

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A-Z  
 Alte Leipziger – Kölnische Rückversicherung – Nürnberger – Swiss Life – VHV – Volkswohl Bund

# Produkt & Beratung unter neuen Vorzeichen

Entscheidend ist und bleibt die konkrete Ausgestaltung im Einzelfall



Seit dem 01.01.2008 gilt das neue Versicherungsvertragsgesetz.

Wie nicht anders zu erwarten hat dieses erhebliche Auswirkungen auch auf die Berufsunfähigkeits-(Zusatz-) Versicherung, zumal wenn man es vor dem Hintergrund der EU-Vermittlerrichtlinie betrachtet. Augenfällig ist als erstes, dass das VVG-2008 mit den §§ 172 bis 177 erstmalig eigene Regelungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung als Sparte aufstellt, da diese Sparte vor 100 Jahren bei Verfassung des Vorgängergesetzes noch nicht existierte. Im Sinne einer Klarstellung legt § 172 Absatz 2 fest, was versicherungsrechtlich unter Berufsunfähigkeit zu verstehen ist:

„Berufsunfähig ist, wer seinen zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall ganz oder teilweise auf Dauer nicht mehr ausüben kann.“

Von Stephan Witte

Entscheidend für die Gesamtbetrachtung des Themas ist der aus der BU-Rechtsprechung bekannte Hinweis auf die konkrete Ausgestaltung des Berufsbildes. Es reicht also nicht, in etwaigen berufskundlichen Blättern festzustellen, wie das Tätigkeitsbild einer Friseurin, eines Maurers oder eines Versicherungsmaklers beschaffen sein kann. Entscheidend ist und bleibt die konkrete Ausgestaltung im Einzelfall. Neu ist der Hinweis auf den „mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall“. Auch wenn normgerechte Altersbeschwerden damit nicht erfasst sind, stellt sich in der Praxis die Frage nach der Abgrenzung von normgerechten und nicht altersentsprechendem Kräfteverfall. Eine echte Änderung in der Regulierungspraxis ist aus dieser Regelung jedoch nicht abzuleiten. Susanne Kipp vom Produktmanagement der Swiss Life stellt in diesem Zusammenhang nämlich die berechnete Frage, „wann man ohne jeglichen altersadäquaten Kräfteverfall eine berufliche Tätigkeit ausübt. Wenn aber tatsächlich der altersentsprechende Kräfteverfall bereits zu einer BU führt, muss man zur Prüfung der BU auf einen früheren Zeitpunkt abstellen, zu dem noch keine Beeinträchtigung vorlag. Was sollte das für ein Zeitpunkt sein und wie ließe sich dieser feststellen? Im Übrigen handelt es sich bei dem altersentsprechenden Kräfteverfall nur um einen Scheinvorteil gegenüber dem mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall. Grund: in der Praxis gibt es keine Konstellation, bei

der eine BU allein aufgrund eines (altersentsprechenden) Kräfteverfalls vorliegt; vielmehr liegen dann bereits weitere Beschwerden und Krankheiten vor, die zu einer BU führen, d.h. es liegt in diesen Fällen bereits eine krankheitsbedingte BU vor.“

Keine relevante Änderung für die Regulierungspraxis dürfte auch aus dem Wegfall des Hinweises auf ärztlichen Nachweis der Berufsunfähigkeit gegenüber der bisherigen Verbandsempfehlung resultieren. Auch zukünftig wird das Erfordernis eines medizinischen Nachweises des Leistungsfalles grundlegend sein. Wenn der Gesetzgeber von „auf Dauer“ spricht, kann nach ständiger Rechtsprechung ein Zeitraum von voraussichtlich mindestens drei Jahren angenommen werden.

In Absatz 3 wird geregelt, dass abweichend auch eine abstrakte Verweisung mit dem Versicherungsnehmer vereinbart werden dürfe.

Im Vorfeld der VVG-Reform hieß es wiederholt, dass zukünftig eine tarifliche Vereinbarung von „Monatsklauseln“ ausgeschlossen sei. Diese Sichtweise scheint jedoch fraglich, wenn es etwa in § 175 explizit heißt, dass man von den § 173

und 174 nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweichen dürfe. Vom oben zitierten § 172 ist hier keine Rede.

Im Zusammenhang mit den Monatsklauseln braucht nur beispielhaft auf die aktuellen Bedingungswerke der Alten Leipziger (BV10 / pm 2310 – 03.2008; Nr. 2 Absatz 2.4: 12-Monats-Klausel), VHV (VHV BU-Exklusiv / SBUP08V, Stand 07.2008; § 2 Absatz 1: 24-Monats-Klausel) oder Nürnberger (IBU 2500C / GN251098\_022008; § 2 Absatz 5: 24-Monats-Klausel) verwiesen werden. Zu den benannten Anbietern finden Monatsklauseln noch bei weit mehr als 20 anderen Versicherern in teilweise unterschiedlicher Ausgestaltung Anwendung. Zu den wenigen Anbietern, die an dieser Stelle im Kundeninteresse nachgebessert haben, gehört Swiss Life (Swiss Life BUZ, Stand 04.2008), wo die Monatsklausel seit Anfang 2008 ersatzlos gestrichen wurde.

Dafür ist nun im neuen VVG zum Vorteil der Versicherten eindeutig geregelt, dass nach § 173 VVG-2008 höchstens ein zeitlich befristetes Anerkenntnis zulässig ist und dieses bis zum Ablauf der Frist bindend ist. Damit wird implizit ausgesagt, dass eine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit während dieser Frist ausgeschlossen ist. In der Vergangenheit hatten sich viele Versicherer die Option offen gelassen, teilweise ohne Begrenzung zeitlich befristete Anerkenntnisse auszusprechen und so der versicherten Person stets den Nachweis der (weiterhin) bestehenden Berufsunfähigkeit aufzubürden. Das neue Gesetz ermöglicht höchstens noch einmal eine entsprechende Beweislastumkehr. Ab 2009 gilt dies entsprechend auch für Altverträge, die bisher mehr als ein zeitlich befristetes Anerkenntnis vorgesehen haben können und dies bei der jeweiligen Prämienfindung verständlicherweise berücksich-

tigt haben dürften. Wichtig ist, dass zeitlich befristete Anerkenntnisse anders als in der bisherigen Rechtspraxis nicht mehr zu begründen sind, wenngleich eine solche Begründung sicher im Sinne der Versicherten empfehlenswert wäre.

§ 174 VVG-2008 regelt, dass bei Beendigung der Leistungspflicht, vertragliche Leistungen noch bis mindestens drei Monate danach vom Versicherer weiter zu leisten sind.

Im Verkaufsprozess kommen Kunden und Vermittler erstmalig mit den Auswirkungen der Gesetzesänderungen in Berührung. Seit dem 22.05.2007 müssen Versicherungsvertreter bekanntermaßen abschließend alle von ihnen vermittelbaren Gesellschaften gegenüber dem Kunden offen legen. Für Makler entfällt diese anfängliche Hürde, die jedoch auch zum Vorteil genutzt werden kann, wenn ein Mehrfachagent erkennbar aus einer großen Zahl unterschiedlicher Anbieter

## Stichwort „Monatsklauseln“

Eine Monatsklausel liegt vor, wenn ein Versicherer trotz Verzichts auf abstrakte Verweisung im Rahmen der Erstprüfung untersucht, ob der Versicherte nicht nur im zuletzt ausgeübten Beruf in konkreter Ausgestaltung berufsunfähig ist. Stattdessen wird geprüft, ob der Versicherte auch in einem Zweitberuf, der innerhalb der letzten 12 oder 24 Monate vor Eintritt der Berufsunfähigkeit konkret ausgeübt wurde, berufsunfähig ist. Versicherer argumentieren damit, dass man mit dieser Klausel beispielsweise vermeiden möchte, dass ein Kunde mit Mehlstauballergie allein aus diesem Grunde eine Tätigkeit als Bäcker ergreife. Problematisch bleibt dabei jedoch, dass heute vielfach Berufswechsel in kurzen zeitlichen Abständen erfolgen. So vergeben etwa Hochschulen vielfach nur noch befristete Verträge für ihre Lehrkräfte. Auch in anderen Bereichen sind schnelle Berufswechsel nicht unüblich. Einige Anbieter wie beispielsweise die Alte Leipziger gestalten die Monatsklausel etwas kundenfreundlicher. Nach Abs. 2.4 der Tarifbestimmungen zum Tarif BV10 kann bei einem Berufswechsel innerhalb der letzten 12 Monate vor Eintritt der BU auch der davor ausgeübte Beruf bei der Leistungsprüfung herangezogen werden, wenn die für den Eintritt

der BU ursächlichen Gesundheitsstörungen bereits bei der Aufgabe des früheren Berufs dem Versicherten bekannt waren. Weiter heißt es: „Dadurch wird gewährleistet, dass eine Berufsunfähigkeit nicht absichtlich durch einen Berufswechsel herbeigeführt werden kann. Der frühere Beruf wird nicht berücksichtigt, wenn der Berufswechsel auf ärztliches Anraten oder wegen unfreiwilligem Wegfall der früheren Tätigkeit erfolgte.“ Die Intention ist klar: Die Versichertengemeinschaft soll vor unredlichen Kunden geschützt werden, die sich durch einen absichtlichen Berufswechsel BU-Leistungen erschleichen wollen. Die Alte Leipziger ist der Meinung, dass durch diese „transparente und faire Regelung“ letztlich die ehrlichen Versicherten von unserer Schutzklausel profitieren. Denn ungerechtfertigte Leistungen belasten das Gesamtergebnis der Gemeinschaft und könnten zu einer Minderung der Überschussbeteiligung führen.“ Obwohl ein unbeschränkter Rückgriff auf einen zuvor ausgeübten Beruf damit nicht möglich sein dürfte, besteht auch damit für den Kunden im Zweifel die Darlegungs- und Beweispflicht, dass ein Berufswechsel tatsächlich nicht absehbar gewesen sei. Schwierig wird es etwa dann, wenn eine Arbeitslosigkeit bereits zu erwarten war

und im Vorgriff darauf ein Berufswechsel durchgeführt wurde. Schwierig wäre es auch, wenn eine nicht nur vorübergehende Berufsunfähigkeit als Folge von Herzinfarkt zum Tragen käme, erhöhter Blutdruck jedoch einen „Hinweis“ auf dieses Risiko gegeben hätte. Ein weiteres Beispiel führt Rechtsanwalt Dirk Schwane aus Gelsenkirchen auf:

„VN B. ist Bankangestellter im Bereich Warentermingeschäfte. Aufgrund der häufigen Stresssituationen kommt es zu Verspannungen der Rückenmuskulatur, die er nach ärztlichen Verschreibungen mit Massagen behandeln lässt. Beschwerden treten keine mehr auf. Der Arzt rechnet die Verschreibung auf Basis »Verdacht auf Lumboschialgie« ab.“

Aufgrund eines beginnenden Burn-Out-Syndroms beschließt er sich selbstständig zu machen und eröffnet einen privaten Brief- und Paketdienst mit der Zusicherung des Arbeitgebers, aller Aufträge zu erhalten. Nach 20 Monaten erleidet B. als Alleinunternehmer Bandscheibenvorfälle im Bereich HWS- und LWS. Da er seinen Beruf nicht mehr ausüben kann, stellt er einen Leistungsantrag, der abgelehnt wird. Zur Begründung wird ausgeführt, dass der Beruf des Bankmitarbeiters noch auszuüben ist.

ioannis\_kouradakis - fotolia

den geeigneten Versicherungsschutz auswählen darf.

Im zweiten Schritt müssen Vertreter und Makler gleichermaßen ihrem Kunden nach erfolgter Bedarfsermittlung über die mit einem Abschluss verbundenen Vertriebskosten in Euro und Cent informieren (§ 2 Abs. 1 und 2 VVG-InfoV). Dem Wortlaut des Gesetzes nach liegt die Pflicht bei den Versicherern, die jedoch außer im Direktversicherungsgeschäft oder im Rahmen des Invitatiomodells im Rahmen der Vertragsanbahnung in keinen direkten Kontakt zu den Endverbrauchern treten dürften. Die einkalkulierten Abschlusskosten sind als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen.

Nun kann diese neue Offenheit einerseits eine Neiddiskussion auslösen. Sinnvoller wäre es jedoch, diese neue Transparenzgebot wie es das neue Gesetz vorschreibt, dazu zu nutzen, dem Kunden gegenüber den Wert der eigenen Beratungsleistung zu verdeutlichen und klar zu machen, dass die absolut niedrigsten Abschlusskosten nicht zwangsläufig auch den besten Versicherungsschutz bedeuten müssen. Insgesamt muss der Verkauf daher umso mehr als bisher über bedingungsseitige Vorteile als nur über die Prämie erfolgen. Andererseits bestünde eine erhebliche Gefahr, dass Kunden zwar niedrige Vertriebskosten bei gleichzeitig wenig vorteilhaften Bedingungen, Vermittler hingegen eine nur unzufrieden stellende Provision erhielten. Ganz besonders dürfte dies für Einfirmentreter gelten, die im Rahmen

eines veränderten Wettbewerbes besonders gebeutelt werden dürften. Es ist zu erwarten, dass Kunden verstärkt die Höhe der Abschlusskosten als Entscheidungskriterium für ihren Berufsunfähigkeitschutz heranziehen werden. Daraus resultiert, dass kurz- bis mittelfristig auch die Versicherer ihre Abschluss- und Verwaltungskosten entsprechend neu kalkulieren müssen, um zukünftig wettbewerbsfähig zu bleiben. Im Zweifel kann dies auch zu geringeren Provisionen bei gleichzeitig deutlich erhöhtem Beratungsaufwand führen.

Welche Tatbestände im Einzelnen zur Begründung der Empfehlung nach § 6 VVG-2008 heranzuziehen sind, muss erst noch abschließend durch die Gerichte geklärt werden. Unter anderem dürften aber die folgenden Punkte zu berücksichtigen sein:

- Unternehmenskennzahlen (u.a. Nettoverzinsung, Bestandsgröße)
- Unternehmens- und Produktratings (Finanzstärke, Bedingungen)
- Insolvenzschutzfonds
- Beitrag sowie Unterschiede zwischen Brutto- und Nettoprämie
- Anlagerisiko bei Tarifen mit Überschussansammlung oder Investmentüberschuss
- Definition des versicherten Risikos
- Umorganisation bei Selbständigen
- Vorvertragliche Obliegenheiten
- Obliegenheiten im Leistungsfall
- Weitere besondere Produkteigenschaften und -besonderheiten
- Etwaige Ausschlussklauseln im Vergleich
- Antragsformulare

**In einem von Risiko & Vorsorge berechneten Musterbeispiel** der Nürnberger (IBU2500C, Beginn: 01.09.2008, Ablauf: 01.09.2038, monatliche BU-Rente: 1.000 Euro, Bruttomonatsbeitrag 76,45 Euro) betragen die ausgewiesenen Abschlusskosten 1.047,89 Euro. Mit jeder Beitragsfälligkeit werden weitere 8,96 Euro in Rechnung gestellt. Dies entspricht 11,72% laufenden Kosten. Auf die Gesamtlaufzeit von 30 Jahren fallen damit insgesamt 4.273,49 Euro an. Alternativ wurde ein Angebot beim Volkswohl Bund mit Fondsüberschuss nur bis Endalter 65 berechnet. Alle anderen Daten wurden analog gewählt.

Der Bruttobeitrag für den Tarif SBU beträgt hier 113,71 Euro monatlich. Die einmaligen Abschlusskosten betragen in diesem Beispiel 1.528,26 Euro, die laufenden Kosten 9,14 Euro. Darin ist ein Ratenzahlungszuschlag von 3 % bereits mitberücksichtigt. Die Kostenquote für die laufenden Kosten beträgt demnach 8,04%. Die Gesamtkosten während der Vertragslaufzeit bis 2036 betragen 4.599,30 Euro. Trotz einer um fast 50% höheren Monatsprämie sind die Abschluss- und Vertriebskosten nur 7,6% höher als bei der Nürnberger.

Auf Basis einer angenommenen Fondsperformance von 8% p.a. rechnet die

Obwohl das neue VVG das Thema Umorganisation bei Selbständigen und Freiberuflern nicht ausdrücklich behandelt, besteht unter Experten Einigkeit darin, dass eine solche auch weiterhin gefordert werden könne. Daher wird man hier auch weiter auf Rechtspraxis, Rechtsprechung und spezielle Regelungen der einzelnen Versicherer abstellen müssen. Im Zusammenhang mit dem Thema Umorganisation ist auch ein Hinweis auf das Urteil des OLG Köln vom 14.06.2007 (VersR 2008, 107) sinnvoll. Hier wurde geklärt, dass Selbständige verpflichtet sein können, betriebswirtschaftliche Unterlagen über wirtschaftliche Situation und erzielttes Einkommen in den zuvor liegenden Jahren zur Verfügung zu stellen. Oft gibt es nämlich gerade deshalb Streitigkeiten zwischen Versicherer und Versicherten, da Kunden sich oft auf ihre informationelle Selbstbestimmung zurückziehen und eine abschließende Fallbewertung sich dadurch vielfach verzögert.

#### ► Veränderter Antragsaufnahmeprozess

Generell ist zu beachten, dass ein abschließendes Beratungsprotokoll vor Vertragsbeginn dem Kunden vorliegen muss. Alternativ kann nach § 6 (3) abweichend auf Beratung und Dokumentation verzichtet werden, sofern der Versicherungsnehmer in einer gesonderten schriftlichen Erklärung auf die damit verbundenen Nachteile hingewiesen wird.

Bei Anträgen nach dem Invitatiomodell (siehe unten) empfiehlt es sich grundsätzlich, Kunden darauf hinzuweisen, dass sie weder über einen vorläufigen

Nürnberger mit einem Fondsguthaben zum Ablauf von 22.917 Euro, der Volkswohl Bund bereits bei 6% von 28.985 Euro.

Wer also nur auf die Kosten achtet, wird kaum in der Lage sein, höchst unterschiedliche Produkte korrekt miteinander zu vergleichen. Die Nürnberger merkt dazu an, dass für eine Beurteilung von Tarifen „die zu zahlenden Prämien für den Kunden“ entscheidend sind. „Bei gleicher Leistung ist die günstigste Prämie ausschlaggebend“, so Silke Weber von der Presse- und Unternehmensinformation des Versicherers.

*„Insgesamt muss der Verkauf mehr als bisher über bedingungsseitige Vorteile als nur über die Prämie erfolgen.“*

Versicherungsschutz verfügen noch ihr Vertrag automatisch zustande kommt, ohne dass sie dem verbindlichen Angebot des Versicherers schriftlich zustimmen. Es stellt sich jedoch konkret die Frage, ob es sich für einen Makler überhaupt empfiehlt, das Invitatiomodell zu nutzen, da ihm doch jede Menge Alternativen zur Verfügung stehen dürften. Wesentliche Vorteile dürften sein, dass für den Zeitpunkt der Beratungsdokumentation in der Regel deutlich mehr Zeit zur Verfügung stehen dürfte und konkrete Angebote umso klarer vergleichbar sein dürften.

Jedes Angebot mit möglichen Angaben zur Höhe der Überschussbeteiligung muss diese nach § 154 VVG-2008 mit drei verschiedenen Zinssätzen – derzeit 3,5 %, 4,5 % und 5,5 % – darstellen. Mit der tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Anbieters und mit einer verbraucherfreundlichen Kundenaufklärung hat diese Vorschrift herzlich wenig zu tun. Die jährliche Unterrichtung des Versicherungsnehmers über die Entwicklung der Überschussbeteiligung stellt hingegen keine wirkliche Neuerung dar.

Hat sich ein Kunde nunmehr für ein konkretes Angebot entscheiden, so kommt es zu einem ebenfalls deutlich veränderten Antragsaufnahmeprozess. Hier schreibt das VVG-2008 in § 19 Absatz 1 Satz 1 und 2 vor, dass Antragsteller nur noch jene Angaben zu ihrem Gesundheitszustand machen müssen, nach denen ausdrücklich in Textform gefragt wird. Dies gilt auch für Fragen, die nach der Antragstellung, aber vor der Annahme des Vertrages gestellt werden. Eine verpflichtende Nachmeldung eines veränderten Gesundheitszustandes zwischen Antragstellung und Antragsannahme ist von daher ohne ausdrückliche Vereinbarung mit dem Versicherer nicht mehr existent; ein Tatbestand, der schon diverse Gerichte beschäftigt hat (z.B. OLG Köln, VersR 2007, 1502; BGH, 21.03.1990, VersR 1990, 729). Inwiefern das neue Recht auch den Wegfall der bisher geltenden Spontanoffenbarungspflicht beinhaltet ist strittig. Peter Reusch,

Leiter der Rechtsabteilung der Helvetia Versicherungen, sieht diese als nach wie vor gegeben an, wie er in einem erst jüngst veröffentlichten Aufsatz ausführlich begründet.\* Faktisch setzt sie aber wohl vorsätzliches Verschweigen von offenkundig besonders schwerwiegenden Beeinträchtigungen voraus, z.B. bei Krebs, Herzinfarkt oder ärztliche behandeltem Bluthochdruck. Wichtig ist aber auch, dass die schuldhaft Verletzung der Anzeigepflichtverletzung nicht mehr den Folgen des alten § 41 VVG (Recht auf nachträgliche Prämienhöhung) unterliegt. Wenn also ein Heilbehandler (nachweisbar) einem Patienten nicht mitteilt, dass dieser etwa psychosomatische Störungen vermutet oder eine Netzhautablösung befürchtet, so müssen diese nach § 19 VVG-2008 nicht angezeigt werden. Der Gesetzestext stellt hier nämlich auf „die ihm bekannten Gefahrumstände“ ab. Leider ist es noch immer so, dass viele Ärzte in den Krankenakten aus abrechnungstechnischen Gründen Vermerke setzen, die sich später für Kunden als Bumerang erweisen können. Genau gefährlich können „Gefälligkeitsdiagnosen“ sein, um etwa eine Kur bewilligt zu bekommen oder bestimmte teure Medikamente jenseits der Regel verschrieben zu bekommen.

#### ► Nichtanzeige & nicht schuldhaftes Anzeigepflichtverletzung

Hierzu bringt die Kölnische Rückversicherung ein prägnantes Beispiel: hat eine Arzt seinem Patienten nachweislich u.a. eine Hornhautverkrümmung nicht mitgeteilt, der Kunde jedoch im Antrag Sehstörungen angegeben, so liegt keine schuldhaft Anzeigepflichtverletzung vor. Dennoch bestünde für den Versicherer das Recht, eine Vertragsanpassung zu verlangen, in dem eine Ausschlussklausel für die „Folgen Sehminderung“ vereinbart würde. Dazu hätte der Versicherer nach § 19 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 VVG-2008 einen Monat Zeit. Sofern der Vertrag bei Kenntnis der Hornhautverkrümmung nicht zustande gekommen wäre, bestünde nach § 19 Abs. 3 VVG-2008 ein Sonderkündigungsrecht für den nicht angezeigten Umstand. Die Leistungspflicht des Versicherers würde jedoch in Abhän-

\* Reusch, Peter: „Hat der Versicherungsnehmer trotz des Wegfalls der Nachmeldeobligiertheit wegen der Möglichkeit der Arglistanfechtung durch den Versicherer auch nach dem VVG 2008 eine spontane Anzeigepflicht vor und nach Abgabe seiner Vertragserklärung?“ VersR 2008, 1179-11884

gigkeit von der Leistungsursache und dem Umfang der Ausschlussklausel auch weiterhin bestehen bleiben<sup>1</sup>. Die Ausführungen von Warsitz und Warstat enthalten eine sehr übersichtliche, hilfreiche Ausführung zu den beispielhaften Folgen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung anhand verschiedener Fallbeispiele sowohl nach altem als auch neuem Recht. Dass Versicherungswillige auch weiterhin bei Vorliegen einer Behinderung vom Versicherer abgelehnt werden können, also mitnichten ein Kontrahierungszwang besteht, hat das OLG Karlsruhe mit Urteil vom 18.12.2007 (12 U 117/07) entschieden. Daran ändern auch das in Kraft getretene Antidiskriminierungsgesetz in Verbindung mit § 826 BGB nichts. Schließlich müsse ein Versicherer nicht nur das Wohl des Einzelnen berücksichtigen, sondern auch die Verlässlichkeit der Prämienkalkulation für das Versichertenkollektiv im Auge behalten. Gedanken wie gleichzeitig eine Betrachtung des AGG wie auch des VVG-2008 im Auge behalten werden können als auch eine sachgerechte Risikoprüfung durchgeführt werden kann, hat man sich auch im Hause der Kölner Rück gemacht. Als gangbarer Weg wird erwogen, vor einer möglichen Ablehnung stets den betreffenden Revisionsarzt hinzuzuziehen, um die Entscheidung abschließend medizinisch zu beurteilen. Entscheidend bleibt die Begründung, dass eine ablehnende Entscheidung „nicht willkürlich oder pauschal“ getroffen wurde<sup>2</sup>.

#### ► Vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung

Die Auswirkungen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung sind in § 19 Absatz 2-5 geregelt. Grundsätzlich haben Versicherer das Recht wegen Vorvertraglichkeit vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt allerdings nur bei Arglist oder grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht. Auch steht dem Versicherer ein außerordentliches Kündigungsrecht nicht zu, wenn der Antrag auch bei Kenntnis der unzureichenden Angaben zum Gesundheitszustand zustande gekommen wäre. Dabei ist es unerheblich, ob eine normale Annahme, eine solche gegen Zuschlag oder eine mit vereinbarten Leistungsausschlüssen möglich gewesen wäre. Vielmehr werden die Bedingungen, unter denen ein Vertrag wirksam zustande gekommen wäre, auf Wunsch des Versicherers rückwirkend

ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Kommt es in diesem Zusammenhang zu einer Prämien-erhöhung von mehr als zehn Prozent oder schließt ein Versicherer den Berufsunfähigkeitschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, besteht für den Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht von einem Monat ab Zugang dieser Information. Gleiches gilt sinngemäß für falsche Altersangaben nach § 157. Allerdings begründen diese nur dann ein Rücktrittsrecht für den Versicherer, wenn eine richtige Altersangabe nicht zu einem Vertragsschluss geführt hätte. Der Versicherer hat nicht nur auf sein Rücktrittsrecht hinzuweisen, sondern bereits vor Vertragsschluss auf die Auswirkungen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung hinzuweisen.

Wichtig ist der Hinweis darauf, dass ein Rücktritt nicht die Leistungspflicht des Versicherers für bereits vor Kündigung eingetretene versicherte Leistungsfälle

und deren Folgen umfasst (siehe dazu § 21 Abs. 2 VVG-2008 sowie BGH vom 21.11.2007, IV ZR 129/05).

§ 20 des VVG-2008 hat die bereits in der Praxis übliche Auge-und-Ohr-Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes als verbindliche Richtschnur eingeführt. Weder Versicherungsnehmer noch Versicherungsvermittler dürfen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit nachgewiesen werden, damit ein Rücktrittsrecht des Versicherers nach § 19 zulässig wäre. Analoges ist anzuwenden auf den Makler als Stellvertreter eines Versicherungsnehmers.

Das Rücktrittsrecht des Versicherers erlischt spätestens 10 Jahre nach Antragstellung (Arglist), bei „nur“ grob fahrlässiger Beantwortung der Gesundheitsfragen schon nach 5 Jahren; dies gilt nur für Versicherungsfälle, die vor Ablauf der Fünfjahresfrist eingetreten sind. Damit wurde lediglich die ständige Rechtsprechung in geltendes Recht umgesetzt.

Für Altverträge gilt noch bis Ende 2008 altes Recht. Sofern ein Leistungsfall 2008 oder vorher eingetreten ist, gilt auch bei abschließender Regulierung nach 2008 noch das bisherige VVG. Erst für Leistungsfälle ab 2009 oder Verträge, die ab 2008 geschlossen wurden, gilt uneingeschränkt neues VVG auch hinsichtlich einer möglichen vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung. Entscheidend ist jedoch, dass sich der Tatbestand einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung bei Altverträgen nach dem Inhalt des alten § 41 VVG bestimmt und nur die Rechtsfolgen einer Täuschung des Versicherers dem neuen Recht unterliegen. Insofern also ein Versicherer nicht auf die Anwendung des § 41 VVG verzichtet hat, kann demnach noch bis zu 5 Jahre nach Antragstellung eine Vertragsanpassung (z.B. Vereinbarung einer Ausschlussklausel für die Folgen einer Wirbelsäulenverkrümmung oder Sehinderung) ab der laufenden Versicherungsperiode (§ 19 Abs. 4 Satz 2

Halbsatz 2 VVG-2008), ein Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers (nach § 19 Abs. 6 Satz 1 VVG-2008) als Folge der vom Versicherer nachträglich geforderten Ausschlussklausel bzw. Prämien-erhöhung um mehr als 10 Prozent oder ein Sonderkündigungsrecht des Versicherers nach § 19 Abs. 3 VVG-2008 in Betracht kommen. Letzteres kommt nur in Frage, wenn der Vertrag nach den Annahmerichtlinien der Gesellschaften bei Antragstellung so nicht zustande gekommen wäre. Allerdings bliebe der Versicherer in Abhängigkeit von der BU-Ursache und dem Umfang der Ausschlussklausel für den konkreten Versicherungsfall uneingeschränkt leistungspflichtig. Dies ist ein entscheidender Vorteil gegenüber dem alten VVG.<sup>3</sup>

Erhebliche Auswirkungen hat das alte Recht auch auf Tatbestände, die zwischen Antragstellung und Vertragsannahme zu einer Gefahrerhöhung geführt haben und vom Versicherten fahrlässig nicht angezeigt worden sind. Diese Nachmeldspflicht nach § 16 VVG-alt ist im neuen Versicherungsvertragsgesetz nicht mehr vorgesehen.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.10.2006 (VersR 2006, 1669) hat zur Folge, dass Versicherer ihren Kunden nach § 213 VVG-2008 Alternativen zu einer umfassenden Schweigepflichtsentbindung benennen müssen. Rechtsanwalt Christoph Müller-Frank führt dazu Folgendes aus:

*„Es muss eine Einwilligung des Betroffenen vorliegen, die durchaus in genereller Form ausreichend ist, wenn der Betroffene vorher darauf hingewiesen worden ist, dass er alternativ auch vor jeder einzelnen Erhebung eine gesonderte Einwilligung abgeben kann.“*

*Neu und in dieser Deutlichkeit über das Bundesverfassungsgericht hinausgehend ist die weitere Voraussetzung in § 213 Abs. 2 VVG-2008, wonach die betroffene Person vor einer Erhebung von Daten zu unterrichten ist und sie der Erhebung widersprechen kann. Dabei wird zu klären sein, ob Erhebung in diesem Sinne jede einzelne Arztanfrage einschließlich konkreter Fragestellungen oder pauschal alle notwendigen Feststellungen zur Klärung der Leistungspflicht ist.“<sup>4</sup>*

Wenn Versicherte ihre Einwilligung zur Weitergabe von Gesundheitsdaten sehr restriktiv handhaben, also nur solche einsehbar machen, die für die konkrete

Beurteilung des Leistungsfalls und des zu versicherten Risikos erforderlich sind, hat dies für Versicherer zur Folge, dass das Aufdecken von Verstößen gegen vorvertragliche Obliegenheiten unverhältnismäßig erschwert wird. Dies mag dem Einzelnen durchaus dienlich sein, der Versichertengemeinschaft als Ganzem aber eher schaden als nützen. Die Kölnische Rückversicherung weist zu Recht darauf hin, dass die Ablehnung von Leistungsansprüchen wegen der Verweigerung einer generellen Schweigepflichtsentbindung rechtswidrig wäre.<sup>5</sup>

Die Sichtung aktueller Antragsunterlagen zur Berufsunfähigkeitsversicherung hat eher minimale Änderungen gezeigt. Zu diesem Schluss ist auch die Zeitschrift „Finanztest“ in ihrer Ausgabe 07/2007 (Seite 58) gekommen. Vielmehr sei der wichtige Hinweis auf den möglichen Verlust des Versicherungsschutzes nunmehr vielfach noch schwerer zu finden, bemängeln die Verbraucherschützer. Dies ist problematisch, da nach § 19 Absatz 5 Satz 1 VVG-2008 im Sinne der Transparenz der Hinweis auf die Bedeutung der Gesundheitsfrage in unmittelbarer Nähe zu den Gesundheitsfragen erbracht werden muss. Ein Vermerk auf der Rückseite des Antragsformulars oder auf einem separaten Blatt dürfte diesem Transparenzgebot nicht entsprechen.

#### ► Gesundheitsfragen

In erster Linie wurden früher zusammengefasste Gesundheitsfragen nunmehr im Sinne der Kundentransparenz aufgesplittet. Noch im Januar 2007 kam beispielsweise die Nürnberger mit nur 5 Gesundheitsfragen aus. Der Umfang der Fragen hat sich praktisch nicht verändert, doch wurde im Sinne einer verbesserten Transparenz alleine die erste Frage drucktechnisch per Januar 2008 auf 13 Teilfragen aufgegliedert. Obwohl der Eindruck entstehen könnte, es würde nunmehr mehr Fragen gestellt als bisher, ist dieser irreführend. Hinzu kommt, dass nicht mehr nach den letzten 10 Jahren, sondern nur noch nach dem Gesundheitszustand der letzten 5 Jahre gefragt wird, leider auch weiterhin auch nach nicht ärztlich dokumentierten Störungen und Beschwerden. Allein die zweite Frage, in der unter anderem nach bösartigen Tumorerkrankungen oder HIV gefragt wird, wird abweichend zeitlich unbefristet gestellt. Die Gefahr einer versehentlichen Anzeigepflichtverletzung sollte sich dadurch sicher zumindest

deutlich reduzieren lassen.

Wie umfassende Antragsfragen aussehen könnten, zeigt ein beispielhafter Fragenkatalog der Kölner Rückversicherung.<sup>6</sup> Sicher wird es viele Kunden und Vertriebler abschrecken, erst eine Seite über vorvertragliche Pflichten und ihre Verletzung zu lesen sowie 3,5 Seiten mit Fragen zu Beruf, Freizeit und Gesundheit zu beantworten, doch weist dies Muster einen durchaus empfehlenswerten Weg in die richtige Richtung. So findet sich etwa neben der Frage, ob HIV, Hepatitis B oder C festgestellt wurden auch die Frage, ob ein solcher Test zwar durchgeführt wurde, das Ergebnis aber noch offen ist. Neben der schon fast obligatorischen Frage nach einem Suchtentzug wird auch nach dem Rauchverhalten gefragt. Das Berufsbild wird präzise in mehreren Fragen erfragt u.a. mit Branche, Berufsbezeichnung, zeitlichem Umfang oder auch sonstigen Angabe von Nebentätigkeiten gegen Entgelt. Zum beruflichen Umfeld gehört auch die Frage, ob regelmäßige medizinische Untersuchungen durchzuführen sind (z.B. üblich bei Piloten). Verbesserungsbedürftig ist die Frage nach der Ausübung von Sportarten, zu denen streng genommen ja auch Schach zählen dürfte. Frage 6.1 zielt auf Erkrankungen oder Beschwerden der Atmungsorgane ab. Die beispielhafte Aufzählung von „Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörungen“ impliziert, dass jahreszeitlich bedingte Erkältungskrankheiten nicht zu benennen sind, sofern diese nicht chronisch sind. Hier ist eine Klarstellung dringend zu empfehlen. Aus Verbrauchersicht nicht schön ist, dass nicht explizit nach solchen Krankheitsbildern und Beschwerden gefragt wird, die ärztlich untersucht oder festgestellt wurden. Daher müssten nach diesem Fragekatalog auch gesundheitliche Beeinträchtigungen angegeben werden, die innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung auftraten, nicht jedoch ärztlich untersucht oder behandelt wurden. Hier wäre eine Beschränkung auf sachlich überprüfbare Krankheiten und Beschwerden wünschenswert, die von einem Arzt oder sonstigen Heilbehandler dokumentiert wurden. Auch Frage 5.2 nach Krankenhausaufenthalten in den letzten 10 Jahren ist nicht ganz Zufrieden stellend, da hier der wichtige Hinweis fehlt, auch Entbindungen während dieser Zeit anzu-

### Rückkaufswert & vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung

In § 169 Absatz 6 sind zulässige Abweichungen vom vertraglich berechneten Rückkaufswert geregelt, wenn nur auf diese Weise eine dauerhafte Erfüllung der Verträge aller Versicherten gewährleistet ist. Von dieser Regelung ist nach § 171 VVG ausdrücklich nicht zum Nachteil des Kunden möglich. Gleiches gilt für den bisherigen § 172 VVG (Bruttoanpassung und Bedingungenänderungen), der durch die neuen §§ 163 und 164 VVG-2008 ersetzt wurde.

Versicherer, die folglich mit einer garantierten Bruttoprämie nach § 163 VVG-2008 für die gesamte Vertragslaufzeit werben, können von daher ihren Kunden nicht mehr mit einem möglichen Verlust des Versicherungsschutzes gefährden wie es bisher der Fall war. Dementsprechend muss der bei der Alten Leipziger in § 6 der AVB (pm 2300 – 01.2008) vereinbarte Verzicht auf eine Bruttoprämienanpassung nach § 163 VVG-2008 abweichend zur bisherigen ambivalenten Regelung als eindeutig positiv bezeichnet werden.

Da von diesem Prämien- und Bedingungenanpassungsrecht nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen werden kann und schon in der Vergangenheit die Bewertung des alten

§ 172 VVG höchst ambivalent war, ist davon auszugehen, dass spätestens ab dem 01.01.2009 auch für laufende Altverträge ein Verzicht auf die Anwendung des alten § 172 VVG unzulässig sein dürfte, wenn andernfalls eine dauerhafte Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge und damit ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden wäre. Dies ist allerdings problematisch, da viele Kunden eine Mehrprämie dafür zahlen, dass der Anbieter bedingungsseitig auf sein Prämienanpassungsrecht verzichtet hat. Hier zahlt der Versicherte also im Zweifelsfall für eine nicht wirklich vorhandene Leistung. Dass ein Verzicht auf ein Prämienanpassungsrecht bei grundlegender Änderung der Kalkulationsbasis notwendig sein muss, erschließt sich allein schon aus den Auswirkungen des Wegfalls des bisher geltenden Alles-oder-Nichts-Prinzips im Falle einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung.

In Branchenkreisen heißt es, dass der eine oder andere Versicherer im Zusammenhang mit dem veränderten Antragsprozess seine Prämien deutlich nach oben anpassen müssen. Hintergrund für diese „böartige Unterstellung“ ist, dass ungenaue Antragsfragen in der Vergangenheit in vielen Fällen eine deut-

lich vereinfachte Anfechtung des Vertrages wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung oder gar Arglist ermöglichten. Offensichtlich hat auch die Kölnische Rückversicherung von dieser Marktmeinung gehört, denn sie schreibt wie folgt<sup>7</sup>:

*„Unternehmerische Analysen einzelner Gesellschaften deuten Margeneinbußen mit Blick auf die Neuregulierung der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung an. Hier empfehlen wir, schon jetzt abgeschlossene Anzeigepflichtverletzungsfälle nach neuem Recht zu untersuchen.“*

*[...] Größere wirtschaftliche Auswirkungen erwarten wir aufgrund der höheren gesetzlichen Anforderungen an den Antrags- und Leistungsprüfungsprozess. Allein die Umstellung der EDV-Systeme, Neukonzipierung der Antrags- und Leistungsprüfungsformulare, Briefe, Bedingungen und Policen wird höhere Betriebskostenaufwände verursachen.“*

Die bisherige Verpflichtung, auch weniger gravierende Gesundheitsstörungen zwischen Antragstellung und -annahme nachzumelden sowie das bisher teilweise bestehende Recht der Anwendung des § 41 VVG-alt dürften jedoch einen nur minimalen Effekt auf sich verändernde Prämien haben.

geben. Dies wird leider oft von Kunden und Vermittlern übersehen. Etwas überraschend ist, dass nicht separat nach der Einnahme von Medikamenten gefragt wird. Dies wäre aus Sicht einer adäquaten Risikobeurteilung sicher sinnvoll.

► „neue BU“ und Antragstellung

Für die Antragstellung nach dem neuen VVG kommen zwei Modelle in Frage:

- a) Antragsmodell
- b) Invitativmodell

Beim Antragsmodell erhält der Versicherungsnehmer nach § 7 (1) VVG-2008 rechtzeitig vor Antragsstellung, also in der Regel noch deutlich vor Vertragsbeginn die vollständigen Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen zum Vertrag ausgehändigt. Dazu gehören auch ein neu eingeführtes Produktinformationsblatt (verbindlich erst ab dem 01.07.2008) sowie eine Übersicht über die mit dem Vertrag verbundenen Abschluss- und Verwaltungskosten. Ausführlich sind die konkreten Informationen zu Anbieter und Produkt in der VVG-Info V (Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen vom 18.12.2007) geregelt.

Diese vollständigen Informationen müssen Vermittler dem Kunden auch dann beibringen, wenn ein Vertrag über das Telefon zustande kommt, denn im Rahmen des Fernabsatzgesetzes sind nur Versicherer von einigen dieser Pflichten befreit (§ 5 VVG-Info V). Dies gilt auch dann, wenn der Vertrag über die Homepage eines Maklers oder Mehrfachagenten zustande kommen sollte.

Ungeregt bleibt, was unter „rechtzeitig“ zu verstehen ist. Bei einem derart komplexen Produkt wie einer Berufsunfähigkeitsversicherung dürfte die Auslieferung der Versicherungsbedingungen erst gemeinsam mit dem Antrag

nicht mehr als ausreichend bezeichnet werden. Man braucht sich nur vor Augen zu halten, welchen Zeitaufwand eine auch nur einmalige aufmerksame Lektüre eines kompletten Angebotes sowie der vollständigen Bedingungen bedarf. In einer exemplarischen Musterberechnung umfasste ein solches Gesamtangebot inklusive Antrag und Bedingungen gemäß Vorgaben durch das Versicherungsvertragsgesetz bei der Nürnberger 50 Seiten. Andere Anbieter stehen dieser Papierflut in nichts nach.

Das Invitativmodell setzt abweichend keine Vertragsbedingungen und Informationen zu Produkt und Anbieter voraus. Vielmehr stellt der Antrag lediglich eine Einladung an den Versicherer dar, auf dessen Grundlage ein verbindliches Angebot zu erstellen, dem dann alle relevanten Informationen zum Produkt beigefügt sind. Problematisch ist dabei, dass ein vorläufiger Versicherungsschutz im Zusammenhang mit dem Invitativmodell ausgeschlossen ist. Auch muss der Versicherungsnehmer darüber unterrichtet und im Zweifelsfall auch daran erinnert werden, dass ein rechtswirksamer Vertrag erst mit der schriftlichen Annahme des vom Versicherer ausgefertigten Angebotes in Kraft tritt. Anders als beim Antragsmodell sind gesundheitliche Verschlechterungen zwischen Antragsaufnahme und Vertragsannahme nachzumelden, da die Annahmeerklärung des Versicherers von einem unveränderten Gesundheitszustand ausgehen darf. Zu den wenigen Versicherer, die auch im Rahmen des Invitativmodells auf die Meldung gesundheitlicher Änderungen zum Vorteil des Kunden verzichten gehört die Alte Leipziger. Hier heißt es in § 4 Abs. 1 Satz der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (pm 2300 - 03.2008) wie folgt:

„*Kommen nach Antragsstellung bzw. Angebotsanforderung erstmals weitere Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden hinzu, besteht keine Anzeigepflicht.*“

Von Vorteil ist, dass alle für den Vertragsabschluss erheblichen Informationen dem Versicherungsnehmer vor endgültigem Abschluss der Vertragserklärung vorliegen und eine ausreichende Frist zu deren Würdigung besteht. Fakt ist aber auch, dass in vielen Fällen eine zweite oder gar dritte Beratung beim Kunden unvermeidbar sein dürfte und Kunden „umgezogen“ werden müssen, die bisher ihre Versicherungspost einfach nur unbesehen auf den Ablagestapel befördert haben.

Unabhängig davon, ob nun Antrags- oder Invitativmodell zur Anwendung kommen, gilt für alle Verträge ein Widerrufsrecht von 30 Tagen nach § 152 (1) VVG-2008. Im Falle einer Kündigung eines laufenden Vertrages besteht nach § 152 Absatz 2 in Verbindung mit § 176 ein Recht auf den Rückkaufswert (geregelt in § 169 VVG-2008) einschließlich Überschüssen. Dadurch, dass die Abschlusskosten für Lebens- und Berufsunfähigkeitsverträge auf je mindestens fünf Jahre zu verteilen sind, ergeben sich deutliche höhere Rückkaufswerte als bisher. In Frage kommen entweder Tarife mit vollständigem Ausschluss einer Überschussbeteiligung oder solche, die Überschüsse nach den Regelungen des § 153 VVG-2008 ermitteln. Eine abweichende Überschussregelung ist unzulässig. Hinzu kommt regelt § 152 Absatz 2 in Verbindung mit § 9 Satz 2 einen Rückkaufswert in Höhe von mindestens der ersten Jahresprämie, wenn ein ausdrücklicher Hinweis auf das Widerrufsrecht unterblieben ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Prämien für

das erste Jahr bereits gezahlt wurden und diese höher sind als der Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile.

Ebenfalls neu im Zusammenhang mit dem Antragsprozess ist die veränderte Stellung eines vorläufigen Versicherungsschutzes. Erstmals ist dieser nämlich durch das neue VVG (§§ 49 bis 52 VVG-2008) als eigenständiger Vertrag zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer definiert. Stehen dem Versicherten bei Antragstellung und vor Beginn eines etwaigen Leistungsfalles noch keine Versicherungsbedingungen zur Verfügung, so gelten automatisch die üblicherweise zur Anwendung kommenden Versicherungsbedingungen. Steht nicht eindeutig fest, welche Bedingungen dies gewesen wären, so gelten automatisch die für den Versicherten vorteilhaftesten Bedingungen (§ 49 VVG-2008). Mit der Nichtzahlung der Erstprämie für den eigentlichen Vertrag ist automatisch auch der rückwirkende Wegfall der vorläufigen Deckung verbunden. Neu ist auch, dass Versicherer berechtigt sind, auch für einen

vorläufigen Versicherungsschutz nach § 51 VVG-2008 eine Prämie zu erheben. Darauf muss jedoch durch einen auffälligen Hinweis spätestens im Versicherungsschein hingewiesen werden. Die vorläufige Deckung endet nach § 52 VVG-2008 spätestens dann, wenn der Versicherungsnehmer einen gleichartigen Vertrag bei diesem oder einem Drittanbieter besitzt, aus dem er einen entsprechenden auch vorläufigen Versicherungsschutz herleiten könnte. Daraus folgt, dass bei Beantragung von mehr als einem Vertrag durch den Agenten oder Makler ein vorläufiger Versicherungsschutz für den Antragsteller ausgeschlossen ist und de facto eine in der Regel ungewollte Versicherungslücke entstehen könnte, die identisch mit der bei Antragstellung nach dem Invitativmodell ist. Hinzu kommt, dass nach § 52 (2) VVG-2008 für den Versicherungsnehmer eine vorvertragliche Obliegenheit besteht, auf eine etwaig bereits bestehende vorläufige Deckung bei einem anderen Versicherer ungefragt hinzuweisen und diese unverzüglich zu melden.

Abschließend ist noch auf den Wegfall der bisher geltenden 6-Monats-Frist zur Geltendmachung von Ansprüchen auf eine Versicherungsleistung hinzuweisen. Diese ist im Zusammenhang mit dem neu gestalteten § 171 VVG-2008 gänzlich fortgefallen. Eine Meldung hat nur noch bei Tod binnen von drei Tagen zu erfolgen, weitere Anzeigepflichten für die Lebensversicherung sind nicht mehr gegeben, für die reine Berufsunfähigkeitsversicherung sind im neuen VVG keine etwaigen Meldefristen vorgesehen. Einer rückwirkenden Leistung ab Eintritt des (dokumentierten) Versicherungsfalles steht demnach nichts mehr entgegen.

<sup>1</sup> Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.): „Die VVG-Reform. Die relevanten Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Risiko- und Leistungsprüfung in der Berufsunfähigkeitsversicherung. Ein Leitfaden für die Praxis.“ Köln (Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG), 12/2007, S. 21  
<sup>2</sup> s.o. Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.), S. 44  
<sup>3</sup> s.o. Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.), S. 21  
<sup>4</sup> „BUZ aktuell Ausgabe 2/2007“. Köln (Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG), 2007, S. 2  
<sup>5</sup> s.o. Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.), S. 36  
<sup>6</sup> Die möglichen Folgen eines Verzichts auf Anpassung der Prämie nach § 172 VVG-alt waren und sind bis heute umstritten, weshalb hier nur die Einschätzung des Autors wiedergegeben werden kann.  
<sup>7</sup> s.o. Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.), S. 45  
<sup>8</sup> s.o. Warsitz, Andreas und Warstat, Jürgen (Hg.), S. 47-51

**Bedingungswerke:** Spätestens zum 01.01.2009 dürfen alle Versicherer einseitig ihre Versicherungsbedingungen für Altverträge an die Vorgaben des neuen VVG anpassen, soweit sie von den Vorschriften des VVG-20087 abweichen (Art. 1 Abs. 1 EGVVG-NEU). Die Versicherten selbst müssen über etwaige Änderungen in Schriftform wenigstens einen Monat vor Inkrafttreten der neuen AVB in Kenntnis gesetzt werden. Einige Versicherer haben als Folge des neuen VVG oder aufgrund anderer Veranlassungen ihre bisherigen Bedingungswerke überarbeitet.

**Swiss Life**

Die folgende Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie zeigt lediglich exemplarisch einige Tarifänderungen aus dem Hause Swiss Life.

BUZ Einzelversicherung, Stand 1.2007, Bedingungen 1.2007 (Druckstück: 1540/1.2007 OS -cp 7407) Stand 1.2007	Swiss Life BUZ, Stand 4.2008 (Druckstück: 1540/4.2008 OS -cp7946) Stand 04.2008
<b>§ 2 Absatz 1:</b> „Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer medizinisch anerkannten Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfall sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt in gesunden Tagen ausgeübten Beruf auszuüben. [...]“	<b>Ziffer 1.1.1:</b> „Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben. [...]“
<b>Kommentar:</b> Bisher bestand im Leistungsfall das Problem, das bei Swiss Life nicht immer klar sein dürfte, wann ein Krankheitsbild „medizinisch anerkannt“ ist. Speziell bei psychischen Erkrankungen wäre an dieser Stelle stets zu prüfen gewesen, inwiefern der medizinische Gutachterausschuss oder der Gesamtausschuss der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen bestimmte Krankheitsbilder anerkennen. Die neue Definition von Berufsunfähigkeit orientiert sich weitestgehend an § 172 VVG-2008. Die geänderte Verwendung von „mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls“ statt auf einen altersentsprechenden „Kräfteverfall“ ist eine Anlehnung an das neue VVG, jedoch ohne inhaltliche Auswirkungen auf den Vertragsinhalt.	<i>Monatsklausel ersatzlos gestrichen</i>
<b>§ 2 Absatz 2:</b> „Maßgebend für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit ist grundsätzlich die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1. Hat die versicherte Person jedoch den Beruf innerhalb von 24 Monaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt, wird bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auch die berufliche Tätigkeit vor dem Berufswechsel berücksichtigt, wenn die für die Berufsunfähigkeit verantwortlichen Gesundheitsstörungen bereits bei Aufgabe der früheren Tätigkeit bekannt oder erkennbar waren, es sei denn der Berufswechsel erfolgte auf ärztliches Anraten oder wegen unfreiwilligem Wegfall der früheren Tätigkeit.“	
<b>§ 2 Absatz 3:</b> „Die innerhalb von 24 Monaten vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübte berufliche Tätigkeit wird auch dann berücksichtigt, wenn mit ihr eine höhere Lebensstellung verbunden war.“	
<b>Kommentar:</b> Mit dem ersatzlosen Streichen der Monatsklausel ist ein weiterer wichtiger Kritikpunkt bei Swiss Life fortgefallen. Gerade vor dem Hintergrund der heutzutage durchaus häufigen Berufswechsel könnte das Vorhandensein einer Monatsklausel ein nicht unerhebliches Risiko für den Leistungsfall bedeuten.	

**Prämiengestaltung**

Auswirkungen auf die Prämiengestaltung sind zu erwarten durch die nunmehr gesetzlich vorgeschriebene Verteilung der Abschlusskosten auf mindestens fünf Jahre. Neben einer verlängerten Haftungszeit für den Vermittler bedeutet dies bei Tarifen mit Überschussansammlung – ganz gleich ob festverzinslich oder als Investment – schon deutlich früher einen erhöhten Rückkaufswert. Damit geht einher, dass eine Beitragsfreistellung oder

eine Verrechnung fälliger Prämien mit einem zwischenzeitlich aufgebauten Vertragsguthaben schon sehr viel früher realisierbar sein dürfte. Was auf den ersten Blick nur wie ein Vorteil für den Versicherten aussieht, ist tatsächlich auch ein Vorteil für Vermittler, senken sie doch hiermit unter Umständen deutlich ihre Stornoquote bei vorübergehender Arbeitslosigkeit ihrer Kunden. Das bisher geltende Policenmodell für den Vertragsschluss, bei dem

Versicherungsnehmer ihre Versicherungsbedingungen erst nach erfolgter Vertragsannahme erhalten, dürfte zukünftig ausgedient haben. Technisch wäre es zwar bei gleichzeitigem Beratungsverzicht sicher juristisch möglich, dürfte aber praktisch zu erheblichem Konfliktpotential führen, so dass wohl kein Versicherer sich weiter auf eine Anwendung des Policenmodells einlassen dürfte.

<p><b>§ 2 Absatz 8:</b> „[...] Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, die bisherige Stellung als Selbstständiger oder Gesellschafter im Wesentlichen unverändert bleibt [...]“</p>	<p><b>Ziffer 1.4.1:</b> „[...] Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, die bisherige Stellung als Selbstständiger oder Gesellschafter-Geschäftsführer im Wesentlichen unverändert bleibt [...]“</p>
<p><b>Kommentar:</b> Die bedingungsseitige Änderung erweckt den Eindruck, dass eine substantielle Änderung der Bedingungen auch hier gegeben ist. Da auch vorher schon ein Gesellschafter als solcher wohl nur berufsunfähig werden konnte, wenn er gleichzeitig als Geschäftsführer tätig war, dürfte diese Umformulierung keinen effektiven Einfluss auf die Leistungssituation haben.</p>	
<p><b>§ 4 (2):</b> „Dauert die Leistungsprüfung ohne unser Verschulden über ein Jahr seit Anmeldung der Berufsunfähigkeit und ist Berufsunfähigkeit über die Karenzzeit hinaus zu erwarten, können wir zeitlich befristete Leistungen anerkennen, sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nicht ausdrücklich widersprechen und die endgültige Entscheidung abwarten wollen. Derartige Leistungen sind für uns nicht rückforderbar, sofern keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte. Zum Ablauf eines derart befristeten Leistungsanerkenntnisses können wir die Leistungsprüfung nach den vertraglichen Regeln der Erstprüfung vornehmen.“</p>	<p><b>Ziffer 2.5.3:</b> „Grundsätzlich sprechen wir kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis bis zu 12 Monaten in Textform aussprechen.“  <b>Ziffer 2.5.4:</b> „Gründe für ein befristetes Anerkenntnis liegen z. B. vor, wenn für ein unbefristetes Leistungsanerkenntnis noch Erhebungen oder Untersuchungen oder deren Auswertung erforderlich sind oder aus medizinischen oder beruflichen bzw. betrieblichen Gründen (z. B. Dauer einer Umschulung oder Fortbildung, Möglichkeit der Umorganisation bei Selbstständigen oder ihnen gleichgestellten Personen – siehe 1.4) ein Ende der Berufsunfähigkeit zu erwarten ist.“  <b>Ziffer 2.5.5:</b> „Die Prüfung der Fortdauer der Berufsunfähigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß 1.1 dieser Bedingungen; die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß 4.1 gelten insoweit nicht. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von uns getragen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Auf eine Beendigung der Leistung infolge Nachprüfung innerhalb des befristeten Leistungszeitraums gemäß 2.5.3 verzichten wir.“  <b>Ziffer 2.5.6:</b> „Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt, werden die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurückgefordert. Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis sind für uns selbst dann nicht rückforderbar, wenn keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte.“</p>
<p><b>Kommentar:</b> Grundsätzlich sehen sowohl die alten als auch die neuen Bedingungen (§ 7 (2) bzw. Ziffer 2.5.3) das Recht auf ein einmaliges zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten vor. Im Prinzip dient die Regelung nach § 4 (2) dem Versicherten. Allerdings hat jede zeitliche Befristung zur Folge, dass Berufsunfähigkeit nach Ablauf auf Basis der dann gültigen Voraussetzungen zu prüfen ist. Die Prüfung des Versicherers auf Fortbestehen der Berufsunfähigkeit folgt wie bedingungsseitig unzweifelhaft vermerkt nach denselben Bedingungen wie in der Erstprüfung. Damit ist gesagt, dass auf die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Hinsicht abzustellen ist (in dieser Hinsicht entsprechen sich § 2 Absatz 1 und Ziffer 1.1.2), die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat. Eine Berücksichtigung der Lebensstellung zum Ablaufzeitpunkt kommt somit nicht in Frage. Sehr wohl dürfte aber im Sinne von Ziffer 1.1.2 auf neu erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten (Ausbildung und Erfahrung) mit abgestellt werden. Inwiefern dann nach Ziffer 1.1.4 für Personen nach Berufsgruppe 4 abstrakt auf neu erworbene Fähigkeiten abgestellt werden dürfte, bleibt strittig (vgl. Wachholz VersR 2003, 161, 167; OLG Karlsruhe vom 03.05.2005, VersR 2006, 59; sowie Roland Rixecker „Grundlagen der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung“ in „Versicherungsrechtshandbuch“ (2004), § 46, Rn. 181. Siehe auch Müller-frank, Christoph „Aktuelle Rechtsprechung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherung“, 2007, S. 187).</p>	
<p><b>§ 6 (2):</b> „[...] Hält sich die versicherte Person außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Aufenthaltskosten übernehmen wir nach Vereinbarung mit Ihnen.“</p>	<p><b>Ziffer 3.1.2:</b> „[...]Hält sich die versicherte Person außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Aufenthaltskosten übernehmen wir.“</p>
<p><b>Kommentar:</b> Die neue Regelung stellt eine wichtige Klarstellung und damit Rechtssicherheit für die Versicherten dar. § 8 (3) bzw. 4.1.3 haben diese Änderung zu Gunsten der Kunden im Zusammenhang mit den Bedingungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit analog übernommen.</p>	
<p><i>Kein Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht</i></p>	<p><b>Ziffer 3.1.3:</b> „Wir machen die Leistung grundsätzlich nicht davon abhängig, dass die versicherte Person zumutbaren ärztlichen Anordnungen oder Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitszustands folgt. Sie entscheidet darüber in freier persönlicher Verantwortung.“  <b>Ziffer 3.1.4:</b> „Die versicherte Person ist aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht gemäß §242 BGB verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind grundsätzlich Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Grenze der Leistungsregelung gemäß 2.2) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z.B. das Einhalten von Diäten, die Anwendung von Heilmitteln und die Verwendung von orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln (z.B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen, tragen von Stützstrümpfen oder Prothesen).“  <b>Ziffer 3.1.5:</b> „Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einem Anerkenntnis der Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht entgegen.“</p>
<p><b>Kommentar:</b> Grundsätzlich ist der Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht zu begrüßen. Swiss Life geht aus Sicht von Risiko &amp; Vorsorge allerdings etwas weit, wenn in diesem Zusammenhang beispielsweise auch das Einhalten von Diäten gefordert wird. Dies dürfte sich so nicht immer mit dem Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit nach Artikel 2 des Grundgesetzes vertragen lassen. Versteht man unter einer Diät vorrangig eine Form der Gewichtsreduktion, so zeigt die Erfahrung, dass eine solche sehr oft einen JoJo-Effekt zur Folge hat oder nur vorübergehend durchgehalten wird. Auch ist die gesundheitliche Wirkungsweise vieler Diäten durchaus umstritten. Swiss Life bemerkt zu den Diäten, „dass Diät hier nicht nur als Mittel zur Gewichtsreduktion zu sehen ist, sondern als Ernährungsumstellung. Das dürfte auch mit dem Selbstbestimmungsrecht des Grundgesetzes vereinbar sein. [...] Im Übrigen tangieren wir das Selbstbestimmungsrecht nicht, dieses bleibt vielmehr gewahrt. Selbstverständlich hat der Kunde das Recht, sich gegen eine zumutbare Maßnahme zu wehren, als Folge dieser Selbstbestimmung muss er dann aber in Kauf nehmen, keine BU-Leistungen zu erhalten.“ Weiter führt der Versicherer ein konkretes Beispiel für eine „Diät zur Krankheitsbehandlung bei Nahrungsmittelallergie“ auf: „Ein Allergiker, der Haselnüsse nicht verträgt, wird sicher gerne auf dieses Lebensmittel verzichten, wenn er damit asthmatische Beschwerden verhindern kann.“ Gegen diese Sichtweise gibt es auch vor dem Hintergrund des Schutzes des Versichertenkollektivs als Ganzem keine Einwendungen. Wenn jedoch gefordert würde, zukünftig stets auf Kuchen, Süßigkeiten oder Zucker zur Diabetes-Bekämpfung zu verzichten, so ginge dies m.E. doch etwas reichlich weit. In Anlehnung dazu kann vielleicht das Urteil des OLG Karlsruhe vom 03.04.2003 (VersR 2004, 98) hinzuziehen: „Eine ärztliche Anordnung muss der Versicherte nicht befolgen, wenn die vorgeschlagene Therapie keine Aussicht auf Erfolg bietet. Dies gilt auch dann, wenn die Erfolgsaussicht wegen des notwendigen, aber nicht vorhandenen Psychotherapieverständnisses des Versicherten fehlt.“ Das ausdrückliche Streichen der Operationspflicht ist zwar positiv zu begrüßen, aber vor dem Hintergrund der ständigen Rechtsprechung eher eine Selbstverständlichkeit denn eine echte Besserstellung für die Versicherten. Auch bleibt festzuhalten, dass Ziffer 3.1.4 nur beispielhaft zu verstehen sein kann, denn ein Tennislehrer wird sicher mit einer Armprothese keine hinreichende Aussicht auf Wiederherstellung seiner Berufsunfähigkeit haben, ebenso wenig wie ein Fußballer durch eine entsprechende Beinprothese. Dies sieht auch Swiss Life so.</p>	

<p><i>Keine ABC-Klausel</i></p>	<p><b>Ziffer 5.2:</b> „Was gilt bei Kontamination mit ABC-Stoffen? Wird die Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Waffen verursacht, besteht keine Beschränkung unserer Leistungspflicht, soweit der Einsatz oder die Freisetzung durch Dritte erfolgt.“</p>
<p><b>Kommentar:</b> die neue Regelung in Ziffer 5.2 liest sich bei oberflächlichem Lesen wie eine zusätzliche Ausschlussklausel. Da aber nicht die Freisetzung durch Dritte, sondern jene durch die versicherte Person selbst ausgeschlossen ist, soll wohl hier nur Ziffer 5.1 b (Leistungsausschluss bei Vorsatz oder den strafbaren Versuch eines Vergehens oder Verbrechens) ergänzend klar gestellt werden. Deutlich hebt sich Ziffer 5.2 bei Swiss Life von zunächst ähnlich lautenden Regelungen einiger Wettbewerber ab, die gerade eben die Folgen der Freisetzung von ABC-Waffen durch Dritte ausschließen wollen.</p>	
<p><i>Keine Fahrtveranstaltungs-Klausel</i></p>	<p><b>Ziffer 5.3:</b> „Wird die Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch die Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten verursacht, besteht keine Beschränkung unserer Leistungspflicht, soweit die Beteiligung vor Antragstellung weder beabsichtigt war noch ausgeübt wurde.“</p>
<p><b>Kommentar:</b> Oberflächlich betrachtet hat Swiss Life hier einfach eine sonst branchenübliche Ausschlussklausel in den neuen Tarif mit aufgenommen. Im Zweifel dürfte es Swiss Life obliegen festzustellen, ob jemand etwa die Teilnahme an einem Kart-Rennen vor Antragstellung bereits geplant hat oder dies in der Vergangenheit bereits ein- oder mehrmals gemacht hat. Allerdings mag ein Ausschlussgrund zweifelhaft sein, wenn etwa jemand vor 5, 10 oder 15 Jahren einmalig auf einer Kartbahn war oder an einem illegalen Autorennen beteiligt war und dies seitdem nicht mehr der Fall gewesen ist. Swiss Life sieht in den „üblichen Kart-Rennen“ keine „Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen“ und somit keinen Ausschluss für die Leistungspflicht. Eine Klarstellung in den Bedingungen zu dieser Ansicht wäre sicher hilfreich, da auf Kartbahnen gerne ein Regressverzicht von Seiten der Betreiber gefordert wird und Versicherte im Streitfall sonst völlig im Regen stehen könnten. Man räumt jedoch ein, dass der hier angesprochene Fall einer lange zurückliegenden Fahrtveranstaltung in der Tat wegen etwaiger Beweisschwierigkeiten Probleme bereiten könnte: „Je länger ein Vorgang zurückliegt, desto schwerer wird er beweisbar sein.“ Grundsätzlich ist die neue Regelung von Swiss Life zumindest im Vergleich zu vielen Wettbewerberarten zu bevorzugen.</p>	
<p><b>§ 11 Absatz 1:</b> „Wir verzichten a) auf unser in § 172 Versicherungsvertragsgesetz vorgesehenes Recht zur Anpassung der Beiträge; b) auf die in § 41 Versicherungsvertragsgesetz vorgesehenen Rechte zur Anpassung der Beiträge oder der Kündigung des Versicherungsnehmers wegen unverschuldeter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten.“</p>	<p><b>Ziffer 3.2.14:</b> „Auf unser Anpassungs- und Kündigungsrecht, geregelt in § 19 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos, also nicht von Ihnen vertreten war.“  <b>Ziffer 7.1.2:</b> „Wir verzichten bei Ihrem Vertrag auf das Recht zur Anpassung der Prämien gemäß § 163 VVG.“</p>
<p><b>Kommentar:</b> Substantiell hat sich durch die Umstellung der Bedingungen nur geändert, dass der neue § 163 VVG anders als der alte § 172 nicht mehr zu einer für den Versicherten nachteiligen Prämienbegrenzung führen darf. Unklar bleibt demnach nur, wie sich der genaue Vorteil des § 163-Verzichts für den Versicherungsnehmer gestalten soll, nachdem nach § 163 Abs. 1 Satz 1 Ziffer 2 eine Erhöhung ohnehin nur zulässig wäre, wenn andernfalls u.a. eine „dauernde Erfüllbarkeit der Verträge nicht zu gewährleisten“ wäre.</p>	
<p><b>§ 13 Absatz 5:</b> „Eine Fortführung der Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Abs. 4 ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Rente“ gerechnet auf das Jahr, mindestens 600 Euro beträgt. [...]“  <b>§ 13 Absatz 7:</b> „[...] Erfolgt die Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfeststellung oder Löschung bzw. ab dem Zeitpunkt, ab dem die Beiträge unbezahlt sind, verzichten wir auf eine Gesundheitsprüfung, sofern der Versicherungsfall zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags auf Wiederinkraftsetzung noch nicht eingetreten ist.“</p>	<p><b>Ziffer 6.1.3:</b> „Sie können für den Zeitraum von höchstens 18 Monaten schriftlich eine teilweise oder vollständige Prämienfreistellung der fälligen Prämien verlangen, sofern die jährliche prämienfreie Rente mindestens 600 Euro erreicht. Spätestens nach 18 Monaten wird ihr Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung automatisch wieder in Kraft gesetzt.“</p>
<p><b>Kommentar:</b> Insgesamt sind die Regelungen zur Beitragsfreistellung von BUZ-Verträgen deutlich flexibler geworden. Allerdings sollte es nach wie vor Aufgabe des betreuenden Maklers oder Agenten sein, den Kunden vor Vertragsbeginn darauf hinzuweisen, dass womöglich erst mehrere Jahre lang Einzahlungen in den Vertrag nötig sind, um überhaupt eine beitragsfreie Rente von 600 Euro p.a. zu erreichen.</p>	

## Fachbücher – Fachzeitschriften für den Finanzvertrieb

www.promakler.de



