Protokoll

der

Verhandlungen der Expertenkommission

zur Beratung des Entwurfs

von

Prof. Dr. Roelli

zu einem

Bundesgesetze über den Versicherungsvertrag.

Mitglieder der Kommission sind die Herren:
Bundesrichter Weber, Lausanne. Präsident
Direktor de Cerenville, Lausanne.
Bundesrichter Favey, Lausanne
Direktor Forrer, Bern
„ Grossmann, St. Gallen
Professor Huber, Bern
„ Kinkelin, Basel
Direktor Kummer, Bern
Bundesrichter Lienhard, Lausanne
Direktor Meier, Zürich
Professor Rehfous, Genf
„ Reichel, Bern
„ Roelli, Zürich
Direktor Stein, Basel.

Als Sekretär wurde zugezogen Herr Dr. Ostertag, Basel.

Die Verhandlungen fanden statt in Zürich vom 1. bis 13. September 1901 und in Lausanne vom 29. September bis 1. Oktober 1901.

An Stelle des verstorbenen Kommissionsmitgliedes, Herrn Direktor Langsdorff, dessen Verdienste der Vorsitzende bei Beginn der Verhandlungen der Gesamtkommission gedenkt, ist Herr Direktor Meier getreten. Herr Professor Huber nahm an den Verhandlungen der Gesamtkommission, Herr Direktor Forrer an denjenigen der zweiten Session in Lausanne nicht teil.

Art. 1.

Wird ohne Diskussion in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

Art. 2.

Gegen Artikel 2 erhebt sich keine prinzipielle Einwendung. Die Aufnahme des Vorbehaltes einer kürzeren Frist wird gegenüber dem Beschlusse der juristischen Subkommission zur Klarstellung empfohlen, obschon der in Art. 88, Absatz 2 festgelegte halbzwingende Charakter der Norm schon gestattet, zu Ungunsten des Versicherers eine kürzere Frist zu fixieren; die juristische Subkommission hat den Vorbehalt auch nur als selbstverständlich weggelassen.

Gegenüber der in der Kritik von Dr. Götzinger in der Zeitschrift für schweizerisches Recht, N. F., Bd. 16, S. 121 geäusserten Ansicht, dass bei verspätetem Eintreffen der rechtzeitig abgesandten Annahmeerklärung der Antragsteller verpflichtet sei, wenn er nicht gebunden sein wolle, bei Vermeidung von Schadenersatz ohne Verzug hievon Anzeige zu machen, wird geltend gemacht, dass die Fassung von Art. 2 Absatz 3 des Entwurfes eine solche Auslegung ausschliesse.

Es wird beschlossen:

Art. 2 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 3.

Diskutiert wird die in der wirtschaftlichen Subkommission eingehend behandelte Frage der Vertragsänderungen und die divergierenden Fassungen der technischen und wirtschaftlichen Subkommission einerseits und der juristischen Subkommission andrerseits („beantwortet" statt „abgelehnt"):

1. Zum ersteren Punkte wird neuerdings verlangt, dass man entweder nur das Stillschweigen des zum Abschlusse des Vertrages befugten Agenten als Annahme erklären, oder wenn man die Vollmacht des Agenten allgemein (in Art. 35) regeln wolle, doch wenigstens die Erhöhung der Versicherungssumme von den Änderungen des Vertrages, von denen Art. 3 spricht, ausnehmen sollte. Diese Änderung des Vertrages sollte doch wenigstens wie ein neuer Vertrag behandelt werden; die Rücksicht auf den bisherigen Geschäftsverkehr mit dem Kunden rechtfertige jedenfalls keine verschiedene Behandlung. Unzutreffend sei auch die Einwendung, dass schon durch Art. 5, Absatz 3 des Obligationenrechtes der gleiche Rechtszustand wie durch Art. 3 des Entwurfes geschaffen werde, vielmehr liegen hier die Verhältnisse, wenigstens bei beantragten Erhöhungen der Versicherungssumme so, dass nach der Natur des Geschäftes eine ausdrückliche Annahme erwartet wird. Das Bedenken richtet sich nicht gegen alle kleineren Risikoveränderungen, an welche der Entwurfsverfasser hiebei

hauptsächlich gedacht haben möge und bei welchen die Entwurfsbestimmung gerechtfertigt ist, sondern gegen die Gleichbehandlung aller, auch der wesentlichsten Veränderungen des Vertragsinhaltes, vor allem der Erhöhung der Versicherungssumme.

Diesen Einwendungen gegenüber wird, ausser den schon in den Subkommissionen relevierten Argumenten, noch betont, dass der Versicherer nicht Gefahr laufe, infolge Stillschweigens auf eine beim Agenten beantragte höhere Versicherungssumme für diese ohne weiteres einstehen zu müssen, denn, abgesehen von der Frage, ob dies überhaupt unter die Änderung eines Vertrages zu subsumieren wäre, würde ja nach den Polizebestimmungen die Haftung des Versicherers erst durch die Zahlung der erhöhten Prämie eintreten; ausserdem werde bei der Lebensversicherung bei Eingehung einer Versicherung für eine erhöhte Versicherungssumme eine neue ärztliche Untersuchung verlangt; bei der Feuer- und Transportversicherung sei die Vorschrift des Art. 3 gerade auch bei Erhöhung der Versicherungssumme nicht unbillig, denn wenn der Versicherte z. B. sein schon versichertes Warenlager vergrössert, kennt der Versicherer alle übrigen Risikomomente und es ist ihm eine prompte Erledigung des Erhöhungsantrages zuzumuten. Sich auf eine casuistische Verdeutlichung des Begriffes der Änderung des Vertrages einzulassen, empfehle sich nicht und sei entbehrlich.

Ein Antrag, die in der Eingabe der schweizerischen Feuer- etc. -Gesellschaften vorgeschlagene Fassung in dem Sinne zu modifizieren, dass, „wenn auf den bei der Gesellschaftsleitung gestellten schriftlichen Antrag nicht binnen angemessener Frist eine Antwort erfolgt, der Antrag als angenommen gilt," wird deswegen bekämpft, weil damit die weit zahlreicheren Fälle, wo der Antrag dem Agenten eingereicht wird, nicht geregelt werden und damit nur der Entscheidung im einen oder andern Sinne ausgewichen würde. Der Antrag wird vor der Abstimmung fallen gelassen.

In der ersten Abstimmung wird Art. 3 in der Fassung der technischen Subkommission angenommen. Am Schlusse der ersten Beratung des Entwurfes wird dagegen der Beschluss in Wiedererwägung gezogen und unter Zustimmung des Referenten der beantragte Zusatz: „Der Antrag, die Versicherungssumme zu erhöhen, fällt nicht unter diese Bestimmung" angenommen. Nun wird aber von anderer Seite auch noch beizufügen beantragt: „oder den Vertrag sonst wesentlich abzuändern" hinter „zu erhöhen" einzuschalten, und auch dieser Antrag wird (mit 7 Stimmen) angenommen.

In der zweiten Session kommt die Kommission jedoch auf diesen Beschluss zurück und beschliesst den

letzteren Zusatz zu streichen, da sonst Absatz 2 den Absatz 1 eigentlich aufheben und nur Unklarheit schaffen würde.

2. Die Fassung „beantwortet" statt „abgelehnt" wird wie in der juristischen Subkommission als unzutreffend beanstandet, da der Annahme des Antrages nur das Ablehnen gegenüber gestellt werden kann, wie das auch im Obligationenrecht geschieht. Es wäre auch unrichtig, jeder nichtssagenden Antwort, z. B. der Agent werde den Antrag an die Direktion weiterleiten, die Bedeutung beimessen zu wollen, die ihr Art. 3 verleiht; man sollte dann beifügen „rechtlich eingehend beantwortet". Von Seite eines Vertreters der Versicherungsunternehmungen wird dagegen in Aussicht gestellt, dass dann jeder Agent angewiesen werden müsste, den an ihn gestellten Antrag abzulehnen, um dem Präjudiz des Art. 3 auszuweichen. Um das zu vermeiden, wird die Fassung „beantwortet" unterstützt. Die in der Kommission geäusserte Meinung, nach erstmaliger Beantwortung beginne eine neue angemessene Frist zu laufen, binnen welcher der Versicherer sich definitiv über die Annahme auszusprechen habe, wird als unhaltbar und mit der Fassung von Art. 3 unvereinbar bezeichnet.

Für den Beginn der in Art. 3 fixierten Frist einen Anfangstermin festzusetzen, wie dies in Art. 2 geschah, besteht hier kein Grund, da hier die Frist keine nach Tagen bestimmte, sondern eine angemessene ist, bei welcher so wie so auf den Zeitpunkt des Einganges des Antrages kann Rücksicht genommen werden.

Es wird beschlossen:

1. „Beantwortet" wird statt „Abgelehnt" angenommen.

2. Der Zusatz: „Der Antrag die Versicherungssumme zu erhöhen, fällt nicht unter die Bestimmung", wird angenommen.

3. So amendiert wird Art. 3 definitiv angenommen.

Art. 4.

Gegenüber der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission wird beantragt, statt „Antragsscheines" „Antrages" aufzunehmen, um auch für die Fälle, in denen die Versicherung ohne Ausgabe eines Antragsscheines zu stande kommt, den Versicherer zur Übergabe der Bedingungen zu verpflichten. Allein die Kommission hält mit Mehrheit an der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission fest. Immerhin soll kein Zweifel darüber bestehen, dass auch im Absatz 2, wo „der Antrag" unverbindlich erklärt wird, nur gemeint ist der durch einen vom Versicherer ausgegebenen Antragsschein gestellte Antrag.

Es wird beschlossen:

Art. 4 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 5.

Der Referent verweist zur Verteidigung der Entwurfsvorschrift ausser den zu Gunsten der Publizität der Versicherungsbedingungen in den Motiven, I. Vorlage, S. 41 geltend gemachten Gründen, die auch von anderer Seite in der Kommission unterstützt werden, noch auf das Urteil des Bundesgerichtes im Falle Frutiger gegen Préservatrice als Beispiel für die Nachteile, die bei Beseitigung der Entwurfsvorschrift entstehen können. Allerdings wird die dadurch hervorgerufene Vermehrung der Unkosten des Versicherers nicht bestritten. Allein sie rechtfertige sich angesichts der Interessen des Publikums, vor allem auch des Arbeiters in der Kollektivunfallversicherung, der sonst vom Inhalte der für seine Rechnung geschlossenen Versicherung keine Kenntnis erhalte.

Allein die überwiegende Meinung hält die Vorschrift des Entwurfes nicht für geeignet den Zweck zu erreichen, den sie erreichen will. Die Bedingungen werden so häufig geändert, speziell wenn neue Kombinationen in einer Branche allgemein eingeführt werden (z. B. die Kriegsversicherung), dass ein gewaltiges Material anschwellen würde, das vom Einzelnen kaum zu übersehen wäre, und er Gefahr liefe, wiederum die unrichtige, schon durch neues überholte Publikation heranzuziehen.

Der Vorschlag der wirtschaftlichen Subkommission wird ebenfalls als dem Zwecke nicht entsprechend bekämpft. Das Versicherungsamt ist nicht eingerichtet für die Erfüllung der ihm hier überbundenen Funktionen; zur Auskunft in Versicherungssachen ist dasselbe übrigens schon gesetzlich verpflichtet. Das Aufsichtsgesetz hier zu modifizieren, empfiehlt sich nicht; es wird so wie so einer Revision unterzogen werden müssen nach Vorgang der bezüglichen österreichischen und deutschen Gesetze, wird es doch in der Kommission als ganz provisorisches, der Revision längst bedürftiges Gesetz bezeichnet. Das Versicherungsamt kann auch von der Bundesversammlung beauftragt werden, von Zeit zu Zeit die geltenden Bedingungen eines Versicherungszweiges zu publizieren.

Es wird beschlossen:

1. Eventuell wird gegenüber dem Entwurfe die Fassung der wirtschaftlichen Subkommission in ihrem ersten Satze (bis „aufliegen") angenommen und der zweite Satz derselben („und . . . zu veröffentlichen sind") gestrichen.

1. In definitiver Abstimmung wird Art. 5 gestrichen.

Art. 6.

Entgegen dem Vorschlage der technischen Subkommission wird allgemein die Trennung der beiden Artikel 6 und

8 befürwortet, da ersterer das Prinzip festzulegen hat und nicht mit den Besonderheiten, die sich aus der Anwendung eines Fragebogens ergeben, zu vermengen ist.

Zu Art. 6, Absatz 1 wird beantragt, den von der wirtschaftlichen Subkommission beschlossenen Zusatz „ohne grobe Fahrlässigkeit" vor „bekannt sein müssen" zu streichen, von der einen Seite mit der Begründung, es komme dasselbe schon mit der Fassung „bekannt sein müssen" zum Ausdrucke, von anderer Seite dagegen mit der Begründung, es solle dem Richter überlassen werden, ob er im einzelnen Falle auch diejenigen Thatsachen berücksichtigen wolle, die der Antragsteller leichtfahrlässig mitzuteilen unterlässt. Es wird darauf hingewiesen, dass die juristische Subkommission, wie sich aus ihrem Protokolle ergiebt, ebenfalls nur die Thatsachen, die dem Antragsteller ohne grobe Fahrlässigkeit bekannt sein müssen, berücksichtigt wissen wollte, dass dies aber nicht selbstverständlich sei, wenn die Worte „ohne grobe Fahrlässigkeit" beseitigt würden. Auch im deutschen bürgerlichen Gesetzbuch wird (in § 122 und § 276) als Kennenmüssen definiert, was man infolge von Fahrlässigkeit nicht kennt.

In Art. 6, Absatz 2 wird die Fassung der wirtschaftlichen Subkommission bekämpft, weil es für die Erheblichkeit in erster Linie auf die Anschauung des Versicherers ankomme und eine Fassung gesucht werden soll, welche es vermeidet, diejenige des Antragstellers in den Vordergrund zu stellen.

Die Fassung der Anträge und Bemerkungen der drei Versicherungs-Gesellschaften: Schweizerische Lebensversicherungs- und Rentenanstalt, Basler Lebensversicherungs-Gesellschaft und Schweizerische Sterbe- und Alterskasse (künftig „drei Gesellschaften" genannt) beliebt nicht, da sie in zu schwerfälliger Form nichts anderes als der Entwurf und die wirtschaftliche Subkommission zum Ausdruck bringt.

Es wird (mit 7 gegen 6 Stimmen) beschlossen, in Absatz 2 die Worte „nach der Anschauung des Verkehrs" zu streichen. Hiezu erklärt der Referent zu Protokoll, dass dieser Beschluss einen Rückschritt gegenüber dem heutigen Rechtszustand bedeute, da er sowohl den in der Litteratur als in der Rechtsprechung herrschenden Anschauungen und der überwiegenden Versicherungspraxis sowie den Revisionsvorschlägen einer Reihe von Versicherungs-Gesellschaften widerspreche.

In der zweiten Session kommt die Kommission auf den Beschluss zurück und acceptiert die Fassung der wirtschaftlichen Subkommission, von der Erwägung ausgehend, dass man dem Versicherungsnehmer nicht zumuten könne, in allen Fällen zu wissen, ob eine Thatsache für den Versicherer erheblich sei und dass man daher keine für ihn nachteilige Rechtsfolge daran knüpfen könne, wenn er eine Thatsache, die er nach redlicher Überzeugung nicht für erheblich hielt, nicht anzeigte. Wenn man in Absatz 1 hinsichtlich der Ex-

stenz einer Gefahrsthatsache das subjektive Moment des Kennens oder Kennenmüssens massgebend sein lässt, so sollte in Absatz 2 hinsichtlich der Erheblichkeit das gleiche gelten.

Es wird beschlossen:

1. In Absatz 1 wird der beantragte Zusatz „ohne grobe Fahrlässigkeit“ abgelehnt und die Fassung der juristischen Subkommission angenommen.
2. Absatz 2 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 7.

Hier sollten auch, wie in Art. 6, diejenigen Thatsachen, die dem Vertretenen und dem Vertreter bekanntsein müssen, als anzeigepflichtig bezeichnet werden. Da jedoch schon nach der bisherigen Fassung hierüber kein Zweifel bestehen kann, weil sich Art. 7 eng an Art. 8 anschliesst und nur ein Spezialfall des allgemeinen Grundsatzes des Art. 6 ist, nimmt die Kommission erst die Fassung der juristischen Subkomission an, kommt jedoch in ihrer zweiten Session auf den Beschluss zurück und acceptiert die vorgeschlagenen Modifikationen.

Es wird beschlossen:

1. Absatz 1 erhält folgende Fassung: „Wird der Vertrag durch einen Stellvertreter abgeschlossen, so sind diejenigen erheblichen Gefahrsthatsachen anzuzeigen, die sowohl dem Vertretenen als auch dem Vertreter bekannt sind oder bekannt sein müssen.“
2. In Absatz 2 wird hinter „bekannt sind“ eingeschaltet „oder bekannt sein müssen“, im Übrigen die Entwurfsfassung angenommen.

Art. 8.

Nach dem Entwurf gelten solche Gefahrsthatsachen, bezüglich deren der Versicherer unbestimmte und zweideutige Fragen stellt, nicht schlechtweg als unerheblich, sondern sie werden nur nicht als erheblich präsumiert und können nach den Grundsätzen des Art. 6 doch als erheblich erwiesen werden. Es wird die Frage aufgeworfen, ob nicht aus der unbestimmten Fragestellung dem Versicherer der Nachteil erwachsen sollte, dass die unbestimmten Fragen als unerheblich gelten. Ein Gegenantrag gegen diese Regelung wird nicht gestellt.

Es wird beschlossen:

Art. 8 wird in der Entwurfsfassung angenommen.

Art. 9.

Absatz 1: Gegenüber der Entwurfsfassung, wonach der Vertrag bei verletzter Anzeigepflicht „unverbindlich“ ist, wird allgemein eine Redaktion vorgezogen, welche zum Ausdruck bringt, dass der Vertrag nicht, wie sonst in Fällen relativer

Nichtigkeit, ab initio aufgelöst wird, sondern dass er vielmehr, vergleichbar der Auflösung eines Dienst- oder Miet-vertrages wegen wichtiger Gründe, Wirkungen bis zur Geltend-machung des Auflösungsgrundes ausübt. Der Vorschlag der wirtschaftlichen Subkommission bringt ausserdem zur Geltung, dass, was auch die Meinung der juristischen Subkommis-sion war, die Bindung des Versicherers nicht erst von der Geltendmachung der Anzeigepflichtverletzung an in Zukunft aufhöre.

Dagegen erhebt sich Widerspruch gegen die Fassung der juristischen Subkommission insofern, als sie nur die wissentliche Verletzung der Anzeigepflicht trifft. Zwar stellt die überwiegende Mehrheit aller Versicherungs-bedingungen nur auf die wissentliche Verletzung ab; in der Zusammenstellung der Bedingungen von 30 Gesellschaften im Jahresbericht des Versicherungsamtes vom Jahre 1887 findet sich nur eine einzige, die auch an die fahrlässige Verletzung der Anzeigepflicht Folgen knüpft. Allein bei der Schwierig-keit des Beweises, dass der Antragsteller wissentlich un-richtig deklarierte und der Gefahr, dass er sich mit dem Vor-geben, an die erhebliche Thatsache nicht gedacht zu haben; ausrede, namentlich aber, um die Kongruenz mit Art. 6 her-zustellen, empfiehlt es sich dem Wissen das Wissenmüssen gleichzustellen.

Die schon in der juristischen Subkommission erhobene Einwendung (Prot. S. 15), es genüge nicht die Frist von der Kenntnis der Verletzung an zu berechnen, es wäre besser zu sagen „seitdem er die Verletzung der Anzeigepflicht voll-ständig und sicher festgestellt hat", wird nicht gebilligt; es wird Thatfrage sein, wann eine Kenntnis vorliegt; nicht das erste Gerücht, sondern die völlige Kenntnis aller wesentlichen Momente wird hiefür massgebend sein.

Es wird beschlossen:

Art. 9 Absatz 1 wird in der Fassung der wirtschaft-lichen Subkommission unter Ersetzung der Worte „wissent-lich oder grob fahrlässig" durch „die er kannte oder kennen musste", angenommen.

Absatz 2—4: Gegen die beantragte Verweisung von Absatz 2—4 zu Art. 29 wird opponiert, weil die Verletzung der Anzeigepflicht hier, zu Art. 9, auch in ihren finanziellen Folgen zu normieren sei, und weil dieser Fall mit den anderen in Art. 29 aufgezählten, viel weniger wichtigen Fällen, nicht zusammengeworfen werden sollte. Bei der Lebensversiche-rung auf den Todesfall handle es sich nicht um eine Auf-lösung des Vertrages, wie solche in Art. 29 behandelt sei, da die Unverbindlichkeit gewöhnlich erst nach Eintritt des Todes, also mit Beendigung des Vertragsverhältnisses festge-stellt werde. Dem gegenüber wird aber überwiegend geltend gemacht, dass in Absatz 2—4 die Restitution unverdienter

Prämien geregelt werde und dass unter diesem Gesichtspunkte die in Art. 29 aufgezählten Fälle eine gemeinsame Regulierung mit dem Falle des Art. 9 verlangen. Wenn auch die ökonomischen Folgen des Falles des Art. 9 ungleich wichtiger seien als die mancher anderen in Art. 29 genannten Fälle, so sei doch der juristische Thatbestand ein gemeinsamer.

Es wird beschlossen:

Art. 9 Absatz 2—4 wird zu Art. 29 gezogen.

Art. 10.

Die Anregung nach den Worten „oder Personen verletzt" einzuschalten: „(Art. 9)" wird wieder fallen gelassen, da ja ohnehin klar ist, dass es sich um keine andere als die in Art. 9 geregelte Verletzung der Anzeigepflicht handelt. Zur Erleichterung der Redaktion soll die doppelte Negation („nicht erhellt, dass .... nicht versichert haben würde") vermieden werden.

Es wird beschlossen:

Art. 10 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen, mit der Modifikation, dass vor „erhellt" und vor „versichert haben würde" jedes mal „nicht" gestrichen wird.

Art. 11.

Die von den drei Gesellschaften vorgeschlagene Fassung wird in der Kommission nicht aufgenommen, da sie nichts abweichendes besagt und schwerfälliger ist als diejenige der wirtschaftlichen Subkommission. Im Eingang des Artikels sollte beigefügt werden, „trotzdem die Anzeigepflicht verletzt ist", um von Anfang an redaktionell klar zu stellen, dass es sich um die Verletzung der Anzeigepflicht handelt.

Es wird beschlossen:

Art. 11 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen mit der Einschaltung „trotzdem die Anzeigepflicht verletzt ist" vor „vom Vertrage nicht zurücktreten."

Art. 70.

Da die Redaktion der juristischen Subkommission das gleiche zum Ausdruck bringt, was die technische Subkommission berücksichtigen wollte, nur kürzer, wird der ersteren der Vorzug gegeben.

Es wird beschlossen:

Art. 70 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen, dagegen erhält Ziffer 3 folgende Fassung: „Den in Ziffer 1 und 2 dieses Artikels vorgesehenen Berechnungen sind diejenigen Tarife zu Grunde zu legen, die zur Zeit des Vertragsabschlusses gegolten haben."

Art. 12.

Gegen den von der wirtschaftlichen Subkommission beantragten Zusatz „sowie die Feuerversicherung im Ausland"

erheben sich Bedenken. Da das Gesetz sein örtliches Anwendungsgebiet nicht umschreibt, ist seine Anwendbarkeit auf solche Versicherungen von den Grundsätzen internationaler Rechtsanwendung abhängig. Falls für den schweizerischen Versicherer ein Bedürfnis besteht, solche Risiken anders als inländische zu behandeln, kann er den Vertrag fremdem Rechte unterstellen; in dem hier geltenden Recht eine solche Ausnahme für auswärtige Risiken zu treffen, geht nicht an. Bei der Feuerversicherung besteht auch keine Notwendigkeit, die Deckung eines Risikos, das sich schon ausgelöst hat, zu ermöglichen; denkbar wäre der Fall so wie so nur, wenn der Antragsteller sich nicht am selben Orte befindet, wo die Gegenstände liegen; hier verlangt aber die Deklarationspflicht eine Information über die Existenz derselben vor dem Vertragsschluss. Diesen Einwendungen gegenüber wird die Notwendigkeit der bezüglichen Bestimmungen begründet mit dem Hinweis auf den Fall, wo der Versicherer in der Schweiz ein z. B. in Amerika gelegenes Warenlager laufend vom 2. Januar an versichert, indem er den an ihn am 1. Januar abgesandten Antrag anfangs Februar annimmt; ist hier zwischen 2. Januar und Annahme des Antrages das Ereignis eingetreten, so soll der Versicherer haften. Allein hierauf wird repliziert, dass dieses Beispiel auf Art. 2 nicht passe, denn wenn der Vertragsbeginn vordatiert wird, so war das befürchtete Ereignis in jenem Beispiel erst nach dem Beginn des Vertrages eingetreten. Zu redaktioneller Verbesserung wird eventuell die Umstellung des beigefügten Zusatzes verlangt, damit klargestellt wird, dass sich „im Ausland" nur auf Feuerversicherung bezieht; ferners soll es nicht heissen „Feuerversicherung im Ausland", sondern korrekter „Feuerversicherung hinsichtlich solcher Gegenstände, die im Auslande gelegen sind."

In Absatz 2 bedarf es keiner Regelung des Falles beidseitiger Kenntnis des Eintrittes des befürchteten Ereignisses, es genügt, in Absatz 3 und 4 die Wirkungen der Kenntnis des einen o d e r andern der Kontrahenten zu normieren.

In Absatz 4 wird vom Vertreter der Transport- und Feuerversicherungspraxis verlangt, die Kenntnis des Versicherungsnehmers nur auf den Zeitpunkt der Antragstellung zu beziehen. Es wird zwar zugegeben, dass die Gesetzgebung sowohl (z. B. Art. 789 des deutschen Handels-Gesetzbuches) als die Litteratur auf dem Standpunkte des Entwurfes stehen. Allein schon die Hamburger allgemeinen Seeversicherungsbedingungen erklären für den Fall des Abschlusses der Versicherung durch einen Vertreter den Versicherer für gebunden, wenn der Versicherungsnehmer nach der Antragstellung, aber vor der Annahme des Antrages, den Eintritt des Schadens erfährt, falls der Versicherungsnehmer den Eintritt des Schadens ohne aussergewöhnliche Massnahmen nicht mehr rechtzeitig anzeigen konnte. Dieser Grundsatz wird in der Praxis konstant angewendet, auch wenn es sich nicht um Abschluss

durch Vertreter handelt. Die Versicherungsbedingungen vieler Gesellschaften (z. B. die Police der Helvetia vom Jahre 1883) sehen ebenfalls vor, dass die Versicherung giltig ist, wenn der Versicherungsnehmer im Augenblicke der Antragstellung alles gethan hat, um den Versicherer vom Eintritt des Schadens zu benachrichtigen. Dieser Praxis nicht auch im Gesetz Rechnung zu tragen, bestehen weder privatrechtliche noch öffentlichrechtliche Bedenken. Es wird daher beantragt, in Absatz 4 den Zeitpunkt der Antragstellung und im Gegensatz hiezu in Absatz 3 denjenigen des Vertragsschlusses zu betonen. Da es sich in dem in Absatz 4 vorgesehenen Falle wohl immer um ein doloses Verhalten des Versicherungsnehmers handeln wird, rechtfertigt es sich, falls überhaupt bei diesen Versicherungsarten die Prämie für künftige Versicherungsperioden vorausbezahlt wurde, gleich wie bei der betrüglichen Doppelversicherung die gesamten Prämien dem Versicherer verfallen zu lassen und sie nicht nach Massgabe des Art. 29 zu restituieren.

Es wird beschlossen:

1. Absatz 1 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

2. Absatz 2—4 erhält folgende Fassung:

Diese Bestimmung findet keine Anwendung auf die Feuerversicherung hinsichtlich solcher Gegenstände, die im Auslande gelegen sind, sowie auf die Transportversicherung und die Rückversicherung.

Wusste jedoch der Versicherer zur Zeit des Vertragsabschlusses, dass die Gefahr bereits weggefallen war, so ist der Versicherungsnehmer an den Vertrag nicht gebunden. Der Versicherer hat weder auf die Prämie, noch auf Ersatz der Geschäftsunkosten Anspruch.

Wusste dagegen der Versicherungsnehmer zu der Zeit, als er den Versicherungsantrag stellte, dass das befürchtete Ereignis bereits eingetreten ist, so ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden. Der Versicherer hat auf die ganze vereinbarte Gegenleistung Anspruch.

Art. 13.

Der Antrag, für den Versicherungsvertrag die Schriftlichkeit als Perfektionsform festzusetzen, wird in der Gesamtkommission nicht aufgenommen. Die allgemeine Formalisierung des Geschäftes soll damit vermieden werden, während doch den Parteien unbenommen bleibt, die Schriftform zu verlangen. Das Gesetz müsste selber ausführen, was beim Versicherungsvertrag als schriftliche Form zu gelten hat, da Art. 12 des Obligationenrechtes auf den Versicherungsverkehr nicht durchweg passt. Für die mannigfachen Änderungen wäre auch die Anwendung von Art. 11 des Obligationenrechtes unhaltbar.

Zu Absatz 1 wird trotz der in der Kommission geäusserten gegenteiligen Meinung daran festgehalten, dass sich

die Erstattung der Abschriftkosten nicht von selbst verstehe, da das Gesetz die Pflicht zur Erteilung der Abschrift ausspricht. Bei Versicherungsvereinen, sofern das Gesetz überhaupt auf sie anwendbar ist, könnte eine Urkunde ausgefertigt werden, die für die genossenschaftlichen Bestimmungen auf die Statuten verweist und dieselben nicht reproduziert.

Gegen den von der wirtschaftlichen Subkommission beigefügten Absatz 2 wird eingewendet, dass er nicht in das Privatrechtsgesetz passe und dem Bundesrate eine Stellung anweise, die ihm nicht zukomme. Diese Bestimmung erinnere an die ehemaligen behördlichen Taxen für Lebensmittel und ähnliches. Kaum ein anderer Staat habe zu solcher Reglementiererei gegriffen. In Luxemburg, wo allerdings überhaupt verboten sei, solche Gebühren zu erheben, wurden die bezüglichen Kosten auf die Prämien geschlagen, sodass die Versicherten nun mehr bezahlen müssen, als wenn ihnen die Gebühren belastet werden könnten. Durch diese Bestimmung wäre auch ausgeschlossen, in Versicherungsvereinen ausser den Prämien Eintrittsgelder zu fordern. Hauptsächlich aber wird darauf hingewiesen, dass es fast unmöglich wäre, die mannigfaltigsten Varianten, die in der Praxis vorkommen, in einer Verordnung festzulegen. Eventuell könnte der Zweck der Bestimmung, Schutz vor Übervorteilung durch übermässige Gebühren, dadurch erreicht werden, dass dem Bundesrat nur das Recht gewährt wird, bei sich zeigenden Missständen dadurch einzugreifen, dass er die Höhe der Gebühren begrenzt. Bei ganz kleinen Versicherungen müssen die Policegebühren auch dazu dienen, die Abschlusskosten decken zu helfen. „Erneuerungen" neben den „Abänderungen" zu erwähnen, ist unnötig, da die Erneuerungen jedenfalls insofern Änderungen sind, als sie eine Änderung der Vertragszeit involvieren. Zur Verbesserung der Redaktion wird der Zusatz der wirtschaftlichen Subkommission zum ersten Satze des ersten Absatzes gezogen, weil beide sich auf die Police und deren Änderungen beziehen und was sich auf die übrigen Erklärungen des Antragstellers bezieht, wird in den zweiten Absatz verwiesen. Anstatt der Schreibweise „Polize", deren Berechtigung zwar philologisch nachgewiesen wurde, wird die Schreibart „Police", als unserem Sprachgebrauch entsprechend, vorgezogen.

Es wird beschlossen:

1. In Absatz 1 wird der Zusatz „gegen Ersatz der Abschriftkosten" beigefügt.

2. Gegenüber der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission wird der Fassung „deren Höhe durch Verordnung des Bundesrates begrenzt werden kann" der Vorzug erteilt.

3. Absatz 2 wird zum ersten Satz von Absatz 1 gezogen und Art. 13 erhält so folgende Fassung: „Der Versicherer ist gehalten, dem Versicherungsnehmer eine von ihm unterschriebene Urkunde (Police) über die Rechte

und Pflichten der Parteien auszuhändigen. Der Versicherer ist berechtigt, vom Versicherungsnehmer ausser Porto und Stempelkosten eine Gebühr für Ausfertigung der Police, sowie für Abänderungen derselben zu erheben, deren Höhe durch Verordnung des Bundesrates begrenzt werden kann.

Der Versicherer muss überdies dem Versicherungsnehmer auf Verlangen eine Abschrift der in den Antragspapieren enthaltenen oder anderweitig abgegebenen Erklärungen des Antragstellers, auf Grund deren die Versicherung abgeschlossen wurde, gegen Ersatz der Abschriftkosten, aushändigen."

Art. 14.

Die Kommission wie der Referent schliesst sich im allgemeinen der Fassung der juristischen Subkommission an, dagegen wird, als der Sprache des gewöhnlichen Lebens mehr entsprechend und für Laien verständlicher, statt „mit dem Vertrage" gesetzt „mit den getroffenen Vereinbarungen". Die Frist von vier Wochen wird als im Vergleich mit der in Art. 12 dem Versicherer gewährten Frist zu lange beanstandet; da der Versicherungsnehmer die allgemeinen Bedingungen schon vorher erhalten, sei es ihm möglich sich in kürzester Zeit zu orientieren. Allein es wird darauf hingewiesen, dass er Zeit finden soll, fremden Rat einzuholen; eine ungewisse Situation für den Versicherer besteht ja nicht, da die beidseitige Bindung nach Massgabe der Police nicht unterbrochen ist.

Die Nachträge besonders zu erwähnen wird, im Gegensatz zu der Meinung, dass ihre Gleichbehandlung mit dem ursprünglichen Vertrag selbstverständlich sei, für notwendig erachtet und daher zur Vermeidung eines besonderen Absatzes in Absatz 1 beigefügt „oder deren Nachträge", wobei nach „Empfang" auch die Worte „der Police" zu streichen sind.

Der Zusatz der wirtschaftlichen Subkommission (Absatz 2) wird als überflüssig bekämpft, von anderer Seite aber durch Beifügung von „an auffallender Stelle" oder „am Kopf der Police" zu verstärken beantragt.

Zur Verbesserung der Redaktion wird nach „Empfang" „der Urkunde" eingeschaltet und statt „deren Nachträge" gesetzt „der Nachträge zu derselben".

Es wird beschlossen:

1. Absatz 1 des Entwurfes wird mit Absatz 2 vereinigt.

2. Die Fassung der juristischen Subkommission zu Absatz 2 wird amendiert durch Ersatz von „mit dem Vertrage" durch „mit den getroffenen Vereinbarungen."

3. Der Antrag „vier Wochen" zu ersetzen durch „zehn Tage" wird abgelehnt.

4. Statt Absatz 3 wird in Absatz 1 eingefügt „oder der Nachträge zu derselben" hinter „Inhalt der Police"

und die Worte der „Police", hinter „nach Empfang" werden ersetzt durch „der Urkunde".

5. Der Zusatz der wirtschaftlichen Subkommission wird in der gleichen Fassung angenommen.

Art. 15.

In der Kritik Ehrenbergs, welche das allgemeine Verbot der Ordrepolicen befürwortet, wird mit Unrecht behauptet, bei der Ordrepolice sei dem Indossatar gegenüber die Einrede des Versicherers, die ihm z. B. aus verletzter Anzeigepflicht gegenüber dem Vormanne zustehe, abgeschnitten. Genügende Gründe, um auch bei der Sachversicherung die Ordrepolice auszuschliessen, bestehen, wie schon in der juristischen und wirtschaftlichen Subkommission ausgeführt werde, nicht. Art. 15 wird daher in die Personenversicherung verwiesen.

Der Fassung der juristischen Subkommission wird der Vorzug gegeben. Sie vermeidet es, wie die wirtschaftliche Subkommission, allgemeine obligationenrechtliche Grundsätze aufzustellen und dabei eine juristische Konstruktion zu bieten, sondern will nur die im Leben zu Tage getretene irrige Auffassung, dass der Besitzübergang und das blosse Indossament das Recht überträgt, beseitigen. Es ist daher auch unnötig, noch beizufügen, wie vorgeschlagen wird, „sondern nur durch Cession" hinter „einfache Übergabe", denn was es zur Rechtsübertragung bedarf, sagt das Obligationenrecht, auf welches Art. 1 des Entwurfes verweist. Redaktionell wäre auch der Ausdruck „gewöhnliche Schuldscheinforderung" unschön und neu in der Gesetzessprache.

Diesen Erwägungen wird entgegen gehalten, was schon in der wirtschaftlichen Subkommission zur Unterstützung ihrer Redaktion angeführt wurde. Materielle Verschiedenheit besteht zwischen beiden Auffassungen nicht.

Es wird beschlossen:

1. Art. 15 wird als Art. 69a der Personenversicherung zugewiesen.

2. Art. 69a erhält die Fassung der juristischen Subkommission, nur ist in Absatz 2 beizufügen „gutgläubige" vor „Versicherer".

Art. 16.

Wird ohne Diskussion in der Entwurfsfassung angenommen.

Art. 17.

Zu Absatz 1 wird allgemein der Fassung der juristischen Subkommission beigestimmt. Sie entspricht der Regelung der Frage, wie sie von fast allen Versicherungsbedingungen getroffen worden ist. Dagegen soll Art. 17, Absatz 1 nicht, wie dies von der wirtschaftlichen Subkommission geschah, als zum Nachteil des Versicherungsnehmers unabänderlich erklärt werden, indem dem Versicherer verboten wird,

seine Haftung bei leicht fahrlässiger Herbeiführung des Schadens wegzubedingen. Es giebt Fälle, in denen der Versicherer ein Risiko nur übernehmen kann, wenn er auch bei leichtem Verschulden des Versicherten den Schaden nicht decken muss; wird z. B. eine Pulverfabrik oder Objekte in einem Fabriklokale, in dem Benzin verwendet wird, versichert, so kann es für den Versicherer notwendig werden, auch die leichtfahrlässige Schadensverursachung (z. B. Zutritt ins Benzinlokal mit einem Licht), auszunehmen, sonst würde er das Risiko, als zu gross, ablehnen müssen. Einzelne Versicherer gestatten, bei leichtem Verschulden einen Abzug an der Schadenersatzsumme vorzunehmen, was von der einen Seite bekämpft wird, weil es den Versicherten der Willkür des Vertragsgegners preis giebt, von anderer Seite aber verteidigt wird, als ein Mittel, einen Prozess über die Frage, ob grobe Fahrlässigkeit vorliegt, zu vermeiden und in nicht ganz eklatanten Fällen dem Versicherten doch einen grösseren Teil des Schadens statt gar nichts ersetzen zu können. Die Reduktion der Ersatzsumme ist auch bei manchen staatlichen Feuerversicherungen eingeführt (vgl. die Denkschrift des Versicherungsamtes: Die staatliche Feuerversicherung, S. 17.) Zu den Beispielen, welche die Notwendigkeit anderer Parteidisposition illustrieren sollen, wird jedoch bemerkt, dass in solchen Fällen bei der Umschreibung der Gefahr, in der Form der Vertragsvoraussetzung, bestimmt werden könne, dass z. B. für den Fall des Zutritts in ein Lokal mit Benzinbetrieb jede Haftung abgelehnt werde. Allein die letztere Auffassung wird nicht als zutreffend erachtet: Es handelt sich in diesen Fällen um keine Gefahrsumschreibung, nicht die Feuersgefahr in Bezug auf das Lokal mit Benzinbetrieb schlechthin soll nicht gedeckt werden, sondern nur bei fahrlässiger Herbeiführung des Schadens. Wenn das Gesetz letzteres verbieten würde, könnte man dieses Verbot nicht bei der Gefahrsumschreibung umgehen.

Für die Fälle, in denen der Versicherungsnehmer kein Interesse mehr hat an der für Rechnung oder zu Gunsten des Anspruchsberechtigten geschlossenen Versicherung (wenn z. B. die Ehefrau, zu deren Gunsten die Versicherung geschlossen wurde, vom Versicherungsnehmer geschieden ist), ebenso bei der Arbeiterkollektivversicherung, wird es als stossend empfunden, dem Anspruchsberechtigten auch dann den Anspruch zu entziehen, wenn der Versicherungsnehmer das befürchtete Ereignis herbeigeführt hat. Es wird angeregt, dieses Bedenkens wegen, die Regelung der Frage überhaupt dem gemeinen Rechte zu überlassen. Allein man befürchtet, dass dadurch nur das Resultat erreicht würde, dass bei jeder, auch bei leichtfahrlässiger Schadensherbeiführung der Ersatzanspruch dahinfalle. Bei der Versicherung für fremde Rechnung und noch mehr bei derjenigen zu Gunsten Dritter bleibt der Versicherungsnehmer auch bei Wegfall seines Interesse Vertragspartei und darum sein Verhalten mit Recht relevant.

Die richtige Auffassung, die in der Redaktion der technischen Subkommission zum Ausdruck kommt, dass nämlich bei Herbeiführung eines schädigenden Ereignisses nicht der ganze Vertrag dahinfällt, sondern nur hinsichtlich des so herbeigeführten Schadens keine Haftung des Versicherers besteht, kommt auch bei der Fassung der juristischen Subkommission zum Ausdruck.

In Absatz 2 ist die Beifügung von „grob fahrlässig" die notwendige Konsequenz der Norm in Absatz 1.

Dagegen wird in der zweiten Session der Expertenkommission infolge der zu Art. 68, Absatz 3 beschlossenen Erweiterung auch Absatz 2 des Art. 17 in dem Sinne erweitert, dass auch hier das Verschulden der mit dem Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigten in häuslicher Gemeinschaft lebenden Personen, auch wenn sie nicht zu denjenigen gehören, für die er civilrechtlich einzustehen hat, durch die Versicherung gedeckt sein soll. Infolgedessen muss dann neben der groben Fahrlässigkeit in der Anstellung und Beaufsichtigung auch diejenige in der Aufnahme der zur häuslichen Gemeinschaft gehörenden Personen erwähnt werden. Gegenüber der Einwendung, der Begriff der häuslichen Gemeinschaft sei zu unbestimmt, wird darauf hingewiesen, dass er im Entwurfe zum schweizerischen Civilgesetzbuche verwendet und umschrieben werde; die geäusserte Gefahr, es möchten darunter auch Gäste in Gasthöfen und ähnliche inbegriffen sein, besteht nach der dort gegebenen Begriffsbestimmung nicht.

Es wird beschlossen:

1. In Absatz 2 wird vor „für deren Handlungen" eingeschaltet: „die mit dem Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigten in häuslicher Gemeinschaft leben oder", und nach „durch die Anstellung": „oder durch die Aufnahme".

2. So amendiert wird Art. 17, im übrigen in der Fassung der juristischen Subkommission, angenommen.

3. Der Antrag, Art. 17 Absatz 1 zu den im Art. 88 Absatz 2 genannten Artikeln aufzunehmen, wird abgelehnt.

Art. 18.

Zu Absatz 2 wird der Redaktion der juristischen Subkommission, die im Einklang mit der Ausdrucksweise des Civilgesetzentwurfes steht, zugestimmt. Dagegen wird beantragt Art. 18 der Sachversicherung zuzuweisen, da Versicherung für fremde Rechnung nur bei dieser vorkomme. Dass die Kollektivunfallversicherung als Personenversicherung für fremde Rechnung zu definieren sei für den Fall, dass die Versicherten zur Prämiendeckung beitragen, wird bestritten und gerade um eine solche Definition abzulehnen, die Verweisung von Art. 18 in die Sachversicherung verlangt. Ob die Prämie ganz oder nur zum Teil vom Versicherungsnehmer getragen werde, könne nicht für den Charakter der Kollektivunfall-

versicherung massgebend sein; die Repartierung der Prämie unter Arbeiter und Arbeitergeber bleibe, auch wenn der Versicherer im Antragsformular darnach frage, eine interne Angelegenheit zwischen Versicherungsnehmer und Versichertem. Die Prämienverteilung variiert sehr, sodass auch deshalb das Versicherungsverhältnis nicht von ihr abhängig gemacht werden sollte. Bei vielen Versicherungen von sehr grossem Umfang (z. B. aller Unternehmer des französischen Kolonialministeriums) müssen die Arbeiter gar nichts an die Prämien bezahlen, während sie doch das Recht auf die ganze Versicherungsentschädigung haben. Massgebend für die Frage, ob eine Versicherung für fremde Rechnung vorliegt, soll daher ausschliesslich der Umstand sein, dass das Interesse eines Dritten vom Versicherungsnehmer versichert wird. Dem versicherten Dritten soll bei der Versicherung für fremde Rechnung auch das direkte Klagerecht gegen den Versicherer zustehen. Wenn französische Gesellschaften dieses Klagerecht für den Fall, dass der Arbeiter in der Arbeiterkollektivversicherung seinen Prinzipal auf Entschädigung belangt, ausschliessen, so erklärt sich dies aus der französischen Auffassung, wonach der Arbeiter, der die „responsabilité civile" des Arbeitgebers geltend macht, anerkennt, dass es sich um kein „risque professionel" handelt, da das eine das andere ausschliesst.

Die Kommission ist jedoch in ihrer Mehrheit der Ansicht, dass die Definition der Versicherung für fremde Rechnung und die Subsumierung der Kollektivunfallversicherung unter dieselbe der Wissenschaft zu überlassen und dass daher auch das Anwendungsgebiet der Versicherung für fremde Rechnung nicht von Gesetzes wegen auf die Sachversicherung zu beschränken sei.

Es wird beschlossen:

1. Art. 18 wird in der Fassung des Entwurfes angenommen.

2. Der Antrag, Art. 18 in den Titel über die Sachversicherung zu verweisen, wird abgelehnt.

Art. 19.

Wird ohne Diskussion in der Entwurfsfassung angenommen.

Art. 20.

Wird ohne Diskussion gestrichen.

Art. 21.

Zu Absatz 2 besteht Übereinstimmung darüber, dass vom einzelnen Versicherten nur die auf ihn entfallende Prämie, nicht auch die auf die übrigen Versicherten einer Kollektivversicherung entfallenden verlangt werden können, da keine Solidarität unter den mehreren Versicherten vom Gesetze statuiert wird. Bei der Kollektivunfallversicherung erregt die Unmöglichkeit der Kompensation mit den auf alle Versicherten derselben Kollektivversicherung entfallenden Prämien aller-

dings für die Praxis Bedenken. Es handelt sich bei solchen Versicherungen mit einer sehr grossen Zahl von Versicherten (Mitglieder grosser Vereine, Beamte und Angestellte grosser Etablissemente) oft um sehr grosse Ausstände an Nachprämien, wobei der Ausschluss der Kompensation dem Versicherer grossen Nachteil bringen kann. Es wird daher vorgeschlagen, in Absatz 2 den Satz „und die Prämie vom Versicherten noch nicht erhalten hat" zu streichen, dagegen soll bei der Arbeiter-Kollektivversicherung in haftpflichtigen Betrieben jede Kompensation mit rückständigen Prämien ausgeschlossen werden, etwa mit dem Zusatz: „Soweit der Versicherte gesetzliche Ansprüche an den Versicherungsnehmer erheben kann, hat diese Bestimmung keine Geltung", oder „wenn dem Versicherungsnehmer eine Versicherungspflicht obliegt, hat diese Bestimmung keine Geltung." Allein diesem Vorschlage wird entgegengehalten, er schaffe eine Ausnahmebestimmung für eine Bevölkerungsklasse, während doch der Schutz, den Art. 21 schaffen wolle, allen Versicherten gebühre. Andere Gesetzgebungen, speziell das deutsche Handelsgesetzbuch, treffe dieselbe Regelung wie der Entwurf. Der gestellte Antrag wird hierauf zurückgezogen.

Zu Absatz 3 steht ausser Zweifel, dass hier gegenüber jedem einzelnen Begünstigten eine Kompensation mit allen vom Versicherungsnehmer geschuldeten Prämien gestattet ist.

Es wird beschlossen:

Art. 21 wird in der Entwurfsfassung angenommen.

Art. 22.

Die Kommission schliesst sich unter Zustimmung des Entwurfsverfassers im allgemeinen der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission an. Dagegen wird beantragt im Absatz 2 „vorbehältlich vorgehender Pfandrechte" einzuschalten und zwar mit der Begründung, dass der Versicherer, der die Police bis ungefähr auf den für den Fall der Auflösung des Vertrages dem Versicherten zukommenden Betrag beleihe, durch die Zahlung einer weitern Prämie durch einen nachgehenden Pfandgläubiger eventuell um einen Teil seiner Deckung könnte gebracht werden, wenn der Ersatzanspruch des Prämienzahlers ihm vorgehen würde. Das Recht des vorgehenden Pfandgläubigers auf Befriedigung im ersten Range sollte doch nicht durch die Handlung des nachgehenden beeinträchtigt werden. Aus dem Gesichtspunkte der Aufwendung für die Erhaltung des Pfandes würde sich diese Behandlung nicht rechtfertigen, denn für den vorgehenden Pfandgläubiger wird das Pfand nicht um den Betrag der noch zugezahlten Prämie mehr wert. Die Gegner dieses Zusatzes machen jedoch geltend, dass diese Prämie als Aufwendung zur Erhaltung des Pfandes notwendigerweise müsse zum voraus gedeckt werden und dass ein nachgehender Pfandgläubiger besonders dann ein wichtiges Interesse an der Aufrechterhaltung der Versicherung habe, wenn das schädigende Er-

eignis (z. B. der Tod infolge zunehmender Krankheit des Versicherten) nahe bevorstehe. Dadurch, dass man dem Prämienzahler ein weitgehendes Vorrecht gewährt, würde ein Mittel geschaffen, die anormale Auflösung des Versicherungsvertrages, die so überaus häufig ist, etwas einzuschränken. Der Versicherer, der die Police beleiht, kann sich dadurch sichern, dass er sich mit den Darlehensbedingungen das Recht einräumt, das Pfand sofort zu liquidieren, wenn die Prämie nicht bezahlt wird.

Es wird beschlossen:

1. Absatz 1 wird ohne Gegenantrag in der Fassung des Entwurfes angenommen.
2. In Absatz 2 wird (mit 7 gegen 6 Stimmen) „vorbehältlich vorgehender Pfandrechte“ vor „vorweg haftet“ eingeschaltet.
3. So amendiert wird Absatz 2, im übrigen nach der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 23.

Zu Absatz 2 wird Streichung beantragt, weil die Police dem Versicherungsnehmer häufig vor der Prämienzahlung ausgeliefert werden muss, um ihm das Durchlesen derselben zu ermöglichen. Der Versicherungsnehmer würde misstrauisch, wenn ihm eine solche Übergabe verweigert würde und andrerseits könnte doch der Versicherer nicht ohne Zahlung der Prämie haften und gezwungen sein, viele Prämien, die dann nicht eingezahlt würden, einzutreiben. Eventuell wird vorgeschlagen beizufügen „zu Eigentum ausgehändigt hat“, um diese Fälle der Überlieferung behufs Durchsicht auszuschliessen. Allein dies hätte dann wieder den Übelstand, dass der Versicherungsnehmer im einzelnen Falle nicht zu beweisen vermöchte, dass die Police ihm zu Eigentum übergeben wurde, und so könnte die notwendige Vorschrift des Absatzes 2 oft ihren Zweck nicht erreichen. Zweifellos ist jedoch, darüber besteht in der Kommission Übereinstimmung, dass diejenigen Fälle, in denen der Versicherungsnehmer zur Rückgabe der Police verpflichtet ist, insbesondere also, wo sie ihm nur zur Durchsicht ausgehändigt ist, nicht unter die Vorschrift des Absatz 2 fallen. Mit Rücksicht hierauf wird auch der Streichungsantrag fallen gelassen. Der von den drei Gesellschaften vorgeschlagene Zusatz erscheint überflüssig.

Als besser verständlich wird in Absatz 2 die Redaktion vorgeschlagen: „Auf die Bestimmung der Police, dass die Versicherung erst mit Bezahlung der ersten Prämie in Kraft tritt“. . . . .

Es wird beschlossen:

1. Absatz 2 erhält folgende Fassung: „Auf die Bestimmung der Police, dass die Versicherung erst mit Bezahlung der ersten Prämie in Kraft tritt, kann sich der

Versicherer nicht berufen, wenn er die Police vor Bezahlung dieser Prämie ausgehändigt hat."

2. Mit dieser Amendierung wird Art. 23, im übrigen in der Fassung der juristischen Subkommission, angenommen.

Art. 24.

Die vom Entwurf und der juristischen und wirtschaftlichen Subkommission aufgenommene Mahnpflicht wird mit Verweisung auf die dadurch bei kleinen Prämien entstehenden Verhältnisse bekämpft. Bei der Schweizerischen Sterbe- und Altskasse z. B. müssen 25 Prozent aller Versicherten einmal zur Prämienzahlung gemahnt werden. Bei einer Versicherung für 100 Franken beträgt die Quartalprämie 63 Cts., die Monatsprämie 22 Cts. Die Volksversicherung anderer Institute arbeitet mit Wochenprämien von 20 Cts. Hier würden die Kosten der Mahnung mit eingeschriebenen Briefen eine ganz unverhältnismässige Verzugsstrafe bilden. Bei kleinen Versicherungen gehen schon die Acquisitions- und Arztkosten weit über die erste Prämie hinaus, wird dann die folgende Prämie nicht gezahlt, so muss der Versicherer noch die Mahnkosten tragen, für die er, bei der trotz Mahnung unterbliebenen Zahlung, keine Deckung erhält. Es wird daher ein Zusatz beantragt, etwa des Inhalts: „sofern es sich nicht um auf bestimmte kurze Termine fällige und weniger als halbjährliche Prämien handelt". Allein es wird prinzipiell an der Mahnpflicht festgehalten. Sie hat sich sowohl bei den französischen Versicherungsgesellschaften als auch bei den deutschen Feuerversicherern, wo auch häufig ganz kleine Prämien bestehen, als durchführbar erwiesen. Die schwere aber sachlich gerechtfertigte Verzugsfolge verlangt eine Abweichung vom Grundsatze „dies interpellat pro homine". Es rechtfertigt sich auch dem Versicherten Kosten aufzuerlegen, die im Verhältnis zur Prämie gross sind, wenn ihm dadurch der sonst verlorene Versicherungsanspruch kann erhalten werden. Dagegen wird vom Erfordernis des eingeschriebenen Briefes abgesehen; dasselbe bezweckte nur dem Versicherer den Beweis der erfolgten Mahnung zu sichern; es ist aber dem Versicherer überlassen, wie er sich diesen Beweis sichern will. Für die Volksversicherung und ähnliche Verhältnisse, wo die Prämie vom Versicherer einkassiert wird, ist zur Erleichterung des Betriebes eine mündliche Mahnung zuzulassen, welche sich der Versicherer, um sich den Beweis zu sichern, bei der Einkassierung bescheinigen lassen kann.

Es wird beschlossen:

1. In Absatz 1 werden in der Fassung der juristischen Subkommission die Worte „durch eingeschriebenen Brief" ersetzt durch „schriftlich".

2. Der Zusatz „sofern es sich nicht um auf bestimmte kurze Termine fällige und weniger als halbjährliche Prämien handelt" wird abgelehnt.

3. Als Absatz 2 wird eingeschaltet: „Wird die Prämie beim Schuldner abgeholt, so kann der Versicherer die schriftliche Mahnung durch eine mündliche ersetzen".

4. Gegenüber dem Antrag der technischen Subkommission (Unverbindlichkeit mit dem Verzuge) wird der Fassung der juristischen Subkommission zu Absatz 1 der Vorzug gegeben.

5. Absatz 2 des Entwurfes wird ohne Diskussion gestrichen.

6. Absatz 3 des Entwurfes wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

7. Absatz 4 des Entwurfes wird angenommen.

Art. 25.

Zu Absatz 2 wird beantragt beizufügen „unter Verzicht auf die rückständige Prämie" vor „vom Vertrage zurücktritt". Dagegen wird dieser Zusatz dahin amendiert, dass zu sagen wäre „unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie", da diese wohl nicht einbezahlt aber bei Berechnung des Rückkaufspreises mit berücksichtigt werde und werden müsse, weil der Versicherer während der ganzen Zeit bis zum Ablauf der Mahnfrist im Risiko stand.

Zu Absatz 3 wird, besonders mit Rücksicht auf die Bedürfnisse der Lebensversicherung, verlangt, dass der Versicherer auch Zinsen von der rückständigen Prämie fordern könne, denn, wenn er schon seit Ablauf der Mahnfrist das Risiko nicht mehr trug, so bedarf er doch der Zinsen für die korrekte Bildung des Deckungskapitales.

Es wird beschlossen:

1. Absatz 1 des Entwurfes wird gestrichen.

2. Absatz 2 des Entwurfes wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission als Absatz 1 angenommen mit dem Zusatze, „unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie" vor „vom Vertrage zurücktritt".

3. Absatz 3 des Entwurfes wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission mit dem Zusatze „Zinsen und" vor „Kosten" angenommen.

Art. 26.

In Absatz 2 wird die Gegenüberstellung von Sitz und Hauptdomizil beanstandet, da das Hauptdomizil einer Gesellschaft auch als ihr Sitz aufzufassen sei. Allein die rechtliche Bedeutung des Hauptdomiziles im Sinne des Aufsichtsgesetzes steht nicht allseitig fest, es kann nicht als Sitz im Sinne allgemeiner rechtlicher Grundsätze aufgefasst werden. Um zu verdeutlichen, dass es sich nur um das Hauptdomizil im Sinne des Aufsichtsgesetzes handelt, soll der betreffende Artikel des letzteren angeführt werden.

Der Antrag, die Worte „im Zweifel" in Absatz 1 wie in der ursprünglichen Entwurfsfassung wieder aufzunehmen,

damit der Versicherer auch die Agentur als Prämienzahlstelle bezeichnen kann, wird fallen gelassen mit Rücksicht darauf, dass Art. 26, Absatz 1 nicht unter die Fälle des Art. 88 aufgenommen ist.

Es wird beschlossen:

1. Hinter „Hauptdomizile des Versicherers“ wird beigefügt: „(Art. 2, Ziffer 3 litt. b des Bundesgesetzes betr. Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens vom 25. Juni 1885).“

2. Im übrigen wird Artikel 26 in der Fassung der juristischen Subkommission, unter Ersetzung von „einkassieren“ durch „einziehen“, angenommen.

Art. 27.

Es wird beantragt, beizufügen „unter ausdrücklicher Berücksichtigung bestimmter gefahrerhöhender Umstände“, um zu betonen, dass die Reduktion nicht verlangt werden kann, wenn die Prämie ohne ausdrückliche Anführung des Erhöhungsgrundes im Vertrage etwa infolge gegenseitigen Marktens festgestellt wurde und um Prozesse darüber zu vermeiden, ob eine Berücksichtigung gefahrerhöhender Umstände stattgefunden habe. Allein dies erscheint überflüssig, da dem Versicherten, der die Reduktion beantragt, die Beweislast zufällt, und eine Reduktion nur bei bestimmten gefahrerhöhenden Umständen verlangt werden kann.

Gegen den Zusatz der technischen Subkommission wird opponiert, es bestehe kein Grund, den Versicherten infolge seines gerechtfertigten Reduktionsbegehrens mit der ihm nachteiligen Vertragsauflösung zu strafen. Von anderer Seite wird der Zusatz der technischen Subkommission fallen gelassen, falls derjenige der juristischen Subkommission („oder ihre Bedeutung verlieren“) aufgenommen wird, da beide bezwecken, den Versicherer vor Nachwirkungen einer weggefallenen Gefahrserhöhung zu schützen. Allein gegen diese Fassung der juristischen Subkommission erheben sich wiederum Bedenken: Einmal wird dem Versicherer allein das Recht vindiciert, zu bestimmen, ob die Umstände ihre Bedeutung verloren haben, da doch vom Versicherten der bisherige Vertrag nicht mehr unter den gleichen Bedingungen fortgesetzt werden will; sodann aber würde diese Fassung eine Reduktion auch dann gestatten, wenn die gefahrerhöhenden Umstände nicht weggefallen sind, sondern bloss ihre Bedeutung verloren haben, also wenn z. B. eine Maschine nicht mehr die gefahrerhöhende Bedeutung hat, wie früher, als sie zuerst aufkam. Zum Zusatz der technischen Subkommission wird eventuell beantragt beizufügen: „und der Versicherer auf der Reduktion beharrt“ nach „nicht entsprechen will“, um zu erreichen, dass der Versicherte, der die Reduktion beantragt hat in Unkenntnis der ihm nachteiligen Rücktrittsfolgen, die Reduktion fallen lassen kann, wenn der Versicherer dieselbe ablehnt. Allein dies hätte zur Folge, dass, wenn der Ver-

sicherte nach Ablehnung der Reduktion ein Urteil erwirkt hätte, durch welches der Versicherer zur Reduktion gezwungen würde, letzterer hinterher den Rücktritt erklären und so das Urteil illusorisch machen könnte.

Es wird beschlossen:

1. Art. 27 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

2. Für den Fall der Annahme des Zusatzes der technischen Subkommission wird derselbe amendiert durch die Worte „und der Versicherer auf der Reduktion beharrt“ nach „nicht entsprechen will“.

3. In definitiver Abstimmung wird jedoch der Zusatz der technischen Subkommission (mit 8 gegen 5 Stimmen) gestrichen.

Art. 28

wird ohne Diskussion in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

Art. 29.

In Diskussion gezogen wird nur Absatz 3 und 4. Die Prämienreserverestitution, wie sie der Entwurf vorsieht, wird hauptsächlich für die Fälle der Vertragsauflösung infolge verletzter Anzeigepflicht angefochten und zwar mit folgender Begründung: Es ist unbestritten, dass dem Versicherer durch die Verletzung der Anzeigepflicht Schaden entsteht. Den Versicherer auf die Geltendmachung des Schadenersatzes verweisen, ist unpraktikabel, weil ein Schaden im Prozesse nicht erweislich ist. Die Berechnung des Schadens in der Eingabe der drei Gesellschaften spricht nicht für die Beweisbarkeit des Schadens, da in jenem Beispiel der Hauptfaktor der Berechnung, die Sterbenswahrscheinlichkeit des Nephritikers, willkürlich gewählt ist. Der Versicherer kann sich daher nur an allfällig vorhandene Reservebeträge für seinen Ersatzanspruch halten. Dass hiebei der Schadenersatz um so grösser wird, je länger die Versicherung gedauert hat, ist gerechtfertigt, da auch die dem Versicherer entgehende Differenz zwischen der dem Risiko des falsch Deklarierenden entsprechenden und der von ihm wirklich bezahlten Prämiensumme mit der Dauer der Versicherung immer grösser wird und da auch das Verschulden des falsch Deklarierenden durch das anhaltende Verschweigen immer zunimmt. Der Schaden des Versicherers ist aber eigentlich noch grösser als jene Differenz; er ist gleich der Höhe des ganzen getragenen Risikos, denn wenn die verschwiegene Thatsache angezeigt worden wäre, hätte der Versicherer überhaupt kein Risiko tragen müssen. Es ist aber auch überhaupt prinzipiell unrichtig, dem einzelnen Versicherten ein Eigentumsrecht am Deckungskapital zu gewähren; gerade die Veränderung der Gesundheitsverhältnisse der einmal als gesund aufgenommenen Versicherten schliesst eine solche Behandlung des Deckungskapitals aus. Allein es ist zuzugeben,

dass trotz der logischen Unrichtigkeit die Praxis die Restitution der Prämienreserve nicht allgemein ablehnt und man wird sich dieser Strömung nicht widersetzen können. Allein es soll dem Versicherer doch die Möglichkeit gewährt werden, das Deckungskapital ganz oder teilweise je nach der Grösse des Verschuldens zur Deckung seines Schadens zurückzuhalten. Die Rechtsentwicklung, die sich in den kantonalen Feuerversicherungsgesetzen ausprägt, zeigt ebenfalls, dass bei schuldhafter, besonders bei betrügerischer Anzeigepflichtverletzung der Ersatzanspruch des Versicherten ganz oder zum Teil dahinfällt, ja sogar ausserdem noch Bussen gegen den falsch Deklarierenden ausgesprochen werden. Es wird daher statt Absatz 3 und 4 für die Fälle des Art. 9, 30 und 40, beantragt festzusetzen, dass bei einem rückkaufsfähigen Lebensversicherungsvertrage der Vertrag bestimmen kann, dass das Deckungskapital ganz oder zum Teil verfallen sei; wird dagegen ein anderer Versicherungsvertrag aufgelöst, so kann der Vertrag bestimmen, dass die Prämie noch für ein ganzes Jahr zu bezahlen sei. Ist sie über dieses weitere Jahr hinaus zum voraus bezahlt worden, so hat der Versicherer diese weitere Vorausbezahlung zurückzuerstatten.

Diesen Einwendungen gegenüber wird folgendes geltend gemacht: Die Frage, ob dem Versicherten ein dingliches Recht am Deckungskapital zustehe, kann hier ganz unerörtert bleiben; wenn ein solches bestünde, brauchte man ja nicht mehr darüber zu legiferieren, dass das Deckungskapital dem Versicherten bei Vertragsauflösung zufalle. Die Folgen der Vertragsauflösung sind hier hinsichtlich der Prämienreserve zu regeln, wie im gemeinen Rechte überhaupt, d. h. die beiderseitigen Leistungen sind zu restituieren, soweit nicht die eine oder andere Partei schadenersatzpflichtig ist. Der Verfall des Deckungskapitales oder eines Teiles desselben kann nur unter dem Gesichtspunkt des Schadenersatzes aufgefasst werden. Der Busse- oder Sühnegedanken, der vielfach bei der Rechtfertigung desselben zum Ausdruck kommt, muss im Privatrecht fern gehalten werden; auch wenn der Versicherungsnehmer noch so bösgläubig ist, soll er nicht mehr als den Schaden ersetzen. Nun ist es völlig unzutreffend, den Schaden einfach der Höhe des Risikos, das der Versicherer getragen und das er bei richtiger Deklaration nicht übernommen hätte, gleich zu setzen, denn der Versicherer trug kein Risiko, wenn die betrügerische Deklaration entdeckt wird, da er an den Vertrag nicht gebunden ist. Je länger daher das Vertragsverhältnis dauert, um so grösser ist auch der Schaden des unrichtig Deklarierenden, denn er erhält trotz der vielen einbezahlten Prämien bei der Entdeckung der wissentlichen Verletzung der Anzeigepflicht im Schadensfalle nichts. Bestehen bleibt für den Versicherer allerdings das Risiko, wenn er die Verletzung nicht entdeckt. Das ist aber ein allgemeines Geschäftsrisiko, und es ist ungerecht, wegen dieser Fälle dem Versicherer in allen Fällen das Deckungskapital ganz oder zum Teil zu-

fallen zu lassen, also damit auch in Fällen, in denen er kein Risiko trug und so den einen dafür zu strafen, dass beim anderen die Verletzung der Anzeigepflicht nicht entdeckt wird. Würde in der Lebensversicherung nur genau diejenige Prämie bezahlt, die dem Risiko der betreffenden Altersklasse entspricht, so könnte von einem Verfall des Deckungskapitales keine Rede sein. Dass hievon aus bekannten Gründen abgegangen wird, darf aber die Rechtsstellung des Versicherten nicht verschlechtern. Unrichtig ist auch, dass die Entwurfsregelung nicht der bisherigen Praxis der Versicherungsgesellschaften entspreche. Während allerdings früher die Versicherer es ihrem Ermessen vorbehielten, das Deckungskapital zu restituieren, haben die Versicherer selber ihr Verhalten geändert und es findet jetzt eine solche Restitution regelmässig statt. In einer Reihe von Fällen, in denen keine Antiselektionsgefahr besteht, geht die Praxis vielmehr noch weiter als der Entwurf und restituiert das ganze Deckungskapital ohne Abzug. Auch für die Sachversicherung geht der Entwurf teils weniger weit, jedenfalls aber nicht weiter, als die meisten geltenden Versicherungsbedingungen. Die Bestimmungen der kantonalen Feuerversicherungsgesetze können überhaupt nicht für diese Frage herangezogen werden, denn, abgesehen davon, dass sie meist allzu energische Gegenstösse gegen Missstände, die sich bei bestimmten Brandereignissen herausstellten, enthalten, regeln sie in den angeführten Bestimmungen nur den Verfall eines Teiles des im Brandfall zu leistenden Schadenersatzes bei Verletzung der Anzeigepflicht, während der Entwurf ja den ganzen Schaden ungedeckt lassen will und nur für den Fall der Auflösung des Vertrages das Prämienschicksal regelt.

Allein von gegnerischer Seite wird gerade aus dem Verfall des Ersatzes bei unrichtiger Deklaration die Konsequenz gezogen, dass aus demselben Grunde bei der Auflösung vor Eintritt des Schadens ein Teil des Deckungskapitales dem Versicherer verfallen solle. Der Schaden des Versicherers tritt nicht erst mit dem befürchteten Ereignis ein, sondern bestand schon vorher im zu hohem Risiko, das er ohne genügendes Entgelt trug. Nicht als Strafe, sondern als kurz bemessener, gesetzlich limitierter Schadenersatz wegen des getragenen Risiko's in den unentdeckten Fällen betrügerischer Verletzung der Anzeigepflicht, soll dem Versicherer ein Teil des Deckungskapitals zufallen. Das allgemeine Rechtsbewusstsein wird es billigen, dass der Betrüger weniger erhält als der redliche Versicherte. Ob dieser verfallende Betrag als Konventionalstrafe aufzufassen ist, was die einen behaupten, die andern bestreiten, mag dahingestellt bleiben.

Es wird beantragt in einem neuen Artikel 29bis die Bestimmung aufzunehmen: „Der Versicherungsvertrag kann bestimmen, dass bei betrüglicher Verletzung der Anzeigepflicht (Art. 9, 39, Abs. 3, 40, Abs. 4) die Leistungen, die dem Versicherer nach Massgabe des Art. 29, Abs. 3 und

4 obliegen, bis auf höchstens die Hälfte gekürzt werden können."

Die Anregung auch Art. 30 und 31 einzubegreifen, bei welchen es sich ebenfalls um eine vertragswidrige Risikoveränderung handelt, wird nicht gebilligt, da bei Art. 30 keine Anzeigepflicht vorgesehen ist und in Art. 31 an die Unterlassung der Anzeige der Verlust des Versicherungsanspruches geknüpft wird, der Versicherungsnehmer darum die Anzeige kaum unterlassen wird.

Bei der Diskussion der in Art. 29 Abs. 1 aufzuzählenden Artikel werden von den durch die juristische und wirtschaftlichen Subkommission aufgenommenen Artikel gestrichen Art. 12 Abs. 4, da nach der jetzigen Fassung desselben die ganze Gegenleistung dem Versicherer verbleibt, Art. 25, da der Rücktritt des Versicherers nach der jetzigen Fassung unter Verzicht auf die rückständige Prämie erfolgt; statt Art. 42 ist zu setzen Art. 42 Abs. 4 und statt Art. 62: Art. 62 Abs. 2, statt Art. 70: Art. 70 Abs. 1; die übrigen Artikel werden aufgeführt nach dem Vorschlage der Subkommissionen. Der Antrag, auch Art. 40 zu streichen, weil der in Art. 40 Abs. 4 vorgesehene Fall unter Art. 29bis fällt, wird bekämpft mit dem Hinweise darauf, dass Art. 29bis nur zur Anwendung kommt, wenn der Vertrag eine bezügliche Bestimmung enthält; ist dies nicht der Fall, so ist Art. 29 anwendbar; ebenso werden die im sechsten Absatze genannten Artikel nach dem Vorschlage der Subkommissionen aufgenommen mit der Modifikation, dass statt Art. 52 gesezt wird Art. 52 Abs. 2.

Es wird beschlossen:

1. Abs. 1—4 werden in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen; dagegen in Abs. 1 Art. 12 Abs. 4 und Art 25 gestrichen, Art. 42 ersetzt durch Art. 42 Abs. 4, Art. 62 durch Art. 62 Abs. 2 und Art. 70 durch Art. 70 Abs. 1.

Abs. 5 erhält die Fassung: „Durch diese Bestimmungen wird die Schadenersatzpflicht derjenigen Partei, welche die einseitige Auflösung des Vertrages verschuldet hat, nicht berührt."

In Abs. 6 wird Art. 52 ersetzt durch Art. 52 Abs. 2, im übrigen Abs. 6 in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

2. Als Art. 29bis wird beigefügt: „Der Versicherungsvertrag kann bestimmen, dass bei betrügerischer Verletzung der Anzeigepflicht (Art. 9, 30 Abs. 2, 39 Abs. 3, 40 Abs. 4) die Leistungen, die dem Versicherer nach Massgabe des Art. 29 Abs. 3 und 4 obliegen, bis auf höchstens die Hälfte gekürzt werden."

Art. 30.

Der in der technischen Subkommission gestellte Antrag auf Streichung des zweiten Satzes von Abs. 1 wird fallen gelassen.

Dagegen wird der Antrag gestellt, auch hier die Einführung einer Anzeigepflicht durch den Vertrag zu gestatten durch den Zusatz: „der Vertrag kann bestimmen, ob, in welchem Umfange und in welchen Fristen der Versicherungsnehmer dem Versicherer von solchen Gefahrsänderungen Mitteilung zu machen hat“ und dann in Art. 29bis auch diesen Art. 30 Abs. 2 zu citieren. Dieser Antrag wird folgendermassen begründet: Es hiesse das in Art. 9 und 29 bis sanktionierte Prinzip preisgeben, wenn man hier, bei der Gefahrsänderung, von einer Anzeigepflicht absehen würde, denn, was sollte die Anzeigepflicht bei Abschluss des Vertrages noch nützen, wenn der Versicherungsnehmer unmittelbar nachher dem Vertrage andere Risiken unterlegen könnte, ohne zu deren Mitteilung verpflichtet zu sein. Vollends aber verlangt die Konsequenz aus Art. 31 a fortiori die Anzeigepflicht für Art. 30, denn, wenn sie dort für Gefahrsänderungen ohne Zuthun des Versicherungsnehmers vorgeschrieben ist, sollte sie doch mit noch mehr Recht verlangt werden für Gefahrsänderungen, die er selbst herbeiführt, für die er also verantwortlich ist und die er auch besser kennen muss als jene. Angesichts des Art. 87 Abs. 2, in welchem Art. 30 aufgenommen ist, wäre es fraglich, ob der Versicherer die von ihm bisher geforderte Anzeigepflicht noch vorschreiben und an die Verletzung derselben Entschädigungsfolgen irgend welcher Art knüpfen könnte. Das Versicherungsamt muss aber wissen, was dem Versicherer gegenüber Art. 30 gestattet ist in seine Bedingungen aufzunehmen. Es genügt nicht, dass der Versicherer auch nach dem Entwurfe so wie so nicht an den Vertrag gebunden ist, denn man wird darauf ausgehen, das geradezu unleidlich erscheinende Resultat, dass der Versicherungsnehmer, der Jahrzehnte lang die Prämien bezahlt hat, im Schadensfalle nichts erhält, dadurch abzuwenden, dass man sagt, der Versicherer hätte um die Gefahrsänderung gewusst oder wissen müssen. Diese ärgerliche Situation voll Rechtsunsicherheit ist unbedingt zu vermeiden. Der Versicherungsnehmer wird leichtsinnig werden gegenüber Risikoveränderungen, wenn man ihn nicht auf die Pflicht zur Mitteilung derselben aufmerksam macht. Andrerseits erzielt man durch die Anzeigepflicht und ihre Rechtsfolge den rechtzeitigen Abbruch des Vertrages, wenn die technischen Grundlagen des Versicherers dessen Fortführung nicht mehr gestatten, oder auch die Vermeidung der Risikoerhöhung durch den Versicherungsnehmer sowie auch Vermeidung von Missverständnissen, Enttäuschungen und Prozessen.

Diesem Antrage wird entgegen gehalten, er verwische wiederum die klare Trennung der in Art. 30 und in Art. 31 auseinandergehaltenen Prinzipien über die Folgen der Gefahrsänderung. Nach Art. 30 soll die Haftung des Versicherers infolge der Risikoveränderung eo ipso aufhören, auch wenn die letztere dem Versicherer angezeigt wurde, während sie bei der Gefahrsänderung nach Art. 31 bestehen bleibt, wenn die

Anzeigepflicht rechtzeitig erfüllt wird. Dagegen kann es nur Unklarheit schaffen, nun in Art. 30 eine Anzeigepflicht einzuführen, an deren Nichterfüllung doch gar keine besondere Rechtsfolge geknüpft wird, da ja dieselbe Rechtsfolge der Nichthaftung des Versicherers auch bei Erfüllung der Anzeigepflicht eintritt. Eventuell müsste deshalb, bei Einführung einer Anzeigepflicht, etwa folgende Redaktion gewählt werden:

„Will der Versicherungsnehmer im Laufe der Versicherung eine wesentliche Gefahrsänderung herbeiführen, so hat er die Änderung, bevor sie wirksam wird, dem Versicherer schriftlich zur Kenntnis zu bringen. Eine wesentliche Gefahränderung liegt vor . . . . . (wie Entwurf).

Ist die Anzeigepflicht verletzt, so ist der Versicherer von dem Augenblicke an, da die Gefahrsänderung eingetreten ist, für die Folgezeit an den Vertrag nicht mehr gebunden."

Allein dieser Vorschlag wird wiederum fallen gelassen, da es nicht angeht, den Versicherer, wenn die Anzeigepflicht nicht verletzt ist, für das veränderte Risiko haften zu lassen und dies würde die Folge dieser Redaktion sein.

Ausserdem ist der vorgeschlagene Zusatz zu Art. 30 überflüssig, denn es ist dem Versicherer schon nach der jetzigen Fassung unbenommen eine Anzeigepflicht vorzuschreiben und die in Art. 30 ausgesprochene Folge erst bei Verletzung dieser Anzeigepflicht eintreten zu lassen. Wenn Art. 30 als wesentliche Gefahrsänderung diejenige erhebliche Thatsache definiert, die entgegen den Bestimmungen des Vertrages verändert wird, so lässt er damit dem Vertrage freie Hand vorzuschreiben, unter welchen Voraussetzungen eine solche Änderung dem Vertrage widerspricht.

Dagegen wird von anderer Seite, gerade weil der vorgeschlagene Zusatz keine materielle Änderung des Entwurfes herbeiführt und doch die in der Beratung geäusserten Zweifel zu beseitigen geeignet ist, dessen Beifügung befürwortet.

Gegen die Einfügung von Art. 30 in Art. 29bis wird eingewendet, dass es viel zu weit gehen würde, den Versicherungsnehmer ausser mit dem vollen Verlust seines Schadenersatzanspruches noch mit dem Verlust der Hälfte der ihm nach Art. 29 zustehenden Ansprüche zu bestrafen. Der Umstand, dass die Risikoveränderung lange nicht entdeckt und die Prämien lange Zeit bezahlt werden, während der Versicherungsnehmer den Schaden dann doch nicht gedeckt erhält, kann die vorgeschlagene Normierung nicht rechtfertigen; dasselbe kommt auch bezüglich der Anzeigepflicht beim Abschluss des Vertrages vor und der Nachteil, der dadurch entsteht, trifft allein den Versicherungsnehmer.

Es wird beschlossen:

1. Art. 30 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

2. Als Abs. 2 wird mit Stichentscheid des Vorsitzenden beigefügt: „Der Vertrag kann bestimmen, ob, in welchem Umfange und in welchen Fristen der Versicherungsnehmer dem Versicherer von solchen Gefahrsänderungen Mitteilung zu machen hat."

3. In Art. 29bis ist Art. 30 Abs. 2 ebenfalls aufzuführen.

Art. 31.

Wird ohne Gegenantrag in der Fassung der technischen Subkommission angenommen.

Art. 32.

Die Vorschrift, wie sie nach dem Beschlusse der wirtschaftlichen Subkommission gefasst ist, wird nicht als praktikabel erachtet, jedoch mit der in jener Subkommission schon betonten Notwendigkeit gerechtfertigt, eine höhere Prämie verlangen zu müssen, wenn von mehreren Gegenständen gerade derjenige wegfällt, der das geringere Risiko bildet, während man die gefahrbringenderen nur mit Rücksicht auf jene zur gleichen Durchschnittsprämie versicherte.

Es wird beschlossen:

Art. 32 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 33.

Der Vorschlag der drei Gesellschaften zu Ziffer 2 beliebt nicht; in dem dort gewählten Beispiel wäre sowohl das Erfordernis der unmittelbaren Lebensgefahr wie dasjenige momentaner Änderung der Gefahr nicht zu billigen; abgesehen davon bedarf es keines Beispieles im Gesetzestext.

Es wird beschlossen:

Art. 33 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen mit der Modifikation, dass in Ziffer 1 nach „eine vorübergehende" eingeschaltet wird „war", und dass in Ziffer 3 statt „schriftlich" gesetzt wird „durch schriftliche Anzeige des Versicherungsnehmers."

Art. 34.

Zur Anregung der wirtschaftlichen Subkommission betr. den Druck der Policen werden einzelne Formulare von solchen vorgelegt, deren Druck deutlich genug ist. Andrerseits wird darauf hingewiesen, dass in einem neueren Urteile der Cour d'Appel de Nîmes einer Policebestimmung die Verbindlichkeit abgesprochen wurde, weil sie in schwer lesbarem kleinen Drucke redigiert war.

Es wird beschlossen:

Art. 34 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

Art. 35.

Zu Abs. 1 wird beantragt statt „der ihm übertragenen Verrichtungen“ zu setzen „der einem solchen Agenten übertragenen Verrichtungen.“ Damit soll ein objektiver Massstab gefunden werden; nicht auf den intern bleibenden konkreten Auftrag soll es ankommen, sondern darauf, was im allgemeinen die gewöhnliche Stellung des Agenten ist, das soll präsumtiv auch in casu gelten; ohne diese Amendierung würde auch das Wort „gewöhnlich“ nicht passen. Dieser Antrag wird bekämpft, weil es unrichtig sei, nicht allein auf die konkrete Vollmacht des betreffenden Agenten, um den es sich handle, Rücksicht zu nehmen und weil es unmöglich sei, einen objektiven Massstab zu finden für das, was einem Agenten überhaupt übertragen ist, denn die einen Agenten auch der gleichen Kategorie hätten überaus verschiedene Funktionen von denen der anderen; der eine Generalagent sei zum Vertragsschluss bevollmächtigt, der andere nicht.

Zu Abs. 3 wird der wirtschaftlichen Subkommission mit den in ihrem Protokoll S. 31 ausgesprochenen Motiven zugestimmt. Auch das Verbot, zu gunsten des Versicherungsnehmers von den allgemeinen Bedingungen abzuweichen, rechtfertigt sich im Hinblick auf den einheitlichen, nach allgemeinem Plane arbeitenden Geschäftsbetrieb des Versicherers.

Es wird beschlossen:

Art. 35 wird (mit 8 Stimmen) in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission, mit der Amendierung „der einem solchen Agenten übertragenen Verrichtungen“ statt „der ihm übertragenen Verrichtungen“, angenommen.

Art. 36.

Der Vorschlag der wirtschaftlichen Subkommission zu Abs. 1 wird bekämpft mit Hinweis auf die Bedürfnisse der Lebensversicherung. Eine Gegenleistung für die Gewährung der neuen Bedingungen würde der Versicherer nur erhalten, wenn von den neuen Bedingungen höhere Prämien verlangt würden. Nun kann aber, auch wenn die Tarifprämie gleich bleibt, bei Einführung neuer Bedingungen, mit welchen etwa zugleich eine Änderung der Mortalitätstafeln vorgenommen wird, doch die Nettoprämie sich ändern, wodurch eine Ergänzung des Deckungskapitals notwendig wird; hier würde der Versicherer durch die Berufung des Versicherten auf die neuen Bedingungen geschädigt. Auch beim Übergang einer lebenslänglichen Versicherung auf den Todesfall zu einer abgekürzten Versicherung auf ein höheres Alter wird die Prämie nicht viel oder gar nicht grösser werden und doch ein erheblicher Ausfall am Deckungskapital entstehen infolge des Wegfalls der Prämien nach der Fälligkeit des Kapitales und des grösseren Barwertes der auszuzahlenden Versicherungssummen. Man müsste daher eventuell, um diesem Bedenken zu begegnen,

sagen: „Er muss jedoch vor Inkrafttreten der neuen Bedingungen die entsprechende Gegenleistung gewähren, wenn eine solche durch die neuen Bedingungen gefordert wird.“ Die Bestimmung ist auch prinzipiell anfechtbar, da sie ungleiches Recht schafft. Der Versicherer kann auch nicht, wenn er früher dem Versicherten günstigere Bedingungen gewährte, z. B. Einbruchsdiebstahl auch bei Tag und ohne Pflicht sofortiger Klageerhebung gegenüber dem Dieb übernahm, später aber strengere Bedingungen einführt, diese letzteren auf die bestehenden Verträge anwenden, während umgekehrt der Versicherungsnehmer die Anwendung der später eingeführten günstigeren Bedingungen verlangen kann. Ausserdem hält man die ganze Vorschrift schon darum für unpraktikabel, da es über die entsprechende Gegenleistung doch einer neuen Vereinbarung mit dem Versicherer bedürfe und wenn diese nicht zustande komme, die Berufung auf die neuen Bedingungen nicht möglich sei.

Diesen Einwendungen wird entgegengehalten, dass die Fassung der wirtschaftlichen Subkommission, der sich der Entwurfsverfasser anschliesst, die notwendige Ergänzung des Deckungskapitales mit der Fassung „die entsprechende Gegenleistung“ zu verlangen gestatte. Das angezogene Beispiel vom Übergang aus einer einfachen Todesfallversicherung auf eine abgekürzte Versicherung passt nicht hieher, da dies nicht dieselbe Versicherungs a r t ist, von der Art. 36 allein spricht. Aus dem gleichen Grunde ist auch das Bedenken, man könnte keine neuen Kombinationen nur versuchsweise für einen kleineren Kreis von Versicherten einführen, nicht stichhaltig, denn auch solche neuen Kombinationen werden gewöhnlich als andere Versicherungsart aufzufassen sein. Prinzipiell rechtfertige das Bedürfnis des versicherungssuchenden Publikums die Abweichung vom allgemeinen Vertragsrecht, speziell im Hinblick auf die lange Dauer der Versicherung; im Publikum wird das Nebeneinanderbestehen ungleicher Bedingungen für die Versicherten einer und derselben Versicherungsanstalt störend empfunden.

Nachdem die Kommission in der ersten Session die Streichung von Art. 36 beschlossen hatte, kommt sie in der zweiten Session auf diesen Beschluss zurück. Um dem Bedenken Rechnung zu tragen, dass auch bei gleichbleibenden Bruttoprämien der Versicherer etwa ein Entgeld bei Einführung neuer Bedingungen notwendig haben kann, wenn, auch ohne dass zu einer anderen Versicherungsart übergegangen wird, die Zeit, bis zu welcher die Prämien zu zahlen sind, abgekürzt wird, wird die Fassung allseitig befürwortet: „Er muss jedoch, wenn für die neuen Bedingungen eine höhere Gegenleistung erforderlich ist, vor Inkrafttreten der neuen Bedingungen das entsprechende Entgelt gewähren.“ Dagegen werden die Bedenken wegen der Gefahr für die Einführung neuer Kombinationen aufrecht erhalten, da solche auch oft innerhalb derselben Versicherungsart vorkommen. Obschon hiedurch speziell die

Unfallversicherungsbranche betroffen wird, bei welcher solche versuchsweise eingeführte neue Kombinationen am häufigsten vorkommen, erklärt der Vertreter der Unfallversicherungsbranche doch, da von anderer Seite unter Betonung des öffentlichen Interesses grosser Wert auf die Bestimmung gelegt wird, derselben zuzustimmen; in gleicher Weise wird Art. 36 in der gewählten Fassung vom Vertreter der Feuer- und Transportversicherungsbranchen unterstützt.

Es wird beschlossen:

Art. 36 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen, mit der Modifikation, dass der zweite Satz lautet: „Er muss jedoch, wenn für die neuen Bedingungen eine höhere Gegenleistung erforderlich ist, vor Inkrafttreten der neuen Bedingungen das entsprechende Entgelt gewähren."

Art. 37.

Dieser Entwurfsbestimmung wird hauptsächlich entgegengehalten, dass sie den auf die Konzession verzichtenden Versicherer ohne ausreichenden Grund, wegen der Nichtbeachtung von Weisungen des Bundesrates, ruiniere. In den bisherigen Fällen von Konzessionsverzicht hätten die Verzichtenden, mit einer wegen des kleinen Versicherungsbestandes unbedeutenden Ausnahme (des „Aigle"), ihr schweizerisches Portefeuille bei einer konzessionierten Gesellschaft rückversichert, wodurch der Versicherungsnehmer für alle seine Ansprüche, auch diejenigen auf Gewinn, zwei Garanten erhielt; im einen Falle der „Providence" wurde dem Versicherten allerdings eine direkte Versicherung bei einer andern Gesellschaft dem „Phénix" angetragen; ein Zwang sie anzunehmen bestand aber nicht. Durch den Austritt, den man den Versicherten gestattet und von dem natürlich nur die Gesunden Gebrauch machen werden, würden diejenigen, die anderwärts nicht unterkommen können, schwer geschädigt; auch würden diejenigen, die vom Konzessionsentzug und der Nichtbefolgung der Weisungen durch den Verzichtenden zufällig zuerst Kenntnis erhalten, vor den andern Befriedigung erhalten. Der einzelne Versicherte sollte daher überhaupt in solchem Falle nicht individuell vorgehen dürfen; er ist auch nicht besser in der Lage sich einen andern Versicherer zu suchen, als die zurücktretende Gesellschaft, die ihr Portefeuille rückversichert. Es wäre daher vorzuziehen im Gegensatz zum Entwurf, auch das Recht auf den Rückkauf für den Fall des Konzessionsentzugs und des Verzichts eines deroutierten Versicherers auszuschliessen und den Versicherer unter die Curatel des Bundesrates zu stellen.

Die Entwurfsbestimmung wird dagegen mit folgenden Gründen verteidigt. Wenn es auch unrichtig sein mag, dass schon der blosse Verzicht auf die Konzession von einzelnen Gerichten als Grund zur Vertragsauflösung erachtet wurde, so liegt doch bei den Fällen, die Art. 37 im Auge hat, ein

dem Art. 96 O. R. ganz ähnlicher Thatbestand vor, sodass das Rücktrittsrecht des Entwurfes auch mit dem gemeinen Vertragsrecht übeinstimmt. Unzutreffend ist auch das in der Gesamtkommission wiederholte Bedenken, das Ausland könnte gegenüber den schweizerischen Versicherern zur Retorsion schreiten. Die ausländische Versicherungsgesellschaft, die es in der Schweiz zu Massregelungen kommen lässt, wie sie Art. 37 voraussieht, wird auch in ihrem Lande nicht unangefochten dastehen und es ist übrigens auch am Platze, wenn der schweizerische deroutierte Versicherer im Ausland gleich behandelt wird, wie wir den ausländischen behandeln. Die Einwendung, Art. 39 gehöre in das Aufsichtsgesetz, ist ebenfalls unzutreffend, vielmehr verlangt das Aufsichtsgesetz notwendig eine Regelung der Folgen des Konzessionsentzuges im Privatrechtsgesetz. Die rechtlichen Bedenken der juristischen Subkommission, der Konzession und dem Entzug derselben überhaupt privatrechtliche Bedeutung beizumessen, sind gegenüber der Erwägung, dass mit der Konzession und der Nichtbeachtung der Sicherheitsmassnahmen des Bundesrates die wesentliche Voraussetzung des Vertragsschlusses, die behördlich festgestellte Sicherheit der Versicherungsunternehmung, dahinfällt, nicht durchschlagend. Ebensowenig ist zu beanstanden, dass, was ebenfalls Grund zur Streichung des Art. 37 bildete, der Bundesrat die Entscheidung über diese privatrechtlich wichtigen Massnahmen in der Hand habe, denn der Bundesrat ist eher in der Lage als der Richter, durch das Versicherungsamt die Garantien zu prüfen, die der auf die Konzession verzichtende Versicherer bietet. Die Verweisung des Versicherten auf die Kaution des Versicherers ist durchaus ungenügend, da die Kaution zur Deckung der Verpflichtungen nicht hinreicht und die Liquidation derselben zur Deckung dieser Verpflichtungen nicht gesetzlich geregelt ist. Dass der deroutierte Versicherer sein schweizerisches Portefeuille rückversichern werde, ist nicht zu erwarten.

Zu Absatz 1 wird beantragt, dem Versicherten das Recht auf anderweitige Versicherung auch für den Fall, dass die Prämie nicht für die ganze Versicherungszeit bezahlt ist, zu gewähren, also die Worte „wenn er die ganze Versicherungszeit bezahlt hat“ zu streichen. Von anderer Seite wird aber verlangt, das Recht auf anderweitige Versicherung auf Kosten des ersten Versicherers überhaupt zu streichen. Die Bestimmung ist nicht von grosser praktischer Bedeutung und wird in jedem Falle einem Prozesse rufen.

In Ziffer 2 des ersten Absatzes ist nicht genügend deutlich, welche Verfügungen des Bundesrates gemeint sind, da in Art. 9 Absatz 2 des Aufsichtsgesetzes, auf welchen verwiesen wird, vom Verzicht auf die Konzession nicht die Rede ist; deutlicher ist es, die in jenem Art. 9 des Aufsichtsgesetzes genannten Verfügungen ausdrücklich anzuführen.

In Absatz 2 sollte dem Versicherungsnehmer nicht das Recht auf die ganze laufende Prämie, sondern nur auf die

bis zum Rücktritt nicht aufgebrauchte pro rata Prämie gewährt werden; es wird vorgeschlagen: „Die für die noch nicht abgelaufene Versicherungszeit bezahlte Prämie."

In Absatz 3 wird der Antrag, statt „Deckungskapital" zu setzen „Rückkaufswert", bekämpft mit dem Hinweis, dass hier die Antiselectionsgefahr durch das Verschulden des Versicherers herbeigeführt werde, also der Abzug am Deckungskapital ungerechtfertigt sei.

Es wird beschlossen:

1. Der Antrag, in Absatz 1 nur die Worte: „wenn er die Prämie für die ganze Versicherungszeit bezahlt hat" zu streichen, wird abgelehnt.

2. In Absatz 1 wird der ganze zweite Satz („oder .... anderweitig Versicherung zu nehmen") gestrichen.

3. In Ziffer 1 wird „entzogen wird" ersetzt durch „entzogen worden ist".

4. Ziffer 2 erhält die Fassung: „wenn der Versicherer, der auf die eidgenössische Konzession verzichtet hat, die vom Bundesrat nach Massgabe des Art. 9 Abs. 2 des angeführten Bundesgesetzes verlangten Abänderungen an seiner Organisation und Geschäftsführung nicht vorgenommen hat."

5. In Absatz 2 werden die Worte: „die für die laufende und die künftigen Versicherungsperioden" ersetzt durch „die für die noch nicht abgelaufene Versicherungszeit."

6. In Absatz 3 wird der Antrag, „Deckungskapital" durch „Rückkaufswert" zu ersetzen, abgelehnt.

7. In Absatz 4 wird das Citat „Art. 14 Abs. 3" ersetzt durch „Art. 14 Absatz 2 und 3."

8. So amendiert wird Art. 37 (mit 10 gegen 3 Stimmen) angenommen.

Art. 38.

Die Abänderung, welche die technische Subkommission in Absatz 1 vorgenommen hat, empfiehlt sich nicht, da die Wirkung des Konkurswiderrufes nicht hier zu regeln, sondern dem Konkursgesetz und der Rechtssprechung zu überlassen ist. Der Widerruf des Konkurses setzt übrigens die Zustimmung aller Gläubiger voraus, womit dem einzelnen Versicherten die Möglichkeit gegeben ist, seine Zustimmung nur gegen ausdrückliche Wiederinkraftsetzung des Vertrages zu erteilen. Sodann wird beanstandet, dass der Vertrag mit der Konkurseröffnung ipso jure erlöschen soll, während nach den Grundsätzen des Konkursrechtes dem Vertragsgegner nur das Rücktrittsrecht gewährt wird, wenn der Cridar die Erfüllung nicht sicher stellt. Es liesse sich auch schwerlich rechtlich erklären, dem Vertrage trotz des Erlöschens noch Rechtsfolgen zu gewähren, wie sie Absatz 2 vorsieht. Vornehmlich

aber ist es für den Versicherten günstiger, den Vertrag noch bestehen zu lassen, sodass er sich erst anderweitig decken und dann erst den Rücktritt erklären kann, wodurch er doch noch den falliten Versicherer für Schadensfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, belangen kann, wenn er schon keine Volldeckung erhält. Die Anregung, die Zahlungsunfähigkeit und die Liquidation der Versicherungsgesellschaft ebenfalls im Gesetze zu berücksichtigen, wird nach Hinweis auf die hiegegen in den Motiven II. Vorlage, Seite 37 und in der juristischen Subkommission geltend gemachten Gründen fallen gelassen. Es wird daher beantragt, dem ersten Absatz die Fassung zu geben: „Wird über den Versicherten der Konkurs eröffnet, so kann der Versicherungsnehmer vom Vertrage zurücktreten."

In Absatz 2 kann, entgegen der Fassung der juristischen und wirtschaftlichen Subkommission, die im Hinblick auf die Streichung von Art. 37 gewählt wurde, wieder auf Art. 37 verwiesen werden. Es wird daher die Fassung vorgeschlagen: „Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrage zurück, so kann er den in Art. 37 Absatz 2 und 3 dieses Gesetzes festgestellten Anspruch geltend machen," und dann den dritten Absatz des juristischen Subkommissionsvorschlages aufzunehmen. Allein dieser Fassung stehen zwei Bedenken entgegen: Einmal ist es technisch unrichtig, dass der Versicherer die für die künftigen Versicherungsperioden bezahlte Prämie restituieren und daneben den in der laufenden Versicherungsperiode entstandenen Schaden ersetzen muss. Sodann sollte dem Versicherungsnehmer die Wahl gelassen werden, entweder den Ersatzanspruch oder die für die noch nicht abgelaufene Versicherungszeit bezahlten Prämien zu fordern, denn wenn der Schaden klein ist, kann es für ihn vorteilhafter sein auf dessen Ersatz zu verzichten und jene Prämien zu fordern.

Absatz 3 wird mit den schon in der wirtschaftlichen Subkommission geltend gemachten Erwägungen bekämpft, weil es dem Versicherungsnehmer verunmöglicht würde, die doch für den einzelnen Versicherten allein bestimmte Rückversicherungsentschädigung für sich zu erhalten. Hiegegen wird auf die schon in den Motiven II. Vorlage Seite 36 enthaltenen Erwägungen verwiesen. Da der Versicherer ganz nach seinem Belieben Rückversicherung nimmt und zwar meist nur bei den grösseren Risiken, würden die einen Versicherten, für die zufällig keine Rückversicherung genommen war, schlechter gestellt, als die andern.

Es wird beschlossen:

1. Absatz 1 erhält folgende Fassung: „Wird über den Versicherer der Konkurs eröffnet, so kann der Versicherungsnehmer vom Vertrage zurücktreten."

2. An Stelle von Absatz 2 treten folgende Bestimmungen: „Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrage

zurück, so kann er den in Art. 37 Absatz 2 und 3 dieses Gesetzes festgestellten Anspruch geltend machen.

Steht ihm aus der laufenden Versicherungsperiode ein Ersatzanspruch gegen den Versicherer zu, so kann er nach seiner Wahl entweder diesen Ersatzanspruch oder jene Forderung geltend machen. Weitergehende Schadenersatzansprüche bleiben vorbehalten."

3. Absatz 3 des Entwurfes wird, jetzt als Absatz 5, angenommen.

Art. 38 (bis).

In einem neuen Artikel wird die Schaffung eines Vorzugsrechtes der Versicherten an den für sie bestimmten Reserven im Konkurse des Versicherers beantragt und zwar in folgender Fassung:

„Sind zum Zwecke der Sicherung von bestimmten Versicherungsansprüchen Reserven ausgeschieden und besonders angelegt worden, so besitzen diejenigen forderungsberechtigten Personen, für die jene Reserven bestimmt sind, im Konkurse des Versicherers ein Vorzugsrecht im Umfange ihrer Versicherungsansprüche.

Unter sich besitzen diese Anspruchsberechtigten gleichen Rang."

Zur Unterstützung dieses Antrages wird im allgemeinen angeführt, dass jede Rücklage, die für einen bestimmten Versicherungsanspruch getrennt angelegt und verwaltet werde, ihrer Natur nach nicht in die allgemeine Masse des Versicherers gehöre. Im besonderen aber verlange die Rücksichtnahme auf das durch § 61 des deutschen Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen geschaffene Vorrecht auf die Prämienreserve in der Lebensversicherung eine ähnliche Bestimmung in unserem Rechte, denn sonst wären einerseits die schweizerischen Versicherten einer schweizerischen Versicherungsanstalt schlechter gestellt als die deutschen Versicherten derselben Anstalt, die in Deutschland ebenfalls arbeitet und dort ihre Reserve gesondert angelegt hat und anderseits würde eine deutsche Versicherungsanstalt auch für die schweizerischen Versicherten einen Vorzug vor einer schweizerischen gewähren, weil bei der ersteren auch die ausländischen Versicherten im Konkurse ihr Vorrecht auf die Reserve geldend machen könnten, während bei schweizerischen Versicherungsanstalten ein solches Vorrecht nicht besteht. Zwar ist die getrennte Anlage und Verwaltung von Reserven in der Schweiz nicht durch Gesetz vorgeschrieben. Allein die Praxis der Aufsichtsbehörde verlangt, dass die Prämienreserven der Lebensversicherer so getrennt gehalten werden, dass sie durch das Risiko anderer vom selben Versicherer betriebenen Versicherungsbranchen (mit Ausnahme der Unfallversicherung) nicht betroffen werden. Ausserdem wird voraussichtlich bei einer Revision des schweizerischen Aufsichtsgesetzes die getrennte Anlage und Verwaltung von Reserven

gesetzlich eingeführt werden und es empfiehlt sich daher, die privatrechtlichen Konsequenzen für den Konkursfall schon jetzt zu regeln, wobei es dem Aufsichtsgesetz überlassen bleibt zu normieren, wann es eine getrennte Anlage von Reserven vorschreiben will; ausserdem soll auch für diejenigen Fälle, in denen ohne solche gesetzliche Verpflichtung thatsächlich eine getrennte Anlage von Reserven stattfindet, ein Vorrecht des Anspruchsberechtigten geschaffen werden.

Diesem Antrag gegenüber wird darauf hingewiesen, dass das deutsche Gesetz die getrennte Verwaltung und damit auch das Vorrecht nur für die Prämienreserve in der Lebens- und Unfallversicherung vorsehe und dass eine getrennte Anlegung von Schadensreserven auch nicht durchzuführen sei. Die Schadensreserve ist nicht, wie die Prämienreserve der Lebensversicherung, eine technisch genau berechnete Summe, sondern der approximative Schätzungswert der noch nicht erledigten Schadensbeträge; dieser verändert sich mit jeder Schadensregulierung und es fällt darum keinem Sachversicherer ein, dafür einen getrennten Fond anzulegen. Es wird deshalb folgende Fassung beantragt:

„Ist bei einer Versicherungsunternehmung das Deckungskapital für Lebensversicherungen ausgeschieden und besonders angelegt, so geht die Forderung des Lebensversicherten für den auf ihn entfallenden Teil des Deckungskapitals den Forderungen aller übrigen Konkursgläubiger vor. Unter sich haben sie gleichen Rang.

Auf die Unfall- und Haftpflichtversicherung findet diese Vorschrift entsprechende Anwendung.“

Hiegegen wird jedoch wiederum eingewendet, dass bei der Unfall- und Haftpflichtversicherung nicht die Prämienreserve, sondern nur die Schadensreserve, die besonders für zukünftig auszahlbare Renten anzulegen sei, in Frage komme. Ausserdem aber wird betont, dass man damit dem zukünftigen Aufsichtsgesetz keinen freien Spielraum lasse, auch in andern Fällen, als nur bei der Lebens-, Unfall- und Haftpflichtversicherung, die getrennte Anlage und Verwaltung von Reserven vorzuschreiben, für welche dasselbe Privileg im Konkursfalle gelten sollte.

Allein es erheben sich auch Bedenken, ob überhaupt die Schaffung eines Vorrechtes gerechtfertigt sei. Unsere heutige Rechtsanschauung verhält sich gegen die Konkursprivilegien im allgemeinen ablehnend und hat von den überaus zahlreichen früher bestandenen nur wenige erhalten, für welche zwingende wirtschaftliche Erwägungen sprachen. Für die Einführung eines neuen Privilegs bestehen keine zwingenden Gründe. Aus den Bilanzen der Versicherer ergiebt sich, dass, vor allem bei Lebens- und Unfallversicherung, nennenswerte Gläubigeransprüche neben den Versicherten überhaupt nicht bestehen. Unter den Versicherten selber aber diejenigen, denen ein Anspruch auf das Deckungskapital zusteht, zu privilegieren vor denjenigen, denen ein Anspruch auf die fällige Versicherungssumme zusteht, besteht vollends kein Grund. Die Prä-

mienreserve ist keine individuelle, für jeden einzelnen Versicherten ausgeschiedene. Man kann, bevor von der Aufsichtsbehörde aus eine solche getrennte Anlage uud Verwaltung der Reserve verlangt wird, im Privatrechtsgesetze von der getrennt angelegten und verwalteten Reserve nicht wohl sprechen. Die Ausführung der vorgeschlagenen Norm würde zu erheblichen Schwierigkeiten führen. Wie wäre es z. B. mit den getrennt angelegten Gewinnfonds zu halten? Die Ausscheidung der Reserve ist, wenn sie vom Versicherer heute auch eingeführt wird, eine interne Verwaltungsmassnahme, welche für den andern Teil keine vertraglichen Rechte schafft; wollte man dem Vertragsgegner ein Vorrecht auf die Reserve gewähren, so müsste man ihm auch eine Einmischung in die Bildung und Verwaltung der Reserve gestatten. Die Ungleichheit für die Versicherten schweizerischer und ausländischer Gesellschaften würde nicht aufhören, da ja keine ausländischen Staaten ausser Deutschland das Vorrecht auf die Prämienreserve kennen.

Es wird beschlossen:

1. In eventueller Abstimmung wird der zweite Antrag (Beschränkung des Vorrechtes auf die Prämienreserve in der Lebens-, Unfall- und Haftpflichtversicherung) dem ersteren (Vorrecht auf alle Reserven) vorgezogen.

2. Definitiv wird der Antrag auf Einführung eines Vorrechtes des Versicherten auf die Prämienreserve im Konkurse des Versicherers mit allen gegen 2 Stimmen abgelehnt.

Art. 39.

Zu Absatz 1 wird die Forderung einer schriftlichen Benachrichtigung mit Hinweis auf die Gepflogenheit des Verkehrs, solche Anzeigen mündlich, namentlich auch telephonisch zu erstatten, beanstandet.

Absatz 2 wird angefochten, einmal weil dessen Ausführung dem Richter Schwierigkeiten bereiten dürfte, da er den Betrag, um den sich die Entschädigung bei rechtzeitiger Anzeige gemindert haben würde, nicht berechnen kann, und sodann weil es auch hier, wie bei der Anzeigepflicht bei Vertragsschluss und bei der Gefahrsänderung, nicht genüge, den schuldhaft die Anzeigepflicht Verletzenden nur mit dem Schaden zu belegen, der durch die Verletzung der Anzeigepflicht in dem entdeckten Falle entsteht, vielmehr sollte, wie das auch von den kantonalen Feuerversicherungsgesetzen geschieht, der Betrag der Entschädigung bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung gekürzt werden. Allein es wird auf die Unbilligkeit, den Entschädigungsanspruch ganz oder zum Teil verwirken zu lassen, hingewiesen und betont, dass es genügt, die betrügerische Verletzung der Anzeigepflicht durch Absatz 3 in Verbindung mit Art. 29 bis zu ahnden.

Es wird beschlossen:

1. der Antrag auf Streichung des Wortes „schriftlich“ in Absatz 1 wird abgelehnt.

2. Art. 39 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen mit der Modifikation, dass „schuldhaft“ durch „schuldhafterweise“ ersetzt wird.

Art. 40.

Auch zu Absatz 3 wird der Zusatz „und deren Beschaffung ihnen ohne erhebliche Kosten möglich ist“ vorgeschlagen, weil auch die Erforschung der Umstände, unter denen das Ereignis eingetreten ist, erhebliche Kosten verursachen kann. Allein Absatz 3 verlangt nur Auskunft über die dem Forderungsberechtigten bekannten Umstände. Dies soll in der Fassung des Artikels deutlicher zum Ausdruck gebracht werden.

Es wird beschlossen:

1. Absatz 3 erhält die Fassung: „Der Forderungsberechtigte muss, auf Begehren des Versicherers, jede weitere Auskunft über solche ihm bekannte Thatsachen erteilen, die zur Ermittlung der Umstände, unter denen das befürchtete Ereignis eingetreten ist, oder zur Feststellung der Folgen des Ereignisses dienlich ist.“

2. Im übrigen wird Art. 40 in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 41.

Der Zusatz der technischen Subkommission: „wenn der Vertrag nicht anders bestimmt,“ der beigefügt wurde zur Verdeutlichung der dispositiven Natur der ihrer Fassung nach anscheinend zwingenden Bestimmung, erscheint angesichts des Art. 88 unnötig. Ein Antrag, die Entwurfsfassung entgegen derjenigen der juristischen Subkommission wieder aufzunehmen, um zuzulassen, dass die Zinspflicht bis zur Feststellung des Schadens wegbedungen wird, wird fallen gelassen, nachdem darauf hingewiesen wurde, dass der Zusatz „wenn erhellt, dass der Versicherer die Leistung ungerechtfertigterweise verweigert hat“ etwas selbstverständliches ausspreche, denn wenn die Leistung gerechtfertigterweise verweigert wurde, entsteht schon nach Obligationenrecht keine Zinspflicht des Schuldners.

Es wird beschlossen:

Art. 41 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

Art. 42.

Der Vorschlag der juristischen Subkommission zu Absatz 2, welcher eine zu weitgehende und unbillige Anwendung des Rücktrittsrechtes verhindern wollte, indem sie erst versuchte bei kleinem Teilschaden dasselbe auszuschliessen und dann auf das Verschulden des Versicherungsnehmers abstellte, wird fallen gelassen, weil er dem Bedürfnisse des Versicherungsbetriebes nicht gerecht wird. Ebenso wird, nachdem auch auf die veränderten Anschauungen in Versicherungskreisen über diesen Punkt hingewiesen wurde, der Vorschlag der technischen Subkommission aufgegeben.

Gegen Absatz 3 erhebt sich Widerspruch, weil er nach der Fassung des Entwurfs und der wirtschaftlichen Subkommission den Versicherer nötigen würde, die auf die künftigen Versicherungsperioden entfallenden Prämien ganz zu restituieren, ohne dem Versicherer ein Entgelt für seine Abschlusskosten zu gewähren, die er nur bei Eingang aller Prämien der ganzen Vertragszeit hätte decken können. Die technische Subkommission hat daher, um ihm ein solches Entgelt zu verschaffen, die Prämie für die laufende Versicherungsperiode dem Versicherer trotz des Rücktritts während dieser Periode belassen. Damit würde auch vermieden, das Prinzip des Art. 28 hier zu durchbrechen. Von anderer Seite wird beantragt, die Folgen des Rücktritts des Versicherers gleich wie desjenigen des Versicherungsnehmers zu behandeln und auf beide Art. 29 anwendbar zu erklären; wie wollte man sonst entscheiden, wenn beide gleichzeitig den Rücktritt erklären?

Allein es wird als prinzipiell unrichtig und ungerecht erachtet, dem Versicherer für den Restbetrag der Versicherungssumme die Prämie bis zum Ende der laufenden Versicherungsperiode zu gewähren, obschon er das Risiko für die restierende Zeit dieser Periode durch seinen Rücktritt abgelehnt hat. Allerdings würde beim Vorschlag der technischen Subkommission unter Umständen der Versicherungsnehmer sich günstiger stellen, als wenn er zwar für die laufende Periode den auf den Restbetrag der Versicherungssumme entfallenden Teil der Prämie ganz, dagegen von den Prämien der zukünftigen Perioden nur drei Vierteile erhalten würde; es würde von zufälligen Umständen abhängen, ob er beim einen oder andern Modus weniger oder mehr erhält. Dagegen erscheint es prinzipiell richtiger, keine Prämie für ein vom Versicherer abgelehntes Risiko zu gewähren und dem Versicherer das Entgelt für seine Abschlusskosten durch einen Abzug an den für die künftigen Perioden zurückzuerstattenden Prämien zu verschaffen, also für die künftigen Perioden die Prämienrestitution wie im Falle des Rücktritts des Versicherungsnehmers vorzunehmen. Zwar wird eingewendet, nach vielen Agenturverträgen seien die Agenten in solchen Rücktrittsfällen verpflichtet, die Abschlussprovisionen dem Versicherer zu restituieren, sodass dann Abschlusskosten nicht zu decken wären; dagegen wird vom Vertreter der Feuerversicherungsbranche bemerkt, dass gerade der Rücktritt infolge Brandschadens von den Fällen der Restitution der Agenturprovision ausgenommen sei.

Als unklar wird die Entwurfsfassung insofern beanstandet, als sie den Schluss zulässt, dass, wenn bei Versicherungen mit verschiedenartigen Versicherungsleistungen, wie bei der Unfallversicherung die Leistung im Todesfall, im Invaliditätsfalle und im Falle vorübergehender Krankheit (Kurquote), der Schaden auf der einen Art, z. B. der Kurquotenleistung, eintritt, die auf die andern Versicherungsleistungen entfallende Prämie ganz zurückerstattet werden müsse, ob-

schon der Versicherer bis zum Rücktritt alle beiden Risiken getragen hat. Allein es wird bestritten, dass der Entwurf eine solche Auslegung zulasse und dass die rechnerische Ausführung der Entwurfsvorschrift für solche Versicherungen Schwierigkeiten biete. Tritt z. B. bei der Versicherung für die Kurquote ein Schaden ein und tritt der Versicherer deshalb zurück, so wird berechnet, welcher Summe von Kurquoten die auf vorübergehende Arbeitsunfähigkeit versicherte Maximalentschädigung, auf welcher die Prämie berechnet ist, entspricht und dann die Prämie im Verhältnis dieser Summe zu dem eingetretenen Schaden reduziert. Selbstverständlich sind auch die, besonders in der Feuerversicherung, gebräuchlichen Rabatt- oder Freijahre so zu berücksichtigen, dass die auf die ganze Versicherungszeit bezahlte Prämie auf die Zeit vor und nach dem Rücktritt verteilt wird.

Die Anregung, auch beim Rücktrit des Versicherungsnehmers den Zeitpunkt zu fixieren, von welchem an die Haftung des Versicherers erlischt, wird wieder fallen gelassen, da hier der Versicherungsnehmer es in der Hand hat rechtzeitig für seine anderweitige Deckung zu sorgen, bevor er zurücktritt; die Haftung des Versicherers soll daher sofort mit dem Eingang der Rücktrittserklärung aufhören.

Es wird beschlossen:

1. Abs. 1 und 2 werden in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

2. In Abs. 3 erhält der zweite Satz folgende Fassung: „Der Versicherer hat diejenige Prämie zurückzuerstatten, welche auf die nicht abgelaufene Zeit der laufenden Versicherungsperiode und auf den Restbetrag der Versicherungssumme entfällt.“

3. Abs. 4 erhält folgende Fassung: „Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrage zurück, so bleibt dem Versicherer der Anspruch auf die Prämie für die laufende Versicherungsperiode gewahrt.“

7. Als Abs. 5 wird beigefügt: „Ist die Prämie für mehrere Versicherungsperioden bezahlt, so kommt die Bestimmung des Art. 29 Absatz 3 zur Anwendung.“

Art. 43.

Es wird die Frage aufgeworfen, ob nach Absatz 2 auch die vom Agenten angestellten Unteragenten zur Entgegennahme der Mitteilungen ermächtigt seien. Massgebend kann nur sein, ob sie unter den Begriff der Agenten des Versicherers fallen; dies kann auch zutreffen für Agenten, die substitutionsweise vom Agenten des Versicherers als solche bestellt werden, nur müssen es selber wirklich Agenten und nicht blosse Anwerber für einen Agenten sein. Um Zweifel zu vermeiden, wird vorgeschlagen, nur das Rechtsdomizil des Versicherers als Meldestelle zu bezeichnen. Allein dies wäre unhaltbar, da das Rechtsdomizil den wenigsten Versicherten bekannt ist.

Es wird beschlossen:

Art. 43 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 44.

wird ohne Diskussion in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

Art. 45.

Gegen die Fassung der juristischen Subkommission zu Absatz 1 spricht allerdings die Erwägung, dass es dann der Versicherungsnehmer in der Hand hat, durch die Einreichung der Anspruchsbegründung den Zeitpunkt, in welchem die Verjährung beginnt, herbeizuführen. Allein gegen die Entwurfsfassung erheben sich doch die Bedenken, dass für die Prämienforderung des Versicherers „die Thatsache, welche die Leistungspflicht begründet," der Vertragsschluss, nicht der Ablauf der Prämienperiode wäre, was man doch zweifellos nicht beabsichtigt und bei der Haftpflichtversicherung wäre sehr fraglich, ob nicht in dem den Haftpflichtfall begründenden Ereignisse (Unfalle) die „Thatsache, welche die Leistungspflicht begründet," liegen würde, wodurch das unhaltbare Resultat erzielt würde, dass der Anspruch gegen den Versicherer verjährt wäre, bevor der Haftpflichtanspruch gerichtlich entschieden ist. Um diesen Bedenken Rechnung zu tragen, wird doch die Fassung der juristischen Subkommission aufgenommen.

Es wird beschlossen:

Art. 45 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

Art. 46.

Gegenüber der Anregung, in Abs. 1 das berechtigte Interesse zu erwähnen, wird auf die Bemerkung der juristischen Subkommission hingewiesen (deren Protokoll S. 44.)

Es wird beschlossen:

1. Abs. 1 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

2. In Abs. 2 wird „der Bestimmung" vor „von Art. 19" und „dieses Gesetzes" nach „Art. 19 Absatz 2" eingeschaltet. Im Übrigen wird Abs. 2 in der Fassung der jurist. Subkommission angenommen.

3. Abs. 3 wird in der Entwurfsfassung angenommen.

Art. 47.

Ohne Gegenantrag in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 48.

Ohne Gegenantrag zu Art. 60a verwiesen.

Art. 49.

Ohne Diskussion in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 50.

Ohne Gegenantrag wird beschlossen Abs. 1 und 2 zu streichen und Absatz 3 zu Artikel 52 zu ziehen.

Art. 51.

Ohne Gegenantrag wird Art. 51 zu Art. 49 und der Zusatz der juristischen Subkommission zu Art. 52 gezogen.

Art. 52.

Der Vorschlag anstatt: „so ist d e r Versicherer an den Vertrag nicht gebunden“ zu sagen „so ist k e i n Versicherer an den Vertrag gebunden“ erscheint unnötig, weil die jetzige Redaktion keinen Zweifel bestehen lässt, dass bei betrügerischer Doppelversicherung jeder der mehreren Versicherer nicht haftet. Auch die Anregung, die Nichthaftung nur eintreten zu lassen, wenn der Versicherer innert bestimmter Frist nach Kenntnisnahme der betrügerischen Ueber- oder Doppelversicherung die Haftung ablehnt, beliebt nicht, da der betrügerische Versicherte diesen Schutz nicht verdient und es dem Versicherer auch nach der jetzigen Fassung freisteht beim Vertrage zu bleiben. Dagegen wird die Pflicht zur Anzeige jeder Doppelversicherung gebilligt, um zu verhindern, dass erst beim Schadensfalle der Versicherer von der bestehenden Doppelversicherung Kenntnis erhält. Wird diese Anzeigepflicht statuirt, so hat es kein Bedenken, die gutgläubige Doppelversicherung zu gestatten. Sie kommt häufig vor, sei es, dass der Versicherte Zweifel in die Solvenz eines einzelnen Versicherers hegt, sei es, dass er sich im Irrtum darüber befindet, ob er überhaupt oder doch ganz versichert sei, so wenn z. B. der Versender die Ware versichert hat und der Empfänger sie nochmals versichert.

Beanstandet wird, dass in Absatz 2 der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission nur an die betrügerische Doppelversicherung und die absichtliche Nichtanzeige Rechtsfolgen geknüpft seien, während die fahrlässige Verletzung von Absatz 1 ohne Sanktion bleibe; es sei unrichtig, dass O. R. 110 hiefür anwendbar sei, denn jener spreche nur von der Nichterfüllung von Vertragspflichten, während hier keine solche, sondern eine gesetzliche Pflicht vorliege. Obschon dieser Auffassung widersprochen wird, soll zur Verdeutlichung in Absatz 1 die Rechtsfolge beigefügt werden.

Es wird beschlossen:

1. In Absatz 1 (Zusatz der wirtschaftlichen Subkommission) ist vor „sämtlichen Versicherern“ einzufügen „bei Vermeidung von Schadenersatz.“

2. So amendiert wird Art. 52 in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 53.

Wird ohne Gegenantrag in der Entwurfsfassung angenommen.

Art. 54.

Der Grundsatz, den Erwerber des versicherten Gegenstandes von Rechtswegen haftbar zu erklären, erregt für diejenigen Fälle, in denen der Erwerber vom Bestehen der Versicherung keine Kenntnis hat, Bedenken. Zwar steht man der Bestimmung wegen ihres zur Versicherung erziehenden Wertes sympathisch gegenüber; bei der Immobiliar-Feuerversicherung rechtfertigt es sich auch aus wirtschaftlichen Gründen, dass ein Haus überhaupt nie unversichert ist. Allein andere Versicherungen, wie z. B. die Hagelversicherung, haben sich noch nicht so eingelebt, dass deren Bestand von Jedermann vorausgesetzt wird. Es sollte daher dem Erwerber möglich sein, die Pflichten aus der Versicherung, wenn er von deren Bestand Kenntnis erhält, abzulehnen und zwar liesse sich nur denken, dass man den Veräusserer verpflichtet, dem Erwerber von der Versicherung Kenntnis zu geben und dann den Erwerber haftbar su erklären, wenn er nicht innert bestimmter Frist den Eintritt in den Vertrag ablehnt.

Allein man befürchtet die Konsequenz, dass, wenn dem Erwerber nicht von Gesetzeswegen die Vertragspflichten überbunden werden, auch der Versicherer dem Erwerber die Versicherung nicht gewähren muss und dann bleibt der schwer empfundene Missstand bestehen, dass der Erwerber, während er in guten Treuen auf den Fortbestand der Versicherung baut, nicht gedeckt ist.

Es wird beschlossen:

1. Abs. 1 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

2. Abs. 2 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 55.

Wird ohne Gegenantrag in der Entwurfsfassung angenommen.

Art. 56.

Ein Antrag, den zweiten Satz des ersten Absatzes in der Entwurfsfassung anzunehmen, wird abgelehnt, weil er eine so wie so geltende Regel des gemeinen Civilrechts enthält. Durch die Versicherung ist das Eigentümerinteresse in Konkurrenz mit dem Pfandgläubigerinteresse gedeckt und es ist selbstverständlich, dass die Reihenfolge der Rechte am Versicherungsanspruche sich nach derjenigen der Rechte an der Sache richtet.

Es wird beschlossen:

Art. 56 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

Art. 57.

Der Antrag der juristischen Subkommission, Art. 57 zu streichen, wird in der Gesamt-Kommission wiederholt mit der Begründung, dass das kantonale Sachenrecht selbstverständ-

lich vorbehalten sei und auch an anderem Orte, z. B. bei der Frage des Einwurfs der Versicherungssumme der Todesfallversicherung in die Gütergemeinschafts- und die Erbmasse (Kollationspflicht), das kantonale Recht nicht noch ausdrücklich vorbehalten werde. Allein in Art. 57 handelt es sich um kantonale Vorschriften, welche in das Vertragsrecht eingreifen können, indem sie z. B. vorschreiben, wie die Zahlung der Schadenssumme zur Sicherung der auf der versicherten Liegenschaft haftenden Pfandrechte zu erfolgen habe. Solche Vorschriften hat z. B. Genf erlassen. Dass das kantonale Recht hierin dem eidgenössischen Rechte derogiere, ist notwendig vorzubehalten, während es sich z. B. bei der Kollationspflicht um kein Vertragsrecht handelt und darum die Anwendung kantonalen Rechtes ausser Zweifel steht.

Es wird beschlossen:

Art. 57 wird in der Entwurfsfassung angenommen.

Art. 58.

Es wird beantragt beizufügen, dass das durch Art. 58 eingeführte Pfandrecht an dem Ersatzanspruche nach den Bestimmungen des Betreibungsgesetzes verwertet werde, denn ohne eine solche Bestimmung wäre man über die Art der Verwertung im unklaren, da das Betreibungsgesetz nur die Verwertung von Grundpfändern und Faustpfändern kenne, worunter dieses gesetzliche Pfandrecht nicht falle. Hiegegen wird eingewendet, dass das Betreibungsgesetz selbstverständlich zur Anwendung komme, beruhe das Pfandrecht auf Gesetz oder Vertrag.

In Abs. 1 wird nach „die Ersatzleistung“ vorgeschlagen einzuschalten, „soweit sie nicht bereits durch den Haftpflichtigen getilgt ist“ um eine ungerechtfertigte Bereicherung des vom Unfall Betroffenen zu verhüten. Allein gewöhnlich verbietet der Versicherungsvertrag dem Haftpflichtigen an den vom Unfall Betroffenen ohne Zustimmung des Versicherers etwas zu bezahlen; der Versicherte ist verpflichtet, sich mit dem Versicherer ins Benehmen zu setzen, wenn er die Zahlung leistet und es rechtfertigt sich nicht, dem Versicherer die Pflicht aufzuerlegen, sich vor seiner Zahlung zu informieren, ob der Versicherte nicht schon Zahlungen an den vom Unfall Betroffenen geleistet habe.

Es wird beschlossen:

1. Die beantragten Zusätze betr. Verwertung des Pfandrechtes an dem Ersatzanspruche und betr. Vorbehalt der Zahlungen des Haftpflichtigen werden abgelehnt.

2. Art. 58 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 59.

Dem Antrag der juristischen Subkommission wird die Entwurfsfassung vorgezogen, weil die Pflicht zur Einholung von Weisungen, wo nicht Gefahr im Verzuge ist, aufrecht erhalten werden soll.

Es wird beschlossen:

Art. 59 wird ohne Gegenantrag in der Entwurfsfassung angenommen.

Art. 60.

Der Antrag in Absatz 3 zu sagen: „Ist ein künftiger Gewinn mitversichert," wird fallen gelassen, da auf die Hagelversicherung hingewiesen wird, bei welcher die Versicherung künftigen Gewinns ohne Verbindung mit anderer Versicherung vorkommt.

Es wird beschlossen:

Art. 60 wird ohne Gegenantrag in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 60a.

Zur Verbesserung der Redaktion soll „abzüglich" ersetzt werden durch „nach Abzug".

Es wird beschlossen:

Art. 60a wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission, aber unter Ersetzung von „abzüglich" durch „nach Abzug", angenommen.

Art. 61.

Gegenüber dem Antrag auf Streichung von Abs. 3 wird dessen Aufrechterhaltung zur Vermeidung eines zu weitgehenden Schlusses aus dem Verhalten des Versicherers als notwendig erachtet. Fälle, in welchen aus der Mitwirkung bei der Schadensermittlung trotzdem auf die Anerkennung der Ersatzpflicht zu folgern wäre, wie es die juristische Subkommission annahm, dürften kaum vorkommen.

Es wird beschlossen:

1. Absatz 1 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.
2. Absatz 2—4 werden in der Fassung des Entwurfs angenommen.

Art. 62.

Wird ohne Gegenantrag in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

Art. 63.

Wird ohne Gegenantrag in der Fassung des Entwurfs angenommen unter Einschaltung von „60a" nach „Art. 60" im ersten und zweiten Absatz.

Art. 64.

Das von der wirtschaftlichen Subkommission adoptierte Prinzip der Schadensreduktion bei der Unterversicherung im Verhältnis von Versicherungssumme zum Ersatzwert widerspricht allerdings der bisherigen Auffassung, wie sie in der Litteratur und Rechtsprechung vertreten wurde. Danach wurde der Versicherte, der ein Warenlager im Werte von

100,000. — Fr. zu Fr. 80,000. — versichert hatte, immer für die ungedeckte Differenz dieser beiden Summen als sogenannter Selbstversicherer erachtet und im Schadensfalle der Totalschaden im Verhältnis dieser beiden Summen zu einander reduziert, auch wenn der Wert der Waren unmittelbar vor dem Schadenseintritt auf den Versicherungswert herabgesunken war, weil seit dem Vertragsbeginn, vielleicht während des grössten Teiles der Vertragsdauer das ganze Warenlager dem Risiko ausgesetzt war, d. h. in dem angeführten Beispiel, weil bei einem Warenlager von 100,000. — Fr. eher ein Schaden bis auf 80,000. — Fr. entstehen kann, als bei einem Warenlager von nur 80,000.— Fr. Wert. Allein die Kommission schliesst sich den Ausführungen des Vertreters der Sachversicherungsbranche an, wonach die Regelung der Frage, wie sie die wirtschaftliche Subkommission vorschlägt, einer auf dem Kontinent geübten Praxis der Versicherungsgesellschaften entspricht, zumal der vorsichtige Versicherte dabei sich günstiger stellt und Bedenken für das öffentliche Wohl ausser Frage sind.

Der Begriff der Unterversicherung soll, ohne dass er ausführlich definiert wird, doch im Gesetze durch Einschaltung des Wortes „Unterversicherung“ in Klammern zum Ausdrucke kommen, damit auch die Marginalbemerkung verständlich wird.

Statt „im Zweifel“ wird hier, wo es sich um einen Zweifel nicht handelt, die Fassung gewählt, „wenn nichts anderes vereinbart.“ Streichen kann man die Worte nicht, denn es kommt vor, dass der Schaden schlechtweg bis auf die Versicherungssumme bezahlt wird, ohne Rücksicht auf das Verhältnis von Versicherungssumme zum Ersatzwert.

Es wird beschlossen:

1. Absatz 1 wird ohne Gegenantrag in der Entwurfsfassung angenommen.

2. Absatz 2 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission unter Einschaltung von „(Unterversicherung)“ nach „den Ersatzwert nicht“ und Ersatz von „im Zweifel“ durch „wenn nichts anderes vereinbart“. angenommen.

Art. 65.

In Abs. 1 müssen die Worte „oder des Versicherungswertes“ wegfallen, da nach den vorhergehenden Beschlüssen der Versicherungswert nicht mehr massgebend ist. Das Citat „Art. 59“ gehört nicht hinter „Kosten,“ da Art. 59 von den Kosten der Schadensminderung nicht spricht, sondern hinter „Schadensminderung.“ Der Zusatz der technischen Subkommission zu Absatz 3 wird bekämpft, da es auf die objektive Zweckmässigkeit und nicht auf die Weisungen des Versicherers ankommen soll.

Es wird beschlossen:

1. Abs. 1 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen, mit der Modifikation, dass

„Art. 59“ hinter „Schadensminderung“ gesetzt und die Worte „oder des Versicherungswertes“ gestrichen werden.

2. Abs. 2 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

3. Abs. 3 fällt weg.

Art. 66.

Wird ohne Gegenantrag in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen unter Ersatz von „ein Versicherer“ durch „einer der Versicherer“ und Streichung der Worte: „nach Massgabe des Art. 68 Absatz 1 dieses Gesetzes“ im zweiten Absatz.

Art. 67.

Der Entwurfsbestimmung wird vorgeworfen, dass der Begriff der wirtschaftlichen Wertlosigkeit zu unklar sei. Die Bestimmung ist auch unnötig, denn auch bei dem zur Unterstützung des Entwurfs hauptsächlich angerufenen Beispiel des Verlustes einer von mehreren zusammengehörigen und nur als Gesamtheit Wert besitzenden Sachen wird schon nach Art. 60 bei der Schätzung des Wertes der zu Grunde gegangenen Sache auf die Sachgesamtheit Rücksicht genommen werden.

Es wird beschlossen:

Art. 67 wird gestrichen.

Art. 68.

Als Konsequenz der Beschlüsse zu Art. 17 Absatz 2 sind auch hier in Abs. 3 ausser den mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft lebenden Personen auch diejenigen einzubeziehen, für deren Handlungen er einzustehen hat, denn, wenn deren leichtfahrlässiges Handeln durch die Versicherung gedeckt sein soll, dürfen sie auch auf dem Regresswege nicht vom Versicherer dafür belangt werden. Die schon zu Art. 17 geäusserten Bedenken gegen die Unbestimmtheit des Begriffs der häuslichen Gemeinschaft hinsichtlich von Hausgenossen, wie Zöglinge, Chambregarnisten, Kranke in einer Anstalt, wird mit Hinweis auf die im eidgenössischen Civilgesetzbuchentwurfe vorgesehene Begriffsbestimmung (Art. 357) widerlegt.

Es wird beschlossen:

1. Abs. 1 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

2. Abs. 2 wird in der Fassung des Entwurfs angenommen.

3. Abs. 3 erhält die Fassung: „Die Bestimmung des ersten Absatzes findet keine Anwendung, wenn der ersatzpflichtige Dritte zu den in Art. 17 Absatz 2 dieses Gesetzes genannten Personen gehört, vorausgesetzt, dass er den Schaden nicht absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt hat.“

Art. 69.

Zu Absatz 1 wird zur Verbesserung der Redaktion die Fassung vorgeschlagen: „Die Todesfallversicherung auf fremdes Leben ist ungültig, wenn der Versicherte dem Abschlusse des Vertrages nicht beigestimmt hat," weil die Fassung die technische Bezeichnung für die Versicherung auf den Tod eines Dritten wiedergiebt. Allein, wenn schon für den Versicherungstechniker, erscheint sie doch für das Publikum nicht verständlicher.

Die Fassung von Absatz 2 ist unklar. Die Worte „weitere Übertragung" passen nicht auf den einen der im Vordersatz genannten Fälle, nämlich die Versicherung auf fremdes Leben, bei der es sich um die erstmalige Abtretung handelt.

Es wird beschlossen:

1. Abs. 1 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

2. Abs. 2 erhält folgende Fassung: „Der Versicherungsanspruch kann dagegen ohne Zustimmung des Dritten oder desjenigen, der sein eigenes Leben versichert hat, abgetreten werden."

Art. 69a u. **70** vgl. Seite 14 und 9.

Art. 71.

Die Entwurfsfassung wird derjenigen der juristischen Subkommission Absatz 1 vorgezogen, weil sie nicht, wie jene verhindert, dass auch der Cessionar des Versicherungsanspruchs mit dem Versicherer die Zahlung an einen Destinatär vereinbaren kann.

Die Erweiterung von Absats 2, wie sie die wirtschaftliche Subkommission gegenüber dem Vorschlage der juristischen Subkommission beantragt, wird auch in der Gesamtkommission wie in der wirtschaftlichen Subkommission (Prot. S. 52) energisch verteidigt und findet allgemeine Zustimmung. Zwar wird auf die Kritik Ehrenbergs verwiesen, welche sich namentlich gegen die ungenügend bestimmte Bezeichnung des Benefiziars, wie sie in den Ausdrücken Erben oder Rechtsnachfolger liegt, wendet. Allein diese Gründe werden nicht als schwerwiegend genug erachtet, um die wirtschaftlich notwendige und dem Parteiwillen allein entsprechende Interpretationsnorm der wirtschaftlichen Subkommission zu beseitigen.

Bei Absatz 4 der juristischen Subkommission besteht Einverständnis darüber, dass das Accrescenzrecht nur zur Anwendung kommt, wenn die mehreren Personen auf das ganze verwiesen sind, nicht aber wenn von Anfang an jeder derselben auf einen Teil als Begünstigter eingewiesen wird. Allerdings werden Bedenken dagegen erhoben, dass wenn die Erben z. B. ein Sohn und die Nachkommen des zweiten Sohnes oder die Ehefrau und die Kinder des Erblassers

sind, dann die Versicherungssumme nach Köpfen geteilt wird und nicht, was dem Willen des Versicherungsnehmers eher entsprechen würde, nach denjenigen Quoten, nach denen sie erbberechtigt sind. Allein es soll dem Versicherungsnehmer überlassen werden, in solchen Fällen seinen Parteiwillen deutlich zum Ausdruck zu bringen, als allgemeine Interpretationsregel mangels einer solchen Parteidisposition empfiehlt sich die Fassung der juristischen Subkommission besser.

Es wird beschlossen:

1. Absatz 1 wird in der Entwurfsfassung angenommen.

2. Absatz 2 wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen, womit Absatz 3 wegfällt.

3. Absatz 4 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen.

Art. 72.

In Absatz 2 ist die Betonung, dass das Recht des Destinatärs ein eigenes, originäres sei, wie der Entwurf vorschlägt, nicht nötig, da sich ja schon aus der vorhergehenden Bestimmung ergiebt, dass der Destinatär seinen Anspruch nicht jure heriditatis, sondern auf Grund des Vertrages erwirbt.

Absatz 3 wird namentlich deswegen beanstandet, weil die Übergabe der Police den Zweck der Vorschrift, dem Destinatär den Anspruch als unentziehbar zu sichern, gerade da nicht genügen könne, wo es am notwendigsten wäre, nämlich, wenn Ehefrau und Kinder des Versicherungsnehmers in Frage kommen, die keinen separierten Besitz an der Police auszuüben in der Lage seien. Um diesem Bedenken Rechnung zu tragen, wird von anderer Seite die Aufnahme des Zusatzes der technischen Subkommission befürwortet, um mit der Anzeige an den Versicherer die Übergabe beweisen zu können. Allein dies würde nicht zum Ziele führen, weil neben der Anzeige die weitere Voraussetzung der Übergabe selbständig erwiesen werden müsste. Die technische Subkommission hat die Anzeige an den Versicherer vorgeschlagen, um zu verhindern, dass der Versicherer ohne Kenntnis von der Übertragung der Police dem Versicherungsnehmer bezahle, wenn derselbe den Verlust der Police vorgeben würde. Da nun aber, wenn Verlust der Police behauptet wird, die Durchführung des Amortisationsverfahrens verlangt werden kann, bedarf es jener Sicherungsmassregel nicht.

Der Anregung von Ehrenberg, in seinem Aufsatze: Wichtige Probleme des Lebensversicherungsrechtes (in Iherings Jahrbücher Bd. 41), die Begünstigung nur zu beachten, wenn sie beim Vertragsschlusse selbst vereinbart ist und dann die anderweitige Verfügung des Versicherungsnehmers nicht zuzulassen, ähnlich wie dies in England geschah, wird

nicht zugestimmt, weil eine solche Regelung dem heutigen Rechtszustand, wie die Praxis ihn bei uns ausbildete, widersprechen und namentlich die Kreditfähigkeit der Police aufheben würde.

Absatz 3 sollte auch nicht die Meinung erwecken, als ob der Versicherungsanspruch dem Begünstigten schon zu Lebzeiten des Versicherungsnehmers zufalle, vielmehr bleibt auch im Falle des Verzichtes auf die Widerruflichkeit die weitere Voraussetzung des Rechtserwerbs des Begünstigten bestehen, dass er den Versicherungsnehmer überlebt; stirbt er vor dem letzteren, so soll die Begünstigung dahinfallen und es soll darum auch nicht, wie Art. 73 vorschrieb, der Anspruch auf die Erben des Begünstigten übergehen. Dies soll in der Fassung deutlicher zum Ausdruck kommen durch folgende Fassung des Absatz 3: „Der Versicherungsanspruch fällt dem Begünstigten erst mit dem Tode des Versicherungsnehmers zu, sowohl wenn der Versicherungsnehmer die Begünstigung nicht widerrufen, als auch wenn er auf den Widerruf verzichtet hat."

In der zweiten Beratung der Kommission wird diese Fassung vereinfacht wie folgt: „Der Versicherungsanspruch fällt dem Begünstigten erst mit dem Tode des Versicherungsnehmers zu."

Es wird beschlossen:

1. Abs. 1 wird in der Fassung des Entwurfs angenommen.

2. Abs. 2 und 3 erhalten folgende Fassung:

„Diese Befugnis fällt dahin, wenn der Versicherungsnehmer die Police mit dem von ihm darin eingetragenen Verzicht auf den Widerruf dem Begünstigten übergeben hat.

Der Versicherungsanspruch fällt dem Begünstigten erst mit dem Tode des Versicherungsnehmers zu."

Art. 73.

Nachdem in Art. 72 klargestellt ist, dass auch im Falle des Verzichts auf den Widerruf der Begünstigte, der den Versicherungsnehmer nicht überlebt, keinen Anspruch erwirbt, bedarf es der Vorschrift des Art. 73 nicht, denn es ist den Erwägungen der juristischen Subkommission darin beizustimmen, dass eine Abweichung von dem nach Art. 72. zutreffenden Prinzipe nicht gerechtfertigt wäre, da sie den Intentionen des Versicherungsnehmers häufig widersprechen würde.

Es wird beschlossen:

Art. 73 wird gestrichen.

Art. 74.

Wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen unter Ersetzung der Worte: „Hat der Begünstigte

ein unwiderrufliches Recht noch nicht erworben“ durch die Worte: „Hat der Versicherungsnehmer auf die Befugnis, die Begünstigung zu widerrufen, nicht verzichtet.“

Art. 75.

Es wird beanstandet, dass auch dann, wenn ein Pfandrecht am Versicherungsanspruch besteht, der Versicherungsanspruch bei betreibungsrechtlicher Liquidation nur mit Zustimmung des Versicherungsnehmers aufrecht erhalten werden kann. Ebenso stossend und den bisherigen Anschauungen widersprechend sei es, dass ein Versicherungsnehmer, der sein Leben zu Gunsten eines Gläubigers auf dessen Begehren versicherte, im Falle des Konkurses oder der Pfändung dem Gläubiger die darin liegende zukünftige Deckungsmöglichkeit entziehen könne, indem er seine Zustimmung verweigere. Dagegen wird jedoch die Entwurfsbestimmung verteidigt, da sie die richtige Mitte halte zwischen der französischen Auffassung, nach welcher der Versicherungsanspruch nicht in die Masse falle und der schweizerischen und deutschen Praxis der Verwertung von Versicherungsansprüchen auf das Leben des Schuldners, und weil sie den Gläubiger, der normaler Weise die Police so wie so nicht über den Rückkaufpreis hinaus belehne, nicht schädige. Allerdings könne der Gläubiger, wenn er, vielleicht im Hinblick auf die gestörte Gesundheit des Versicherungsnehmers, in der Belehnung weitergegangen sei, ein Interesse an der Weiterführung der Versicherung haben; allein solche Geschäfte aleatorischen Charakters verdienen keinen besonderen Schutz und die Konsequenz aus Art. 69 verlangt auch hier die Zustimmung des Versicherten. Ein Gläubiger, der zu seinen Gunsten eine Versicherung durch seinen Schuldner abschliessen lässt, kann sich übrigens dadurch sichern, dass er sich die Zustimmung des Versicherten schon bei Begründung der Schuld erteilen lässt.

Über Streitigkeiten aus den in Art. 75 normierten Verhältnissen wäre es zweckmässig die Aufsichtsbehörde über die Betreibungs- und Konkursämter und nicht den Richter entscheiden zu lassen, da es sich um die Art der Verwertung eines Massaactivums handelt.

Es wird beschlossen:

Art. 75 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommen mit der Abänderung, dass „Versicherungsnehmer“ durch „Schuldner“ ersetzt wird.

Art. 76.

Die Entwurfsvorschrift wird gebilligt, soweit die gewöhnliche Arbeiterkollektivversicherung in Frage ist; dagegen giebt es viele Verbände, welche ihre Mitglieder, grosse Etablissements, welche ihre Beamten versichern, die Zahlung der Versicherungssumme aber an sich verlangen, weil sie ihre Mitglieder resp. Beamte nach internen Abmachungen auf andere Weise für Unfallschaden entschädigen, während ihnen die Versicherung auf den

Kopf des Versicherten nur eine Art Rückversicherung bieten soll. Das findet besonders bei grossen auswärtigen Etablissements statt, die ihre organisierten Wohlfahrtseinrichtungen haben, nach denen der Angestellte befriedigt wird; dasselbe kommt aber auch z. B. bei der eidgen. Alkoholverwaltung und dem eidgen. Polytechnikum vor, bei welchen gewisse Versicherte die Kurquoten, die der Versicherer beim Unfalle zu zahlen hat, nicht erhalten, dagegen ihren Gehalt von der betreffenden Behörde fortbeziehen. Allein man hegt das Bedenken, dass wenn dies allgemein zulässig sei, der Versicherungsnehmer aus dem Unfall des Versicherten einen Gewinn ziehen könnte. Nach der Entwurfsfassung ist die Bestimmung übrigens, im Gegensatz zur Fassung der juristischen Subkommission, nur dann anwendbar, wenn die Definition des Versicherungsvertrages zu Gunsten Dritter nach Art. 71 vorliegt.

Es wird beschlossen:

Art. 76 wird in der Fassung des Entwurfes unter Ersetzung von „Kollektivunfallversicherungsvertrage“ durch „kollektive Unfallversicherung“ angenommen.

Art. 77.

Absatz 1 wird bekämpft mit Hinweis auf die Notwendigkeit, allgemeine Schadenstaxationen aufstellen zu können in Verhältnissen wo, wie hier, in jedem Falle über das Schadensausmass ein schwieriger, ebenfalls von der oft unsicheren Schätzung der Ärzte abhängiger Streit entstehen würde; das Recht kennt auch in andern Fällen, in denen die Schadensermittlung schwierig ist, solche Minimalschadensquanta, so z. B. der Fall des Art. 292 Abs. 2 des Obligationenrechtes. Dass der Versicherer sich hiebei immer ungerechtfertigt bereichere, sei unzutreffend, da das von ihm verlangte Äquivalent sich nach der Höhe jener fixierten Leistungen bemesse. Allerdings wendet sich Art. 77 Absatz 1 nicht nur gegen die Gliedertaxe, sondern auch gegen die den thatsächlichen Verhältnissen etwa widersprechenden vertraglichen Definitionen ganzer oder teilweiser Invalidität. Allein auch hier ist, um Prozessen vorzubeugen, eine durchschnittlich richtige, wenn auch vielleicht im Einzelfalle fehlgehende Norm nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen; einzelne Unfallversicherer kennen übrigens solche nur als Präsumptionen („die ganze Invalidität gilt ohne weiteres als erwiesen, wenn...“) und lassen den Nachweis, dass sie auch sonst vorliegt, zu. Andere Gesellschaften gehen allerdings zu weit.

Absatz 2 wird mit den in den Motiven sowohl als den in den Subkommissionen dafür geltend gemachten Gründen verteidigt und namentlich noch betont, dass der Versicherer diese Vorschrift nicht deswegen bekämpfen könne, weil seine Prämie nicht genügen würde, um Kapitalabfindung zu gewähren, denn einzelne Gesellschaften gewähren bei denselben Prämien Kapitalabfindung und die Rententarife des Unfallversicherers seien der Lebensversicherung entlehnt. Jedenfalls

aber wäre es besser, die Prämien zu erhöhen, als die dem Wesen der Unfallversicherung widersprechende unnatürliche Gewinnquelle beizubehalten.

Im Gegensatz hiezu wird jedoch das System der Rentenabfindung als wirtschaftlich berechtigtes der Kapitalabfindung vorgezogen. Die Rente gewährt einmal den Vorteil der Veränderlichkeit bei Verbesserung der Unfallsfolgen, worauf allerdings auch der Vorschlag der wirtschaftlichen Subkommission Rücksicht nimmt; dagegen wird es schwer sein, zu konstatieren, wann die dauernden Folgen feststehen; dies würde vielen Prozessen rufen. Ausserdem zeigt die Praxis, dass speziell die sozial tiefer stehenden Versicherten für die Kapitalien, die ihnen aus der Versicherung zufliessen, nicht die richtige Verwendung finden, was auch die staatliche Unfall-Versicherung bewogen hat, nur Rente zu gewähren. Es wird daher beantragt, die Arbeiterunfallversicherung von der Bestimmung auszunehmen. Die Rücksicht darauf, dass die Versicherten eines Kapitales bedürfen, um wegen der Unfallsfolgen zu einem andern Berufe übergehen zu können, kann nicht ins Gewicht fallen, da von allen Unfallversicherten kaum 1% so schwer Schaden leiden, dass sie zu anderem Berufe übergehen müssen. Die Kapitalabfindung ist auch geeignet, wie sich aus den Erfahrungen bei der Haftpflichtversicherung zeigt, die bekannten krankhaften Zustände zu erzeugen, die nach der Zahlung der Entschädigung wieder verschwinden.

Das Schwergewicht der Frage liegt unstreitig darin, dass die Kapitalabfindung vorgeschrieben werden soll, weil die Police gewöhnlich, nach den besonders am Kopfe derselben befindlichen Angaben, auch eine solche Kapitalabfindung erwarten lässt. Dagegen besteht kein Grund da, wo die Parteien wirklich einig gehen, dass nur Rente und kein Kapital gewährt werden soll, diesem Parteiwillen nicht zu entsprechen. Um dem Versicherungsnehmer die Art der Entschädigung am besten vor Augen zu halten, soll sie schon aus dem Antrag deutlich hervorgehen. Ausserdem wird das Versicherungsamt strenge darauf achten, dass verwirrende Policen nicht verwendet werden. Es wird daher ein Zusatz beigefügt, welcher die Rentengewährung gestattet, wenn sie ausdrücklich im Versicherungsantrag vorgesehen ist.

Damit wird auch die vorgeschlagene Ausnahme für die Kollektivunfallversicherung der Arbeiter entbehrlich gemacht, da der Antrag für sie die Rente vorschreiben kann. Allein es wird trotzdem an dem Antrage, die Arbeiterkollektivversicherung auszunehmen, festgehalten, da der Versicherungsantrag vom Versicherungsnehmer, nicht dem Arbeiter selbst ausgehe und letzterer darum nicht bestimmen könne, ob ihm Rente oder Kapital zukommen solle. Diesem Vorschlag wird entgegengehalten, dass bei der Versicherung von Arbeitern in haftpflichtigen Gewerben der Richter, der den Haftpflichtanspruch entscheidet, die Art der Entschädigung bestimmt, wäh-

rend bei andern, z. B. landwirtschaftlichen Betrieben, die Maximalentschädigung gewöhnlich so klein ist, dass bei partieller Invalidität die Rente zu klein würde und darum Kapitalabfindung gewährt wird. Auf diesen Einwand wird jedoch repliziert, dass, auch wenn der Richter den Arbeitgeber zu einer Rente verurteile, der Versicherer nach Art. 77 doch mit Kapital abfinden müsse; welche Schlussfolgerung jedoch von anderer Seite mit der Fassung von Art. 77 nicht vereinbar erklärt wird.

Es wird beschlossen:

1. Absatz wird gestrichen.

2. Zu Absatz 2 wird in eventueller Abstimmung, für den Fall, dass die Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen wird, der Zusatz beigefügt: „Die Bestimmung des ersten Absatzes dieses Artikels findet keine Anwendung, wenn der Versicherungsnehmer die Entschädigung ausdrücklich in Form der Rentenabfindung beantragt hat."

3. Der Zusatz „ausgenommen bei der Kollektivunfallversicherung" nach „so ist die Entschädigung" wird abgelehnt (mit 8 gegen 4 Stimmen) wogegen der Antragsteller, Direktor Forrer, Protest zu Protokoll einlegt.

4. Mit dem unter 1. beschlossenen Zusatz wird die Fassung der wirtschaftlichen Subkommission zu Art. 77 Absatz 2 angenommen unter Beifügung der Worte: „Wird infolge eines Unfalles die Erwerbsfähigkeit des Versicherten voraussichtlich bleibend beeinträchtigt, so ist die Entschädigung . . ." im Eingange von Absatz 2.

Art. 78.

Wird ohne Gegenantrag in der Fassung der technischen Subkommission angenommen.

Art. 79.

Der Entwurfsvorschrift wird hauptsächlich entgegengehalten, sie binde dem Versicherer grundlos und zum Schaden des Versicherten die Hände dadurch, dass sie ihm nur unter den vom Entwurf zugelassenen Bedingungen gestatte den suspendierten Vertrag wieder in Kraft zu setzen; während der Versicherer dazu unter Umständen gegen ein höheres Entgelt bereit wäre, müsse er nun die Wiederinkraftsetzung ablehnen, wenn ihm nur geboten werde, was der Entwurf ihm bietet. Dies treffe namentlich dann zu, wenn die Gefahrserhöhung, derentwegen die Suspension erfolgte, Nachwirkungen befürchten lasse. In solchen Fällen müsse es dem Versicherer freistehen, entweder die Nachzahlung der während der Suspension fällig gewordenen Prämien oder die Prämien einer höheren Altersklasse als Entgelt zu fordern. Diesen Erwägungen gegenüber verweist der Referent u. a. namentlich auf eine neuere Lebensversicherungspraxis, welche die bemängelte Norm aufrecht hält.

Es wird beschlossen:

Art. 79 wird (mit 7 gegen 5 Stimmen) gestrichen.

Art. 80.

Zu Absatz 1 werden die Änderungsvorschläge der technischen Subkommission unterstützt. Anstatt die Umwandlung schon, wenn drei Jahresprämien bezahlt sind, zuzulassen, wird vorgezogen, sie erst auf das Ende des dritten Versicherungsjahres zu gestatten. Dass bei der Fassung der technischen Subkommission auch für den Fall, dass die Prämie auf einmal für die ganze Versicherungszeit entrichtet wird, die Umwandlung erst nach Verfluss von drei Jahren möglich wäre, kommt nicht in Betracht, da bei Vorausbezahlung der Prämie für die ganze Versicherungszeit von der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung überhaupt keine Rede sein kann. Für den Versicherten ist es nicht von Nachteil, wenn die Umwandlung erst auf Ende des dritten Jahres verlangt werden kann; vielmehr trägt der Versicherer noch während des ganzen Jahres das ungeschmälerte Risiko. Allerdings sind auch die während dieses Jahres noch fällig werdenden gestundeten Prämienraten bei Berechnung des Dekungskapitales, wie wenn sie eingegangen wären, hinzuzurechnen und alsdann vom gefundenen Umwandlungswerte als Schuld des Versicherungsnehmers abzuziehen. Um zu verdeutlichen, dass die Umwandlung wie der Rückkauf nicht sofort, wie der Ausdruck „jederzeit" vermuten liesse, sondern nur auf Ende der Versicherungsperiode gefordert werden kann, soll „jederzeit" in Abs. 1 und 2 gestrichen und in einem letzten Absatz ausgesprochen werden, dass Umwandlung und Rückkauf nur auf Ende einer Versicherungsperiode verlangt werden können.

Der Zusatz der technischen Subkommission „gleicher Art und Fälligkeit ganz oder teilweise" wird, trotzdem er vielleicht selbstverständlich ist, zur Verdeutlichung beigefügt, da Übereinstimmung darüber herrscht, dass weder ein Rentenversicherter, der sich etwa unwohl fühlt, die Umwandlung in eine Todesfallversicherung, noch ein in gemischter Versicherung Versicherter, der wegen seiner geschwächten Gesundheit nur zu dieser Art Versicherung aufgenommen wurde, die Umwandlung in eine einfache Todesfallversicherung verlangen kann.

Bezüglich der in Abs. 2 ausgesprochenen und überaus umstrittenen Frage des Obligatoriums des Rückkaufes wird eine Einigung in der Kommission dadurch erzielt, dass die Mehrzahl der Mitglieder der technischen Subkommission das Obligatorium unter der Bedingung zu befürworten bereit sind, dass der in Art. 82 Absatz 2 normierte Abzug am Deckungskapital auf drei Prozente fixiert wird. Es wird deshalb die Berechnung des Rückkaufspreises vorweg diskutiert.

Der vom Entwurf vorgeschlagene Abzug von 2 % berücksichtige die Abschlusskosten und die Antiselektionsgefahr nicht genügend. Die Abschlusskosten seien heute gewöhnlich

auf 2 % anzuschlagen, gehen aber oft bis auf 3 %; die Engländer berechnen sogar 5%. Über die Antiselection beruhen die Berechnungen, welche die Motive wiedergeben, nicht auf genügenden praktischen Erfahrungen. Die besten Berechnungen bietet das seit der Vornahme jener Berechnungen erschienene Werk von Sprague: Select Life Tables, London 1896, auf Grund dessen zu Handen der Kommission Tabellen über den Abzug am Deckungskapital für Selection und Aufnahmekosten bei einfachem Sterbefall und bei gemischten Versicherungen ausgefertigt wurden (vgl. Anhang auf Seite 68 ff. des Protokolls).

Es ist bei dieser Wertung der Selection davon auszugehen, dass derjenige, der den Rückkauf begehrt, sich in guter Gesundheit befinden wird, wenn schon es auch Fälle von Rückkauf giebt, die aus andern Gründen, vornehmlich wegen des Wegfalls des Versicherungszweckes, zurückgekauft werden. Obschon nun bei Abschluss der Versicherung durch die ärztliche Untersuchung eine Auslese Gesunder stattfindet, so verlieren sich doch die Folgen dieser Auslese schon nach circa fünf Jahren allmählich. Wenn dann von diesen nur durchschnittlich Gesunden die ganz Gesunden ausscheiden, so wird die durchschnittliche Mortalität der Verbleibenden erheblich verschlechtert. Es ist unrichtig, dass in höherem Alter diese Antiselection abnimmt. Wenn man nun auch einen Teil der Abschlusskosten dem Versicherer belässt und zugesteht, dass die Antiselection nicht einmal so scharf wirkt, wie Sprague's Tabellen ausrechnen, so bleibe doch die Thatsache bestehen, dass 2 % gewöhnlich nicht genügen, um Abschlusskosten und Antiselection auszugleichen. Es wird auch darauf hingewiesen, dass die Direktion der Schweizerischen Rentenanstalt, welche die im Anhang beigefügten Tabellen begutachtet hat, noch zu ungünstigeren Ziffern gelangt; so findet sie bei der einfachen Sterbeversicherung, wenn die Aufnahmekosten 2 % betragen, beim Eintrittsalter 30 nach 3 Jahren Versicherungsdauer einen Abzug von 4,512 statt der 2,706 unserer Tabelle, bei 3 Prozent Aufnahmekosten und Eintrittsalter 30 einen Abzug von 5,503 statt der 3,76 unserer Tabelle und bei 3 % Aufnahmekosten, Eintrittsalter 30 nach 20 Jahren Versicherungsdauer einen Abzug von 6,318 statt 3,577 unserer Tabelle.

Der Entwurfsverfasser verweist dagegen auf die graphischen Tabellen, die in den Motiven I. Vorlage abgedruckt sind und die herrschende Praxis (gerade auch der schweizerischen Rentenanstalt) wiedergeben, und betont dass gewiss, wenn bisher der Abzug untechnisch zu klein gewählt gewesen wäre, das Versicherungsamt hiegegen im Interesse der Sicherheit der Unternehmungen eingeschritten wäre. Ungerecht bleibe es jedenfalls, den Versicherungsnehmer um so mehr zu schädigen, je länger er im Vertragsverhältnis verblieben sei. Bezüglich des letzteren Einwandes wird zugestanden, dass der vorgeschlagene Abzug diejenigen Versicher-

ten, die noch nicht längere Zeit versichert sind, gegenüber der bisherigen Praxis schlechter stelle; allein der Ausgleich finde sich dann im höheren Alter wieder.

Nachdem die Kommission sich (mit allen gegen die Stimme des Referenten) für einen Abzug am Deckungskapital von 3% ausgesprochen und damit auch den obligatorischen Rückkauf angenommen hat, wird auf die Diskussion des Artikels 80 Absatz 2 eingetreten. Es wird beantragt, den Rückkauf nur nach vorhergehender Kündigung unter Festsetzung einer gewissen Kündigungsfrist von z. B. einem Vierteljahr zuzulassen. Ohne diese Kündigung würde der Rückkaufspreis vom Publikum wie eine jederzeit disponible Anlage im Kontokorrentverkehr betrachtet werden und ein starker Wechsel im Versicherungsbestand eintreten. Der Versicherer wird damit allen Wechselfällen des Geschäftslebens und den Fluctuationen des Geldmarktes ausgesetzt, während doch seine Anlagen keine stetige Veränderung gestatten. Besonders bei Monats- und Wochenprämien wäre der Wechsel ein überaus starker.

Diesen Einwendungen wird entgegen gehalten, dass eine Überrumpelung des Versicherers durch allzu viele zusammentreffende Rückkaufsbegehren schon dadurch ausgeschlossen sei, dass der Rückkauf nur auf Ende einer Versicherungsperiode stattfinden könne und diese ja nicht für alle Versicherten mit dem gleichen Tage zu Ende gehe. Auch wo Monats- oder Quartalprämien eingeführt seien, ist die Versicherungsperiode gewöhnlich doch ein Jahr, und wird die am Anfang der Periode fällige Jahresprämie auf Monats- oder Quartaltermine gestundet. Auch bei solchen Versicherungen muss daher nur auf Ende der Jahresperiode zurückgekauft werden. Diese Bestimmung zusammengehalten mit der Frist des Art. 83 machen eine Kündigungsfrist entbehrlich.

Allein es wird darauf hingewiesen, dass viele Versicherer die Teile des Jahres, in denen die Prämien zu bezahlen sind, auch als Versicherungsperiode, nach der die Prämieneinheit berechnet ist, behandeln. Es wird daher eventuell „Versicherungsjahr" statt „Versicherungsperiode" vorgeschlagen. Ausserdem wird betont, dass bei vielen Anstalten die Prämien für viele Versicherte am gleichen Tage, z. B. bei Beginn eines Quartales, verfallen, und so also viele Rückkaufsbegehren zusammentreffen können. Allein man hält dafür, dass die Frist des Art. 83 als Ventil hiegegen genüge, wenn sie auf 6 statt 4 Wochen erhöht werde.

Beantragt wird sodann auch in Absatz 2, conform dem Beschlusse zu Absatz 1, die Worte „sofern mindestens drei Jahresprämien entrichtet worden sind" zu ersetzen durch „sofern die Versicherung wenigstens drei Jahre zu Recht bestanden hat." Allein während jene Änderung bei der Umwandlung für den Versicherten ohne grossen Nachteil war, da ja der Umwandlungswert nicht vor Eintritt des Todes des Versicherten auszubezahlen ist, würde hier diese Änderung die Möglichkeit des Rückkaufes auf das Ende des vierten Versicherungsjahres

hinausschieben. Unrichtig ist auch, dass vor Ablauf des dritten Versicherungsjahres das Deckungskapital gar nicht so gross sei, um einen Rückkaufspreis abzuwerfen.

Endlich wird noch die Frage aufgeworfen, wie es bezüglich des Rückkaufs zu halten sei, mit Kombinationen von Versicherungen, bei welchen der Eintritt der Leistungspflicht gewiss ist, mit solchen, bei denen dies nicht ist. Es wird vorgeschlagen zu bestimmen: „Der Versicherer kann für einzelne Kombinationen den Rückkauf ausschliessen." Allein dieser Zusatz erscheint unnötig, da die Meinung des Entwurfes unzweifelhaft dahin geht, dass nur derjenige Teil der kombinierten Versicherung rückkaufsfähig ist, bei dem der Eintritt der Leistungspflicht gewiss ist. Dies soll verdeutlicht werden durch die Fassung: „soweit der Eintritt der Leistungspflicht gewiss ist."

Es wird beschlossen:

1. Abs. 1 wird in der Fassung der technischen Subkommission angenommen unter Streichung des Wortes „jederzeit."

2. Der Antrag, eine Kündigungsfrist einzuführen, wird abgelehnt (mit 9 gegen 3 Stimmen).

3. Abs. 2 erhält folgende Fassung: „Der Versicherer muss überdies, soweit der Eintritt seiner Leistungspflicht gewiss ist, diejenige Lebensversicherung, für die mindestens drei Jahresprämien entrichtet worden sind, auf Verlangen des Forderungsberechtigten ganz oder teilweise zurückkaufen."

4. Als Absatz 3 wird der Zusatz der juristischen Subkommission angenommen.

5. Als Absatz 4 wird beigefügt: „Umwandlung und Rückkauf können nur auf das Ende einer Versicherungsperiode stattfinden."

Art. 81.

In Diskussion steht nur die Berechnung des Deckungskapitales. Die vom Entwurf gegebene Berechnung steht mit der bisher üblichen insofern im Widerspruch, als sie dem Barwert der zukünftigen Nettoprämien als Aktivum nicht nur den Barwert der auszuzahlenden Versicherungssummen und Renten als Passivum gegenüber stellt, sondern auch denjenigen der Auslagen für die Verwaltungskosten. Wie der Versicherer seine erwartungsmässigen Auslagen deckt und woher die für ihn hiefür nötigen Rücklagen kommen, sei eine interne Angelegenheit des Versicherers, über welche er keine Rechenschaft zu geben brauche. Wo in Gesetzgebung und Wissenschaft der Begriff des Deckungskapitales verwendet wird, sei es immer so verstanden, wie die technische Subkommission ihn definiert. Die Zillmer'sche Methode, welche allerdings dieses Prinzip etwas durchbrach, ist von der Wissenschaft verurteilt worden. Auch der Techniker Wittstein

hat vorgeschlagen, bei der Reservenberechnung als Passivum alle erwartungsmässigen Ausgaben und als Aktivum den Barwert der *ganzen* zukünftigen Bruttoprämien aufzunehmen. Aber eine solche Rechnung voll unsicherer Faktoren (die sehr wandelbaren Ausgaben für Verwaltung, Gewinn und Unvorhergesehenes) könne nicht gutgeheissen werden.

Diesen Ausführungen gegenüber wird betont, dass im Deckungskapitale, das aus dem Überschuss der bisherigen Prämien über die bisherigen Schäden der ganzen Gefahrenklasse gebildet wird, ein Äquivalent für die zukünftigen Verwaltungskosten stecken müsse, welches infolge der Aufhebung des Vertrages und des Wegfalles der künftigen Verwaltungskosten dem Versicherten zukomme. Es bestehe gar kein anderes Mittel die zukünftigen Verwaltungskosten zu decken, als sie aus den früheren Prämien zu reservieren. So verführen gerade die soliden Lebensversicherer, u. a. die Rentenanstalt. Auch das eidgenössische Versicherungsamt hat im Jahresbericht pro 1893, Seite XXI, diese Berechnung, als sie französische Gesellschaften einführten, belobt.

Die letztere Behauptung wird aber vom Vorsteher des Versicherungsamtes an Hand jener Bemerkung des Jahresberichtes widerlegt. Dort handelte es sich nur darum, dass die französischen Gesellschaften ausnahmsweise, da, wo trotz der Fortdauer des Vertrages von einem bestimmten Alter an keine Prämien mehr zu zahlen sind, die Reserve etwas erhöhten, aber nur soweit es für die bei diesen Versicherungen noch vorhandenen minimen Verwaltungskosten nötig ist. Alle übrigen, über die Versicherungssummen und Renten hinaus nötigen Auslagen hat dagegen die Gesellschaft Mittel genug zu decken durch die Zuschläge zur künftigen Nettoprämie, also die künftige Bruttoprämie. Wenn diese kleine Erhöhung der Reserve, wie sie durch die Franzosen damals eingeführt wurde, auch belobt wurde, so folgt daraus übrigens nicht, dass alle anderen Versicherer nun auch dazu gesetzlich anzuhalten wären, sonst könnte man mit gleichem Rechte auch alle anderen, viel bedeutsameren Erhöhungen der Reserve, die in jenem Zusammenhange im Jahresberichte besprochen wurden, obligatorisch erklären. Die Franzosen führten solche Erhöhungen der Reserve nur ein, weil sie noch viele Versicherungen besitzen, deren Deckungskapital zu 4 % berechnet ist, aus welchem Grunde sie auch viele ihrer Wertschriften weit unter ihrem aktuellen Werte ansetzen.

Es wird auch noch darauf hingewiesen, dass da, wo der Versicherer sich wirklich eine Reserve für zukünftige Verwaltungskosten anlegt, dies nur eine interne Verwaltungsmassnahme im Interesse des Versicherers ist, und dass diese Reserve so klein ist, dass schon darum kein Grund besteht, eine Erstattungspflicht gegenüber dem Versicherten dafür festzusetzen.

Würde man die Entwurfsfassung annehmen, so könnte man unter den erwartungsmässigen Ausgaben übrigens neben

den Versicherungsleistungen und den Verwaltungskosten auch allfällige Verluste infolge von Abweichungen der Sterblichkeit von der Sterbetafel verstehen, was jedenfalls nicht beabsichtigt ist. In der Fassung der technischen Subkommission ist zur Verdeutlichung „Prämien“ durch „Nettoprämien“ zu ersetzen.

Es wird beschlossen:

1. Abs. 1 wird in der Fassung der juristischen Subkommission angenommmen.

2. Abs. 2 wird in der Fassung der technischen Subkommission angenommen unter Ersatz des Wortes „Prämien“ durch „Nettoprämien.“

Art. 82.

In Abs. 1 soll zur Verdeutlichung „gegenwärtige Alter“ ersetzt werden durch „Alter des Versicherten zur Zeit der Umwandlung,“ ebenso ist als grammatikalisch richtiger anstatt „geltenden Tarife“ zu verwenden „Tarife, die gegolten haben.“

In Absatz 2 wird nach der zu Art. 80 widergegebenen Diskussion die Erhöhung des Abzuges auf drei Prozente gebilligt.

Es wird beschlossen:

1. In Absatz 1 wird „das gegenwärtige Alter des Versicherten“ ersetzt durch „das Alter des Versicherten zur Zeit der Umwandlung“ und „geltenden Tarife“ durch „Tarife.., die zur Zeit des Vertragsabschlusses für die gleiche Versicherungsart gegolten haben.“

2. In Absatz 2 wird „unter Abzug von zwei Prozenten“ ersetzt durch „unter Abzug von höchstens drei Prozenten.“

3. In der so amendierten Entwurfsfassung wird Art. 82 angenommen.

Art. 83.

An Stelle von Abs. 1 wird vorgeschlagen, wie im österreichischen Regulativ Art. 12. Ziffer 6 Alinea 2, die Aufnahme einer Tabelle in die Police vorzuschreiben, aus welcher die nötigen Angaben für die Reservenberechnung ersichtlich ist, um so dem Versicherer zeitraubende Korrespondenz mit den Rückkaufslustigen zu ersparen. Allein von anderer Seite wird die Pflicht zur Aufnahme von Tabellen in die Police als lästiger empfunden und ausserdem betont, dass das Gesetz, da es den Rückkaufspreis selbst fixiert, auch selbst die Mittel zur Bestimmung desselben verschaffen muss.

Dagegen wird jene Vorschrift des österreichischen Regulatives anstatt Absatz 2 aufzunehmen beantragt.

Die dem Versicherer in Absatz 1 gewährte Frist soll nicht nur dazu dienen, ihm Zeit zur Feststellung des Rückkaufpreises zu lassen, denn gewöhnlich wird er dazu nicht viel Zeit brauchen und schon nach wenigen Tagen die Mitteilung dem Versicherten zukommen lassen, sondern sie soll

ihm auch ermöglichen sich zahlungsbereit zu halten und eine Überrumpelung zu vieler zusammentreffender Begehren verhindern. Deshalb soll dem Versicherer die Frist zur Zahlung auch dann gewährt werden, wenn er vor Ablauf derselben den Rückkaufspreis mitgeteilt hat. Dies soll dadurch noch deutlicher zum Ausdruck kommen, dass beigefügt wird, die Fälligkeit des Rückkaufpreises trete nicht vor Ablauf dieser Frist ein, wozu dem Beschlusse zu Art. 80 gemäss beigefügt werden soll „jedenfalls aber nicht vor Ende der Versicherungsperiode, während welcher das Rückkaufsbegehren gestellt wird." Letzterer Zusatz wird zwar angesichts des jetzigen Wortlautes von Art. 80, Absatz 3 für überflüssig gehalten.

Von anderer Seite wird jedoch diese Zahlungsfrist nicht für genügend erachtet, um den Versicherer vor Überrumpelung zu sichern, sondern beantragt, dem Versicherer für die Auszahlung eine Vierteljahrsfrist zu gewähren. Eventuell sollte diese Frist mindestens gewährt werden, wenn es sich um kürzere als dreimonatliche Versicherungsperioden handelt.

Man einigt sich jedoch dahin, die Frist von 4 Wochen auf 6 Wochen zu erhöhen. Dasselbe muss dann bei Art. 15 Abs. 2 stattfinden, sonst würde, wenn jene Frist kürzer wäre, der Versicherungsnehmer vorher zu seinem Gelde kommen, wenn er die Prämien nicht zahlt.

Es wird beschlossen:

1. In eventueller Abstimmung wird die Frist von vier Wochen auf sechs Wochen erhöht und eine Erhöhung auf 3 Monate abgelehnt.

2. Vor „Umwandlungswert" wird „geforderten" gestrichen.

3. Der zweite Satz von Absatz 1 erhält die Fassung: „Der Versicherer muss ihm ausserdem auf Begehren diejenigen Angaben machen, die zur Ermittlung des Umwandlungswertes oder Rückkaufpreises für Sachverständige erforderlich sind."

4. In Abs. 2 werden die Worte „wird angewiesen" ersetzt durch „hat."

5. Als Abs. 3 wird beigefügt: „Die Forderung des Rückkaufsberechtigten wird erst nach Ablauf der sechswöchentlichen Frist, jedenfalls aber nicht vor Ende der Versicherungsperiode, während welcher das Rückkaufsbegehren gestellt wurde, fällig."

6. So amendiert wird Art. 83 angenommen.

Art. 84.

Nach den bisherigen Beschlüssen (Art. 80 Abs. 3) hat Art. 84 keine Berechtigung mehr.

Es wird beschlossen:

Art. 84 wird gestrichen.

Art. 85.

Entsprechend dem Beschlusse zu Art. 80 Absatz 1 ist auch hier die Fassung „drei Jahre in Kraft bestanden" zu

wählen und nach den Ausführungen zu Art 83 die Frist des Abs. 2 auf 6 Wochen zu erhöhen.

Es wird beschlossen:

1. In Abs. 1 wird „mindestens drei Jahresprämien entrichtet worden sind“ ersetzt durch „die Versicherung mindestens drei Jahre in Kraft bestanden hat.“

2. Vor „mitzuteilen“ wird eingeschaltet „auf dessen Begehren.“

3. So modifiziert wird Abs. 1, im übrigen nach der Fassung der juristischen Subkommission, angenommen.

4. Abs. 2 wird, unter Ersatz von „vier Wochen“ durch „sechs Wochen“ und „des Umwandlungswertes“ durch „der Umwandlung,“ im übrigen in der Entwurfsfassung angenommen.

Art. 86.

Der Antrag vor „Lebensversicherung“ einzuschalten „rückkaufsfähigen“ wird wieder zurückgezogen, da auch die nicht rückkaufsfähige Versicherung doch soll umgewandelt werden können. Die Frage, ob bei Umwandlung eine neue Police soll ausgestellt werden, braucht nicht geregelt zu werden; der Versicherer kann auch die bestehende Police nur abändern.

Es wird beschlossen:

Art. 86 wird in der Entwurfsfassung angenommen.

Art. 87.

Absatz 1 der Entwurfsfassung erscheint entbehrlich, weil es selbstverständlich ist, dass in der stillschweigenden Fortsetzung eines auf bestimmte Zeit abgeschlossenen Vertrages eine dem neuen Rechte unterstehende rechtliche Thatsache liegt, da sie dem Abschlusse eines neuen Vertrages völlig gleichsteht. Solche Verträge auf bestimmte Zeit kommen ausserdem im Versicherungswesen seltener vor; vielmehr werden die Verträge, mit Ausnahme der Lebensversicherung, meistens nur durch Hinzutreten vertragsmässiger Kündigung aufgelöst.

Es wird beschlossen:

1. Absatz 1 des Entwurfes wird gestrichen.

2. Absatz 2 des Entwurfes wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

3. Absatz 3 des Entwurfes wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen und als Absatz 1 vorangestellt.

Art. 87a.

Die von der wirtschaftlichen Subkommission vorgeschlagene Bestimmung wird bekämpft. Diejenigen Versicherungsvereine, welche bestimmte Beträge grösseren Umfanges, sei es für den Todesfall sei es für den Krankheitsfall, zusichern, sollten dem Gesetze mit dem gleichen Rechte unterstehen, wie alle anderen Versicherungsgesellschaften. Dass sie irrationell fundiert sind, ändert an dem Charakter ihrer Leistungen,

der auf einem wirklichen Versicherungsvertrag beruht, nichts. Die Praxis, die sich auf Grund von Art. 1, Abs. 2 des Aufsichtsgetzes ausgebildet hat, geht viel zu weit in der Exemtion von Vereinen von der Staatsaufsicht. Es existieren Sterbevereine mit etwa 5000 Mitgliedern, die nicht mehr örtlich beschränkt sind, und doch dem Aufsichtsgesetze nicht unterstehen, so z. B. die Fraternité in Lausanne und der Verein der Angestellten der Jura-Simplon-Bahn. Wenn die Unterstellung unter das vorliegende Gesetz solche irrationell fundierte Vereine in ihrer Existenz bedroht, so schadet das nichts, da sie ohne rationelles Fundament auf die Dauer nicht existenzfähig und daher auch nicht existenzberechtigt sind. Das Gesetz bezwecke namentlich, die Versicherten vor Benachteiligung durch den Versicherer zu schützen, und soll daher den Mitgliedern solcher Versicherungsunternehmungen seinen Schutz ebenfalls gewähren. Es wird daher für Art. 87a folgende Fassung vorgeschlagen:

„Die Vorschriften dieses Gesetzes über die Umwandlung und den Rückkauf von Versicherungsverträgen finden keine Anwendung auf Verträge, die von den der Staatsaufsicht nicht unterstellten Vereinen (Art. 1 Abs. 2 des Bundesgesetzes betr. Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens) abgeschlossen werden, insoweit diese Vereine ihre Mitglieder nicht für bestimmte Beträge von mehr als Fr. 100. — versichern, deren Leistungspflicht gewiss ist.

Auf Versicherungen dieser Art findet dieses Gesetz für Vereine, die vor Erlass des gegenwärtigen Gesetzes gegründet worden oder ins Leben getreten sind, erst vom 1. Januar 1906 an Anwendung."

Allein die Kommission schliesst sich den Erwägungen der wirtschaftlichen Subkommission an. Der Entwurf nimmt so sehr Rücksicht auf die versicherungstechnischen Grundlagen des Versicherungsbetriebes, dass Institute, denen diese Grundlagen fehlen, dem Gesetze nicht unterstellt werden können. Der Kampf gegen die irrationell fundierten Vereine ist nicht vom Privatrechtsgesetze aufzunehmen. Dagegen wird der Wunsch ausgesprochen, dass die Bundesbehörden durch eine zweckentsprechende Auslegung des Art. 1 des Aufsichtsgesetzes Vereine, die den örtlich beschränkten Charakter abgestreift haben, dem Aufsichtsgesetze unterstellen.

Es wird beschlossen:

Art. 87a wird in der Fassung der wirtschaftlichen Subkommission angenommen.

Art. 88.

Es wird beschlossen:

1. In Absatz 1 werden unter die zwingenden Normen aufgenommen (ausser den im Entwurf aufgezählten): Art. 12, 60a, 69 und 69a; dagegen fallen weg: Art. 15, 50, 60 Absatz 5.

2. In Absatz 2 werden (ausser den im Entwurf aufgezählten Artikeln) noch aufgenommen: Art. 14 u. 29. Art 9 Abs. 2, 3 u. 4 wird ersetzt durch Art. 9, Art. 25 Abs. 2 durch 25 Abs. 1, Art. 35 Abs. 1 und 2 durch Art. 35, Art. 77 Abs. 2 durch Art. 77 Abs. 1.

3. Art. 88 ist dem Art. 87 voranzustellen.

Art. 89.

Vergl. zu Art. 12.

Art. 90.

Wird gestrichen infolge des Beschlusses zu Art. 5.

Art. 91.

Es wird beschlossen:

Art. 91 erhält folgende Fassung: „Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes werden Art. 896 des Obligationenrechtes sowie alle entgegenstehenden Vorschriften der kantonalen Gesetze und Verordnungen aufgehoben."

Allgemeine Fragen:

1. Vereinheitlichung der Fristen:

Diese sind im Entwurf nach Antrag der Subkommissionen nunmehr durchgeführt.

2. Gesetzliche Bestimmungen über die Verschollenheit:

Solche werden aus den von der juristischen und wirtschaftlichen Subkommission relevierten Erwägunzen keine getroffen.

3. Anwendbarkeit des Gesetzes in örtlicher Beziehung:

Es wird die Frage aufgeworfen, ob für Unterwerfung unter das schweizerische Gesetz der Ort des Vertragsschlusses massgebend sein solle auch dann, wenn der Vertrag den auswärtigen Sitz der Versicherungsgesellschaft als Abschlussort bezeichnet. Von anderer Seite wird beantragt, das Gesetz nur auf diejenigen ausländischen Versicherer anwendbar zu erklären, die dem Aufsichtsgesetze unterstehen, so dass die von in der Schweiz wohnhaften Versicherungsnehmern mit in der Schweiz nicht konzessionierten Versicherern abgeschlossenen Verträge von der Anwendbarkeit des Gesetzes ausgenommen wären. Allein es wird dieser Auffassung widersprochen, da der Konzession solche privatrechtliche Folgen nicht zukommen. Die Kommission ist der Ansicht, dass die Fragen der Anwendung des Gesetzes in örtlicher Beziehung im Gesetze nicht zu regeln, sondern der Wissenschaft und Rechtsprechung zur Beantwortung zu überlassen sind, wie es auch andere Privatrechtsgesetze, wie das Obligationenrecht, unterlassen haben, auf dieselben einzutreten.

4. Rechtsverhältnisse der gegenseitigen Versicherungsgesellschaften:

Die Kommission schliesst sich der Erwägung der juristischen und wirtschaftlichen Subkommission an und tritt auf diese Frage nicht ein.

5. Ansprüche auf Gewinn:

Auch hier tritt die Kommission den Erwägungen der genannten Subkommissionen bei.

6. Die Frage der Anwendbarkeit des Gesetzes auf Versicherungsvereine

ist zu Art. 87a behandelt.

7. Bezüglich der Anwendbarkeit des Gesetzes auf die Seeversicherung

schliesst sich die Kommission der wirtschaftlichen Subkommission an.

Der aus den bisherigen Beratungen der Kommission hervorgegangene Entwurf wird der Gesamtabstimmung der Kommission unterworfen. Dabei ist verstanden, dass ein Zurückkommen auf einzelne Bestimmungen vorbehalten bleibt, besonders wenn ausländische Gesetzgebungen nachahmenswerte Neuerungen bringen sollten. Eine Anpassung an eventuell zu erlassende Gesetze unserer Nachbarstaaten würde auch die Anbahnung internationaler Verständigung erleichtern, die auf dem Gebiete des Versicherungswesens besonders erstrebenswert bleiben soll.

In der Gesamtabstimmung wird der aus den Beschlüssen der Kommission hervorgegangene Entwurf einstimmig angenommen.

Es wird ferner einstimmig zu Handen der Bundesbehörden der dringende Wunsch ausgesprochen, die Gesetzgebung auf Grund des Entwurfes möglichst beförderlich durchzuführen und nicht etwa die Revision des Obligationenrechts resp. das Inkrafttreten der gesamten Civilgesetzgebung abzuwarten. Die Notwendigkeit einer beförderlichen Kodifikation wird sowohl im Interesse des Publikums, als auch speziell im Hinblick auf die Aufgaben des Versicherungsamtes und die Bedürfnisse der Versicherungsgesellschaften betont. Das Versicherungsamt bedarf einer Grundlage für die Prüfung der Zulässigkeit der allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die Versicherungsgesellschaften suchen häufige Veränderungen ihrer allgemeinen Versicherungsbedingungen möglichst zu vermeiden und haben, in Voraussicht der durch die Einführung des Gesetzes notwendig werdenden Revision, einzelne Änderungen, die sie vorzunehmen gedenken, bis zu jener allgemeinen Revision zurückgelegt; sie dringen daher ebenfalls darauf, dass der jetzige Zustand sein Ende nehme.

Vergleichung der Artikel des Entwurfes

in der ursprünglichen Fassung und in der Fassung der Expertenkommission.

Infolge Wegfalls einzelner Artikel und Zufügung neuer Artikel wird die Nummerierung der Artikel verändert wie folgt:

Es entspricht

im Entwurf	nach der Expertenkommission
Art. 1	dem Art. 1
2	2
3	3
4	4
5	—
6	5
7	6
8	7
9	8
10	9
11	10
12	11
13	12
14	13
15	— (Art. 65)
16	14
17	15
18	16
19	17
20	—
21	18
22	19
23	20
24	21
25	22
26	23
27	24
28	25
29	26
29a	27
30	28
31	29

im Entwurf	nach der Expertenkommission
Art. 32	dem Art. 30
33	31
34	32
35	33
36	34
37	35
38	36
39	37
40	38
41	39
42	40
43	41
44	42
45	43
46	44
47	45
48	— (Art. 56)
49	—
50	46
51	—
52	47
53	48
54	49
55	50
56	51
57	52
58	53
59	54
60	55
60a	56
61	57
62	58

im Entwurf	nach der Expertenkommission
Art. 63	dem Art. 59
64	60
65	61
66	62
67	—
68	63
69	64
69a	65
70	66
71	67
72	68
73	—
74	69
75	70
76	71
77	72
78	73
79	—
80	74
81	75
82	76
83	77
84	—
85	78
86	79
87a	80
87	82
88	81
89	— (Art. 11)
90	—
91	83
92	84

ENTWURF

zu einem

Bundesgesetze über den Versicherungsvertrag

nach den

Beschlüssen der Expertenkommission.

1. Allgemeine Bestimmungen.

Art. 1.

Verhältnis des Specialgesetzes zum Obligationenrechte.

Auf den Versicherungsvertrag finden die Bestimmungen des Bundesgesetzes über das Obligationenrecht insoweit Anwendung, als dieses Gesetz nicht anders verfügt.

Art. 2.

Versicherungsantrag. *a.* Überhaupt.

Wer dem Versicherer den Antrag zum Abschlusse des Vertrages gestellt und für die Annahme keine kürzere Frist gesetzt hat, bleibt zehn Tage, vom Eintreffen des Antrages beim Versicherer oder Agenten an gerechnet, gebunden.

Erfordert die Versicherung eine ärztliche Untersuchung, so bleibt der Antragsteller vier Wochen an den Antrag gebunden.

Der Antragsteller wird frei, wenn die Annahmeerklärung des Versicherers nicht vor Ablauf der Frist bei ihm eingetroffen ist.

Art. 3.

b. Besondere Antragsverhältnisse.

Wird der Antrag, einen bestehenden Vertrag zu verlängern oder abzuändern oder einen suspendierten Vertrag wieder in Kraft zu setzen, vom Versicherer nicht binnen angemessener Zeit beantwortet, so gilt er als angenommen.

Der Antrag, die Versicherungssumme zu erhöhen, fällt nicht unter diese Bestimmung.

Art. 4.

c. Antragsschein.

Die allgemeinen Versicherungsbedingungen müssen entweder in die vom Versicherer ausgegebenen Antragsscheine aufgenommen

oder dem Antragsteller vor der Einreichung des Antragsscheines übergeben werden.

Wird dieser Vorschrift nicht genügt, so ist der Antragsteller an den Antrag nicht gebunden.

Art. 5.

Anzeigepflicht beim Vertragsabschlusse. *a.* Überhaupt.

Der Antragsteller hat alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Thatsachen, soweit und so wie sie ihm beim Vertragsabschlusse bekannt sind oder bekannt sein müssen, dem Versicherer mitzuteilen.

Erheblich sind diejenigen Thatsachen, die nach der redlichen Überzeugung des Antragstellers geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben.

Art. 6.

***b.* Beim Vertragsabschlusse durch Stellvertreter.**

Wird der Vertrag durch einen Stellvertreter abgeschlossen, so sind diejenigen erheblichen Gefahrsthatsachen anzuzeigen, die sowohl dem Vertretenen als auch dem Vertreter bekannt sind oder bekannt sein müssen.

***c.* Bei der Versicherung für fremde Rechnung.**

Bei der Versicherung für fremde Rechnung (Art. 16) umfasst die Anzeigepflicht auch diejenigen erheblichen Gefahrsthatsachen, die dem Dritten selbst oder seinem Zwischenbeauftragten bekannt sind oder bekannt sein müssen, es sei denn, dass der Vertrag ohne Wissen dieser Personen abgeschlossen wird, oder dass die rechtzeitige Benachrichtigung des Antragstellers nicht möglich ist.

Art. 7.

Fragebogen.

Hat der Antragsteller die Gefahrsthatsachen an Hand eines Fragebogens des Versicherers festzustellen, so genügt er mit der Beantwortung der vorgelegten Fragen seiner Anzeigepflicht.

Die Gefahrsthatsachen, auf welche die Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, gelten als erheblich.

Art. 8.

Folgen der verletzten Anzeigepflicht.

Wenn der Anzeigepflichtige beim Abschlusse der Versicherung eine erhebliche Gefahrsthatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, so ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden, sofern er binnen vier Wochen, seitdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrage zurücktritt.

Art. 9.

Teilbarkeit des Kollektivversicherungsvertrages.

Umfasst der Vertrag mehrere Gegenstände oder Personen und ist die Anzeigepflicht nur bezüglich eines Teiles dieser Gegenstände oder Personen verletzt, so bleibt die Versicherung für den übrigen Teil wirksam, sofern erhellt, dass der Versicherer diesen Teil allein zu den nämlichen Bedingungen versichert haben würde.

Art. 10.

Nichteintritt der Wirkungen der verletzten Anzeigepflicht.

Der Versicherer kann, trotzdem die Anzeigepflicht verletzt ist, vom Vertrage nicht zurücktreten:

1. wenn die unrichtig angezeigte oder verschwiegene Thatsache vor Eintritt des befürchteten Ereignisses weggefallen ist;
2. wenn der Versicherer die Verschweigung oder unrichtige Angabe veranlasst oder auf den Rücktritt verzichtet hat. Ein Verzicht liegt insbesondere vor:
   a) wenn der Versicherer die unrichtig angezeigte oder verschwiegene Thatsache richtig gekannt hat oder gekannt haben muss;
   b) wenn der Anzeigepflichtige auf eine ihm vorgelegte Frage eine Antwort nicht erteilt, und der Versicherer den Vertrag gleichwohl abgeschlossen hat, sofern nicht, auf Grund der übrigen Mitteilungen des Anzeigepflichtigen, die Frage als in einem bestimmten Sinne beantwortet angesehen werden muss.

Art. 11.

Nichtigkeit des Versicherungsvertrages.

Der Versicherungsvertrag ist nichtig, wenn im Zeitpunkte des Abschlusses der Versicherung die Gefahr bereits weggefallen oder das befürchtete Ereignis schon eingetreten war.

Diese Bestimmung findet keine Anwendung auf die Feuerversicherung hinsichtlich solcher Gegenstände, die im Auslande gelegen sind, sowie auf die Transportversicherung und die Rückversicherung.

Wusste jedoch der Versicherer zur Zeit des Vertragsabschlusses, dass die Gefahr bereits weggefallen war, so ist der Versicherungsnehmer an den Vertrag nicht gebunden. Der Versicherer hat weder auf die Prämie, noch auf Ersatz der Geschäftsunkosten Anspruch.

Wusste dagegen der Versicherungsnehmer zu der Zeit, als er den Versicherungsantrag stellte, dass das befürchtete Ereignis bereits eingetreten ist, so ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden. Der Versicherer hat auf die ganze vereinbarte Gegenleistung Anspruch.

Art. 12.

Police. *a.* Inhalt.

Der Versicherer ist gehalten, dem Versicherungsnehmer eine von ihm unterschriebene Urkunde (Police) über die Rechte und Pflichten der Parteien auszuhändigen. Der Versicherer ist berechtigt, vom Versicherungsnehmer ausser Porto und Stempelkosten eine Gebühr für Ausfertigung der Police, sowie für Abänderungen derselben zu erheben, deren Höhe durch Verordnung des Bundesrates begrenzt werden kann.

Der Versicherer muss überdies dem Versicherungsnehmer auf Verlangen eine Abschrift der in den Antragspapieren enthaltenen oder anderweitig abgegebenen Erklärungen des Antragstellers, auf Grund deren die Versicherung abgeschlossen wurde, gegen Ersatz der Abschriftkosten aushändigen.

Art. 13.

b. Vorbehaltslose Annahme.

Stimmt der Inhalt der Police oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat der Versicherungsnehmer binnen vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtigung zu verlangen, widrigenfalls ihr Inhalt als von ihm genehmigt gilt.

Diese Bestimmung ist in ihrem Wortlaut in jede Police aufzunehmen.

Art. 14.

c. Amortisation.

Ist die Police abhanden gekommen, so kann derjenige, dem das Recht aus dem Vertrage zusteht, beim Richter des Erfüllungsortes die Amortisation der Urkunde beantragen.

Für die Amortisation von Policen kommen die für Wechsel geltenden Bestimmungen (O. Art. 793 fg.) sinngemäss zur Anwendung.

Nach erfolgter Amortisation ist der Gesuchsteller berechtigt, auf seine Kosten vom Versicherer die Ausfertigung einer neuen Police zu fordern.

Art. 15.

Schuldhafte Herbeiführung des befürchteten Ereignisses.

Der Versicherer haftet nicht, wenn der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte das befürchtete Ereignis absichtlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat.

Ist das Ereignis grobfahrlässig von Personen herbeigeführt worden, die mit dem Versicherungsnehmer oder dem Anspruchsberechtigten in häuslicher Gemeinschaft leben, oder für deren Handlungen der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte einzustehen hat, so haftet der Versicherer nicht, wenn der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte sich in der Beaufsichtigung,

durch die Anstellung oder durch die Aufnahme dieser Personen einer groben Fahrlässigkeit schuldig gemacht hat.

Art. 16.

Versicherung für fremde Rechnung.

Die Versicherung kann für eigene oder fremde Rechnung, mit oder ohne Bezeichnung der Person des versicherten Dritten, abgeschlossen werden.

Im Zweifel wird angenommen, dass der Versicherungsnehmer für eigene Rechnung versichert hat.

Art. 17.

Besonderheiten der Versicherung für fremde Rechnung.

Die Versicherung für fremde Rechnung ist für den Versicherer auch dann verbindlich, wenn der versicherte Dritte den Vertrag erst nach Eintritt des befürchteten Ereignisses genehmigt.

Der Versicherungsnehmer ist befugt, mit Zustimmung des Versicherten den Ersatzanspruch gegen den Versicherer geltend zu machen. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn der Versicherte den Versicherungsnehmer ohne Vorbehalt zum Abschlusse des Vertrages beauftragt hat, oder wenn dem Versicherungsnehmer eine gesetzliche Versicherungspflicht obgelegen hat.

Der Versicherer ist nicht berechtigt, Forderungen, die ihm gegen den Versicherungsnehmer zustehen, mit der dem Versicherten geschuldeten Entschädigung zu verrechnen. Vorbehalten wird die Bestimmung des Art. 18 Absatz 2, dieses Gesetzes.

Art. 18.

Prämie.
a. Träger der Verpflichtung.

Zur Bezahlung der Prämie ist der Versicherungsnehmer verpflichtet.

Bei der Versicherung für fremde Rechnung ist der Versicherer berechtigt, die Bezahlung der Prämie auch vom Versicherten zu fordern, wenn der Versicherungsnehmer zahlungsunfähig geworden ist und die Prämie vom Versicherten noch nicht erhalten hat.

Bei der Versicherung zu Gunsten Dritter steht dem Versicherer das Recht zu, die Prämienforderung mit der dem Begünstigten geschuldeten Leistung zu verrechnen.

Art. 19.

b. Zahlung der Prämie durch Pfandgläubiger.

Der Gläubiger, dem ein Pfandrecht an dem Versicherungsanspruche zusteht, ist zur Bezahlung der Prämie nicht verpflichtet.

Leistet der Gläubiger dennoch Zahlung, so hat er für den ausgelegten Betrag samt Zinsen eine Forderung an den Verpfänder, für die ihm die vom Versicherer geschuldete Leistung, vorbehältlich vorgehender Pfandrechte, vorweg haftet.

Art. 20.

c. **Zahlungszeit.**

Wenn der Vertrag nicht anders bestimmt, ist die Prämie für die erste Versicherungsperiode mit dem Abschlusse der Versicherung fällig. Unter Versicherungsperiode wird der Zeitabschnitt, nach dem die Prämieneinheit berechnet wird, verstanden.

Auf die Bestimmung der Police, dass die Versicherung erst mit Bezahlung der ersten Prämie in Kraft tritt, kann sich der Versicherer nicht berufen, wenn er die Police vor Bezahlung dieser Prämie ausgehändigt hat.

Die folgenden Prämien sind im Zweifel jeweilen mit Beginn einer neuen Versicherungsperiode fällig.

Art. 21.

d. **Mahnpflicht des Versicherers; Verzugsfolgen.**

Wird die Prämie zur Verfallzeit oder während der im Vertrage eingeräumten Nachfrist nicht entrichtet, so ist der Schuldner, unter Androhung der Säumnisfolgen, auf seine Kosten schriftlich aufzufordern, binnen zehn Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, Zahlung zu leisten.

Wird die Prämie beim Schuldner abgeholt, so kann der Versicherer die schriftliche Mahnung durch eine mündliche ersetzen.

Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht des Versicherers mit dem Ablaufe der Mahnfrist.

Die Vorschrift des Art. 78 dieses Gesetzes wird vorbehalten.

Art. 22.

e. **Vertragsverhältnis nach eingetretenem Verzuge.**

Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten, nach Ablauf der in Art. 21 festgesetzten Frist von zehn Tagen, rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrage zurücktritt.

Wird die Prämie vom Versicherer eingefordert oder nachträglich angenommen, so lebt seine Haftung mit dem Zeitpunkte, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf.

Art. 23.

f. **Zahlungsort: Bringschuld und Holschuld.**

Die Prämie ist an dem Orte, wo der Versicherer seinen Sitz hat, zu bezahlen.

Hat der Versicherer im Gebiete der schweizerischen Eidgenossenschaft keinen Sitz, und ist eine besondere inländische Zahlstelle dem Versicherungsnehmer nicht namhaft gemacht worden, so ist die Prämie am schweizerischen Hauptdomizile des Versicherers (Art. 2, Ziff. 3, litt. b, des Bundesgesetzes betr. Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens vom 25. Juni 1885) zu bezahlen.

Unterlässt es der Versicherer, ein Hauptdomizil in der Schweiz zu verzeigen, so gilt der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers als Erfüllungsort.

Hat der Versicherer die Prämie regelmässig beim Versicherungsnehmer einziehen lassen, so ist, solange diese Übung vom Versicherer nicht ausdrücklich widerrufen wird, die Prämie beim Schuldner abzuholen.

Art. 24.

g. **Prämienreduktion.**

Ist die Prämie unter Berücksichtigung bestimmter gefahrerhöhender Umstände vereinbart worden, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände im Laufe der Versicherung wegfallen oder ihre Bedeutung verlieren, für die künftigen Versicherungsperioden die tarifgemässe Herabsetzung der Prämie verlangen.

Art. 25.

h. **Unteilbarkeit.**

Soweit der Vertrag oder dieses Gesetz nicht anders bestimmt, wird die für die laufende Versicherungsperiode vereinbarte Prämie auch dann ganz geschuldet, wenn der Versicherer die Gefahr nur für einen Teil dieser Zeit getragen hat.

Art. 26.

i. **Prämienschicksal bei einseitiger Vertragsauflösung.**
α. **Überhaupt.**

Wird der Vertrag einseitig aufgelöst, insbesondere aus einem der in den Artikeln 8, 15, 28, 29, 37, 38, 40, Absatz 4, 58, Absatz 2, und 66, Absatz 1, vorgesehenen Gründe, so bleibt dem Versicherer der Anspruch auf die Prämie für die zur Zeit der Vertragsauflösung laufende Versicherungsperiode gewahrt.

Wird jedoch der Vertrag zu einer Zeit aufgelöst, in der die Gefahr für den Versicherer noch nicht zu laufen begonnen hat, so kann der Versicherer nur die Vergütung der Geschäftsunkosten fordern.

Ist die Prämie für mehrere Versicherungsperioden vorausbezahlt worden, so hat der Versicherer, unter Vorbehalt der Vorschrift des folgenden Absatzes, mindestens drei Vierteile der auf die künftigen Versicherungsperioden entfallenden Prämienbeträge zurückzuerstatten.

Wird ein Lebensversicherungsvertrag, der nach Massgabe dieses Gesetzes rückkaufsfähig ist (Art. 74, Absatz 2), aufgelöst, so hat der Versicherer die für den Rückkauf festgestellte Mindestleistung zu gewähren. Der Berechnung der Abfindungssumme ist das Deckungskapital im Zeitpunkte der Vertragsauflösung zu Grunde zu legen.

Durch diese Bestimmungen wird die Schadensersatzpflicht derjenigen Partei, welche die einseitige Auflösung des Vertrages verschuldet hat, nicht berührt.

Die Vorschriften der Artikel 11, Absatz 3, 35, 36 u. 47, Absatz 2, dieses Gesetzes bleiben vorbehalten.

Art. 27.

β. Bei betrügerischer Verletzung der Anzeigepflicht.

Der Versicherungsvertrag kann bestimmen, dass bei betrügerischer Verletzung der Anzeigepflicht (Art. 8, 28, Absatz 2, 37 Absatz 3, 38, Absatz 4) die Leistungen, die dem Versicherer nach Massgabe des Artikels 26, Absatz 3 und 4, obliegen, bis auf höchstens die Hälfte gekürzt werden.

Art. 28.

Gefahrsänderung (mit Zuthun des Versicherungsnehmers).

Wenn der Versicherungsnehmer im Laufe der Versicherung eine wesentliche Gefahrsänderung herbeigeführt hat, so ist der Versicherer an den Vertrag für die Folgezeit nicht gebunden. Eine wesentliche Gefahrsänderung liegt vor, wenn eine für die Beurteilung der Gefahr erhebliche Thatsache (Art. 5), deren Umfang die Parteien beim Vertragsabschlusse festgestellt haben, entgegen den Bestimmungen des Vertrages verändert wird.

Der Vertrag kann bestimmen, ob, in welchem Umfange und in welchen Fristen der Versicherungsnehmer dem Versicherer von solchen Gefahrsänderungen Mitteilung zu machen hat.

Art. 29.

Gefahrsänderung (ohne Zuthun des Versicherungsnehmers).

Ist die wesentliche Gefahrsänderung ohne Zuthun des Versicherungsnehmers herbeigeführt worden, so treten die in Art. 28 dieses Gesetzes festgestellten Folgen nur dann ein, wenn der Versicherungsnehmer es unterlassen hat, die ihm bekannt gewordene Veränderung ohne Verzug dem Versicherer schriftlich mitzuteilen.

Anzeigepflicht während der Dauer des Vertrages.

Ist diese Anzeigepflicht nicht verletzt, und hat sich der Versicherer das Recht vorbehalten, den Vertrag aufzuheben, so erlischt die Haftung des Versicherers mit dem Ablaufe von vierzehn Tagen, nachdem er dem Versicherungsnehmer den Rücktritt vom Vertrage mitgeteilt hat.

Art. 30.

Teilbarkeit des Kollektivversicherungsvertrages.

Umfasst der Vertrag mehrere Gegenstände oder Personen, und trifft die Gefahrsänderung nur einen Teil dieser Gegenstände oder Personen, so bleibt die Versicherung für den übrigen Teil wirksam, sofern der Versicherungsnehmer die auf diesen Teil etwa entfallende höhere Prämie auf erstes Begehren des Versicherers bezahlt.

Art. 31.

Nichteintritt der Folgen der Gefahrsänderung.

Die Wirkungen der Gefahrsänderung treten nicht ein:

1. wenn die Gefahrsänderung eine vorübergehende war, und der frühere Zustand vor Eintritt des befürchteten Ereignisses wieder hergestellt ist;

2. wenn die Gefahrsänderung im Interesse des Versicherers vorgenommen oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlasst worden ist;
3. wenn der Versicherer ausdrücklich oder stillschweigend auf den Rücktritt verzichtet hat, insbesondere, wenn er, nachdem ihm die Gefahrsänderung durch schriftliche Anzeige des Versicherungsnehmers zur Kenntnis gebracht worden ist, nicht binnen zehn Tagen dem Versicherungsnehmer den Rücktritt vom Vertrage angezeigt hat.

Art. 32.

Umfang der Gefahr.

Soweit dieses Gesetz nicht anders bestimmt, haftet der Versicherer für alle Ereignisse, welche die Merkmale der Gefahr, gegen deren Folgen Versicherung genommen wurde, an sich tragen, es sei denn, dass der Vertrag einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst.

Art. 33.

Verantwortlichkeit des Versicherers für seine Agenten.

Der Agent gilt dem Versicherungsnehmer gegenüber als ermächtigt, für den Versicherer alle diejenigen Handlungen vorzunehmen, welche die Ausführung der einem solchen Agenten übertragenen Verrichtungen gewöhnlich mit sich bringt, oder die der Agent mit stillschweigender Genehmigung des Versicherers vorzunehmen pflegt.

Der Agent ist nicht befugt, von den allgemeinen Versicherungsbedingungen zu gunsten oder ungunsten des Versicherungsnehmers abzuweichen.

Art. 34.

Revision der allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Werden im Laufe der Versicherung die allgemeinen Versicherungsbedingungen derselben Versicherungsart abgeändert, so kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Vertrag zu den neuen Bedingungen fortgesetzt werde. Er muss jedoch, wenn für die neuen Bedingungen eine höhere Gegenleistung erforderlich ist, vor Inkrafttreten der neuen Bedingungen das entsprechende Entgelt gewähren.

Art. 35.

Konzessionsentzug; privatrechtliche Folgen.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, vom Vertrage zurückzutreten:

1. wenn dem Versicherer die eidgenössische Konzession entzogen worden ist (Art. 9, Absatz 2, des Bundesgesetzes betreffend Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens vom 25. Juni 1885);

2. wenn der Versicherer, der auf die eidgenössische Konzession verzichtet hat, die vom Bundesrate nach Massgabe des Art. 9, Absatz 2, des angeführten Bundesgesetzes verlangten Abänderungen an seiner Organisation und Geschäftsführung nicht vorgenommen hat.

Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrage zurück, so kann er, unter Vorbehalt der Bestimmung des folgenden Absatzes, die für die noch nicht abgelaufene Versicherungszeit bezahlte Prämie zurückfordern.

Tritt der Versicherungsnehmer von einem Lebensversicherungsvertrage zurück, so ist ihm das gesamte Deckungskapital zurückzuerstatten.

Für Verträge, die von einem der kantonalen Staatsaufsicht unterworfenen Versicherer (Art. 14, Absatz 2 und 3, des angeführten Bundesgesetzes) abgeschlossen worden sind, bleiben die Vorschriften der Kantone in Kraft.

Art. 36.

Konkurs des Versicherers.

Wird über den Versicherer der Konkurs eröffnet, so kann der Versicherungsnehmer vom Vertrage zurücktreten.

Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrage zurück, so kann er den in Art. 35, Absatz 2 und 3, dieses Gesetzes festgestellten Anspruch geltend machen.

Steht ihm aus der laufenden Versicherungsperiode ein Ersatzanspruch gegen den Versicherer zu, so kann er nach seiner Wahl entweder diesen Ersatzanspruch oder jene Forderung geltend machen.

Weitergehende Schadensersatzansprüche bleiben vorbehalten.

Die Zahlungen, die der Rückversicherer zu leisten hat, fallen in die Konkursmasse.

Art. 37.

Anzeigepflicht nach Eintritt des befürchteten Ereignisses.

Ist das befürchtete Ereignis eingetreten, so hat der Forderungsberechtigte, sobald er von diesem Ereignisse und seinem Anspruche aus der Versicherung Kenntnis erlangt, den Versicherer unverzüglich schriftlich zu benachrichtigen.

Hat der Forderungsberechtigte die Anzeigepflicht schuldhafterweise verletzt, so ist der Versicherer befugt, die Entschädigung um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei rechtzeitiger Anzeige gemindert haben würde.

Der Versicherer ist an den Vertrag nicht gebunden, wenn der Forderungsberechtigte die unverzügliche Anzeige in der Absicht unterlassen hat, den Versicherer an der rechtzeitigen Feststellung der Umstände, unter denen das befürchtete Ereignis eingetreten ist, zu hindern.

Art. 38.

Anspruchsbegründung.

Der Forderungsberechtigte hat seinen Anspruch aus der Versicherung schriftlich in der Weise zu begründen, dass der Versicherer sich von der Richtigkeit des Anspruches überzeugen kann.

Der Vertrag kann verfügen:

1. dass die Begründung des Anspruches innert bestimmter, angemessener Frist erfolgen muss;
2. dass der Forderungsberechtigte bestimmte Belege, deren Beschaffung ihm ohne erhebliche Kosten möglich ist, beizubringen hat.

Der Forderungsberechtigte muss, auf Begehren des Versicherers, jede weitere Auskunft über solche ihm bekannte Thatsachen erteilen, die zur Ermittlung der Umstände, unter denen das befürchtete Ereignis eingetreten ist, oder zur Feststellung der Folgen des Ereignisses dienlich ist.

Hat der Forderungsberechtigte oder sein Vertreter Thatsachen, welche die Leistungspflicht des Versicherers ausschliessen oder mindern würden, arglistig unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen oder die Anspruchsbegründung arglistig zu spät oder gar nicht eingereicht, so ist der Versicherer gegenüber dem Forderungsberechtigten nicht an den Vertrag gebunden.

Art. 39.

Fälligkeit des Versicherungsanspruches.

Die Forderung aus dem Versicherungsvertrag wird mit dem Ablaufe von vier Wochen, von der Einreichung der Anspruchsbegründung an gerechnet, fällig.

Die Vertragsabrede, dass der Versicherungsanspruch erst nach Anerkennung oder nach rechtskräftiger Verurteilung des Versicherers fällig werde, ist ungültig.

Art. 40.

Partialschaden.

Ist nur ein teilweiser Schaden eingetreten, so haftet der Versicherer für die Folgezeit im Zweifel mit dem Restbetrage der Versicherungssumme.

Der Versicherer sowohl, wie der Versicherungsnehmer ist berechtigt, spätestens bei Auszahlung der Entschädigung, vom Vertrage zurückzutreten.

Hebt der Versicherer den Vertrag auf, so erlischt seine Haftung mit dem Ablaufe von vierzehn Tagen, nachdem er dem Versicherungsnehmer den Rücktritt vom Vertrage mitgeteilt hat. Der Versicherer hat diejenige Prämie zurückzuerstatten, die auf die nicht abgelaufene Zeit der laufenden Versicherungsperiode und auf den Restbetrag der Versicherungssumme entfällt.

Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrage zurück, so bleibt dem Versicherer der Anspruch auf die Prämie für die laufende Versicherungsperiode gewahrt.

Ist die Prämie für mehrere Versicherungsperioden vorausbezahlt, so kommt die Bestimmung des Art. 26, Absatz 3, dieses Gesetzes zur Anwendung.

Art. 41.

Mitteilungen des Versicherers und des Forderungsberechtigten.

Die Mitteilungen, die der Versicherer nach Massgabe dieses Gesetzes dem Versicherungsnehmer oder einem Berechtigten zu machen hat, erfolgen gültig an die dem Versicherer bekannte letzte Adresse.

Die Mitteilungen, die der Versicherungsnehmer oder ein Berechtigter nach Massgabe des Vertrages oder dieses Gesetzes dem Versicherer zu machen hat, erfolgen, wenn eine besondere inländische Meldestelle nicht bezeichnet worden ist, gültig an jeden Agenten des Versicherers.

Art. 42.

Unverschuldete Fristversäumnis.

Wo der Vertrag oder dieses Gesetz den Bestand eines Rechtes aus der Versicherung an die Beobachtung einer Frist knüpft, ist der Berechtigte befugt, die ohne Verschulden versäumte Handlung nach Beseitigung des Hindernisses ohne Verzug nachzuholen.

Art. 43.

Verjährung.

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrage verjähren in zwei Jahren.

Soweit dieses Gesetz nicht anders verfügt, darf, mit Vorbehalt von Art. 38, Ziffer 1, dieses Gesetzes, der Anspruch gegen den Versicherer einer zeitlich kürzeren Beschränkung nicht unterworfen werden.

2. Besondere Bestimmungen über die Sachversicherung.

Art. 44.

Gegenstand der Versicherung.

Gegenstand der Sachversicherung kann jedes wirtschaftliche Interesse sein, das jemand am Ausbleiben eines befürchteten Ereignisses hat.

Das Recht auf Entschädignng steht, auch wenn der Vertrag durch eine Mittelsperson abgeschlossen wird, mit Vorbehalt der Bestimmung von Art. 17 Absatz 2, dieses Gesetzes, nur demjenigen zu, dessen Interesse versichert ist.

Diese Person heisst Versicherter.

Art. 45.

Versicherungswert.

Der Wert, den der Gegenstand der Versicherung zur Zeit des Vertragsabschlusses darstellt, ist der Versicherungswert.

Im Zweifel gilt dasjenige Interesse als versichert, das ein Eigentümer an der Erhaltung der Sache hat.

Ist der Gegenstand der Versicherung der Gattung nach bestimmt, so fallen alle zur Zeit des Eintritts des befürchteten Ereignisses zur Gattung gehörenden Gegenstände unter die Versicherung.

Art. 46.

Überversicherung und Doppelversicherung. *a.* Begriff.

Übersteigt die Versicherungssumme den Versicherungswert, so liegt eine Überversicherung vor.

Wird dasselbe Interesse gegen dieselbe Gefahr und auf dieselbe Zeit bei mehreren Versicherern dergestalt versichert, dass die sämtlichen Versicherungssummen den Versicherungswert übersteigen, so liegt eine Doppelversicherung vor.

Art. 47.

b. Folgen.

Wer Doppelversicherung nimmt, hat sie, bei Vermeidung von Schadensersatz, sämtlichen Versicherern ohne Verzug schriftlich zur Kenntnis zu bringen.

Wird diese Anzeige absichtlich unterlassen, oder wird eine Überversicherung oder Doppelversicherung in betrügerischer Absicht abgeschlossen, so ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden. Jeder Versicherer hat auf die ganze vereinbarte Gegenleistung Anspruch.

Art. 48.

Nachträgliche Verminderung des Versicherungswertes.

Hat sich im Laufe der Versicherung der Versicherungswert wesentlich vermindert, so kann sowohl der Versicherer wie der Versicherte die verhältnismässige Herabsetzung der Versicherungssumme verlangen.

Die Prämie ist für die künftigen Versicherungsperioden entsprechend zu ermässigen.

Art. 49.

Wechsel in der Person des Versicherten.

Wechselt der Gegenstand der Versicherung den Eigentümer, so gehen die Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrage auf den Erwerber über, sofern durch seinen Eintritt nicht eine wesentliche Gefahrsänderung (Art. 28) herbeigeführt wird.

Für die zur Zeit der Handänderung fällige Prämie haftet dem Versicherer, neben dem Erwerber, auch der bisherige Eigentümer.

Art. 50.

Konkurs des Versicherten; Pfändung und Arrest.

Fällt der Versicherte in Konkurs, so tritt die Konkursmasse in den Vertrag ein.

Ist die versicherte Sache auf dem Wege der Schuldbetreibung gepfändet oder mit Arrest belegt worden, so kann der Versicherer, wenn er hievon rechtzeitig benachrichtigt wird, die Ersatzleistung gültig nur an das Betreibungsamt ausrichten.

Art. 51.

Pfandrecht an der versicherten Sache.

Ist eine zu Faustpfand gegebene Sache versichert, so erstreckt sich das Pfandrecht des Gläubigers sowohl auf den Versicherungsanspruch des Verpfänders, als auch auf die Ersatzleistung des Versicherers und auf die aus der Entschädigung angeschaffte Sache.

Hat der Gläubiger sein Pfandrecht beim Versicherer angemeldet, so darf der Versicherer, bei Vermeidung von Schadensersatz, die Entschädigung nur mit Zustimmung des Pfandgläubigers ausrichten.

Art. 52.

Vorbehalt zu Gunsten des kantonalen Rechtes.

Die Vorschriften der kantonalen Gesetze, wonach das dingliche Recht, das nach kantonalem Rechte an der versicherten Sache besteht, auf den Versicherungsanspruch und die Versicherungssumme ausgedehnt wird, sowie die Bestimmungen, durch die der Anspruch des Berechtigten gesichert wird, bleiben in Kraft.

Art. 53.

Haftpflichtversicherung; gesetzliches Pfandrecht des beschädigten Dritten.

An dem Ersatzanspruche, der dem Versicherten aus der Versicherung gegen die Folgen gesetzlicher Haftpflicht zusteht, besitzt der beschädigte Dritte, kraft dieses Gesetzes, im Umfange seiner Schadensersatzforderung Pfandrecht. Der Versicherer ist berechtigt, die Ersatzleistung direkt an den beschädigten Dritten auszurichten.

Der Versicherer ist für jede Handlung, durch die er den Dritten in diesem Rechte verkürzt, verantwortlich.

Art. 54.

Rettungspflicht.

Der Versicherte ist verpflichtet, nach Eintritt des befürchteten Ereignisses thunlichst für Minderung des Schadens zu sorgen. Er muss, wenn nicht Gefahr im Verzuge liegt, über die zu ergreifenden Massregeln die Weisung des Versicherers einholen und befolgen.

Hat der Versicherte diese Pflichten in nicht zu entschuldigender Weise verletzt, so ist der Versicherer berechtigt, die Ent-

schädigung um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei Erfüllung jener Obliegenheiten gemindert haben würde.

Art. 55.

Ersatzwert. *a.* Überhaupt.

Der Schaden ist auf Grundlage des Wertes zu bemessen, den der Gegenstand der Versicherung unmittelbar vor dem Eintritte des befürchteten Ereignisses gehabt hat (Ersatzwert).

In der Warentransportversicherung ist der Wert der Sache am Bestimmungsorte massgebend.

Ist ein künftiger Gewinn versichert worden, so ist der Feststellung des Schadens der Preis zu Grunde zu legen, den die Sache bei Gelingen des Unternehmens erzielt haben würde.

Von dem nach Absatz 2 und 3 festgestellten Werte sind die durch den Eintritt des befürchteten Ereignisses ersparten Unkosten in Abzug zu bringen.

Art. 56.

b. In der Feuerversicherung.

In der Feuerversicherung ist der Ersatzwert:

1. bei Waren und Naturerzeugnissen der gemeine Wert;

2. bei Gebäuden der ortsübliche Bauwert, nach Abzug der durch Abnutzung verursachten Wertverminderung, höchstens jedoch der Verkehrswert;

3. bei häuslichem Mobiliar, Werkzeug und Maschinen derjenige Wert, den die Neuanschaffung erfordern würde, nach Abzug der durch Abnutzung verursachten Wertverminderung.

Als Feuerschaden ist auch derjenige Schaden anzusehen, der durch Löschen des Feuers oder durch notwendiges Ausräumen eintritt und in der Vernichtung, Beschädigung oder in dem Abhandenkommen der Sache besteht.

Art. 57.

Schadensermittlung.

Der Versicherer sowohl, als der Versicherte kann verlangen, dass der Schaden von den Parteien ohne Verzug festgestellt werde.

Weigert sich eine Partei, bei der Feststellung des Schadens mitzuwirken, oder können sich die Parteien über die Grösse des entstandenen Schadens nicht einigen, so ist der Schaden durch gerichtlich bestellte Sachverständige zu ermitteln.

Der Versicherer geht dadurch, dass er bei der Ermittlung des Schadens mitwirkt, der Einreden, die ihm gegen den Entschädigungsanspruch des Versicherten zustehen, nicht verlustig.

Die Kosten der Schadensermittlung tragen die Parteien zu gleichen Teilen.

Art. 58.

Veränderungsverbot.

Bevor der Schaden ermittelt ist, darf der Versicherte, ohne Zustimmung des Versicherers, an den beschädigten Gegenständen keine Veränderung vornehmen, welche die Feststellung der Schadensursache oder des Schadens erschweren oder vereiteln könnte, es sei denn, dass die Veränderung zum Zwecke der Schadensminderung oder im öffentlichen Interesse als geboten erscheint.

Handelt der Versicherte dieser Pflicht in betrügerischer Absicht zuwider, so ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden.

Art. 59.

Ersatzwert; Beweislast.

Der Versicherte hat den Ersatzwert (Art. 55 und 56) nachzuweisen.

Ist jedoch der Versicherungswert von den Parteien festgestellt worden, so gilt der vereinbarte Wert auch als Ersatzwert, sofern der Versicherer nicht beweist, dass der Ersatzwert nach Massgabe der Vorschriften der Art. 55 und 56 dieses Gesetzes geringer ist, als der Versicherungswert.

Art. 60.

Versicherungssumme; Ersatzpflicht bei Unterversicherung.

Soweit der Vertrag oder dieses Gesetz (Art. 61) nicht anders bestimmt, haftet der Versicherer für den Schaden nur bis auf die Höhe der Versicherungssumme.

Erreicht die Versicherungssumme den Ersatzwert nicht (Unterversicherung), so ist der Schaden, wenn nichts anderes vereinbart ist, in dem Verhältnisse zu ersetzen, in dem die Versicherungssumme zum Ersatzwerte steht.

Art. 61.

Rettungskosten.

Der Versicherer ist gehalten, dem Versicherten die zum Zwecke der Schadensminderung (Art. 54) nicht offenbar unzweckmässig aufgewendeten Kosten auch dann zu vergüten, wenn die getroffenen Massnahmen ohne Erfolg geblieben sind, oder wenn diese Kosten und der Schadensersatz zusammen den Betrag der Versicherungssumme übersteigen.

Erreicht die Versicherungssumme den Ersatzwert nicht, so trägt der Versicherer die Kosten in dem Verhältnisse, in dem die Versicherungssumme zum Ersatzwerte steht.

Art. 62.

Doppelversicherung; Ersatzpflicht der mehreren Versicherer.

Bei Doppelversicherung (Art. 46) haftet jeder Versicherer für den Schaden in dem Verhältnisse, in dem seine Versicherungssumme zum Gesamtbetrage der Versicherungssummen steht.

Ist einer der Versicherer zahlungsunfähig geworden, so haften, unter Vorbehalt der Bestimmungen des Art. 61, Absatz 2, dieses Gesetzes, die übrigen Versicherer in dem Verhältnisse, in dem die von ihnen versicherten Summen zu einander stehen, bis auf die Höhe ihrer Versicherungssumme für den Anteil des zahlungsunfähigen Versicherers. Der Anspruch, der dem Versicherten gegen diesen Versicherer zusteht, geht auf die Versicherer, die Ersatz geleistet haben, über.

Ist das befürchtete Ereignis eingetreten, so darf der Versicherte, bei Vermeidung von Schadenersatz, keine der mehreren Versicherungen zu ungunsten der übrigen Versicherer aufheben oder abändern.

Art. 63.

Regressrecht des Versicherers.

Auf den Versicherer geht insoweit, als er Entschädigung geleistet hat, der Ersatzanspruch über, der dem Versicherten gegenüber Dritten aus unerlaubter Handlung zusteht.

Der Versicherte ist für jede Handlung, durch die er den Versicherer in diesen Rechten verkürzt, verantwortlich.

Die Bestimmung des ersten Absatzes findet keine Anwendung, wenn der ersatzpflichtige Dritte zu den in Art. 15, Absatz 2, dieses Gesetzes genannten Personen gehört, vorausgesetzt, dass er den Schaden nicht absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt hat.

3. Besondere Bestimmungen über die Personenversicherung.

Art. 64.

Versicherung fremder Leben; Übertragung des Versicherungsanspruches.

Die Versicherung auf fremdes Leben ist ungültig, wenn derjenige, auf dessen Tod die Versicherung gestellt ist, dem Abschlusse des Vertrages nicht beigestimmt hat.

Der Versicherungsanspruch kann dagegen ohne Zustimmung des Dritten oder desjenigen, der sein eigenes Leben versichert hat, abgetreten werden.

Art. 65.

Rechtliche Natur der Police.

Der Anspruch aus einem Personenversicherungsvertrage kann weder durch Indossierung noch durch einfache Übergabe der Police übertragen werden.

Ist die Police auf den Inhaber gestellt, so ist der gutgläubige Versicherer befugt, jeden Inhaber als anspruchsberechtigt zu betrachten.

Art. 66.

Unrichtige Altersangabe.

Wegen unrichtiger Angabe des Alters kann der Versicherer nur dann vom Vertrage zurücktreten, wenn das richtige Eintrittsalter nicht innerhalb der von ihm festgestellten Aufnahmegrenzen liegt.

Liegt dagegen das Eintrittsalter innerhalb dieser Grenzen, so gelten folgende Bestimmungen.

1. Ist infolge unrichtiger Angabe des Alters ein niedrigeres Entgelt entrichtet worden, als auf Grund des richtigen Eintrittsalters hätte bezahlt werden müssen, so ist die Gegenleistung des Versicherers im Verhältnisse der vereinbarten Prämie zu der Tarifprämie des richtigen Eintrittsalters herabzusetzen.

   Hat der Versicherer bereits erfüllt, so ist er berechtigt, den Betrag, den er nach dieser Berechnungsweise zu viel bezahlt hat, samt Zins zurückzufordern.
2. Ist infolge unrichtiger Angabe des Alters eine höhere Prämie entrichtet worden, als auf Grund des richtigen Eintrittsalters hätte bezahlt werden müssen, so ist der Versicherer verpflichtet, die Differenz zwischen dem vorhandenen und dem für das richtige Eintrittsalter notwendigen Deckungskapitale zurückzuerstatten. Künftige Prämien sind nach Massgabe des richtigen Eintrittsalters herabzusetzen.
3. Den in Ziffer 1 und 2 dieses Artikels vorgesehenen Berechnungen sind die Tarife zu Grunde zu legen, welche zur Zeit des Vertragsabschlusses gegolten haben.

Art. 67.

Versicherung zu gunsten Dritter. *a.* **Begriff.**

Ein Versicherungsvertrag zu gunsten Dritter liegt vor, wenn vereinbart wird, dass der Versicherer die Leistung aus dem Vertrage an einen namentlich oder sonst hinlänglich bestimmt bezeichneten Dritten auszurichten hat.

Als Begünstigte sind unter den Kindern des Versicherungsnehmers die beim Tode erbberechtigten Kinder, unter seinem Ehegatten der beim Tode überlebende Ehegatte, unter den Hinterlassenen seine Nachkommen und sein Ehegatte und unter den Erben oder Rechtsnachfolgern diejenigen Personen zu verstehen, denen ein Erbrecht am Nachlasse zusteht, ohne Rücksicht darauf, ob sie die Erbschaft antreten.

Sind mehrere Personen ohne nähere Bestimmung ihrer Teile als Begünstigte bezeichnet, so sind die beim Tode vorhandenen Begünstigten auf die Versicherungssumme zu gleichen Teilen berechtigt.

Art. 68.

b. **Dispositionsbefugnis des Versicherungsnehmers.**

Der Versicherungsnehmer kann auch dann, wenn der Vertrag zu gunsten Dritter abgeschlossen ist, über den Anspruch aus der Versicherung unter Lebenden und von Todes wegen frei verfügen.

Diese Befugnis fällt dahin, wenn der Versicherungsnehmer die Police mit dem von ihm darin eingetragenen Verzichte auf den Widerruf dem Begünstigten übergeben hat.

Der Versicherungsanspruch fällt dem Begünstigten erst mit dem Tode des Versicherungsnehmers zu.

Art. 69.

c. **Gesetzliche Erlöschungsgründe.**

Hat der Versicherungsnehmer auf die Befugnis, die Begünstigung zu widerrufen, nicht verzichtet, so erlischt die Begünstigung mit der Pfändung des Versicherungsanspruches und mit der Konkurseröffnung über den Versicherungsnehmer.

Fällt die Pfändung dahin, oder wird der Konkurs widerrufen, so lebt die Begünstigung wieder auf.

Art. 70.

Betreibungs- und konkursrechtliche Verwertung des Versicherungsanspruches.

Die Versicherung, die der Schuldner auf sein eigenes Leben abgeschlossen hat, kann bei betreibungs- und konkursrechtlicher Verwertung des Versicherungsanspruches nur mit Zustimmung des Schuldners aufrecht erhalten werden.

Rechte der Gläubiger; Auslösungsrecht des Ehegatten und der Kinder.

Stimmt der Schuldner der Fortsetzung des Vertrages nicht zu, so haben die Gläubiger oder der Erwerber der Forderung Anspruch auf den Rückkaufspreis der Versicherung.

Der Ehegatte und die Kinder des Schuldners können mit dessen Zustimmung verlangen, dass der Versicherungsanspruch, gegen Erstattung des Rückkaufspreises, ihnen übertragen werde. Das Begehren ist vor Verwertung der Forderung dem Betreibungsamte oder der Konkursverwaltung einzureichen.

Art. 71.

Kollektivunfallversicherung; Forderungsrecht des Begünstigten.

Aus der kollektiven Unfallversicherung steht demjenigen, zu dessen Gunsten die Versicherung abgeschlossen worden ist, mit dem Eintritte des Unfalles ein unwiderrufliches, direktes Forderungsrecht gegen den Versicherer zu.

Art. 72.

Unfallversicherung; Kapitalabfindung.

Wird infolge eines Unfalles die Erwerbsfähigkeit des Versicherten voraussichtlich bleibend beeinträchtigt, so ist die Entschädigung auf Grundlage der für den Fall der Invalidität ver-

sicherten Summe in Form der Kapitalabfindung auszurichten, sobald die dauernden Unfallsfolgen feststehen. Der Vertrag kann bestimmen, dass etwa gewährte Zwischenrenten von der Entschädigung in Abzug gebracht werden.

Die Bestimmung des ersten Satzes dieses Artikels findet keine Anwendung, wenn der Versicherungsnehmer die Entschädigung ausdrücklich in Form der Rentenabfindung beantragt hat.

Art. 73.

Rücktrittsrecht des Versicherungsnehmers.

Hat der Versicherungsnehmer eine Jahresprämie entrichtet, so kann er vom Lebensversicherungsvertrage zurücktreten und die Bezahlung weiterer Prämien ablehnen. Die Rücktrittserklärung ist dem Versicherer spätestens mit Beginn einer neuen Versicherungsperiode schriftlich abzugeben.

Art. 74.

Umwandlung und Rückkauf; *a.* Voraussetzungen.

Der Versicherer ist verpflichtet, jede Lebensversicherung, die wenigstens drei Jahre in Kraft bestanden hat, auf Begehren des Forderungsberechtigten in eine beitragsfreie Versicherung gleicher Art und Fälligkeit ganz oder teilweise umzuwandeln.

Der Versicherer muss überdies, soweit der Eintritt seiner Leistungspflicht gewiss ist, diejenige Lebensversicherung, für die mindestens drei Jahresprämien entrichtet worden sind, auf Verlangen des Forderungsberechtigten ganz oder teilweise zurückkaufen.

Ist eine einmalige Prämie entrichtet worden, so kann der Rückkauf jeder Zeit verlangt werden.

Umwandlung und Rückkauf können nur auf das Ende einer Versicherungsperiode stattfinden.

Art. 75.

***b.* Rechnungsgrundlage; Deckungskapital.**

Der Feststellung des Umwandlungswertes und Rückkaufspreises der Versicherung ist das Deckungskapital in dem Zeitpunkte zu Grunde zu legen, auf den die Umwandlung oder der Rückkauf zu vollziehen ist.

Unter Deckungskapital im Sinne dieses Gesetzes ist der Betrag zu verstehen, den der Lebensversicherer nach Massgabe seiner technischen Grundlagen, ausser den künftigen Nettoprämien, zur Bestreitung der erwartungsmässig auszuzahlenden Versicherungsbeträge nötig hat.

Art. 76.

***c.* Ermittlung des Umwandlungswertes; Rückkaufspreis.**

Der Umwandlungswert der Versicherung wird ermittelt, indem das ganze Deckungskapital als einmalige Prämie für das Alter des Versicherten zur Zeit der Umwandlung angerechnet wird.

Für die Berechnung sind die Tarife zu verwenden, welche zur Zeit des Vertragsabschlusses für die gleiche Versicherungsart gegolten haben.

Als Rückkaufspreis hat der Versicherer mindestens das Deckungskapital unter Abzug von höchstens drei Prozenten der Versicherungssumme zu gewähren.

Art. 77.

d. **Obliegenheiten des Versicherers; Nachprüfung des Versicherungsamtes.**

Der Versicherer ist verpflichtet, binnen sechs Wochen, vom Empfange des Begehrens an gerechnet, den Umwandlungswert oder den Rückkaufspreis der Versicherung nach Massgabe der Art. 75 und 76 dieses Gesetzes festzustellen und dem Anspruchsberechtigten mitzuteilen. Der Versicherer muss ihm ausserdem auf Begehren diejenigen Angaben machen, die zur Ermittlung des Umwandlungswertes oder Rückkaufspreises für Sachverständige erforderlich sind.

Das eidgenössische Versicherungsamt hat, auf Ersuchen des Berechtigten hin, die vom Versicherer festgestellten Werte unentgeltlich auf ihre Richtigkeit zu prüfen.

Die Forderung des Rückkaufsberechtigten wird erst nach Ablauf der sechswöchentlichen Frist, jedenfalls aber nicht vor Ende der Versicherungsperiode, während welcher das Rückkaufsbegehren gestellt wurde, fällig.

Art. 78.

e. **Unverfallbarkeit.**

Unterbleibt die Prämienzahlung, nachdem die Versicherung mindestens drei Jahre in Kraft bestanden hat, so wird der Umwandlungswert der Lebensversicherung geschuldet. Der Versicherer hat den Umwandlungswert und, wenn die Versicherung rückkaufsfähig ist, auch den Rückkaufspreis nach Massgabe dieses Gesetzes festzustellen und dem Anspruchsberechtigten auf dessen Begehren mitzuteilen.

Ist die Versicherung rückkaufsfähig, so kann der Forderungsberechtigte binnen sechs Wochen, vom Empfange dieser Mitteilung an gerechnet, an Stelle der Umwandlung den Rückkaufspreis der Versicherung verlangen.

Art. 79.

f. **Umwandlung und Rückkauf von Gewinnanteilen.**

Die Vorschriften dieses Gesetzes über die Umwandlung und den Rückkauf der Lebensversicherung gelten auch für solche Leistungen, die der Versicherer aus angefallenen Gewinnanteilen dem Forderungsberechtigten in Form einer Lebensversicherung gewährt hat.

4. Schluss- und Uebergangsbestimmungen.

Art. 80.

Nichtanwendbarkeit des Gesetzes.

Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf Verträge, die von den der Staatsaufsicht nicht unterstellten Vereinen (Art. 1 Absatz 2 des Bundesgesetzes betreffend Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens vom 25. Juni 1885) abgeschlossen werden.

Art. 81.

Zwingende Vorschriften.

Vertragsabreden, die den Vorschriften der Art. 11, 14, 43, 44 Absatz 2, 47, 55 Absatz 1, 56, 62 Absatz 1, 64 und 65 dieses Gesetzes widersprechen, sind ungültig.

Die Bestimmungen der Art. 2, 3, 8, 13, 20 Absatz 2, 21, 22 Absatz 1, 23, Absatz 2, 3 und 4, 26, 28, 29, 33, 40, Absatz 2, und 3, 41, Absatz 2, 42, 71, 72, Absatz 1, 74, 75, 76, 77, 78 und 79 dieses Gesetzes dürfen durch Vertrag nicht zu ungunsten des Versicherungsnehmers oder des Forderungsberechtigten abgeändert werden.

Art. 82.

Verhältnis des neuen Rechtes zum alten Rechte.

Die Übergangsbestimmungen der Art. 882 und 883 des Obligationenrechtes kommen sinngemäss zur Anwendung.

Den in Art. 81 dieses Gesetzes aufgeführten Vorschriften sind auch die vor Inkrafttreten desselben abgeschlossenen Verträge von dem Zeitpunkt an unterworfen, auf den sie nach Inkrafttreten des Gesetzes durch vertragsmässige Kündigung beendigt werden können.

Art. 83.

Abrogationsklausel.

Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes werden Art. 896 des Obligationenrechts, sowie alle entgegenstehenden Vorschriften der kantonalen Gesetze und Verordnungen aufgehoben.

Art. 84.

Inkrafttreten des Gesetzes.

Der Bundesrat wird beauftragt, auf Grundlage der Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 17. Brachmonat 1874, betreffend die Volksabstimmung über Bundesgesetze und Bundesbeschlüsse, dieses Gesetz bekannt zu machen und den Beginn seiner Wirksamkeit festzusetzen.