. BGH 16.II.1967 BGHZ Bd 47 S. 101–109) ist in der Lebensv noch nicht akut geworden, sicherlich nicht zuletzt deshalb, weil der Eintritt des Vs-falles in der Lebensv in aller Regel nicht problematisch ist. Daß sich die **Ausdehnung der Aufklärungspflichten** des Vers in Weiterführung des Sturmflutschadenfalles (RG 19.I.1915 RGZ Bd 86 S. 128–135) auch auf die Lebensv erstrecken kann, liegt auf der Hand und wäre zugleich eine Fortführung von RG 26.IV.1910 RGZ Bd 73 S. 302–306, wonach sich eine Lebensvmerin auf die Auskunft eines Bezirksagenten verlassen konnte, „sie könne nach Ablauf von drei Jahren ... die bis dahin eingezahlten Beträge unverkürzt, aber ohne Zinsen zurückfordern“.

[A 46] V. Einbeziehung und Auslegung von Allgemeinen Lebensversicherungsbedingungen einschließlich Zusatzbedingungen

1. Grundlegung

Zur Auslegung von AVB sei einleitend auf Bruck-Möller Einl. Anm. 69–75 verwiesen, zur Auslegung von AVB nach dem Inkrafttreten des AGB-Gesetzes insbesondere auch Prölss-Martin²³ Vorbem. III sowie Wagner Bd VI Anm. 44–69.

Ziel des AGB-Gesetzes ist die **Sicherung des Verbrauchers**, also des Vmers, vor der wirtschaftlichen und vertragsbezogenen Übermacht des Verwenders von AGB, des Vers. Diesem Schutze dienen die Verschärfung der Einbeziehungsvoraussetzungen (wobei § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 AGB-Gesetz nach § 23 Abs. 3 AGB-Gesetz für behördlich genehmigte AVB nicht gilt), die Nichteinbeziehung überraschender Klauseln in den Vertrag (§ 3 AGB-Gesetz), die Übernahme der Unklarheitenregel (§ 5 AGB-Gesetz) und die Inhaltskontrolle (§§ 8–11 AGB-Gesetz).

Es ist unstreitig, daß die AVB genauso wie auch andere AGB **grundsätzlich am AGB-Gesetz** zu messen sind. Die AVB lassen sich bis zu den Anfängen der Seev ins 15. Jahrhundert zurückverfolgen und gewinnen schon im ausgehenden 18. und insbesondere im 19. Jahrhundert bereits erhebliche Bedeutung, wobei die Lebensvsbedingungen von den deutschen Lebensvern bereits 1875 harmonisiert werden sollten (zu den Anfängen der AVB vgl. Sieg ZVersWiss 1975 S. 161–163, zu den Anfängen der Lebensvsbedingungen vgl. Bruck-Dörstling Allgemeine Vorbem. 2). Die AVB sind mit ein Prototyp Allgemeiner Geschäftsbedingungen, weisen jedoch insbesondere zwei Besonderheiten auf, die es u. U. fraglich erscheinen lassen, innerhalb welchen Rahmens eine Kontrolle nach dem AGB-Gesetz stattzufinden hat (dazu sogleich unter Anm. A 47–50 und A 51 und unten Anm. A 66–84).

[A 47] 2. Entstehung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und ihre Genehmigung durch das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen

Die AVB sind zunehmend weniger das Werk einzelner Ver, sondern vielmehr das Werk der Vverbände, also Verbandsbedingungen, wobei auch die Vmerseite oftmals frühzeitig gehört wird. Die zeitlich erste behördliche Kontrolle erfolgt dabei durch das Bundesaufsichtsamt für das Vswesen (BAV), indem es nach § 8 I Nr. 2 VAG überprüft, ob der eingereichte Geschäftsplan, zu dem auch die zur

Verwendung vorgesehenen AVB gehören, die Belange der Vten ausreichend wahrt, wobei die Bestimmung des § 8 I Nr. 2 VAG durch den in § 10 VAG enthaltenen Katalog der Mindestvoraussetzungen für AVB ergänzt wird. Diese Kontrolle, zu der auch der Vsbeirat gehört wird, erfolgt nur bei AVB im Sinne des Aufsichtsrechts, nämlich Vertragsbestimmungen, die einer Vielzahl von Vsverträgen ohne Rücksicht auf die individuelle Verschiedenheit der einzelnen Risiken zugrunde gelegt werden sollen (Prölss-Schmidt-Frey⁹ § 10 VAG Anm. 1, Goldberg-Müller § 10 VAG Anm. 1 m.w.N.), eine Definition, die mit der der Allgemeinen Vsbedingungen im Sinne des AGB-Gesetzes ganz weitgehend identisch ist (Goldberg-Müller § 10 VAG Anm. 1). Sofern die AVB nicht mehr zu beanstanden sind, erteilt das BAV seine Genehmigung zur Verwendung dieser AVB. **Normativ- bzw. Musterbedingungen** sind solche vom BAV geprüfte und genehmigte AVB, bei denen jeder Ver, der einen Antrag auf Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb mit diesen AVB vorlegt, damit rechnen kann, daß ihm die Erlaubnis zur Verwendung dieser AVB erteilt wird. Die AVB bedürfen dabei aber nicht nur der Genehmigung, wenn sie eingeführt werden, sondern auch, wenn sie geändert werden (§ 13 VAG), und auch darüber hinaus steht die Anwendung der AVB unter laufender Überwachung durch das BAV.

Wenn die Befugnisse des BAV bei der Einführung von AVB formell auch nur darin bestehen, beantragte AVB zu genehmigen oder abzulehnen, so wird damit der Aufsichtspraxis nicht genügend Rechnung getragen. Denn das BAV wirkt bereits bei der Aufstellung der AVB entscheidend mit, da der Einreichung der AVB zur Genehmigung in aller Regel intensive Verhandlungen zwischen dem BAV und den Vern bzw. ihren Verbänden vorausgehen, bei denen das Amt deutlich machen kann, welche Anforderungen es im Interesse der Vmer an die AVB stellen wird. Im einzelnen werden die AVB dabei unter folgenden Gesichtspunkten einer Prüfung unterzogen (vgl. dazu im einzelnen Angerer ZVersWiss 1975 S. 197–209, Kimball-Pfennigstorf, Allgemeine Versicherungsbedingungen unter Staatsaufsicht – Eine rechtsvergleichende Studie, Karlsruhe 1968, S. 76–84, Vassel, Einflußnahme des Staates auf die Ausgestaltung von AVB, Karlsruhe 1971, S. 65–115):

[A 48] (a) Verhältnis der AVB zu gesetzlichen Bestimmungen

Eine Genehmigung von AVB erfolgt nicht, wenn die Bedingungen **zwingende Gesetzesnormen** des Privatrechts und des öffentlichen Rechts verletzen. Zu den zwingenden Gesetzesnormen des Privatrechts gehören insbesondere die zwingenden und halbzwingenden Normen des VVG, die Vorschriften des AGB-Gesetzes und zwingende Vorschriften des BGB. Zu den zwingenden öffentlich-rechtlichen Normen gehören solche des Vsaufsichtsrechts wie z. B. § 21 VAG (vgl. dazu insbesondere Vassel S. 66–79).

Eine Genehmigung wird darüber hinaus aber auch nicht erteilt, wenn in den AVB **dispositive Normen des VVG** zum Nachteil der Vten abgeändert werden. Bei dispositiven Normen ist es zwar grundsätzlich den Vertragsparteien überlassen, inwieweit sie von den gesetzlichen Vorschriften abweichen wollen. Das BAV zieht aber dort Grenzen, wo die Vten schlechter gestellt werden als sie nach den dispositiven Vorschriften des Gesetzes dastehen würden. Wenn in AVB – die als fertige Rechtsordnung einer Vielzahl von Vsverträgen zugrunde gelegt werden – einseitig zum Nachteil der Vten abgewichen würde, so lasse sich das nicht mehr mit dem Hinweis auf die Vertragsfreiheit rechtfertigen, die ihr eigentliches Feld in der Einzelvereinbarung zweier genügend sachkundiger Vertragsparteien habe. Die Normen des VVG erhalten im Hinblick auf Bedingungswerke den Charakter von Mindestbestimmungen (VA 1933 S. 199, Angerer ZVerWiss 1975 S. 202–203).

AVB werden schließlich selbst dann u.U. nicht genehmigt, wenn sie mit dispositiven Vorschriften des Vsvertragsrechts übereinstimmen. Das BAV geht davon aus und ist von der Rechtsprechung darin bestätigt worden, daß das VVG dem einzelnen Vmer einen **Mindestschutz** gewähre und die Aufsichtsbehörde nicht daran gehindert sei, darüber hinaus zugunsten der Vten höhere Ansprüche zu stellen, wenn der Schutz der Vten durch das VVG nicht ausreichend gewährt sei (BVerwG 22.XI.1960 VerBAV 1961 S. 65) — eine Auffassung, in der das Aufsichtsamt auch durch die Bestimmungen des AGB-Gesetzes bestätigt worden ist.

[A 49] (b) Verhältnis der AVB zur zivilgerichtlichen Rechtsprechung

Ein Blick auf die vsrechtliche Rechtsprechung zeigt, daß die Gerichte AVB zuweilen anders auslegen, als es sich die Verfasser der AVB vorgestellt haben, und daß sie wiederholt festgestellt haben, daß eine AVB-Bestimmung im konkreten Falle gegen den Grundsatz von Treu und Glauben widerstoßen habe (vgl. dazu zum einen RG 5.II.1932 VA 1932, S. 27, zum anderen BGH 28.XI.1963 VerBAV 1965 S. 9). Hat ein Oberstes Gericht dabei eine **Entscheidung von grundsätzlicher Bedeutung** getroffen, so hat es damit zugleich zum Ausdruck gebracht, daß die Rechte der Vten hier nicht ausreichend gewährt waren. Derartige Urteile sind von dem BAV zu beachten und AVB, die solchen Entscheidungen widersprechen, sind nicht zu genehmigen. Wenn diese Rechtsprechung durch das AGB-Gesetz auch weitgehend erfaßt sein dürfte, so bleiben jedoch Fälle denkbar, die auch unter der Herrschaft des AGB-Gesetzes noch insoweit relevant sein können.

[A 50] (c) Verhältnis der AVB zu Grundsätzen der Versicherungsaufsicht

Das BAV achtet bei der Prüfung und Genehmigung von AVB darüber hinaus auch darauf, daß sie nicht gegen **Grundsätze der Vsaufsicht** verstoßen. Da die überwiegende Mehrzahl der Vmer nicht genügend sachkundig ist und das Vswesen nur schwer zu durchschauen vermag, hat das BAV weitere Anforderungen an die AVB zu stellen und darauf zu sehen, daß die Bedingungen übersichtlich sind, die Rechte und Pflichten des Vmers vollständig wiedergeben, daß sie klar gedruckt sind und daß sie möglichst einheitlich gestaltet werden, da einheitliche Bedingungen in einem Vsweig dem Vmer den Überblick über das Vsangebot erleichtern und damit zur Schaffung der notwendigen Markttransparenz beitragen (vgl. im einzelnen Prölss-Schmidt-Frey⁹ § 10 VAG Anm. 7–11).

Daß trotz dieser Anforderungen bei der Prüfung und Genehmigung sowie der laufenden Überwachung von Vsbedingungen die Vorschriften des AGB-Gesetzes auch für den Bereich des Vswesens nicht überflüssig sind, zeigen schon die Anpassungen an das AGB-Gesetz, die vom BAV während der vergangenen Jahre vorgenommen wurden und werden, wobei die AVB zur Lebensv und zur Berufsunfähigkeitsv 1978 mit dem AGB-Gesetz in Einklang gebracht wurden (VerBAV 1978 S. 80–81). Trotz der Kontrolle der AVB durch das BAV unterfallen die AVB daher auch dem AGB-Gesetz, die Tatsache der behördlichen Genehmigungskontrolle führt nicht dazu, daß die AVB von der Kontrolle nach dem AGB-Gesetz grundsätzlich ausgenommen sind oder ihr grundsätzlich nur beschränkt unterliegen. Zur Sonderproblematik des § 3 AGB-Gesetz vgl. unten Anm. A 52.

[A 51] 3. Produktbeschreibung als Inhalt von AVB

Die zweite Besonderheit, die bei den AVB Berücksichtigung zu finden hat, ist der Umstand, daß es sich bei den AVB inhaltlich auch um eine Produktgestaltung

eine Produktbeschreibung handelt. In den AVB wird die **unkörperliche Leistung des Vers**, die Gefahrtragung, der Versicherungsschutz normiert, es handelt sich also nicht, wie ganz grundsätzlich bei den AGB der Wirtschaftszweige im Sachgüterbereich, allein um die Regelung von Lieferungsbedingungen, wie Zahlungsbewilligungen, Erfüllungsort, Gerichtsstand, die Form von Erklärungen und ähnliches. Zur **Leistungsbeschreibung** gehören dabei die Regelungen über den Beginn und den Umfang des Vsschutzes, über die vten Gefahren, Interessen und Schäden, den Vswert, den Vsort, den Ersatz der Aufwendungen, die Zahlung der Entschädigung bzw. der Vssumme, Ausschlüsse, Einschränkungen des Vsschutzes, die Vsdauer, die Rechte Drittbeteiligter usw. Unter die produktbeschreibenden Bestimmungen fallen dabei nicht nur die primären Risikobegrenzungen, sondern auch die Risiko einschlüsse, Risikobeschränkungen und Risikoausschlüsse, also auch die sekundären Risikobeschreibungen (vgl. im einzelnen Böhm VW 1956 S. 57, Farny ZVersWiss 1975 S. 169–184, Priester, Nachahmungsschutz für Dienstleistungsmodelle, Karlsruhe 1965, S. 20, Schmidt VersRundschau 1961 S. 344, Werber in: Festgabe Möller S. 529, Goldberg-Müller § 10 VAG Anm. 14). Die AVB enthalten somit nicht nur – wie die Mehrzahl der AGB – Leistungsnebenbedingungen, sie repräsentieren Art und Umfang des zu liefernden Gegenstandes, also die zu liefernde Ware selbst, sie legen nicht nur das „Wie“ der Leistung fest, sondern beschreiben auch, „was geliefert werden soll“ (Böhm a.a.O., Priester a.a.O.). Das gilt grundsätzlich für sämtliche AVB, also auch für die Vsbedingungen der Lebensv, wenngleich die Leistungsbeschreibung hier naturgemäß auch knapper ist als beispielsweise bei der Berufsunfähigkeitsv oder der Berufsunfähigkeitszusatzv oder gar anderen Vzweigen. Andererseits bedeutet die Besonderheit der Produktbeschreibung bei AVB wiederum nicht, daß sämtliche anderen AGB eine Leistungsbeschreibung nicht enthalten, eine Produktbeschreibung oder zumindest Ansätze einer Leistungsbeschreibung finden sich nicht nur im Dienstleistungsbereich, sondern auch im Bereiche der Sachlieferungen wie z. B. in den Bedingungen bei Bankgeschäften, Reiseverträgen, Wirtschaftsprüfer- und Steuerberaterverträgen und den Bedingungen beim Fernunterricht, bei Theater und Kunsthandel.

Die Besonderheit der Produktgestaltung und Produktbeschreibung in den Vsbedingungen hat im Hinblick auf das AGB-Gesetz zur Diskussion des Problems geführt, inwieweit die **Inhaltskontrolle** des AGB-Gesetzes auch bei AVB anwendbar ist (darüber unten Anm. A 66–84). Daß das AGB-Gesetz im übrigen auch auf AVB anwendbar ist, ist dabei aber – wegen des Genehmigungsverfahrens mit Ausnahme der sogleich zu betrachtenden Vorschrift des § 3 AGB-Gesetz – nunmehr unbestritten (vgl. dazu nur Prölss-Martin²³ Vorbem. I 6).

[A 52] 4. Nichteinbeziehung überraschender Klauseln

Nach § 3 AGB-Gesetz werden Bestimmungen in den AVB, die nach dem Vertrag so ungewöhnlich sind, daß der Vmer mit ihnen nicht zu rechnen braucht, nicht Vertragsbestandteil. Der Zweck der Vorschrift geht dahin, den Ver daran zu hindern, zulasten eines arglosen oder uninformierten Vmers **überraschende Klauseln** in den Vsvertrag einzubeziehen oder doch eine Aufklärung des Kunden sicherzustellen. Wenn es dabei in der amtlichen Begründung zum AGB-Gesetz (BT Drucksache 7/3919 S. 20) für aufsichtsbehördlich genehmigte Bedingungen – wie für AVB – heißt, daß schon die der Genehmigung vorausgehende behördliche Kontrolle Gewähr dafür biete, daß die genehmigten Bedingungen als solche nicht überraschend seien, so ist Wagner Bd VI Anm. 50 darin zuzustimmen, daß diese Wertung des Gesetzgebers in § 3 AGB-Gesetz keinen Ausdruck gefunden hat. Trotz des oben Anm. A 47–50

erwähnten ausführlichen Kontroll- und Genehmigungsverfahren kann nicht davon ausgegangen werden, daß AVB keine überraschenden Klauseln enthalten. Angesichts des Genehmigungsverfahrens kann lediglich vertreten werden, daß bei AVB überraschende Klauseln seltener als bei AGB gegeben sind, die einer aufsichtsbehördlichen Genehmigung nicht bedürfen (Prölss-Martin²³ Vorbem I 6 B c, zurückhaltend Staudinger-Schlosser § 9 Anm. 177, a. M. Schmidt-Salzer NJW 1977 S. 136).

[A 53] 5. Auslegung Allgemeiner Lebensversicherungsbedingungen einschließlich Zusatzbedingungen

a) Gesetzesähnliche und gesetzesförmige Auslegung von AVB

Nach **ständiger Rechtsprechung** und nach der herrschenden Ansicht im Schrifttum sind AVB **ähnlich wie Gesetze**, gesetzesförmig, objektiv, d. h. ohne Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalles auszulegen. Die Rechtsprechung hat sich dabei bei den AVB wesentlich früher zur gesetzesähnlichen Auslegung bekannt als bei anderen AGB. Während das Prinzip der gesetzesähnlichen Auslegung bei AVB bereits in RG 21.XI.1919 RGZ Bd 97 S. 189–191 formuliert wurde, findet es sich für sonstige AGB generell erst bei RG 13.X.1942 RGZ Bd 170 S. 233–235, für AVB kann ab **RG 26.III.1943 RGZ Bd 171 S. 43–48 = DR 1943 S. 988** (Anm. Kersting) insoweit von einer ständigen Rechtsprechung gesprochen werden, wobei es dort heißt, daß der Richter „nach gegenständlichen Rücksichten unter Beobachtung des wirtschaftlichen Zwecks der getroffenen Regelung und der gewählten Ausdrucksweise den Sinn der Normung, den sie für alle Beteiligten und für alle Fälle vernünftigerweise gleichmäßig haben muß, entsprechend der Auslegung, die alle Gesetze in Zweifelsfällen finden müssen, zu erforschen und gemeinhin im Urteilspruch festzulegen“ hat. Der **OGH** hat die Rechtsprechung des RG übernommen und entscheidet gleichfalls, daß AVB ähnlich wie Gesetze auszulegen seien (OGH 7.X.1949 OGHZ Bd 2 S. 298 = DRZ 1949 S. 545 [Anm. Prölss]). Auch der **BGH** hat die Rechtsprechung des RG und des OGH aufgenommen und bekennt sich genauso wie das BVerwG, die Oberlandesgerichte und der Österreichische Oberste Gerichtshof gleichfalls zur gesetzesähnlichen Auslegung von AVB: BGH 28.VI.1952 BGHZ Bd 6 S. 373 = LM § 549 ZPO Nr. 11 (Anm. Haidinger), BGH 21.II.1951 VersR 1951 S. 79, BGH 11.XII.1951 VersR 1952 S. 117 (Anm. Prölss), BGH 19.XI.1956 VersR 1956 S. 789, BGH 21.IV.1958 VersR 1958 S. 336, BGH 21.X.1958 VersR 1958 S. 853, BGH 27.XI.1961 VersR 1962 S. 33, BGH 24.VI.1963 VersR 1963 S. 766 = NJW 1963 S. 2171, BGH 18.V.1967 VersR 1967 S. 652, BGH 12.VI.1968 VersR 1968 S. 762, BGH 22.V.1968 VersR 1968 S. 795, BGH 12.II.1969 VersR 1969 S. 420, BGH 11.III.1970 VersR 1970 S. 435 = VerBAV 1970 S. 184, BGH 7.VII.1971 VersR 1971 S. 949, BGH 13.III.1974 VersR 1974 S. 741 = NJW 1974 S. 1429, BGH 21.XI.1975 VersR 1976 S. 136, BGH 4.XII.1980 BGHZ Bd 79 S. 76 = VersR 1981 S. 173 (Anm. Klingmüller) = VP 1981 S. 172 (Anm. Küpper) = NJW 1981 S. 870 (gesetzesförmige Auslegung), BVerwG 24.II.1976 VersR 1976 S. 377 = VerBAV 1976 S. 147, 246 (Anm. Kaulbach), OLG Hamburg 29.XI.1972 VersR 1973 S. 1014, OLG Hamm 16.III.1973 VersR 1973 S. 810, OLG Karlsruhe 25.VIII.1976 VersR 1977 S. 420, OLG Hamm 24.X.1979 VersR 1980, S. 668, **ÖOGH** 20.IX.1972 VersR 1973 S. 479, **ÖOGH** 15.XII.1971 ZVR 1973 S. 118, **ÖOGH** 11.IV.1973 VersR 1974 S. 406, **ÖOGH** 31.X.1973 VersRundschau 1974 S. 100 (Anm. Baumann), **ÖOGH** 4.IX.1975 VersR 1977 S. 171, **ÖOGH** 8.IV.1976 VersR 1977 S. 463, **ÖOGH** 13.I.1977 VersR 1978 S. 655, **ÖOGH** 17.II.1977 VersR 1978 S. 288, **ÖOGH** 17.III.1977 VersR 1978 S. 165, **ÖOGH** 28.IV.1977 VersR 1978 S. 264. Im

Schrifttum wird die gesetzesähnliche Auslegung von AVB insbesondere vertreten von Erman-H. Hefermehl § 5 AGBG Rz. 3, Löwe in: Löwe-Graf von Westphalen-Trinkner § 5 AGBG Rz 4, Müko-Kötz § 5 AGBG Rz 2, Palandt-Heinrichs § 5 AGBG Anm. 3, Prölss-Martin²³ Vorbem. III A 8, Raiser AGB S. 252, Schmidt-Salzer AGB 1977 Rz. E 33, Ulmer in: Ulmer-Brandner-Hensen § 5 AGBG Rz 13.

[A 54] b) Generelle bzw. überindividuelle rechtsgeschäftliche Auslegung von AVB

Gerade bei der Auslegung von AVB haben sich im Schrifttum die Stimmen behauptet, die sich gegen eine objektive, gesetzesähnliche Auslegung wenden und eine **generelle, überindividuelle rechtsgeschäftliche Auslegung** befürworten (Möller VsVertragsrecht S. 25, Staudinger-Schlosser § 5 AGBG Rz 22 und mit beachtlichen Argumenten insbesondere Meyer-Kahlen Vortrag 1982). AVB seien vorformulierte Vertragsbedingungen für eine Vielzahl von Vsverträgen, die der Ver dem Vmer beim Abschluß des Vertrages stelle. Sie haben zwar einen rechtsordnungsartigen Charakter, hätten jedoch nicht den inneren Wert objektiver Rechtsnormen mit deren Eignung zu einer gerechten und billigen Regelung, zwischen AVB und Gesetzen besteht ein Rangunterschied, der nicht beseitigt werden dürfe; die Regelungskompetenz bei AVB stehe nicht auf derselben Stufe wie die Autorität des staatlichen Gesetzgebers. Wenn bei der Auslegung von Gesetzen, die zusammen mit den anderen Gesetzen eine funktionale Einheit bilden, auf die Gesamtrechtsordnung zurückgegriffen werden könne, so sei es bei der Auslegung von AVB, die untereinander keine entsprechende funktionale Einheit bilden, konsequenterweise grundsätzlich unzulässig, auf andere AVB, selbst auf solche wesensverwandter Vszweige zurückzugreifen. Vsbedingungen seien anders als Gesetze und somit wie Willenserklärungen auszulegen, wobei im wesentlichen zwei Besonderheiten zu berücksichtigen seien: Zum einen seien AVB, nachdem sie das Vertragsschablonenstadium verlassen haben, in der Regel an eine Vielzahl von Erklärungsadressaten gerichtet, ihr Sinn sei notwendigerweise für den Gesamtmerkmalbereich derselbe. Sie seien daher so auszulegen, wie sie nach Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte von einem durchschnittlich verständigen und vernünftigen Vmer (dem Durchschnittsvmer) verstanden werden müßten. Vom Standpunkt dieses Durchschnittsvmers sei der für diesen gedachten Vmer erkennbare Sinn und wirtschaftliche Zweck zu ermitteln. Zum anderen sei ein Rückgriff auf die Vorstellungen und den Willen der Bedingungsgeber nur in dem dem Durchschnittsvmer bekannten oder erkennbaren Umfang zulässig, insbesondere könne man dabei den Inhalt von Materialien über die Vorgeschichte von AVB, die der Öffentlichkeit nicht zugänglich sind, nicht als dem Durchschnittsvmer bekannt voraussetzen (Meyer-Kahlen a.a.O.).

[A 55] c) Auslegungsmittel und Auslegungsmaßstäbe im einzelnen

Eine Untersuchung der Auslegungsmittel und Auslegungsmaßstäbe zeigt dabei, daß sich die objektive und gesetzesähnliche Auslegung – der ich mich wegen ihrer größeren Klarheit anschließe – von der generellen und überindividuellen rechtsgeschäftlichen Auslegung – mit ihren jeweiligen Modifikationen – so gut wie nicht unterscheidet. Im übrigen ist zu berücksichtigen, daß sich die Auslegung von Vsverträgen, die unter Einbeziehung von AVB geschlossen werden, grundsätzlich zweistufig vollzieht, nämlich – sofern die Verträge überhaupt genügend hergeben – durch Ermittlung des Inhalts von Individualabreden und zweitens durch die objektiviertere Auslegung der AVB.

[A 56] aa) Grundprinzip der objektiven Auslegung im Vergleich zu der generellen, überindividuellen, rechtsgeschäftlichen Auslegung

Der erste Auslegungsgrundsatz bei AVB geht sowohl bei der gesetzesähnlichen wie bei der generellen und überindividuellen Auslegung dahin, daß vorformulierte Vertragsbestandteile unter Nichtberücksichtigung besonderer Umstände des Einzelfalles auszulegen sind. Die Auslegung richtet sich nach dem typischen Willen und Verständnis redlicher Vertragspartner unter Abwägung der Interessen der an Vsverträgen dieser Art normalerweise beteiligten Vertragsparteien. Damit verschiebt sich der **Auslegungsschwerpunkt** auf § 157 BGB, während die bei Individualverträgen gleichrangige Vorschrift des § 133 BGB in den Hintergrund tritt. Hier liegt ganz gewiß ein Unterschied zwischen der gesetzesähnlichen und der überindividuellen rechtsgeschäftlichen Auslegung, zu dem aber – soweit ersichtlich – im hier interessierenden Lebensvsbereich eine Fallkonstellation, die zu unterschiedlichen Ergebnissen geführt hätte, nicht bekannt geworden ist. Eine solche gesetzesähnliche und weitgehend einheitliche Auslegung der AVB trägt nicht nur insbesondere dem **Massencharakter** der unter Verwendung von AVB geschlossenen Vsverträge Rechnung, sie entspricht auch dem **Rationalisierungszweck** und dem **Transparenzgebot** bei AVB. Umstände, die allein den konkreten Vertragspartnern bekannt waren oder den Einzelfall in besonderer Weise kennzeichnen, werden bei der Auslegung von AVB nicht berücksichtigt. Die Besonderheiten des Einzelfalles können lediglich über eine Individualvereinbarung Berücksichtigung finden. Nicht ausgeschlossen wird durch eine solche gesetzesähnliche, objektivierte und generelle Auslegung, daß unterschiedliche Verständnis- und Erkenntnismöglichkeiten der einzelnen Vmerkreise berücksichtigt werden, wenn bei den AVB Fachausdrücke verwandt werden, die nur vnehmenden Kaufleuten und nicht dem vnehmenden Jedermann bekannt sind (vgl. Müko-Kötz § 5 AGBG Rz 2, Staudinger-Schlosser § 5 AGBG Rz 20, Ulmer in: Ulmer-Brandner-Hensen § 5 AGBG Rz 19). Das gilt allerdings nur in solchen Bereichen, in denen unterschiedliche Verständnismöglichkeiten generalisierbar sind und sich einzelnen Vmergruppierungen zurechnen lassen.

[A 57] bb) Wortlaut der Bedingungsregelung und Darstellungszusammenhang

Im einzelnen ist zunächst auf den **Wortlaut** der einzelnen Bestimmungen der AVB abzustellen. Die Deutung hat dabei dem Verständnis des durchschnittlich redlichen und verständigen Vmers zu entsprechen, also dem sog. Lebenssprachgebrauch, dem **Sprachegebrauch des täglichen Lebens**, der sich beispielsweise von fachwissenschaftlichen Terminologien unterscheidet (vgl. ausführlich dazu Wagner Bd VI/Anm. A 52, 53 m. N.). Auf den Lebenssprachgebrauch kommt es nur dann nicht an, wenn in den AVB Begriffe Verwendung finden, die in der Rechtssprache einen festumrissenen Bereich oder Gegenstand erfassen (Bruck-Möller Bd I Einl. Anm. 57, Prölss-Martin²³ Vorbem. III A 4, Wagner Bd VI Anm. A 53 und BGH 19.XII.1955 VersR 1956 S. 41–42 zu der Frage, ob Krafräder i. S. der Unfallzusatzv auch Fahrräder mit Hilfsmotor seien). Das aber bedeutet nicht auch zugleich, daß Rechtskenntnisse für die Auslegung berücksichtigt werden; das kann nur geschehen, wenn sie für den Vmerkreis typisch sind (Ulmer in: Ulmer-Brandner-Hensen § 5 AGBG Rz 17).

Anerkannt ist ferner, daß bei einem geschlossenen Bedingungsnetzwerk der **darstellerische und systematische Zusammenhang**, die darstellerische Anordnung innerhalb einer Vorschrift oder in der Aufeinanderfolge der Bestimmungen für die Auslegung von Bedeutung sein können (Wagner Bd VI Anm. A 54). Bei einem Widerspruch zwischen zwei Klauseln geht die speziellere der allgemeinen vor, soweit zwischen den Regelungen eine derartige Abstufung erkennbar ist. Bei alledem wird als maßgebend

jeweils das Verständnis des Durchschnittskunden angesehen, nach dem der typische Sinn der AVB festzustellen ist. Unzulässig ist dabei allerdings grundsätzlich der Vergleich einer bestimmten Klausel mit der gleichen oder ähnlichen Klauseln anderer AVB. Der Vmer kann nicht auf eine Auslegung verwiesen werden, die unter Berücksichtigung anderer AVB desselben Vers oder Vs Zweiges, unter Berücksichtigung von Äußerungen der VerVerbände oder des BAV vorgenommen werden: all das ist dem Wissen und dem Verständnis des Durchschnittsmers regelmäßig verschlossen.

[A 58] cc) Zweck der Regelung

Führen der Lebenssprachgebrauch und die systematische Auslegung nicht zu einem Ergebnis, so ist nach dem **vs wirtschaftlichen Zweck** der Regelung zu fragen, und zwar wiederum nach dem wirtschaftlichen Zweck, wie ihn der Durchschnittsmers nach Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte erkennen konnte. Die Frage nach dem Zweck der Regelung ist dabei nur insoweit möglich, als der Zweck der Regelung hinreichend deutlich zum Ausdruck gelangt. Ein Beispiel aus der Judikatur ist die bereits erwähnte Entscheidung BGH 19.XII.1955 VersR 1956 S. 41–42, wo die Frage, ob Fahrräder mit Hilfsmotor Krafträder i. S. des Ausschlußtatbestandes der damals geltenden Unfallzusatzvsbedingungen seien, anhand der Überlegung geprüft wird, daß diese Auslegung mit Sinn und Zweck der Ausschlußklausel im Einklang stehe (Prölss-Martin²³ Vorbem. III A 7, Wagner Bd VI Anm. A 55). Ein Blick auf die Entwicklung in der Rechtsprechung zeigt dabei, daß sich der BGH zunehmend von der reinen Wortinterpretation löst und neben der gewählten Ausdrucksweise – oder sogar an ihrer Stelle – den mit dem Bedingungswerk bzw. mit der Einzelbestimmung verfolgten Sinn und Zweck berücksichtigt.

[A 59] dd) Verständnis des Durchschnittsversicherungsnehmers

In AGB, die nicht Vsbedingungen sind, geht der BGH immer stärker ausdrücklich von der Verständnismöglichkeit des an derartigen Rechtsgeschäften üblicherweise beteiligten **Durchschnittskunden** aus (z. B. BGH 28.XI.1979 NJW 1980 S. 831–832), wobei zu beachten ist, daß – anders als bei der Auslegung von Gesetzesnormen – Auslegungsmittel und insbesondere logische Schlußfolgerungen, die sich dem Verständnis des typischerweise an Geschäften dieser Art beteiligten Durchschnittsbürgers verschließen, nicht zur Auslegung von AGB herangezogen werden können. Bei AGB, die sich nicht an einen bestimmten Kundenkreis wenden, sei Maßstab für die Auslegung die Verständnismöglichkeit eines rechtsunkundigen – rechtlich nicht vorgebildeten – Durchschnittskunden. Mit Meyer-Kahlen a.a.O. ist zu fordern, daß dieser Auslegungsgrundsatz auch auf AVB Anwendung zu finden hat.

[A 60] ee) Entstehungsgeschichte einer AVB-Bestimmung

In Rechtsprechung und Schrifttum wird zuweilen die **Entstehungsgeschichte** einer AVB-Bestimmung berücksichtigt (so auch z. B. das bekannte Urteil zur gesetzesförmigen Auslegung BGH 4.XII.1980 BB 1981 S. 454). Das ist ganz grundsätzlich unzulässig. Nach den soeben aufgezeigten Auslegungsprinzipien ist der Bedingungstext allein maßgeblich, was in der Praxis noch häufig durch den Hinweis betont wird, daß nur der schriftliche Vertragstext gelte und daß zu seiner Änderung Schriftform erforderlich sei. Ein Rückgriff auf außerhalb der Urkunde

liegende Umstände zur Ermittlung des Vertragsinhalts ist grundsätzlich unzulässig, es sei denn, daß sie dem Vmer bekannt sind. Wäre es zulässig, Auslegungsprobleme bei AVB grundsätzlich auch anhand der Entstehungsgeschichte zu klären, erhielten die AVB einen sachlich nicht gerechtfertigten, sie in die Nähe von Gesetzen rückenden Objektivierungsanspruch. Für den Vmer wäre es nachteilig, wenn er bei der Auslegung einer Bestimmung des Bedingungswerkes nicht auch die Entstehungsgeschichte zu ermitteln suchte. Die Vorgeschichte und die Materialien einer AVB-Bestimmung sind dem Durchschnittsvmer regelmäßig verschlossen. Die Nichtberücksichtigung der Entstehungsgeschichte von Vsbedingungen bei der Auslegung von AVB führt zugleich zu einem deutlichen Abweichen von den Grundsätzen einer Gesetzesauslegung, so daß schon aus diesem Grunde allein bei der Auslegung von Vsbedingungen nicht von einer gesetzlichen, sondern von einer gesetzesähnlichen Auslegung zu sprechen wäre (vgl. Meyer-Kahlen a.a.O., Ulmer in: Ulmer-Brandner-Hensen § 5 AGBG Rz 17, Wagner Bd VI Anm. A 56, unscharf Bruck-Möller Bd I Einl. Anm. 69 i.V.m. 62 und Prölss-Martin²³ Vorbem. III A 7).

[A 61] ff) Einschränkung der Auslegung von Ausschlußklauseln

Der Grundsatz, **Ausschlußbestimmungen** seien als Ausnahmeregelung bezogen auf die primäre Risikoumschreibung, eng auszulegen, gilt im Unterschied zu der Auslegung von Gesetzen nicht auch für die Auslegung von AVB. Er kann auch in der Praxis als für die Auslegung von AVB überwunden gelten (Prölss-Martin²³ Vorbem. III A 7, Wagner ZVersWiss 1977 S. 125–126, ders. Bd VI Anm. A 57, Winter ZVersWiss 1977 S. 151).

[A 62] gg) Zusammenfassung

Im Einklang mit der neueren Rechtsprechung ist bei der Auslegung von AVB neben dem Wortlaut und dem Darstellungszusammenhang insbesondere auch auf den Sinn und Zweck der Regelung abzustellen. Es ist dabei von den typischen Interessen beider Seiten des Vsvertrages auszugehen, und zwar nicht von den Vorstellungen und Verständnismöglichkeiten des individuellen Vertragspartners, sondern von den Möglichkeiten eines Durchschnittsvmers. Kriterien wie Gefahrgemeinschaft, Vstechnik und Treu und Glauben gehen grundsätzlich in die Auslegung ein, aber auch hier abgestellt auf die Erkenntnismöglichkeiten des Durchschnittsvmers. Es wird bei AVB mit Recht von einer gesetzesähnlichen und nicht von einer gesetzlichen Auslegung gesprochen, da sich die Auslegungsgrundsätze bei einem Bedingungswerk nicht unerheblich von denen bei der Erörterung gesetzlicher Bestimmungen unterscheiden. Die Bezeichnung „gesetzesförmige“ Auslegung ist unglücklich gewählt, da sie die Unterscheidungen zwischen den beiden Auslegungsverfahren verwischt.

[A 63] d) Unklarheitenregel

Die Unklarheitenregel, auch als Celsinische Auslegungsregel bezeichnet, kann gerade im Vsrecht auf eine lange Tradition zurückblicken (z. B. ROHG 21.XI.1871 ROHG Bd 4 S. 60, RG 9.X.1882 RGZ Bd 10 S. 160) und besaß einen relativ breiten Anwendungsbereich, der in der Rechtsprechung später dahin eingeengt wurde, daß für die Unklarheitenregel nur Raum bleibt, wenn andere Auslegungsmittel versagen. In der Anwendung der Unklarheitenregel wurde die Rechtsprechung zunehmend zurückhaltender, durch den BGH – der die Unklarheitenregel gleichfalls