

Erläuterungen zum Vorentwurf der Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (Vorentwurf Aufsichtsverordnung [VE-AVO])

Einleitung

Bei der Erarbeitung der neuen aufsichtsrechtlichen Grundlagen, des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der Aufsichtsverordnung (AVO) wurde der Grundsatzentscheid getroffen, das gesamte, bislang stark zersplitterte Versicherungsaufsichtsrecht in grundsätzlich zwei Erlasse, einen auf Gesetzesstufe und einen auf Verordnungsstufe, zusammenzufassen. So wie der Entwurf des neuen Versicherungsaufsichtsgesetzes (E-VAG) fünf Gesetze obsolet macht, so konsumiert der vorliegende Vorentwurf der neuen Aufsichtsverordnung (VE-AVO) elf Bundesratsbeschlüsse bzw. -verordnungen sowie diverse nicht veröffentlichte Weisungen des Departements und des Amtes.

Dies stellt eine erste Erklärung dafür dar, dass der nachfolgend zu erläuternde Erlass länger ausfällt als eine „durchschnittliche“ Verordnung auf Bundesebene.

Als zweite Erklärung ist anzuführen, dass das VAG mit seinen ausgesprochen zahlreichen Delegationsnormen den Charakter eines Rahmenerlasses hat. In vielen Bereichen normiert das Gesetz mithin nur Grundsätze und überlässt die Regelung vieler verschiedener Einzelheiten in ganz unterschiedlichen Materien dem Bundesrat auf Verordnungsstufe.

Der erhebliche Umfang des vorliegenden Ordnungswerks ist die Konsequenz der beiden genannten Überlegungen. Der Gefahr der Unübersichtlichkeit wurde mit einer klaren Gliederung der Verordnung begegnet. Diese orientiert sich weitgehend am Gesetz und erlaubt es daher, die gleichen Materien in der Regel unter demselben Gliederungstitel in Gesetz und Verordnung wiederzufinden. Allerdings musste in der Verordnung, aufgrund des Umfangs, eine zusätzliche, höhere Gliederungsebene, die sog. Titel, eingefügt werden.

Und schliesslich ist festzuhalten, dass das neue Gesetz der Versicherungsaufsicht eine ganze Reihe von komplexen und aufwändigen neuen Bereichen und Aufgaben zuweist, was sich notwendigerweise in der Detailregelung ausdrückt.

Grundsätzlich alle Bestimmungen werden nachfolgend einzeln oder in Gruppen kommentiert, ausgenommen einige wenige Normen, die als selbsterklärend gelten können.

Die Titel der Verordnung entsprechen, mit einzelnen Ausnahmen, den Kapiteln des Gesetzes.

Auf eine separate Kommentierung der Anhänge wird verzichtet. Der Inhalt der Anhänge wird, wo notwendig und sinnvoll, bei jenen Ordnungsbestimmungen kommentiert, zu denen sie gehören. Analog wird bei den Übergangsbestimmungen verfahren.

Wir möchten uns zum jetzigen Zeitpunkt noch eine Aufteilung der vorliegenden Verordnung vorbehalten. Dabei wäre der eine Teil eine Bundesratsverordnung, und der andere Teil eine Amtsverordnung. Dies aufgrund der Tatsache, dass einige Delegationsnormen des Gesetzes eine Delegation der Ausführungsvorschriften an den Bundesrat vornehmen und einige weitere Delegationsnormen direkt an die Aufsichtsbehörde, d.h. das Bundesamt für Privatversicherungen (BPV) verweisen. Eine solche Zweiteilung der Verordnung wäre aber formeller Natur und würde materiell keine Änderung bedeuten.

Zu den Bestimmungen im Einzelnen

1. Titel: Gegenstand, Zweck und Geltungsbereich

Art. 1 und 2 entsprechen materiell weitgehend geltendem Recht. Neu ist lediglich die Befreiung von der Aufsicht von Versicherungen im Zusammenhang mit Hochseeschifffahrt und Luftfahrt. Damit wird dem fast ausschliesslich internationalen Charakter dieser Versicherungsgeschäfte Rechnung getragen.

Andererseits wurde das vage und wenig praktikable sowie von der gesetzlichen Grundlage her ohnehin fragwürdige Kriterium des mangelnden Schutzbedürfnisses als zusätzliche Ausnahmemöglichkeit von der Versicherungsaufsicht fallen gelassen.

Art. 1 Abs. 3 Aufsichtspflichtige Geschäftstätigkeit in der Schweiz

Diese Bestimmung wurde vom heutigen Recht übernommen. Sie soll vermeiden, dass Versicherungsvermittler und -vermittlerinnen an Personen, die in der Schweiz domiziliert sind, Versicherungspolice ausländischer Gesellschaften verkaufen, die über keine Bewilligung zum Geschäftsbetrieb in der Schweiz verfügen.

Zu den im Ausland domizilierten Versicherungsvermittlern und -vermittlerinnen ist Folgendes zu sagen: Ein Vermittler (juristische oder natürliche Person) muss oder kann sich ab dem Zeitpunkt, wo die Bedingungen gemäss **Art. 38 E-VAG** erfüllt sind, nach **Art. 41 E-VAG** ins Register eintragen lassen, unabhängig davon, ob er sich in der Schweiz oder im Ausland befindet. Das gilt auch, wenn der im Ausland domizilierte Vermittler nur ein einziges Mal in die Schweiz kommt, um eine einzige unbedeutende Vermittlung zu tätigen. Und es gilt sowohl für juristische Personen (beispielsweise eine im Ausland domizilierte Brokerfirma mit oder ohne Niederlassung in der Schweiz) als auch für natürliche Personen (im Ausland domizilierte natürliche Personen). Damit wird - das ist der Vorteil dieser Massnahme - vermieden, dass Versicherungsvermittler mit zweifelhaften Methoden in der Schweiz Versicherungen verkaufen, ohne dabei von unserer Aufsichtsbehörde kontrolliert werden zu können. Es bedeutet aber auch, dass im Prinzip Vermittler im Transit durch die Schweiz kontrolliert werden müssen, insbesondere bei Vorliegen einer Anzeige bei

unserer Aufsichtsbehörde, die dafür möglicherweise beträchtliche Personalressourcen mobilisieren muss.

2. Titel: Aufnahme der Versicherungstätigkeit

1. Kapitel: Umfang der Bewilligung

Art. 3 Umfang der Bewilligung

Die in **Anhang 1** aufgeführten Zweige der Schadenversicherung entsprechen geltendem Recht.

Bei den Lebensversicherungszweigen wurde demgegenüber im Vergleich zum früheren Recht eine Überarbeitung der Zweigeinteilung vorgenommen, unter Berücksichtigung der zeitlichen Weiterentwicklung. Durch die Revision des VAG ergab sich die Gelegenheit, die Europakompatibilität des schweizerischen Rechts zu verbessern. Die Zweige **A6** (Kapitalisationsgeschäfte) und **A7** (Tontinengeschäfte) wurden deshalb in diesem Zusammenhang aufgenommen.

Aufgrund dieser Neuausrichtung erfuhr die Anzahl Zweige eine Zunahme von 4 auf 7 Zweige, wobei der Zweig Heirats- und Geburtenversicherung (alter Lebensversicherungszweig 2) neu unter den Zweig **A3** „Sonstige Lebensversicherung“ subsumiert wird.

Bei der Angleichung der Zweige an die Gegebenheiten in der EU gilt es in erster Linie zu beachten, dass es sich bei den Zweigen **A6** und **A7** nicht um Versicherungen im eigentlichen Sinne handelt. Vielmehr gelten diesbezüglich folgende Feststellungen:

Die Kapitalisierungsgeschäfte werden zwar grundsätzlich zu jenen Geschäften gezählt, die vom Versicherungsrichtlinienwerk der EU erfasst sind, soweit sie der Kontrolle durch die für die Aufsicht über Privatversicherungen zuständigen Verwaltungsbehörden unterliegen. Der Richtlinienartikel macht dabei jedoch eine klare Unterscheidung zwischen „folgenden Versicherungen“ und „folgenden Geschäften“. Die neuen Zweige, bzw. Geschäfte, werden folgendermassen definiert:

Kapitalisationsgeschäften liegt ein versicherungsmathematisches Verfahren zugrunde, wobei gegen im Voraus festgesetzte einmalige oder regelmässig wiederkehrende Zahlungen bestimmte Verpflichtungen übernommen werden, deren Dauer und Höhe genau festgelegt sind.

Tontinengeschäfte umfassen die Bildung von Gemeinschaften, in denen sich Teilnehmer vereinigen, um ihre Beiträge gemeinsam zu kapitalisieren und das so gebildete Vermögen entweder auf die Überlebenden oder auf die Rechtsnachfolger der Verstorbenen zu verteilen.

Unabhängig von der Entwicklung im EU-Raum, wurde bei der Neueinteilung der Versicherungszweige ein neuer, eigenständiger Zweig **A1** „Kollektivlebensversicherung im Rahmen der beruflichen Vorsorge“ geschaffen.

Die Unfall- (Zweig **A4**) und Krankenversicherung (Zweig **A5**) darf nur betrieben werden, wenn das Lebensversicherungsunternehmen bereits im Besitze der Bewilligung zum Betrieb der Lebensversicherungszweige **A1**, **A2** oder **A3** ist. Für den Betrieb der Kapitalisations- (Zweig **A6**) und Tontinengeschäfte (Zweig **A7**) muss das Versicherungsunternehmen bereits im Besitze der Bewilligung zum Betrieb der Lebensversicherungszweige **A2** oder **A3** sein.

Im **Anhang I** „Versicherungszweige“ werden gemäss heutiger sachgerechter (auf das Rückversicherungsgeschäft zugeschnittener) Praxis des BPV drei Rückversicherungszweige unterschieden. Versicherungsunternehmen, welche ausschliesslich die Rückversicherung betreiben, erhalten mit der Bewilligung des Zweiges **C1** das Recht, die Rückversicherung in allen Zweigen der Schaden- und Lebensversicherung zu betreiben. Der Versicherungszweig **C2** gestattet Schadenversicherern den Betrieb der Rückversicherung auch in jenen Zweigen, in denen sie keine Direktversicherung betreiben. Im Gegensatz dazu dürfen Lebensversicherer die Rückversicherung nur in jenen Zweigen betreiben, für welche sie die Bewilligung für die Direktversicherung haben. Mit dem Zweig **C3** erhalten Rückversicherungs-Captives das Recht alle Risiken der Schaden- und Lebensversicherung der eigenen Unternehmensgruppe zugehörend rückzuversichern.

Art. 4 Mitteilungspflicht bei Änderungen des Geschäftsplans

Die bestimmte Frist für die Erfüllung der diversen Mitteilungspflichten des Gesetzes sorgt für Rechtssicherheit.

2. Kapitel: Voraussetzungen der Bewilligungserteilung

1. Abschnitt: Mindestkapital (Art. 5–9)

Die **Art. 5–9** regeln das erforderliche Mindestkapital für die einzelnen Versicherungszweige. Die Spannweiten wurden ausgedehnt, damit die Mindestkapitalisierung sich vermehrt nach dem beabsichtigten Geschäftsumfang und der individuellen Risikoexposition eines Versicherungsunternehmens richten kann. Die Aufsichtsbehörde prüft eine Abweichung von der unteren Grenze der Spannweite anhand der im Bewilligungsgesuch samt Geschäftsplan eingereichten Unterlagen.

Bei Neugründung ergibt sich das erforderliche Mindestkapital aus dem einbezahlten statutarischen Kapital (Aktien-, Genossenschafts- oder Partizipationskapital) sowie Agio. Bei der Bewilligung eines zusätzlichen Versicherungszweigs können die gesetzlichen Reserven mit einberechnet werden.

Gemäss **Art. 35 Abs. 2 E-VAG** finden mit Ausnahme der in **Art. 35 Abs. 1** aufgeführten Artikel alle Bestimmungen des VAG für die Rückversicherung sinngemässe Anwendung. Dementsprechend finden alle AVO-Bestimmungen, welche die anwendbaren VAG-Artikel betreffen auch für die Rückversicherung Anwendung. In

einzelnen Teilen wurden spezifische Regelungen für die Rückversicherung getroffen.

Für die Rückversicherung werden gemäss heutiger sachgerechter Praxis des BPV neu Bestimmungen über das Mindestkapital für die Versicherungszweige C1, C2 und C3 aufgenommen. Neu wird der unterschiedlichen Unternehmensgrösse Rechnung getragen, sodass für mittlere und grössere Unternehmen die Anforderungen erhöht werden.

2. Abschnitt: Eigenmittel (Art. 10)

Die neue Eigenmittelvorschrift teilt sich in zwei grundsätzlich verschiedene Ebenen auf:

die Minimalsolvenz, welche mittels der EU-konformen Solvabilitätsspanne (Solvency I) ermittelt wird und auf der statutarischen Rechnungslegung nach OR basiert
das Zielkapital, welches nach den neuen Richtlinien des Schweizer Solvenztests berechnet wird und auf einer marktnahen und risikogerechten Bewertung der Bilanz basiert.

3. Abschnitt: Organisationsfonds (Art. 11)

Entspricht zwar weitgehend geltendem Recht, enthält jedoch eine zusätzliche Ergänzung für den Organisationsfonds von Rückversicherungs-Captives.

3. Kapitel: Gewährsvorschriften

Art. 12-13 Verwaltungsrat Doppelfunktionen

Ein wichtiger Bestandteil einer guten Corporate Governance ist eine der Geschäftstätigkeit angemessene Qualifikation des Managements.

Des Weiteren muss der Verwaltungsrat in Bezug auf die Fähigkeiten der einzelnen Mitglieder ausgewogen zusammengesetzt sein. Er muss insbesondere in seiner Gesamtheit über das nötige Versicherungswissen verfügen.

Damit der Verwaltungsrat seine Aufgabe als Kontrollorgan der Geschäftsleitung ausüben kann, darf der Verwaltungsratspräsident nicht identisch mit dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung sein. Vor allem um kurzfristige Engpässe überbrücken zu können, sind jedoch Ausnahmen zugelassen, sofern adäquate Kontrollmechanismen vorhanden sind. Diese Regelung entspricht derjenigen, die auch für die Banken gilt.

Art. 14 Geschäftsführung

Diese Bestimmung hält fest, dass die Geschäftsleitungs-Mitglieder über die notwendige Fachkunde verfügen müssen, die sie befähigt, den Bereich, dem sie vorstehen, leiten zu können.

Art. 15 Generalbevollmächtigter

Diese Bestimmung entspricht materiell geltendem Recht.

4. Kapitel: Ausländische Versicherungsunternehmen**1. Abschnitt: Kautionspflicht (Art. 16-26)**

Diese Bestimmungen entsprechen weitgehend dem geltenden, mit dem EU-Recht schon bisher kompatiblen Recht. Sie tragen aber den wirtschaftlichen Entwicklungen Rechnung.

Art. 17 Hinterlegung der Kaution

Die Kaution kann in Werten nach **Art. 105** geleistet werden. Dies sind:

- a) Barmittel, Festgelder und Geldmarktanlagen, wobei die Bahrhinterlagen an die Eidgenössische Staatskasse zu entrichten sind;
- b) Forderungen die auf einen festen Betrag lauten, d.h. Anlehensobligationen und Optionsanleihen sowie Wandelanleihen mit Obligationencharakter;
- c) Forderungen die durch ein in der Schweiz gelegenes Grundstück pfandgesichert sind.

Art. 18 Höhe der Kaution

Bei den Lebensversicherern soll der Kautionsbetrag dem für den schweizerischen Versicherungsbestand jeweils zurückzustellenden Deckungskapital und einem angemessenen Zuschlag entsprechen.

Für die Schadenversicherung entspricht die Kaution betragsmässig der Hälfte der in der Schweiz im letzten Rechnungsjahr eingenommenen Prämien, jedoch mindestens einem Achtel des Mindestgarantiefonds.

Diese Bestimmung ist auf die Versicherungszweige **B4** (Schienenfahrzeug-Kasko), **B6** (See-, Binnensee- und Flussschiffahrts-Kasko) und **B7** (Transportgüter) *nicht* anwendbar; für diese Zweige beträgt die Kaution ein Viertel der in der Schweiz im letzten Rechnungsjahr eingenommenen Prämien, jedoch mindestens einen Achtel des Mindestgarantiefonds.

Art. 19 Feststellung des Sollbetrages der Kaution

Innerhalb der ersten zwei Monate des neuen Rechnungsjahres ist der Aufsichtsbehörde der neue Sollbetrag mitzuteilen.

Art. 20 Bewertung

Mit Blick auf den primären Zweck der Kautions, die Ansprüche der Versicherten aus Versicherungsverträgen sicherzustellen, wird auf die Vorschriften für die Bewertung des Gebundenen Vermögens (**Art. 115-125**) verwiesen.

Art. 21 Ausschluss der Forderungen Dritter

In diesem Artikel wird das Konkursprivileg der Kautions festgehalten. Weder können die Werte mit Arrest belegt, gepfändet noch mit anderen Forderungen verrechnet werden.

Die **Art. 22–26** legen mit der Beschreibung der Verwertung der Kautions, der sichernden Massnahmen, der Liquidation und der Verwendung des allfälligen Überschusses dar, wie bei einem Problemfall die Kautions des Versicherungsunternehmens verwertet werden kann.

2. Abschnitt: Der Generalbevollmächtigte

Die **Art. 27–31** (Anforderungen, Pflichten und Befugnisse, Vollmacht, Verwahrung und Inhalt) entsprechen geltendem Recht.

3. Titel: Ausübung der Versicherungstätigkeit**1. Kapitel: Solvabilitätsspanne (Art. 32–59)**

Dieses Kapitel übernimmt mit wenigen anschliessend dargestellten Änderungen das Solvabilitätssystem des geltenden Rechts. Es wird zwar weit herum als unzulänglich betrachtet, was eben auch Anlass gab zur Entwicklung neuer Kriterien zur Ermittlung der Kapitalanforderungen. Es folgt einer anderen Logik als das weiter unten beschriebene neue risikobasierte Zielkapital, hat aber gerade deshalb weiterhin seine Berechtigung als zusätzliches Sicherungselement. Es wird voraussichtlich auch in der EU neben den in Vorbereitung befindlichen „Solvency II“-Vorschriften bestehen bleiben.

Folgende Änderungen gegenüber dem geltenden Recht sind hervorzuheben:

- a) Die künftigen Gewinne der Lebensversicherer können nicht mehr auf die Solvabilitätsspanne angerechnet werden (vgl. **Art. 55**). Dies aus folgenden Gründen:

Bei den Lebensversicherungsgesellschaften können seit einigen Jahren die Abschlusskosten aktiviert werden. Diese Kosten stellen zu einem beträchtlichen Teil die zukünftigen Gewinne dar. Die weiteren Elemente der zukünftigen Gewinne sind sehr volatil, da diese massgeblich von den schwer prognostizierbaren Kapitalanlageerträgen abhängig sind. Zudem ist eine genaue Abgrenzung zwischen statutarischem Abschluss, wo stille Reserven zugelassen sind, und einer embedded value Berechnung wohl kaum möglich.

Die Regelung der anrechenbaren Eigenmittel entspricht den von der EU vorgegebenen Rahmenbedingungen. Auch dort werden künftige Gewinne (mit einer Übergangsfrist bis 31.12.2009) nicht mehr angerechnet.

- b) In der Vergangenheit war die Minimalsolvenz für Rückversicherungsunternehmen gesetzlich nicht geregelt. In der Praxis wurden von der Aufsichtsbehörde Eigenmittel von mindestens 20% der verdienten Prämien für eigene Rechnung verlangt. Diese Praxis wird fallen gelassen. Die neuen Bestimmungen bezüglich der geforderten Solvabilitätsspanne von Rückversicherungsunternehmen (**Art. 48-53**) lehnen sich an die Bestimmungen an, welche für die Direktversicherung gelten. Sie entsprechen den im Vorschlag der europäischen Kommission vom 21. April 2004 für eine Rückversicherungsrichtlinie¹ enthaltenen Solvabilitätsbestimmungen, soweit sie innerhalb der Europäischen Union als unbestritten gelten.

2. Kapitel: Zielkapital (Art. 60–76)

Allgemeine Erläuterungen

Der Schweizer Solvenztest (Swiss Solvency Test; SST) ist ein Verfahren zur Ermittlung der Risikofähigkeit der Versicherungsunternehmen.

Der SST bestimmt ein Zielkapital, welches notwendig ist, um die eingegangenen Risiken während eines Jahres mit ausreichender Sicherheit zu überstehen, und damit nach Ablauf des Jahres die Aktiven mindestens den bestmöglichen Schätzwert der Rückstellungen und den so genannten Mindestbetrag umfassen. Als Mindestbetrag gelten die Kosten für zukünftig zu stellendes Zielkapital. Erfüllt der Wert der Aktiven diese Forderung, so ist gewährleistet, dass das Portefeuille im Bedarfsfall auf einen anderen Versicherer übertragen werden könnte.

Der Mindestbetrag wird also so bestimmt, dass ein anderer Versicherer die Verpflichtungen übernehmen würde, falls der erste Versicherer sein Versichertenportefeuille abgeben müsste. Der Mindestbetrag entschädigt eine an der Übernahme eines Portefeuilles interessierte Gesellschaft für das damit verbundene Risiko.

Auch wenn keine Übernahme stattfindet, ist der Mindestbetrag gerade der Betrag, welcher die operative Abwicklung des bestehenden Geschäfts finanziell ermöglicht.

Die Summe des Mindestbetrages und des bestmöglichen Schätzwertes für die Rückstellungen ist der marktnahe Wert dieser Rückstellungen.

Die Berechnungen des SST beruhen auf einer marktnahen Bewertung aller Assets und Liabilities. Unter „marktnaher Bewertung“ versteht man für Assets Marktwerte, soweit diese vorhanden sind. Der marktnahe Wert der Verpflichtungen ist definiert als der bestmögliche Schätzwert (Best Estimate) zuzüglich Mindestbetrag.

¹ Vorschlag für eine Richtlinie des europäischen Parlaments und des Rates über die Rückversicherung und zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG, 92/49/EWG und der Richtlinien 98/78/EG und 2002/83/EG

Das Zielkapital ist eine Mindestsollgrösse für das so genannte Risikotragende Kapital. Es ist definiert als der marktnahe Wert der Aktiven minus Best Estimate der Verpflichtungen. Das Zielkapital hat die Funktion eines Warnsignals. Ist das tatsächlich vorhandene Risikotragende Kapital geringer als das notwendige Zielkapital, so bedeutet dies nicht die Insolvenz eines Unternehmens.

Vielmehr ist entweder das notwendige Zielkapital innert einer gewissen Frist aufzubauen oder die Risiken sind dergestalt zu reduzieren – z.B. durch verbessertes ALM – damit das resultierende Zielkapital durch die vorhandenen Anlagen abgedeckt werden kann.

Ziel des Solvenztests ist, das Risikomanagement in den Versicherungsunternehmen zu fördern. Dies bedeutet, dass dem Verantwortlichen Aktuar oder der Verantwortlichen Aktuarin und dem Management mehr Verantwortung übertragen wird. Die Bedeutung des SST liegt nicht nur in der resultierenden Grösse, dem Zielkapital, sondern auch in den Erkenntnissen aus den Szenarien und den Zwischenresultaten, die auf dem Weg der Berechnung gesammelt werden.

Der SST wird weitgehend Prinzipien-basiert formuliert. Dies bedeutet, dass möglichst keine starren Formeln zur Berechnung des Zielkapitals vorgegeben werden, sondern dass es den Gesellschaften überlassen wird, den für sie angepassten Weg zur Berechnung zu wählen. Dies bedingt für die Aufsicht vermehrte Einsicht in die unternehmensspezifischen Modelle und wird den Versicherungsunternehmen Anreize geben, ihre Risiken selber zu quantifizieren, zu steuern und zu verwalten.

Das Konzept des SST besteht aus 3 Teilen: Den stochastischen Modellen, den Szenarien sowie einem Aggregationsschema, welches die Resultate der stochastischen Modelle mit den Auswertungen der Szenarien zusammenfügt.

Die stochastischen Modelle berechnen das notwendige Zielkapital basierend auf den Beobachtungen der letzten Jahre. Das heisst, die Modelle werden so gewählt und kalibriert, dass sie die Ergebnisse der letzten Jahre mit einer gewissen statistischen Signifikanz beschreiben. Die stochastischen Modelle bestehen aus von der Aufsicht vorgegebenen Standardmodellen für Finanzrisiken sowie Lebensversicherungs-, Schadenversicherungs- und Krankenversicherungsrisiken. Das Finanzrisikomodell besteht aus einem einfachen Kovarianzansatz für Marktrisiken und aus dem Standardansatz von Basel II für Kreditrisiken. Das Standardmodell für Lebensversicherungsrisiken besteht wie das Marktrisikomodell aus einem Kovarianzmodell mit vorgegebenen Risikofaktoren wie Sterblichkeit, Invalidität, etc. Die Schaden- und Krankenversicherungsmodelle bestehen aus vorgegebenen Verfahren zur Quantifikation der Versicherungsrisiken.

Szenarien werden verwendet, um Ereignisse in den SST einzubeziehen, welche nicht aus den vergangenen Beobachtungen abgeleitet werden können und somit durch die obigen stochastischen Modelle nicht genügend beschrieben werden. Der Entwurf von Szenarien verlangt Experteneinschätzungen von möglichen wirtschaftlichen Entwicklungen, Katastrophen und anderen relevanten Risiken. Szenarien werden einerseits von der Aufsichtsbehörde vorgegeben und sind andererseits vom Verantwortlichen Aktuar mit eigenen Szenarien zu ergänzen, welche auf die spezifische Risikosituation des Unternehmens zugeschnitten sind.

Das Aggregationsverfahren bildet ein gewichtetes Mittel der Resultate der stochastischen Modelle sowie der Auswertungen der Szenarien. Das Verfahren ist so konzipiert, dass Risiken nicht mehrfach gezählt werden.

Versicherungsunternehmen können die stochastischen Modelle teilweise oder zur Gänze durch eigene Modelle (so genannte interne Modelle) ersetzen, welche allerdings den quantitativen, qualitativen und organisatorischen Anforderungen der Aufsichtsbehörde genügen müssen. Insbesondere müssen diese internen Modelle in die Prozesse des Versicherungsunternehmens eingebettet sein und dürfen nicht ausschliesslich zur Berechnung des Zielkapitals verwendet werden.

1. Abschnitt: Grundlagen

Art. 60 Begriff

Das Zielkapital hat die Funktion eines Warnsignals. Ist das tatsächlich vorhandene Risikotragende Kapital geringer als das Zielkapital, so bedeutet dies nicht die Insolvenz, aber die Aufsicht kann geeignete Massnahmen einleiten.

Der Verlauf des Versicherungsgeschäftes während eines Jahres hängt zwar von der Steuerung der Unternehmung durch die Geschäftsleitung ab, ist aber in weiten Bereichen ebenso durch Zufälligkeiten gesteuert. Diese Zufälligkeiten bestehen aus den Schwankungen auf der Schadenseite und aus den Schwankungen auf der Finanzseite. Sie können zur Folge haben, dass das Risikotragende Kapital innerhalb eines Jahres von einem heute genügenden Wert auf einen Wert unterhalb des Mindestbetrages absinkt. In diesem Fall sind die Forderungen der Versicherungsnehmer gefährdet.

Diese Situation kann aufgrund der Zufälligkeiten nie vollständig ausgeschlossen werden. Allerdings kann durch die Forderung, dass das heute bestehende Risikotragende Kapital mindestens den Wert des Zielkapitals aufweisen soll, die Wahrscheinlichkeit dafür sehr klein gemacht werden.

Zur Festlegung des Zielkapitals werden in einem ersten Schritt alle möglichen positiven und negativen Veränderungen des Risikokapitals mit einer Unterschreitungswahrscheinlichkeit versehen. Gewinne führen zu einer Erhöhung, Verluste zu einer Verminderung des Risikotragenden Kapitals. Die Beiträge dieser Veränderungen kommen sowohl aus dem finanziellen als auch aus dem versicherungstechnischen Ergebnis. In einem zweiten Schritt werden gesondert diejenigen Verminderungen betrachtet, welche seltener als mit einer festzulegenden Wahrscheinlichkeit (beispielsweise 1%) vorkommen.

Die am wenigsten adverse Verminderung (da die Verminderungen ein negatives Vorzeichen tragen, handelt es sich um die betragsmässig kleinste der betrachteten Verminderungen) wird als Schwellenwert bezeichnet. Das Zielkapital ist nun definiert als der Erwartungswert all dieser möglichen Verminderungen plus einen Mindestbetrag.

Aus dieser Definition ergibt sich folgende Konsequenz: Gesetzt den Fall, dass das heutige Risikotragende Kapital den Wert des Zielkapitals aufweist, wird es nach Ablauf eines Jahres nur dann unter den Mindestbetrag fallen, falls eine Verminderung des Risikotragenden Kapitals eintritt, welche im Betrag grösser ist als der Durchschnitt der (beispielsweise 1%) schlimmsten Verminderungen.

Für den Fall der Übernahme des Versicherungsunternehmens durch eine andere Gesellschaft nach Ablauf eines Jahres oder auch zur eigenen Abwicklung des bestehenden Portfolios müssen mit den vorhandenen Mitteln nicht nur der Erwartungswert der zukünftigen Verpflichtungen, sondern auch die Kapitalkosten für das Halten des Zielkapitals in zukünftigen Jahren gedeckt werden können. Aus diesem Grund soll das Risikotragende Kapital am Ende des Jahres nicht nur grösser als Null (verfügbare Mittel decken den Erwartungswert der Verpflichtungen), sondern grösser als die Kapitalkosten sein. Dieser Wert wird Mindestbetrag genannt.

Zur Bestimmung des zukünftigen Zielkapitals darf man nicht davon ausgehen, dass sich die Relation der Finanzrisiken zu den Versicherungsrisiken in den Folgejahren gleich verhält, d.h. dass das Anlageportfolio die Zusammensetzung nicht ändert. Es darf angenommen werden, dass das Anlageportfolio so umgeschichtet wird, dass das Gesamtrisiko minimiert wird. Die Geschwindigkeit der Umschichtung auf das risikominimierende Portfolio hängt dabei insbesondere von der Liquidität der Anlagen ab.

Art. 61 Konzept zur Ermittlung des Zielkapitals

Das Konzept zur Ermittlung des Zielkapitals besteht aus drei Teilen. Der erste Teil ist ein stochastisches Modell, welches die Wahrscheinlichkeiten der Veränderungen des Risikotragenden Kapitals darstellt. Dieses Modell liefert als Resultat die kumulative Wahrscheinlichkeitsverteilung der Veränderungen des Risikotragenden Kapitals.

Der zweite Teil besteht aus der Auswertung einer Reihe von adversen Szenarien. Diese sollen so definiert sein, dass sie das Risikotragende Kapital stark negativ beeinflussen. Das bedeutet, dass die Auswirkungen stärker sein sollen der Schwellenwert.

Der dritte Teil des Konzeptes ist ein Aggregationsmechanismus des stochastischen Modells und der Resultate aus der Szenariobetrachtung.

Die Ausdrücke "Finanz-" und "Versicherungsrisiken" umfassen nicht sämtliche Risiken, welche das Finanz- oder das versicherungstechnische Ergebnis beeinflussen können. Insbesondere fliessen "Operationelle Risiken" zurzeit nicht in das Zielkapital ein.

Die marktnahe Bewertung impliziert eine Abkehr von der statutarischen Bewertung. Insbesondere sind bei den Verpflichtungen keine Vorsichtszuschläge erlaubt.

Art. 62 Modell zur Quantifizierung der Risiken

Das Standardmodell gibt vor, wie die Finanz- und Versicherungsrisiken zu behandeln sind. Da sich alle Versicherungsunternehmen auf demselben Finanzmarkt bewegen, unterscheiden wir bei der Behandlung der Finanzrisiken nicht zwischen Le-

bens-, Nichtlebens- und Krankenversicherern. In Bezug auf die versicherungstechnischen Risiken bestehen hingegen sehr wohl Unterschiede zwischen diesen Sparten. Deshalb ist das Modell in der Behandlung der versicherungstechnischen Seite der Lebensversicherer, der Nichtlebensversicherer und der Krankenversicherer unterschiedlich.

Alle relevanten Risikofaktoren sind von den internen Modellen zu berücksichtigen. Dabei wird der Abhängigkeitsstruktur der modellierten Risikofaktoren Rechnung getragen.

Die Berechnung der internen Modelle erfolgt mit zeitaktuellen Daten und Parametern des Versicherungsunternehmens. Genügen die eigenen Daten des Versicherungsunternehmens nicht, so sind sie mit externen Daten zu ergänzen, wobei diese für die spezifischen Risiken des Versicherungsunternehmens relevant sein müssen. Die Datenquellen sind zu dokumentieren.

Der Verantwortliche Aktuar muss das Modellrisiko und die Stabilität der Ergebnisse durch Sensitivitätsanalysen oder ähnliche Tests einschätzen. Die internen Modelle sind regelmässig zu überprüfen (Back testing) und gegebenenfalls anzupassen.

Interne Modelle müssen in die internen Abläufe des Versicherungsunternehmens (Risikomanagement, Reservierung, Pricing, etc.) integriert sein und dürfen nicht ausschliesslich zur Zielkapitalberechnung verwendet werden. Es müssen genügend Ressourcen für die Entwicklung und den Unterhalt der internen Modelle zur Verfügung stehen. Die internen Modelle und die entsprechenden Risikomanagementsysteme müssen angemessen dokumentiert sein.

Von Versicherern, welche ausschliesslich die Rückversicherung betreiben, wird erwartet, dass sie ihre eingegangenen Risiken (sowohl Finanz- als auch Versicherungsrisiken) selber modellieren können. Deshalb sollten Rückversicherer eigene, auf sie zugeschnittene Modelle verwenden.

Art. 63 Szenarien

Die Szenarien bestehen aus zwei Gruppen. Die erste Gruppe umfasst Szenarien, welche von der Aufsichtsbehörde vorgegeben und in ihrer Auswirkung genügend advers auf das Versicherungsunternehmen sind. Der Verantwortliche Aktuar ändert diese Szenarien in Absprache mit der Aufsichtsbehörde ab, falls die Szenarien die Risikosituation des Versicherers nur schlecht wiedergeben.

Die zweite Gruppe umfasst Szenarien, welche die Versicherungsunternehmen individuell definieren und die an ihre Risikoexposition angepasst sind.

Art. 64 Aggregation

Sowohl das stochastische Modell als auch die Szenarien liefern Aussagen darüber, wie gross die Verminderungen des Risikotragenden Kapitals in aussergewöhnlichen Jahren sein können. Da das Zielkapital das Ausmass solcher Verminderungen misst, bezieht es die Resultate des stochastischen Modells und der Szenarien ein. Damit

dies möglich ist, müssen die Aussagen des stochastischen Modells und der Szenarien auf einen gemeinsamen Nenner gebracht werden. Dies geschieht im Aggregationsverfahren. Die Szenarien werden gewichtet gemäss ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit. Das Aggregationsverfahren vermeidet, dass Risiken mehrfach gezählt werden.

Art. 65 Verfahren zur Ermittlung des Zielkapitals

In den Richtlinien werden insbesondere das stochastische Modell, die Szenarien und die Aggregation beschrieben.

Die Risiken der Rückversicherer sind weniger einheitlich als diejenigen innerhalb der Menge der Erstversicherer. Aus diesem Grund gibt die Aufsichtsbehörde kein Modell für Gesellschaften mit aktiver Rückversicherung vor. Stattdessen verlangt die Aufsichtsbehörde, dass die Rückversicherer ihre Risiken erfassen und mit einem internen Modell beschreiben. Dieses Modell muss analoge Bedingungen erfüllen wie die Risikobewertung der Erstversicherer. Überdies wird auch für Rückversicherer von der Aufsicht eine Anzahl von Szenarien vorgegeben.

Art. 66 Häufigkeit der Ermittlung

Die Häufigkeit der Ermittlung des Zielkapitals ist aus zwei Gründen jährlich: Eine seltenere Erhebung des Zielkapitals macht wenig Sinn, weil der Zeithorizont der Risikomessung ein Jahr ist. Wird hingegen das Zielkapital mehr als einmal jährlich ermittelt, steigt der Nutzen des zusätzlichen Informationsgewinnes weniger als der Aufwand.

Der Informationszuwachs wäre vor allem auf der Finanzseite zu suchen. Die Situation der versicherungstechnischen Risiken verändert sich hingegen innerhalb eines Jahres nur schwach (z.B. werden Rückversicherungsprogramme nicht unterjährig erneuert.)

2. Abschnitt: Umsetzung

Art. 67 Datenerhebung

Das Versicherungsunternehmen hat dafür zu sorgen, dass die notwendige Infrastruktur (d.h. IT Systeme, Datenbanken, etc.) vorhanden ist. Beispielsweise sind die notwendigen Policendaten so zu erfassen, dass die eingebetteten Optionen bewertet werden können, oder dass der Versichertenbestand in Kollektivverträgen jederzeit klar identifizierbar ist.

Historische Daten, welche für die Bestimmung des Zielkapitals sowie der marktnahen Rückstellungen notwendig sind, sind zu erfassen. Insbesondere müssen die Schadendaten, das Versichertenverhalten bei der Ausübung der Option sowie die Teuerung erhoben werden.

Die ermittelten Daten sollen dann, soweit sie statistisch genügend aussagekräftig sind, zusammen mit Markt- und anderen öffentlich erhältlichen Daten, zur Berechnung des Zielkapitals benutzt werden.

**Art. 68–69 Auswertung der Szenarien
und Anwendung der Auswertungsergebnisse**

Siehe oben unter „Allgemeine Erläuterungen“ zu diesem Kapitel.

Art. 70 Operationelle Risiken

Operationelle Risiken sind schwierig zu quantifizieren und werden im SST daher vorerst qualitativ bewertet. Eine Kapitalunterlegung dieser Risiken wäre in der aktuellen Situation zu willkürlich.

Empirische Daten sind noch nicht genügend vorhanden. Banken werden diese jedoch neuerdings gemäss Basel II sammeln. Es ist deshalb denkbar, dass in Zukunft, wenn auch Versicherungsunternehmen im Besitz von entsprechenden Daten sein werden, operationelle Risiken quantifiziert werden können.

Operationelle Risiken können heute z.B. durch angemessene Corporate Governance kontrolliert werden. Für die Aufsichtsbehörde ist es deshalb wichtig, dass ein effizientes Risikomanagement innerhalb des Versicherungsunternehmens besteht.

Dieses Risikomanagement wird mittels eines differenzierten Fragebogens, der von dem Versicherungsunternehmen in Form eines Self-Assessments auszufüllen ist, überprüft.

Mindestens alle drei Jahre wird das Self-Assessment von der Aufsichtsbehörde mit dem Versicherungsunternehmen besprochen.

Das Self-Assessment besteht aus einem fragebogenartig strukturierten Bericht, der von dem Versicherungsunternehmen ausgefüllt werden muss und der ein Bild darüber gibt, wie gut das Management der operationellen Risiken ist. Die Aufsichtsbehörde legt die Fragen und den Bewertungsmaassstab fest.

Der ausgefüllte Fragebogen muss vom Verwaltungsrat und der Geschäftsleitung unterschrieben werden.

Das Self-Assessment wird einmal jährlich der Aufsichtsbehörde eingereicht. Der Fragebogen wird regulär mindestens alle drei Jahre, falls nötig aber jährlich von der Aufsichtsbehörde mit dem Versicherungsunternehmen besprochen.

Das Self-Assessment soll im Bericht der Revisionsstelle enthalten sein. Das bedeutet, dass die Revisionsstelle überprüft, ob der Fragebogen (bei überprüfbaren Fragen) korrekt ausgefüllt ist.

Es gibt drei Möglichkeiten von Anreizen für ein gutes Management beziehungsweise Sanktionen bei einem schlechten Management von operationellen Risiken:

- a) abgestufte Aufsichtsintensität;
- b) Zuschlag auf das Zielkapital;
- c) Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit.

Zurzeit soll vor allem die abgestufte Aufsichtsintensität (a) angewandt werden.

Art. 71 Berücksichtigung der Rückversicherung bzw. Retrozession

Rückversicherung und Retrozession sind für das Zielkapital voll anrechenbar, allerdings muss der tatsächliche Risikotransfer quantifiziert werden. Wird die Rückversicherungsdeckung bei der Berechnung des Zielkapitals berücksichtigt, muss auch das Kreditrisiko, welches vom möglichen Ausfall der Rückversicherer herrührt, in das Zielkapital einfließen. Dazu wird von der Aufsicht ein Szenario vorgegeben.

3. Abschnitt: Transparenzforderungen**Art. 72 SST Bericht**

Der SST Bericht dient dazu, die Risikosituation und die Berechnung des Zielkapitals zu dokumentieren. Der SST Bericht ist so zu verfassen, dass die Geschäftsleitung und der Risikomanager die wahre Risikosituation des Versicherungsunternehmens erfassen und ein Aktuar die Berechnung des Zielkapitals nachvollziehen kann. Der SST Bericht ist Teil des Berichtes des Aktuars. Die Aufsichtsbehörde kann diesen anfordern, um die Berechnung des Zielkapitals zu beurteilen.

4. Abschnitt: Risikotragendes Kapital zur Bedeckung des Zielkapitals (Art. 73–76)

Die anrechenbaren Eigenmittel zur Bedeckung des Zielkapitals ergeben sich aus einer Bilanz mit marktnaher Bewertung der Aktiven und Passiven. Die Rechnungslegungsgrundsätze zur marktnahen Bewertung werden vom BPV vorgegeben (siehe auch unten [Art. 144–149, Rechnungslegung]). Die Bewertungsdifferenzen, die sich zwischen statutarischer und marktnaher Bilanz ergeben, werden dem Posten Bewertungsreserven (Art. 74, Abs. 2e) zugeteilt. Die Anrechenbarkeit von stillen Reserven, Zillmerreserven etc. muss nicht mehr einzeln geregelt werden, da diese Posten bereits bei der marktnahen Bewertung berücksichtigt werden.

Die Aufteilung des Risikotragenden Kapitals in Kernkapital und ergänzendes Kapital (Art. 75) erhöht die Übersichtlichkeit und erleichtert eine spätere Regulierung von zusätzlichen, von den Versicherungsunternehmen zur Anrechnung beantragten Eigenkapitalelementen. Diese Aufteilung in Tier 1 und Tier 2 Kapital entspricht den internationalen Tendenzen in der Versicherungs- und Bankenaufsicht.

Die Begrenzung der hybriden Instrumente im ergänzenden Kapital entspricht den bereits heute geltenden Vorschriften. Als Neuerung kommt hinzu, dass die befristeten hybriden Instrumente in den letzten 5 Jahren nicht mehr voll anrechenbar sind (Art. 75, Abs. 3a), da die nahe Fälligkeit einer nachrangigen Schuld deren Eigenkapitalcharakter negativ beeinträchtigt.

3. Kapitel: Versicherungstechnische Rückstellungen

1. Abschnitt: Lebensversicherung

Art. 77 Sollbetrag des Gebundenen Vermögens

Der Sollbetrag soll die Ansprüche der Versicherten widerspiegeln. Deshalb sind neben dem individuell berechneten Deckungskapital auch pauschal berechnete „Nachreservierungen“ einzuschliessen. Dazu gehören insbesondere die Rentenverstärkungen für laufende Renten sowie Pauschalrückstellungen für anwartschaftliche Renten. Zu diesen Renten zählen insbesondere Altersrenten, Hinterbliebenenrenten, Pensioniertenkinderrenten, Invalidenrenten und Invalidenkinderrenten.

Die Rückstellungen für eingetretene, noch nicht ausbezahlte Versicherungsleistungen umfassen insbesondere auch die IBNR. Diese sind mit geeigneten aktuariellen Methoden zu schätzen.

Rückstellungen für Tarifumstellungen und Tarifsanierungen sind eigentlich normale Verstärkungen oder Nachreservierungen und somit bereits unter den Buchstaben **a–f** erfasst. Einige Versicherungsunternehmen führen solche Rückstellungen ausserhalb der übrigen Verstärkungen und Nachreservierungen. Deshalb sind Tarifumstellungs- und Tarifsanierungsrückstellungen, soweit vorhanden, ausdrücklich bei der Berechnung des Sollbetrags des gebundenen Vermögens zu berücksichtigen.

Die den Versicherten bereits zugeteilten Überschussanteile sind gemäss **Art. 94 VVG** Bestandteil des Abfindungswertes und müssen deshalb auch sichergestellt werden. Dasselbe gilt für Buchstabe **j**: Vertraglich vorgesehene Schlussüberschussbeteiligungen (oft Treueboni, Schlussboni oder Schlussdividenden genannt) sind grundsätzlich jährlich zu alimentieren und individuell zu reservieren. Pauschalmethoden sind nicht zulässig, weil vertraglich vorgesehene Leistungen aus den vertraglich vereinbarten Prämien zu finanzieren sind.

Der Teuerungsfonds gehört zum Sollbetrag für die berufliche Vorsorge. Er dient der Finanzierung der Anpassung der BVG-Risikorenten an die Preisentwicklung gemäss **Art. 36 BVG**.

Die aufsichtsrechtlichen Vorschriften für Rückstellungen zum Ausgleich von Schwankungen in der Zeit auf der Passivseite finden sich in **Art. 90** und betreffen insbesondere Risikoversicherungen auf den Todesfall und gegen Invalidität.

Die Rückstellungen für noch nicht aufgebrauchte Verwaltungskostenprämien entstehen bei Lebensversicherungen mit einmaliger oder abgekürzter Prämienzahlung. Addiert man sie zum Nettodeckungskapital, so erhält man das Inventardeckungskapital.

Alterungsrückstellungen gibt es nur in der Kranken- und Krankentaggeldversicherung. Sie sind deshalb im Kommentar zu **Art. 90** nicht aufgeführt.

Art. 78 Sollbetrag für die Zweige Kranken- und Unfallversicherung

Das Lebensversicherungsunternehmen führt je ein separates Gebundenes Vermögen für die Kollektivlebensversicherung in der beruflichen Vorsorge, für die anteilgebundenen Lebensversicherungen und für das restlichen Lebensversicherungen. Durch diese jeweiligen Gebundenen Vermögen wird auch die in Verbindung mit den entsprechenden Lebensversicherungen betriebene Kranken- und Unfallversicherung abgedeckt. Der Sollbetrag der einzelnen Gebundenen Vermögen ergibt sich dabei aus der Summe der Sollbeträge für den Lebensversicherungszweig einerseits und die Kranken- und Unfallversicherung andererseits. Diese Teil-Sollbeträge werden separat und unabhängig voneinander nach den jeweiligen Vorschriften des betreffenden Bereichs berechnet.

Art. 79 Zeitpunkt der Ermittlung des Sollbetrages

Die Regelung entspricht derjenigen für den Bereich der Schadenversicherung.

Art. 80 Grundsatz der Einzelberechnung

Soweit als möglich sollen die technischen Rückstellungen auf Vertragsebene bestimmt und anschliessend addiert werden. Nicht individualisierte Rückstellungen sollen nur zur Anwendung kommen, wenn dies auf Grund ihrer Eigenheiten nicht anders möglich ist. Solche nicht individualisierte Rückstellungen können beispielsweise sein: Alterungsrückstellungen, Schwankungsrückstellungen zum Ausgleich von Schwankungen in der Zeit auf der Passiv- und der Aktivseite sowie Umstellungsrückstellungen. Die nicht individualisierten Rückstellungen sind nach einem versicherungsmathematischen Pauschalverfahren zu alimentieren und dürfen nur zu Gunsten des Versichertenkollektives abgebaut resp. aufgelöst werden. Die individualisierten Rückstellungen sollen nach einem vorsichtigen prospektiven Verfahren berechnet werden. Dabei wird die Höhe der Rückstellungen berechnet als der Barwert der zukünftigen Leistungen sowie der zukünftig anfallenden Kosten, vermindert um den Barwert der zukünftigen Prämien. Bei allen unsicheren und zu schätzenden Werten sollen tendenziell vorsichtige Annahmen getroffen werden, das heisst solche, die zu höheren Rückstellungen führen.

Art. 81 Bruttoprinzip

Alle versicherungstechnischen Rückstellungen sollen ohne Berücksichtigung der Rückversicherung bestimmt werden. Dies trägt einerseits dem möglichen Ausfall des Rückversicherers und andererseits der in der schweizerischen Lebensversicherung traditionell geringen Rückversicherungsquote Rechnung. Ausserdem soll mit dieser Regelung verhindert werden, dass das Sparkapital dem Vermögen des Versicherers auf diese Weise entzogen und zu einem dem Versicherungsnehmer unbekanntem Rückversicherer transferiert wird.

In begründeten Fällen, insbesondere in Fällen hoher Rückversicherungsquoten, kann das BPV Ausnahmen zulassen.

Art. 82-83 Zinssatz für die Berechnung der technischen Rückstellungen und Biometrische Grundlagen für die Berechnung der technischen Rückstellungen

Durch die Verwendung eines rechnerischen Zinssatzes, der nicht tiefer als der technische Zinssatz liegt, resp. von biometrischen Grundlagen, die noch vorsichtiger sind als die für die Tarifierung verwendeten, wird vermieden, dass die errechneten Rückstellungen zu tief sind. Beide Artikel wurden somit mit dem Ziel geschaffen, zumindest ausreichende Rückstellungen vorzuschreiben.

Art. 84-85 Verstärkung der technischen Rückstellungen und Auflösung der technischen Rückstellungen

Die Höhe der Rückstellungen ist laufend durch das Versicherungsunternehmen zu überprüfen. Damit soll erreicht werden, dass die Rückstellungen einerseits stets in genügender Grösse zur Verfügung stehen und andererseits nicht missbräuchlicherweise übermässig geäuft werden.

Art. 86 Deckung der Rückkaufswerte

Mit dieser Regelung wird eine weitere untere Grenze für die technischen Rückstellungen geschaffen. Sie soll sicherstellen, dass alle zugesicherten Verpflichtungen gegenüber den Versicherungsnehmern garantiert werden können und dass kein Lebensversicherer in Folge einer kurzfristig hohen Stornoquote in Solvenzgefahr gerät, weil er Nachreservierungen vornehmen muss.

Art. 87 Anteilgebundene Lebensversicherung

Die Verpflichtungen der Lebensversicherer aus anteilgebundenen Lebensversicherungen sind grösstenteils durch die zugeordneten Fondsanteile gesichert. Soweit aber über die Rückgewähr der Fondsanteile hinaus Garantien gegeben werden, sind diese durch gesonderte Rückstellungen zu sichern.

Art. 88 Zillmerung und Aktivierung von noch nicht getilgten Abschlusskosten

Die Zillmerung der Deckungskapitalien bleibt, wie dies der bisherigen Praxis des BPV entspricht, verboten. Dies insbesondere im Hinblick auf die Bestimmungen von **Art. 36 Abs. 1 und 3 VVG**, nach denen der Versicherungsnehmer beim Rücktritt von einem Lebensversicherungsvertrag das Deckungskapital zurück fordern kann.

Die bestehende Praxis des BPV wird auch im Hinblick auf die Erlaubnis der Aktivierung von Abschlusskosten weiterhin möglich bleiben. Bisher durften Abschluss-

kosten aktiviert werden in dem Mass, in dem sie sicher amortisiert werden, das heisst soweit sie auch bei Rückkauf einforderbar sind. Dabei ist zu beachten, dass die Aufsichtsbehörde die Rückkaufsregeln auf Angemessenheit zu prüfen hat. (**Art. 91 Abs. 3 VVG**)

Art. 89 Weitere technische Rückstellungen

Für bereits zugeteilte Überschussanteile einerseits und für die Finanzierung von Schlussüberschussanteilen andererseits müssen voneinander getrennte Rückstellungen geführt werden. Die Trennung erfolgt deshalb, weil die Fälligkeit der Schlussüberschussanteile wie Treueboni, Schlussdividenden und Schlussboni im Einzelfall nicht sicher ist. Bei Tod, Rückkauf oder vorzeitigem Ausscheiden aus dem Versichertenbestand infolge eines anderen Grunds fliesst der frei werdende Anteil der Schlussüberschussanteile an den Überschussfonds zurück.

Beide Rückstellungen sind nicht mit dem Überschussfonds gemäss Art. 195 zu verwechseln. Sie werden aber aus diesem gespeisen.

Art. 90 Schwankungsrückstellungen

Bei Risikoversicherungen auf den Todesfall und gegen Invalidität fehlt häufig das Deckungskapital aus dem Sparprozess, welches Schwankungen des Risikoverlaufs in der Zeit ausgleichend abdämpft. Zur Abdämpfung der Schwankungen im Risikoverlauf sollen deshalb Schwankungsrückstellungen gebildet werden. Das BPV erlässt Grundsätze und Richtlinien dazu. Damit soll das Verlustpotential und die Notwendigkeit von Prämien erhöhungen in Folge eines schlechten Risikoverlaufs eines einzelnen Jahres vermindert werden.

Diese Form von Schwankungsrückstellungen wird auch für die Berechnung des Sollbetrages für das Gebundene Vermögen berücksichtigt.

2. Abschnitt: Schadenversicherung

Art. 91 Sollbetrag des gebundenen Vermögens

Dieser Artikel bezweckt grundsätzlich die Fortführung der geltenden Vorschriften zum Sollbetrag. Er enthält jedoch folgende Neuerungen:

Abs. 1 Bst. a verzichtet auf die Aufzählung der versicherungstechnischen Rückstellungen, weil diese in **Art. 94** einzeln genannt werden.

Bst d: Die Schwankungsrückstellungen in der Kreditversicherung werden neu dem Sollbetrag zugeordnet. Da es sich dabei um eine von der EU übernommene gesetzliche Vorschrift handelt ist es richtig, sie durch das Gebundene Vermögen zu sichern. Das Schadenversicherungsabkommen der Schweiz mit der EWG vom 10. Oktober 1989² stellt in Anhang 5 vier verschiedene Methoden zur Auswahl zur Verfügung. Die hier verlangte Methode Nr. 2 entspricht jener, die im Rahmen des geltenden

² SR 0.961.1

Rechts in der Verordnung vom 18. November 1992³ über die Schwankungsrückstellung in der Kreditversicherung vorgeschrieben ist.

Bst. b und e erweitern den Umfang des Sollbetrages um offen formulierte weitere Rückstellungen, die in den Sollbetrag gehören, sofern sie von den Versicherten finanziert bzw. vom Gesetz vorgeschrieben sind.

Bst. f verlangt einen doppelt so hohen prozentualen Zuschlag als bisher. Der Grund dafür sind die im Konkursfall weiter laufenden Verwaltungskosten, die aus heutiger Sicht mit dem bisherigen Satz kaum gedeckt werden könnten. Dafür beschränkt diese Bestimmung die Zuschlagspflicht auf die nicht bereits gesetzlich vorgeschriebenen Rückstellungen in der Meinung, die gesetzlich vorgegebene Höhe enthalte genügend Sicherheit.

Das sog. Nettoprinzip, wie es in **Absatz 2** festgehalten ist, entspricht geltendem Recht.

Art. 94 Bildung versicherungstechnischer Rückstellungen

Der Entwurf des neuen Versicherungsaufsichtsgesetzes verlangt in Art. 4 einen Geschäftsplan und in Buchstabe d Angaben und Unterlagen zur finanziellen Ausstattung und zu den Rückstellungen. Die Geschäftspläne der Vergangenheit zeichnen sich, besonders im Hinblick auf die Rückstellungen, durch Heterogenität und Allgemeinheit aus. Da es sich bei den versicherungstechnischen Rückstellungen in der Regel um den grössten Bilanzposten in den Passiven eines Schadenversicherers handelt, soll durch den vorliegenden Artikel eine homogenere und sachbezogenere Beschreibung dieser Rückstellungen erzielt werden.

Abs. 1 des Artikels verpflichtet die Versicherungsunternehmen zur Angabe, für welchen Zweck, wie, und aus welchen Mitteln, die Rückstellungen aufgebaut werden sollen. Parallel dazu ist anzugeben, unter welchen Bedingungen diese Rückstellungen wieder aufgelöst werden können oder müssen.

Falls ein Krankenversicherer seine Tarife und Alterungsrückstellungen mit Rechnungsgrundlagen und dem üblicherweise eingesetzten versicherungsmathematischen Verfahren berechnet, erfüllt die Alterungsrückstellung automatisch die im Absatz 1 gemachten Anforderungen, weil der Berechnungsvorgang sowohl den Aufbau als auch den Abbau beinhaltet.

Wird andererseits für einen Versicherungszweig den Versicherten eine Überschussbeteiligung zugesagt, die erst am Ende einer mehrjährigen Periode zur Auszahlung gelangt, so ist der Aufbau der entsprechenden Rückstellung mit geeigneten Annahmen zu berechnen und deren Abbau, d.h. die Auszahlung, ist den vertraglichen Modalitäten und den zugehörigen zeitlichen Abläufen anzupassen. Die Versicherungsverträge und die zugehörigen Schadenfälle sind dabei nach den einzelnen Jahren, in denen die Verträge unter Risiko standen, zu behandeln.

Besondere Beachtung verdient in diesem Zusammenhang die üblicherweise grösste Rückstellung des Schadenversicherungsunternehmens, die Schadenrückstellung.

³ SR 961.795

Das Versicherungsunternehmen muss für alle Schadenfälle, die sich bis und mit dem Bilanzdatum ereignet haben, eine modellartige Vorstellung von deren künftigem Zahlungsverlauf entwickeln. Dieses Modell ist nicht zwangsläufig auf den einzelnen Schadenfall bezogen, häufiger wird es ganze Schadenkategorien zusammenfassen. Es beschreibt die mutmasslichen künftigen Zahlungen, welche, wenn sinnvoll geschätzt, gerade den notwendigen Rückstellungen entsprechen.

Abs. 2 des Artikels will erzielen, dass die versicherungstechnischen Rückstellungen sich tatsächlich auf das versicherte Risiko beziehen und nicht anderen Zwecken dienen. Die Höhe solcher Rückstellungen soll einen direkten Bezug zu den Leistungen haben, die den Versicherten zugesagt worden sind. Insbesondere sollen sie sich auf Schadenfälle beziehen die bereits eingetreten sind, unabhängig davon, ob sie dem Versicherungsunternehmen bereits bekannt geworden sind oder erst später gemeldet werden. Mit dem Begriff der Angemessenheit bleibt dem Versicherungsunternehmen ein Ermessensspielraum, der ihm eine zweckmässige Festlegung der versicherungstechnischen Rückstellungen erlaubt.

Art. 94 Arten versicherungstechnischer Rückstellungen

Mit den **Bst. a–f** werden häufig vorhandene, aber oft anders oder abweichend bezeichnete Rückstellungskategorien aufgezählt. Wenn sie verwendet werden, sind sie nach den Bestimmungen von **Art. 88** im Geschäftsplan zu beschreiben.

Das soll auch für Rückstellungen gelten, die in der Aufzählung nicht vorkommen (**Bst. g**). Da bei diesen nicht ohne weiteres auf ein breites Vorverständnis geschlossen werden kann, ist deren Erläuterung besonders wichtig und deren Bildung und Verwendung soll klar geschildert werden.

Als Beispiel für eine Rückstellungsart nach **Bst. g** kann die so genannte Drohverlustrückstellung genannt werden. Sie ist dann notwendig, wenn Versicherungsverträge eines Zweiges aus einem bestimmten Versicherungsjahr eine unerwartete Verschlechterung erleiden. Das Versicherungsunternehmen kann dann den möglichen entstehenden Verlust schätzen und mittels der Drohverlustrückstellung in die Bilanz aufnehmen. Im Geschäftsplan ist verlässlich zu beschreiben, wie der drohende Verlust geschätzt, und wie in den Folgejahren der tatsächliche Ergebnisverlauf berücksichtigt wird.

Art. 95 Alterungsrückstellungen in den Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung

Mit der vorliegenden Bestimmung will man unter den vielen Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung jene erfassen, die sowohl für die Versicherten als auch für die Versicherer weit reichende Konsequenzen haben können. Es geht um jene Produkte, bei denen sich der Versicherer auf lange Zeit, oft auf Lebenszeit, an die Versicherten bindet. Das ist dann der Fall, wenn der Versicherer auf die Möglichkeiten der Vertragsbeendigung verzichtet, bzw. wenn er keine Kündigungsmöglichkeit bei Vertragsablauf und im Schadenfall hat.

Häufigstes Beispiel für solche Produkte sind die Spitalzusatz- und Pflegeversicherungen. Sie beinhalten meist bedeutende finanzielle Garantien, wie etwa die Erstattung eines Teiles der Behandlungskosten, oft ohne betragliche Begrenzung. In der

finanziellen Planung der Versicherten nehmen solche Zusatzversicherungen einen wichtigen Platz ein; sie haben sozusagen Vorsorgecharakter.

Das auffälligste Merkmal solcher Zusatzversicherungen ist das Ansteigen der Leistungen pro Versicherten mit dem Alter. Oft betragen diese in höherem Alter das fünf- bis zehnfache der Leistungen bei jüngeren Versicherten. Gegen das Lebensende hin sind diese Beträge so hoch, dass die dafür erforderlichen Prämien nicht zumutbar wären. Die Versicherungsunternehmen tragen diesem Umstand meist so Rechnung, dass sie eine nach Altersgruppen abgestufte Prämie verlangen, welche die Extreme bei den höheren Altern vermeidet. Sie nehmen also eine Umlage zwischen jüngeren und älteren Versicherten vor.

Diese Umlage ist solange zweckmässig, als die bei der Tarifierung geltende Bestandeszusammensetzung unverändert bleibt, d.h. solange als die Versichertenanteile an den einzelnen Altersgruppen bestehen bleiben. Das ist aber in der Praxis selten sehr lange der Fall. Zum Einen handelt es sich bei den Zusatzversicherungen um freiwillige Versicherungen, bei denen die laufende Erneuerung des Versichertenbestandes nicht gewährleistet ist. Zum Anderen ändern die Versicherungsunternehmen von Zeit zu Zeit ihre Produkte, was dann in der Regel den Neuzugang in die neuen Produkte leitet. Das ältere und geschlossene Produkt bzw. der dazu gehörende Versichertenbestand befindet sich dann im sukzessiven Auflösungszustand. Dieser wird über viele Jahre andauern und ist durch ein dauerndes altersbedingtes Ansteigen der Prämien gekennzeichnet.

Weil mit dem Alter nicht nur die Höhe der durchschnittlichen Leistungen pro Krankheitsfall oder Hospitalisierung stark ansteigt, sondern auch die Häufigkeit der Erkrankungen stetig zunimmt, bewegen sich die Umlageprämien in geschlossenen Beständen in die Nähe der Leistungen des einzelnen Versicherten. Hier wird ersichtlich, dass eine Finanzierungsart, die solche Prämien zulässt, nicht mehr dem Grundgedanken einer Versicherung entspricht.

Die umlageartige Finanzierung der hier angesprochenen Zusatzversicherungen ist nicht zweckmässig. Es muss ein Finanzierungsverfahren gewählt werden, welches die erwähnten Extreme vermeidet.

Im Absatz 1 wird deshalb die Bildung einer Alterungsrückstellung verlangt. Es handelt sich um eine Rückstellung, die aus Prämienanteilen der jüngeren Versicherten aufgebaut wird. Wenn bei diesen, Jahrzehnte später, sehr hohe Leistungen fällig werden, die durch die Prämien nicht direkt gedeckt werden können, so entnimmt das Versicherungsunternehmen die Differenz der Alterungsrückstellung. Es sorgt auf diese Weise dafür, dass die Prämien für jede Eintrittsgeneration nie Extremwerte annehmen. Durch ein Finanzierungsverfahren, das Prämien, Leistungen und Alterungsrückstellung mit der jahrzehntelangen Entwicklung des zugehörigen Versichertenbestandes verbindet, begleitet das Versicherungsunternehmen im wahren Sinne des Wortes seine Versicherten über die ganze Lebenszeit bzw. solange sie in seinem Bestand verbleiben.

Mit **Abs. 1** werden Alterungsrückstellungen im Rahmen eines versicherungstechnisch notwendigen Ausmasses gefordert. Es wird nicht explizit die Anwendung eines reinen Kapitaldeckungsverfahrens, ähnlich wie in der Lebensversicherung, ver-

langt. Letzteres wäre die dem Problem am besten angepasste Lösung. Wenn aber die Gestaltung der Zusatzversicherung oder Probleme der Datenhaltung eine direkte Anwendung erschweren, sind auch Näherungen möglich. Solche Näherungen werden gelegentlich bei der teuerungsbedingten Anpassung der Tarife oder bei Mutationen der Versicherungsart notwendig. Das Versicherungsunternehmen wird mit geeigneten Modellrechnungen die Auswirkungen des Näherungsverfahrens begründen müssen.

Die finanzielle Führung eines Versicherungsbestandes über lange Zeiträume ist eine anforderungsreiche Sache. Die vom Versicherungsunternehmen eingegangene Verpflichtung ist derart bedeutend, dass ihr nur ein verlässliches Finanzierungsverfahren gerecht wird.

Die Alterungsrückstellungen sollen in erster Linie zu einer Nivellierung der Prämien zwischen Jung und Alt führen, so dass der Prämientarif auch in höheren Altern keine Extremwerte in der Nähe der Risikoprämie erreicht. Sie stellen traditionell in der Krankenversicherung kein individuell verfügbares Guthaben des Versicherten dar, sondern verbleiben im Kündigungsfall beim Versicherungsbestand, dies in dem Fall, da der Versicherer auf das Kündigungsrecht verzichtet. Vgl. **Art. 200 Abs. 1 Bst. a.**

Art. 200 Abs. 1 Bst. b bestimmt demgegenüber, dass bei Verträgen, die auch der Versicherer kündigen kann, die Alterungsrückstellungen individuell zu bilden und bei der Kündigung durch eine der Parteien dem Versicherten anteilmässig mitzugeben sind. Es ist damit zu rechnen, dass dieser einen leichteren Zugang zu einem neuen Versicherer erhält, wenn er Alterungsrückstellungen einbringen kann.

Mit **Abs. 2** wird in Analogie zu **Art. 93** nochmals auf den Geschäftsplan verwiesen. Der Mechanismus von Bildung und Auflösung der Alterungsrückstellung muss überzeugend dargelegt werden.

Da die Einführung einer neuen Finanzierungsart für die anvisierten Produkte oft zu Prämien erhöhungen führt, ist in Absatz 3 eine Übergangsfrist von 4 Jahren vorgesehen. In diesem Zeitraum können die Versicherungsunternehmen das Berechnungsverfahren umstellen und, soweit notwendig, die Datenhaltung anpassen (z. Bsp. die Erfassung des Eintrittsalters in das betroffene Produkt).

3. Abschnitt: Rückversicherung (Art. 96)

Diese Bestimmung enthält erstmals auch gewisse Anforderungen an die Rückstellungen beim Betrieb der Rückversicherung.

Dabei wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Delegationsnorm in **Art. 16 E-VAG** den Bundesrat zum Erlass von Grundsätzen zur Bestimmung der technischen Rückstellungen verpflichtet und diese gesetzliche Grundlage auch auf die Rückversicherung anwendbar ist (Umkehrschluss aus **Art. 35 E-VAG**).

4. Abschnitt: Gebundenes Vermögen: Allgemeines

Art. 98 Mindestbetrag des gebundenen Vermögens

Die aufgeführten Beträge sind als Mindestbeträge zu verstehen. Grundsätzlich sollte sich das Gebundene Vermögen nach dem geplanten Geschäftsumfang richten. Dadurch können sich nach Durchsicht der Geschäftsplaneingabe durchaus höhere Beträge ergeben.

Bestehen mehrere Gebundene Vermögen, so bestimmt die Aufsichtsbehörde den jeweils zu leistenden Mindestbetrag.

Art. 99 Feststellung des gebundenen Vermögens

Das Versicherungsunternehmen muss die Ansprüche aus den Versicherungsverträgen durch ein Gebundenes Vermögen sicherstellen. Die Berichterstattung erfolgt regelmässig im Rahmen des Aufsichtsberichtes oder mit einem separaten Bericht.

In einem zusätzlichen, separat ausgewiesenen gebundenen Vermögen müssen die Werte aus dem Geschäft der beruflichen Vorsorge, der Sparteil der anteilgebundenen Lebensversicherung und neu auch der Sparteil sonstiger Versicherungsverträge aufgeführt werden.

Mit der Errichtung eines Sparteils für sonstige Versicherungsverträge tragen wir der Marktentwicklung Rechnung. Neu können im Schweizer Markt auch Versicherungsprodukte angeboten werden, bei denen der Versicherungsnehmer das Anlageisiko trägt und der Sparteil in Aktien oder Obligationen angelegt werden kann.

Art. 100 Mitteilung des Sollbetrages

Die Berechnung des Sollbetrages ist innerhalb von zwei Monaten nach Abschluss des Rechnungsjahres durchzuführen und zusammen mit dem Verzeichnis der Deckungswerte der Aufsichtsbehörde einzureichen. Im Übrigen muss das Versicherungsunternehmen jederzeit nachweisen können, dass der Sollbetrag des gebundenen Vermögens gedeckt ist.

Art. 101 Deckung des Sollbetrages des gebundenen Vermögens

Die Deckung des Sollbetrages muss durch unbelastete Aktiven gemäss den geltenden Anlagerichtlinien erfolgen.

Eine Aufstockung des gebundenen Vermögens bei einer allfälligen Unterdeckung hat neu sofort d.h. ohne Übergangsfrist zu erfolgen. Bei besonderen Umständen kann die Aufsichtsbehörde eine Frist zur Aufstockung einräumen.

Art. 102 Ausländischer Versicherungsbestand

Art. 17 E-VAG legt fest, dass ausländische Versicherungsbestände nicht durch ein Gebundenes Vermögen in der Schweiz sichergestellt werden müssen, sofern eine gleichwertige Sicherheit im Ausland besteht. Die vorliegende Bestimmung präzisiert, was unter „ausländischem Versicherungsbestand“ zu verstehen ist. Sie entspricht materiell geltendem Recht.

Wenn im Ausland eine gleichwertige Sicherheit geleistet werden muss, ist das Versicherungsunternehmen nicht verpflichtet, seinen ausländischen Versicherungsbestand in der Schweiz ebenfalls sicherzustellen.

5. Abschnitt: Bestellung des gebundenen Vermögens**Art. 103 Allgemeine Grundsätze zur Bestellung des gebundenen Vermögens**

Die Bestimmung entspricht grob dem bisherigem Recht, jedoch unter Einbezug von Asset-Liability Management Aspekten.

Die Aktiven sind unter Berücksichtigung der Sicherheit auszuwählen. Dabei muss die Ausrichtung der Passiven, die tatsächliche finanzielle Lage sowie die Struktur und die Entwicklung des Versicherungsbestandes in die Auswahl miteinbezogen werden.

Art. 104 Verwaltung der Kapitalanlagen und interne Kontrollverfahren

Neu wird auf Verordnungsebene eine Anlagestrategie vorgeschrieben, welche u.a. eine Regelung der Rahmenbedingungen für die getätigten Anlagen beinhaltet. Dabei muss diese vom Verwaltungsrat genehmigt und von der Geschäftsleitung festgelegt sein.

Die interne Organisation und das Kontrollsystem müssen soweit aufgebaut werden, dass diese der Komplexität der getätigten Anlagen angepasst sind.

Art. 105 Zulässige Werte

Art. 105 Abs. 1 Bst. a: Neu können alle Versicherungsunternehmen im gebundenen Vermögen auch Bareinlagen auf Postcheck- oder Bankkonten anrechnen. Unter sonstigen Geldmarktanlagen verstehen wir alle übrigen kurzfristigen Geldmarktanlagen mit einer Laufzeit bis zu 12 Monaten.

Art. 105 Abs. 1 Bst b: Die Wandelanleihen werden neu unterschieden in Wandelanleihen mit Obligationencharakter und Wandelanleihen mit Aktiencharakter. Ist der Wert der Wandelanleihe höher als 130%, sprechen wir von einer Wandelanleihe mit Aktiencharakter. Somit ist der Titel der Kategorie gemäss Art. 91 (105) Abs. 1 Buchstabe e zuzuordnen.

Art. 105 Abs. 1 Bst. c: Dem vielfältigen Angebot an strukturierten Produkten wird mit diesem Artikel Rechnung getragen. Dabei eingeschlossen sind Kombinationen

von Optionen und traditionellen Anlagen wie z.B. BLOC, REVEXUS, GROI, GOAL, verbriefte Forderungen wie MBS und ABS, aber auch die diversen Formen von Kreditderivaten.

Art. 105 Abs. 1 Bst. d: Von Interesse ist unter diesem Punkt vor allem die Behandlung von ausländischen Schuldscheindarlehen. Die Schuldscheindarlehen sind nicht in einem Wertpapier verkörpert und sind daher im Konkurs der Versicherungsunternehmen als blosse Darlehensforderung zu behandeln. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass im Konkursfall in einigen Ländern (z.B. Deutschland) ein Partikularverfahren eröffnet wird, in welchem weder die schweizerischen noch die deutschen Vorrechte auf das Gebundene Vermögen durchgesetzt werden können. Es besteht die Gefahr, dass sich die Darlehensschuldner durch Verrechnung (teilweise) von ihrer Schuld befreien. Damit bieten die ausländischen Schuldscheindarlehen keine ausreichende Sicherheit, um dem gebundenen Vermögen eines Versicherungsunternehmens zugeordnet werden zu können. Folglich dürfen solche Werte dem gebundenen Vermögen nicht zugeordnet werden.

Art. 105 Abs. 1 Bst. e: Neu müssen sämtliche Titel in dieser Kategorie an einer Börse kotiert sein. Dies gilt auch für schweizerische Titel. Bei nicht kotierten Aktien schweizerischer Gesellschaften handelt es sich häufig um Beteiligungen. Gerade bei den Beteiligungen ist die Amtspraxis in den letzten Jahren restriktiver geworden. Ausserdem müssen bestehende Anrechnungen bis Ende 2007 aus dem gebundenen Vermögen genommen werden. Der Bereich der Anlagefonds wird neu in **Art. 106** „Kollektive Anlagen“ geregelt.

Art. 105 Abs. 1 Bst. f: Die Anrechnung von Liegenschaften wurde auf die Bereiche inländische Wohn- und Geschäftshäuser beschränkt. Dadurch werden Baulandreserven, Grundstücke und ausländische Liegenschaften nicht mehr als Anrechnungswerte berücksichtigt. Bestehende ausländische Liegenschaften müssen innerhalb der Übergangsfrist bis Ende 2007 aus dem gebundenen Vermögen entfernt werden.

Art. 105 Abs. 1 Bst. h: Bei den Hedge-Funds wird aus Diversifikationsgründen nur ein Fund-of-Fund Konstrukt als anrechenbar angesehen.

Art. 105 Abs. 1 Bst. i: Derivative Finanzinstrumente können im gebundenen Vermögen angerechnet werden, falls der Basiswert ebenfalls im gebundenen Vermögen vorhanden ist.

Art.106 Kollektive Anlagen

Die verschiedenen Anlagefonds und bankinternen Sondervermögen werden neu unter dem Begriff "Kollektive Anlagen" zusammengefasst. Für die Anrechnung im gebundenen Vermögen wird auf die in der kollektiven Anlage enthaltenen direkten Anlagen abgestellt. Voraussetzung dazu ist, dass der Anlagefonds oder das bankinterne Sondervermögen seine Anlagen gemäss **Art. 105** "Zulässige Werte" vornimmt, und die Organisationsform so geregelt ist, dass die Interessen der Versicherungseinrichtungen gewahrt werden.

Art. 107 Begrenzungen

Durch den SST sind die bisherigen Begrenzungen je Anlagekategorie hinfällig geworden. Die Risikofähigkeit eines Versicherungsunternehmens bestimmt sich nach der Möglichkeit der Erfüllung des so genannten Zielkapitals.

Durch diesen Artikel behält sich die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit vor, in Zukunft weiterhin für einzelne Anlagekategorien Begrenzungen vorzusehen.

6. Abschnitt: Zulassung und Kontrolle der Werte**Art. 108–109 Zulassung der Werte / Wohn- und Geschäftshäuser**

Die Aufsichtsbehörde entscheidet über die Eignung der Werte des gebundenen Vermögens. Zur Meinungsbildung kann sie auf Dokumente des Versicherungsunternehmens zurückgreifen oder externe Sachverständige beiziehen.

Wohn- und Geschäftshäuser brauchen auch weiterhin die Zustimmung der Aufsichtsbehörde, um im gebundenen Vermögen angerechnet werden zu können (**Art. 109**).

Es ist zentral, dass die Werte des gebundenen Vermögens unbelastet sind (**Art. 108 Abs. 2**). Es dürfen keine Gegenforderungen vorhanden sein, die auf den Anrechnungswert der Aktiven einen Einfluss haben.

Art. 110 Anrechnungswerte

Wird durch ein Ereignis die Bonität eines Schuldners beeinträchtigt und fällt parallel dazu zum Beispiel der Wert der Anleiheobligation desselben Schuldners, dann muss von der Anrechnung gemäss Kostenamortisations-Methode abgewichen werden. Die Anrechnung des Titels im gebundenen Vermögen erfolgt demnach gemäss einer marktnahen Bewertung.

Art. 111 Anordnung der Bewertung durch die Aufsichtsbehörde

Vgl. Bemerkung bei **Art. 120**.

Art. 112 Prüfungen durch die Aufsichtsbehörde

Die Lebensversicherungsunternehmen haben auch weiterhin monatlich der Aufsichtsbehörde den Betrag der Deckungswerte auf monatlicher Basis, aufgeteilt in die einzelnen Anlagekategorien, im Verhältnis zum Sollbetrag zu melden.

**Art. 113–114 Zuweisung und Verwahrung der Werte
Genehmigung der Verwahrung**

Gemäss einem Gutachten von Dr. Daniel Staehelin aus Basel sind Vermögenswerte im Ausland, die zum gebundenen Vermögen oder zum Sicherungsfonds gehören, hinsichtlich der Anerkennung einer schweizerischen Vollstreckungsmassnahme im

Konkursfall eines Versicherungsunternehmens sehr problematisch. Für ausländische Staaten ist unser Konkursrecht nicht verbindlich, und das oftmals kommunizierte Konkursprivileg der Werte im gebundenen Vermögen oder im Sicherungsfonds ist unter diesen Umständen nicht gegeben. Dadurch besteht die Gefahr, dass Vermögenswerte bei ausländischen Depotverwahrstellen nicht in die Schweiz zurücktransferiert werden können und mit Forderungen im Ausland verrechnet werden. Die Ansprüche der Versicherungsnehmer wären in einem solchen Fall nicht sichergestellt. Deshalb sind ausländische Depotverwahrstellen für die Fremdverwahrung von Aktien und Obligationen grundsätzlich unzulässig (Ausnahmen Belgien und Luxemburg gemäss Rundschreiben vom 25.5.2004).

Seit 1.1.1987 sind Drittverwahrung und Sammelverwahrung für die Werte des Sicherungsfonds erlaubt. Dabei schreibt die Versicherungsaufsicht bei den Lebensversicherungen die Unterzeichnung eines mit der Schweizerischen Bankiervereinigung (SBVg) ausgearbeiteten Musterreglements vor. Darin nimmt die Depotbank zur Kenntnis, dass die verwahrten bzw. verbuchten Werte zur Sicherung der Ansprüche der Versicherungsnehmer der Deponentin bestimmt sind, und erklärt daher ausdrücklich, keine Pfand-, Zurückbehaltungs-, Verrechnungs- und ähnliche Rechte daran geltend zu machen, selbst wenn die Deponentin nach Übergabe der Werte oder Zuweisung an das Gebundene Vermögen zahlungsunfähig wird. Vorbehalten bleibt die Geltendmachung solcher Rechte einzig für Ansprüche im Zusammenhang mit der Führung der Depots bzw. Konti (Kosten, Gebühren, Kommissionen usw.). Eine entsprechende Mustervereinbarung muss zwingend der Aufsichtsbehörde eingereicht werden.

7. Abschnitt: Anrechnung der Werte

Art. 115 Festverzinsliche Wertpapiere

Festverzinsliche Wertpapiere können weiterhin mit der mathematischen oder mit der wissenschaftlichen oder linearen Kostenamortisations-Methode angerechnet werden.

Art.116–119

Diese Bestimmungen entsprechen geltendem Recht.

Art.120 Beteiligungspapiere

Neu können die Versicherungsunternehmen die Beteiligungspapiere zu höchstens 100 (bisher 90) Prozent des Börsenkurses anrechnen. Die Erhöhung steht im Zusammenhang mit der Einführung des SST. Die Aufsichtsbehörde behält sich vor, die Anrechnungswerte herabzusetzen (**Art. 111**), wenn ein Versicherungsunternehmen für den korrekten Vollzug des SST nicht Gewähr bietet.

Art. 121 Kollektive Anlagen

Sind die kollektiven Anlagen börsenkotiert, so wird der Börsenkurs zur Anrechnung herangezogen, andernfalls wird auf den Nettoinventarwert abgestellt.

Für die Anrechnung der kollektiven Anlagen im gebundenen Vermögen wird auf die in der kollektiven Anlage enthaltenen direkten Anlagen abgestellt. Die entsprechenden Prozentsätze können in der dafür vorgesehenen Kategorie gemäss Art. 105 „Zulässige Werte“ angerechnet werden.

Sind kollektive Anlagen in Anleiheobligationen investiert, so sind die aufgelaufenen Marchzinsen nicht im gebundenen Vermögen anrechenbar.

Art. 122 Übrige Werte

Diese werden höchstens zum Nennwert (Festgelder, Grundpfandforderungen etc.) oder maximal zum Marktwert (Geldmarktbuchforderungen, Wertpapiere mit variablem Zinssatz und ohne festen Verfall) angerechnet.

Art. 123 Auf fremde Währung lautende Werte

Diese Bestimmung entspricht geltendem Recht.

Art.124 Wohn- und Geschäftshäuser sowie Immobiliengesellschaften

Eine Schätzungsmethode zur Bewertung von Wohn- und Geschäftshäusern wird mit dem gewogenen Durchschnitt aus dem zweifachen Ertragswert und dem einfachen Realwert gerechnet. Dabei kann neu 100 (bisher 90) Prozent des errechneten Wertes im gebundenen Vermögen angerechnet werden. Vgl. diesbezügliche Bemerkung bei **Art. 120**.

Weitere Schätzmethoden können der Aufsicht zur Bewilligung unterbreitet werden.

Zur Berechnung des Ertragswertes muss der effektiv erzielte Mietertrag pro Jahr abzüglich der Leerstände und Nebenkosten genommen werden. Der Realwert wird im Normalfall mit einer Realwertschätzung festgestellt. Bei einer neu erworbenen Liegenschaft stellt man auf den Kaufpreis gemäss Kaufvertrag ab, bei einer neu erstellten Liegenschaft auf die effektiven Baukosten.

Art. 125 Derivative Finanzinstrumente

Derivative Finanzinstrumente dürfen höchstens zum Börsenkurs angerechnet werden. Dabei sind auch negative Bestände (Shortpositionen) aus gedeckten Verkäufen mit einzubeziehen. Dabei dürfen nur derivative Finanzinstrumente eingesetzt werden, die von Anlagen nach **Art. 105** abgeleitet sind.

8. Abschnitt: Marktnahe Bewertung (Art. 126–127)

Grundsätzlich wird das Gebundene Vermögen wie bisher bewertet. Die marktnahe Bewertung stellt hier die Ausnahme für kritische Situationen dar.

4. Kapitel: Einsatz derivativer Finanzinstrumente

Die Art. 128–137 entsprechen geltendem Recht (Verordnung über den Einsatz von derivativen Finanzinstrumenten durch die Versicherungsunternehmen).

5. Kapitel: Risikomanagement

Art. 138-139 Risikomanagement

Die Verankerung eines soliden Risikomanagements sowie der diesbezüglichen internen Kontrollprozesse dient einer risikoorientierten Geschäftstätigkeit. Diese beinhaltet ein intensiviertes Bewusstsein des Unternehmens hinsichtlich seiner Risikopotentiale, was die Wahrscheinlichkeit seines langfristigen Überlebens erhöht. Die Risikomanagement-Dokumentation, die in kondensierter Form die gesamte Methodik und das diesbezügliche Instrumentarium zur Messung, Überwachung, Kontrolle und Steuerung der Risiken darlegt, bildet gleichzeitig auch die Grundlage für eine mögliche aufsichtsrechtlich verlangte, stichprobenweise jährliche Überprüfung der Risikokontrollprozesse durch die externe Revision.

Um die allgemeine Risikolage eines Unternehmens abschätzen zu können, genügt es nicht, wenn die Aufsichtsbehörde davon ausgehen kann, dass es ein Risikomanagement anwendet. Sie will deshalb periodisch auch in einem angemessenen Detaillierungsgrad über den Stand und die Veränderung der Risiken und der für das Unternehmen bedeutenden Risikokonzentrationen informiert sein.

6. Kapitel: Verantwortlicher Aktuar oder verantwortliche Aktuarin

Art. 140 Berufliche Fähigkeiten des verantwortlichen Aktuars

Damit die Aufsichtsbehörde nicht bei jedem potentiellen verantwortlichen Aktuar überprüfen muss, ob er die Anforderungen für diese Funktion erfüllt, werden Aktuar SAV bzw. Aktuar SAV die über einen äquivalenten Titel im Ausland verfügen, ohne Zustimmung der Behörde zu dieser Funktion zugelassen. Die Zustimmung der Aufsichtsbehörde ist nicht erforderlich, da der Aktuar SAV ein geschützter Titel ist, der vom Berufsverband der schweizerischen Aktuarvereine erteilt wird und den man nur aufgrund einer spezifischen Ausbildung, ausreichender Berufserfahrung und des Einverständnisses zur Einhaltung gewisser Standesregeln erhält. Aktuarvereine mit einem äquivalenten Titel sind qualifizierte Aktuarvereine, die einer Aktuarvereinigung eines anderen Landes angehören, welche analoge Anforderungen an ihre Aktuarvereine stellt. Die Aufsichtsbehörde führt eine Liste dieser Aktuarvereinigungen.

Verfügt ein Aktuar über eine entsprechende fachliche Ausbildung, wie etwa ein Studium in mathematischer Richtung, und weist er eine mindestens dreijährige Berufserfahrung als Aktuar auf, so kann er mit der Zustimmung der Aufsichtsbehörde die Funktion des verantwortlichen Aktuars übernehmen. Es versteht sich fast von

selbst, dass ein verantwortlicher Aktuar auch mit den schweizerischen Gegebenheiten vertraut sein muss, um seine Aufgaben wahrzunehmen.

Art. 141 Aufgaben des verantwortlichen Aktuars

Der Verantwortliche Aktuar ist dafür verantwortlich, dass im Versicherungsunternehmen mit mathematisch richtigen Grundlagen gearbeitet und insbesondere die Versicherungstarife, die Rückstellungen und das Zielkapital richtig berechnet werden.

Eine wichtige Aufgabe des verantwortlichen Aktuars ist das Erstellen eines jährlichen Berichtes an die Geschäftsleitung. Stellt er jedoch fest, dass sich wesentliche Änderungen des aktuellen Standes oder der möglichen Entwicklungen des Unternehmens ergeben haben, über welche die Geschäftsleitung informiert sein sollte, so hat er die Pflicht, den ganzen Bericht oder Teile davon auch unterjährig zu erstellen.

Der verantwortliche Aktuar eines Lebensversicherungsunternehmens muss zudem einen Bericht über die Angemessenheit der Abfindungswerte zuhanden der Aufsichtsbehörde verfassen. Dies aus folgendem Grund:

Mit Ausnahme der beruflichen Vorsorge wird die präventive Produktprüfung in der Lebensversicherung mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes aufgehoben. Die Abfindungswerte gemäss **Art. 91 Abs. 3 VVG** müssen jedoch weiterhin von der Aufsichtsbehörde überprüft und genehmigt werden.

Heute werden die Abfindungswerte gleichzeitig mit den Produktvorlagen der Aufsichtsbehörde eingereicht. Mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes verfügt die Aufsichtsbehörde nicht mehr ohne weiteres über die Tarife, um die Rückkaufswerte überprüfen zu können. Um dieses Problem zu lösen, hat die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, einen Teil ihrer Kompetenz an den verantwortlichen Aktuar abzugeben.

Auf der Grundlage eines Berichtes, in dem der verantwortliche Aktuar bestätigt, dass die Verordnungen und die Richtlinien zu den Abfindungswerten eingehalten werden, kann die Aufsichtsbehörde eine vereinfachte Prüfung vornehmen. Selbstverständlich müssen zusätzlich alle notwendigen Unterlagen für die Berechnung der Abfindungswerte der Aufsichtsbehörde eingereicht werden, damit diese bei Anfragen von Versicherten die Abfindungswerte im Einzelfall nachrechnen kann. Diese Aufgabe ist der Aufsichtsbehörde im **Art. 92 Abs. 2 VVG** zugeteilt.

Art. 142 Inhalt des Berichtes

Damit nicht dieselbe Arbeit von zwei verantwortlichen Aktuaren gemacht wird, bezieht sich die Arbeit des verantwortlichen Aktuars nur auf das schweizerische Geschäft, sofern bei den ausländischen Niederlassungen aufgrund der lokalen rechtlichen Gegebenheiten bereits ein verantwortlicher Aktuar bezeichnet wurde. Ist dies nicht der Fall, dann bezieht sich die Arbeit auf das Gesamtgeschäft.

Der Bericht des Verantwortlichen Aktuars wird seinem Zweck, nämlich die Geschäftsleitung über den aktuellen Stand und die möglichen Entwicklungen aus aktuarieller Sicht aufmerksam zu machen, nur dann gerecht, wenn nebst den spezifischen Gegebenheiten auch die Auswirkungen von Veränderungen auf die Resultate

untersucht werden. Das BPV wird in Zusammenarbeit mit dem SAV Richtlinien zum Aktuarsbericht erlassen.

7. Kapitel: Rechnungslegung

Art. 26 E-VAG gibt dem Bundesrat die Kompetenz zum Erlass von Rechnungslegungsvorschriften, die vom OR abweichen. Entsprechend stellen die **Art. 144–149** Sondervorschriften für die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen mit Sitz in der Schweiz dar, die denjenigen des OR vorgehen. Am statutarischen Abschluss nach OR ändert sich jedoch nichts, da er für haftungs-, konkurs- und steuerrechtliche Belange massgebend ist und die Aufsichtsbehörde nicht weiter in das hier geltende Niederstwertprinzip eingreifen will.

Die in **Art. 144** vorgeschriebene Zuweisung an die gesetzlichen Reserven basiert auf **Art. 671 Abs. 6 OR** und weicht somit zulässigerweise von der Regelung in **Art. 671 Abs. 1 OR** ab. Nicht tangiert sind die Bestimmungen von **Art. 671 Abs. 2 und 3 OR**.

Die neuen Eigenmittelvorschriften verlangen zusätzlich zum OR-Abschluss eine Bilanz mit marktnaher Bewertung der Aktiven und Passiven. Somit wird nebst dem Niederstwert eine Bilanzbewertung aus ökonomischer Sicht eingeführt. Dabei wird die kongruente Bewertung der Aktiv- und Passivseite der Bilanz angestrebt und auf die rechnungslegungsspezifischen Besonderheiten der Assekuranz Rücksicht genommen.

Im Rahmen der Berichterstattung (E-VAG Art. 25, Abs. 6) erlässt die Aufsichtsbehörde Bewertungs-, Gliederungs- und Offenlegungsvorschriften, welche den neuen Transparenzanforderungen genügen. Eine Angleichung an die bestehenden und geplanten IFRS-Rechnungslegungsstandards wird angestrebt.

8. Kapitel: Externe Revisionsstelle (Art. 150–154)

Bezüglich Zulassungsvoraussetzungen sowie Anforderungen an die fachliche Befähigung und an die Unabhängigkeit gelten analoge Messlatten wie bei der Bankenaufsicht.

9. Kapitel: Missbrauch (Art. 155)

Abs. 1: Der Begriff des „Missbrauchs“ ist konkretisierungsbedürftig, kann aber angesichts der Verschiedenheit möglicher Einzelfälle nie abschliessend erfasst und umschrieben werden. Das mit der vorgeschlagenen Verordnungsbestimmung gewählte Vorgehen – eine Liste von Beispielen – trägt diesem Umstand Rechnung, indem einerseits für eine Konkretisierung gesorgt wird und andererseits genügend Spielraum zur Würdigung des Einzelfalles bleibt.

Bst. a und b halten den Regelungsgedanken fest, dass nur ein qualifiziertes Fehlverhalten des Versicherers als Missbrauch im Sinne des Gesetzes angesehen werden kann. Dies wird in der Regel dann der Fall sein, wenn ein solches Verhalten den

Versicherten oder Anspruchsberechtigten erheblich schädigt oder das Verhalten einen breiten Kreis von Versicherten betreffen kann.

Diese Konkretisierung entspricht der Aufsichtspraxis des BPV unter bisherigem Recht und stellt insofern keine Neuerung dar.

Bst. c und d sind sinngemäss (**Bst. c**) bzw. wörtlich (**Bst. d**) dem Art. 8 des Bundesgesetzes vom 19. Dezember 1986⁴ gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) nachgebildet.

Bei **Bst. e** geht es schliesslich darum, grobe Ungleichbehandlungen der Versicherten zu sanktionieren (das Geschäftsessen mit dem guten Kunden oder der Flottenrabatt für das internationale Transportunternehmen sollen weiterhin möglich sein).

Abs. 2: Dieser Absatz grenzt den Begriff des Missbrauchs weiter ein und grenzt ihn zugleich von jenen Tatbeständen ab, die dem Entscheid des Zivilrichters obliegen.

Dem Anspruchsberechtigten, der sich an das BPV wendet, muss klar werden, dass das Amt in der Regel nicht wie ein Richter Einzelfallgerechtigkeit üben kann, sondern erst dann einschreitet, wenn ein qualifiziertes Fehlverhalten des Versicherers vorliegt, welches geeignet ist, Zweifel an der rechtskonformen Organisation des Versicherers zu wecken.

Jedoch sollen krasse Einzelfälle von Ungleichbehandlungen selbst dann als Missbrauch erfasst werden können, wenn kein systematisches Handeln seitens des Versicherers vorliegt. Dies ist der Grund, weshalb das Kriterium „systematisch“ nur auf die Buchstaben a – d Anwendung finden soll, nicht jedoch auf den Buchstaben e.

4. Titel: Bestimmungen für einzelne Versicherungszeige

1. Kapitel: Allgemeine Vorschriften

Art. 156 Prämienanpassung

Die Vorschrift über die Prämienanpassungsklausel enthält die in der Praxis zum Schutz der Versicherten herausgebildeten Elemente und entspricht grundsätzlich der bisherigen Genehmigungspraxis der Aufsichtsbehörde. Die Formulierung dieser Vorschrift entstammt im Wesentlichen einem früheren Vorentwurf zur Änderung des VVG, ergänzt durch die in der Aufsichtspraxis entwickelte Möglichkeit der wahlweisen Kündbarkeit lediglich des geänderten Vertragsteils. Diese wahlweise Kündbarkeit entspricht einem echten und berechtigten Bedürfnis der Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer.

Neu ist die Regelung, wonach Prämien erhöhungen, die durch einen Tarifklassenwechsel oder die Anwendung der Erfahrungstarifizierung bedingt sind, Anrecht zu einer Kündigung des Vertrages geben sollen. Bislang war die Praxis der Versicherer hier unterschiedlich. Diverse Versicherer gewährten in solchen Fällen kein Kündigungsrecht. Es hat sich aber gezeigt, dass solche Prämien erhöhungen bei den Kun-

⁴ SR 241

den und Kundinnen häufig zu Klagen Anlass geben, wenn nicht gleichzeitig die Möglichkeit einer Vertragskündigung eingeräumt wird. Als typisches Beispiel dienen hier die Prämienhöhungen in der Krankenzusatzversicherung, die auf einen Altersgruppenwechsel, d.h. auf den Wechsel in eine höhere Tarifklasse zurückzuführen sind. Für viele Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer ist der Unterschied zwischen einer sanierungsbedingten Prämienhöhung und einer altersbedingten Prämienhöhung kaum ersichtlich; dementsprechend klein ist das Verständnis für die Tatsache, dass diese beiden Erhöhungsfälle in Bezug auf die Kündigung des Vertrages unterschiedlich gehandhabt werden. Die getroffene Lösung kommt diesen berechtigten Bedenken entgegen.

Art. 157 Kundeninformation – Inhalt, Form und Zeitpunkt

Diese Vorschrift legt die Basis für die im dazugehörigen Anhang verlangten Kundeninformationen.

Da nach der parlamentarischen Debatte zur Teilrevision des VVG die vom Bundesrat vorgeschlagene Delegationsnorm zur genaueren Bestimmung der Kundeninformationspflicht dahingefallen ist, kann die vorliegende Vorschrift lediglich, aber immerhin, auf **Art. 31 E-VAG** abgestützt werden. Dies hat immerhin die wichtige Konsequenz, dass Verstösse gegen die in dieser Verordnung enthaltenen Kundeninformationspflichten die zivilrechtlichen Konsequenzen des **Art. 3a VVG** nicht auszulösen vermögen, da es sich nicht um Informationspflichten nach **Art. 3 VVG** handelt. Verstösst der Versicherer gegen die Informationspflichten dieser Verordnung, so können lediglich verwaltungsrechtliche und verwaltungsstrafrechtliche Konsequenzen gezogen werden (**Art. 49 E-VAG** und **Art. 83 Abs. 1 Bst. g E-VAG**).

Die Regelung in **Abs. 3** bei Änderung des Firmennamens geht auf einen diesbezüglichen parlamentarischen Vorstoss zurück. Der Bundesrat empfahl, diese Vorschrift nicht auf Gesetzesstufe zu regeln, sagte jedoch zu, eine entsprechende Regelung auf Verordnungsstufe zu treffen. Diese Zusage wird hiermit eingelöst.

Grundsätzlich sollte die Kundeninformation in einem einzigen Dokument enthalten sein; Verweisungen sind nur ausnahmsweise und unter einschränkenden Voraussetzungen zulässig.

Art. 158 Tarifklassen und Erfahrungstarifizierung Erklärung der Begriffe

In den Erläuterungen werden die folgenden Begriffe mehrfach verwendet und sollen deshalb zum besseren Verständnis hier definiert werden.

- Basisprämie: Risikoprämie, die von der vertraglich vereinbarten Leistung abhängt
- Tarifklassentarifizierung: Die Tarifklassentarifizierung ist eine Art der Tarifizierung, bei der die Risikoprämie durch Multiplikation der Basisprämie mit einem Risikofaktor berechnet wird. Der Risi-

kofaktor kann dabei von der Wirtschaftsbranche, der Vertragsgrösse und von anderen Merkmalen der Risiken abhängen, beispielsweise Alter, Geschlecht, Raucher / Nichtraucher bei versicherten Personen. Der Bestand an Risiken wird dadurch in Tarifklassen unterteilt.

Erfahrungstarifizierung: Die Erfahrungstarifizierung ist eine Art der Tarifizierung, bei der die Risikoprämie durch Multiplikation der Basisprämie mit einem Risikofaktor berechnet wird. Der Risikofaktor hängt dabei von der individuellen Schadenerfahrung des Vertrages oder einer Gruppe von Verträgen und der Vertragsgrösse ab.

Risikoklassentarifizierung: Risikoklassentarifizierung wird als Oberbegriff über die Tarifklassentarifizierung und die Erfahrungstarifizierung verstanden.

Funktionsweise und Würdigung der Tarifklassen- und Erfahrungstarifizierung:

Oft lässt sich eine Abhängigkeit zwischen spezifischen Merkmalen der versicherten Risiken und der von ihnen verursachten Schadenbelastung beobachten. Solche Beobachtungen sind dann ernst zu nehmen, wenn der Bestand der versicherten Risiken derart heterogen ist, dass eine Einheitsprämie die Solidarität unter den versicherten Risiken deutlich überstrapazieren würde. Denn um den Versicherungsgedanken in einer Versichertengemeinschaft glaubwürdig und optimal zum Tragen zu bringen, bedarf es einer ausgewogenen, homogenen Zusammensetzung der versicherten Risiken.

Die Versicherer sind daher dazu übergegangen, bei genügend grossen, aber nicht mehr ausreichend homogen zusammengesetzten Beständen versicherter Risiken statt einer gleichmässigen Prämienbelastung eine Klassifizierung der versicherten Risiken nach Risikoklassen vorzunehmen. Dies bedeutet, dass jene Vertragspartner, die überdurchschnittlich viele Schadenfälle resp. eine überdurchschnittlich hohe Schadenbelastung zu verzeichnen haben oder einer hohen Risikoexposition ausgesetzt sind, eine höhere Risikoprämie entrichten müssen. Ein solches Prämiensystem wird häufig auch als Risikoklassentarifizierung bezeichnet. Zurzeit wird es in folgenden Versicherungszweigen in überwiegendem Ausmass angewendet:

- Unfallversicherung (z.B. von der SUVA)
- Krankenversicherung, und zwar für die Tarifizierung von Krankentaggeld- und Invaliditätsleistungen
- Motorfahrzeughaftpflicht- und Motorfahrzeugkaskoversicherung
- Versicherung von Privatwohnungen und Hausrat gegen Feuer-, Wasser- und Einbruchsschäden

Werden bloss Risikoklassen gebildet und die Prämien nach den einzelnen Klassen fix ausdifferenziert, so liegt im Sinne der definierten Begriffe Tarifklassentarifizierung vor. Solche Tarifizierungsmodelle bestechen durch ihre Einfachheit. Häufig dienen sie als Vorstufe zur späteren Einführung der Erfahrungstarifizierung.

Mit einer Tarifklassentarifizierung haben die Vertragspartner keine Möglichkeit, ihre Einstufung durch ein risikoadverses Verhalten zu verbessern, und der Versicherer hat auch keine Möglichkeit, Vertragspartner, welche die Risikogemeinschaft durch

ihr riskantes Verhalten gefährden, schlechter einzustufen. Aus diesem Grunde wurde in den 60er-Jahren des vorigen Jahrhunderts das Bonus-Malus-System entwickelt, das eine Form der Erfahrungstarifizierung darstellt, indem die Risiko-Basisprämien auf geeignete Weise nach Schadenerwartung ausdifferenziert hinab- oder hinaufgestuft werden. Bei der Erfahrungstarifizierung verwenden die privaten Versicherer Kreditfähigkeitsmodelle wie beispielsweise dasjenige von Bühlmann-Straub. Dieses Modell berücksichtigt nebst der kollektiven Schadenerfahrung auch die individuelle Schadenerfahrung für jede Risikoklasse, aber nur in einem ganz bestimmten Ausmass. Rechnung getragen wird damit sowohl dem kollektiven Schadenmittel als auch den Schwankungen der individuellen Schadenerfahrung⁵. So wirkt sich beispielsweise bei kleinen Risikoklassen die individuelle Schadenerfahrung deutlich schwächer aus als bei grossen. Zudem wird bei Risikoklassen mit einer grossen Schwankung der Schadenfälle auf einen Mittelwert des gesamten Kollektivs abgestellt.

Die Erfahrungstarifizierung hat gegenüber der Einheitsprämien-Tarififizierung gewichtige Vorteile:

- a. Die Versicherer können alle Risiken versichern. Es besteht somit kein Zwang, gezielt nur gute Risiken zu versichern. Auch schlechte Risiken sind versicherbar.
- b. Dank der ausdifferenzierten Prämienberechnung kann auch ein Versicherer mit vielen schlechten Risiken im Bestand gute Risiken zu wettbewerbsfähigen Prämien versichern.
- c. Die Erfahrungstarifizierung schafft deutliche Anreize für die versicherten Vertragspartner, präventive Massnahmen zur Eindämmung der Risikoexposition und kostspieliger Schadenfälle zu treffen sowie bei bereits eingetretenen Schadenfällen Schadensbegrenzung zu üben, weil dadurch die Schadenerfahrung und damit die künftigen Risikoprämien reduziert werden können.

Anforderungen an eine Tarifizierung mit Risikoklassen

Die Bildung von Tarifklassen und die Einführung der Erfahrungstarifizierung führen zu komplexeren Tarifeingaben und grösseren interindividuellen Unterschieden in Bezug auf die Prämie. Dieser Umstand erfordert die Formulierung geeigneter Rahmenbedingungen, innerhalb deren sich die Tarifmodelle zu halten haben.

Da solche Tarifizierungsmodelle komplex und für die Versicherungsnehmer nicht unmittelbar nachvollziehbar sind, braucht es vertrauensbildende Auflagen, an welche sich alle Versicherer halten. Dazu gehört, dass die Verwendung von Risikoklassentarifizierungsmodellen in den Vertragsgrundlagen vorzusehen ist. Ferner sind die

⁵ Ist die Risikoklasse klein oder schwankt die Schadenerfahrung in der Risikoklasse stark, so wird die individuelle Schadenerfahrung im Vergleich zum kollektiven Schadenmittel schwach gewichtet. Ist umgekehrt die Risikoklasse von bedeutender Grösse und zugleich die Schadenerfahrung über einen gewissen Zeitraum sehr stabil, so hat die individuelle Schadenerfahrung gegenüber dem kollektiven Schadenmittel ein grosses Gewicht.

Zuteilungskriterien, die möglichen Abweichungen von der Grundprämie nach unten und oben sowie die Regeln der Herauf- oder Herabstufung in den Vertragsgrundlagen zu beschreiben.

Auch bei Verwendung von Risikoklassenmodellen muss dem Versicherungsgrundgedanken immer Rechnung getragen werden. Die verursachergerechte Prämienberechnung darf nicht so weit getrieben werden, dass das versicherte Risiko die eigenen Schäden weitgehend selber finanziert. Der Ausgleich im Kollektiv muss immer noch gewährleistet sein und die kollektive Schadenerfahrung angemessen mitberücksichtigt werden.

Die Risikoklassenbildung darf nicht dazu missbraucht werden, Gruppen von Versicherungsnehmern aus Gründen der Geschäftspolitik zu diskriminieren und durch überhöhte Prämien zur Kündigung zu drängen.

Die Tarifierung selber ist mit versicherungsmathematischen Methoden vorzunehmen. Eine solche Tarifierung umfasst statistische Grundlagen und ein versicherungsmathematisches Prämienberechnungsmodell.

Zur Führung von Statistiken ist verpflichtet, wer Risikobewertungen vornimmt, die in die Tarifierung einfließen, oder wer die Tarifierung nach der vertragsindividuellen Schadenerfahrung (Erfahrungstarifierung) verwendet. Die Statistiken müssen die Kriterien der Tarifierung mit Tarifklassenmodellen oder nach der vertragsindividuellen Schadenerfahrung berücksichtigen. Die geführten Statistiken sind der Tarifierung zugrunde zu legen. Die Prämienberechnung ist mit einem versicherungsmathematischen Berechnungsmodell durchzuführen.

**Art. 159–161 Unverschuldete Vertragsverletzung
Versicherungsleistungen mit Wartefrist
Einlagen in Prämiendepots**

Diese drei Vorschriften stellen allesamt eine Kodifizierung der bisherigen Genehmigungspraxis dar.

Art. 159 verpflichtet die Versicherungsunternehmen, in den Vertragsgrundlagen auf die Exkulpationsmöglichkeit nach Art. 45 VVG hinzuweisen, insoweit an die Verletzung vertraglicher Obliegenheiten Rechtsnachteile geknüpft werden.

Art. 160 zielt vor allem auf Versicherungsverträge ab, in denen längere Wartefristen vereinbart werden. Hiermit soll verhindert werden, dass Prämien für Versicherte belastet werden, die infolge der Wartefrist bis zum Ende der Versicherungsdeckung gar nicht mehr in den Genuss von Versicherungsleistungen kommen können.

Art. 161 regelt die obere Begrenzung von Prämiendepots und dient damit der Abgrenzung des Versicherungsgeschäfts von einem für die Versicherer grundsätzlich unzulässigen Bankgeschäft (Art. 11 E-VAG).

2. Kapitel: Lebensversicherung

1. Abschnitt: Tarifierung

Art. 162 Tarifierungsgrundsätze

Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, bei der Tarifierung risikogerechte Rechengrundlagen und Berechnungsmethoden zu verwenden. Bei Vertragsabschluss sind vorsichtig bemessene technische Zinssätze, bestandesrelevante Sterbetafeln und allfällige weitere bestandesrelevante biometrische Messdaten zu verwenden. Die verwendeten Rechengrundlagen müssen jährlich durch statistische Bestandesauswertungen überprüft werden. Stellt sich während der Vertragslaufzeit heraus, dass die Rechengrundlagen oder Berechnungsmethoden dem unter Risiko stehenden Bestand nicht mehr entsprechen und deshalb die Rückstellungen nicht ausreichen, so müssen solche planmässig aufgebaut werden. Hat etwa ein Rentnerkollektiv eine höhere Lebenserwartung als bei der Tarifierung angenommen wurde, so müssen spezielle Rückstellungen für die Langlebigkeit dieses Kollektivs gebildet werden. Der Aufbau der Rückstellungen erfolgt in der Kollektiv-Lebensversicherung der beruflichen Vorsorge in einem Zeitraum von höchstens 10 Jahren, in der übrigen Lebensversicherung in höchstens 5 Jahren.

Wenn gesetzlich oder vertraglich die Weitergabe der Verstärkungen beim Ausscheiden des Versicherten festgelegt ist, dann müssen die Deckungskapitalverstärkungen individuell pro Versicherten geführt werden.

Das Versicherungsunternehmen muss die Gültigkeitsperioden der Tarifgrundlagen festlegen. Es muss bei allen Tarifen den Beginn und gegebenenfalls das Ende der Anwendung der Tarifgrundlagen für Vertragsabschlüsse dokumentieren.

Art. 163 Technischer Zinssatz für die Tarifierung von Lebensversicherungsverträgen ausserhalb der beruflichen Vorsorge

Die Zinsgarantien in Lebensversicherungsverträgen müssen vorsichtig gewährt werden. Aus diesem Grund dürfen die technischen Zinssätze normalerweise 60 Prozent (bei Einmal-Prämien-Policen 85 Prozent) des Referenzzinssatzes nicht überschreiten. Der Referenzzinssatz entspricht dem Kassazinssatz der Eidgenössischen Anleihen mit 10 Jahren Restlaufzeit. Die Aufsichtsbehörde kann in begründeten Fällen auch einen anderen Referenzzinssatz festlegen, wenn hierdurch eine vorsichtige und den Leistungspflichten der Versicherer besser angepasste Kapitalanlage ermöglicht wird.

Abweichungen von der normalen Limitierung des technischen Zinssatzes können bei Versicherungsverträgen genehmigt werden, bei denen durch die besondere Gestaltung der Verpflichtungen ein wesentlich geringeres Zinsrisiko besteht als bei gewöhnlichen Versicherungsverträgen.

Um eine klare Zinsstruktur bei den Versicherungsprodukten zu bewahren, ist bei den technischen Zinssätzen eine Rundung auf Vielfache von 0.25% vorgeschrieben.

Die Regelungen dieses Artikels betreffen nicht die berufliche Vorsorge. Alle in der beruflichen Vorsorge verwendeten Zinssätze müssen von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden gemäss Art. 4 Abs. 2, Bst. r E-VAG.

**Art. 164 Sterbetafeln und weitere statistische Grundlagen für die
Tarifizierung von Lebensversicherungs-verträgen**

Ein Versicherungsunternehmen darf nur von der Aufsichtsbehörde anerkannte statistische Grundlagen (z. B. Ausscheideordnungen, insbesondere Sterbetafeln) bei der Tarifizierung einsetzen. Vor der erstmaligen Verwendung müssen sie der Aufsichtsbehörde vorgelegt und von ihr anerkannt werden.

Bei der Entwicklung von statistischen Grundlagen kann das Versicherungsunternehmen seinen eigenen Versichertenbestand für die Tarifizierung miteinbeziehen, wenn der Bestand hinreichend gross und homogen ist.

Die Angemessenheit der statistischen Grundlagen muss vom Versicherungsunternehmen regelmässig überprüft und spätestens nach jeweils 10 Jahren überarbeitet werden. Dies gilt auch für die Angemessenheit von statistischen Grundlagen, die von mehreren Versicherungsunternehmen gemeinschaftlich entwickelt wurden. Solche gemeinschaftlichen Grundlagen können überdies von der hierfür zuständigen Behörde auch nach kartellrechtlichen Gesichtspunkten geprüft werden.

Art. 165 Tarifizierung in der Restschuldversicherung

Bei der Tarifizierung von kollektiven Restschuldversicherungen können vereinfachte Methoden angewandt werden, sofern die in der Verordnung genannten Rahmenbedingungen erfüllt sind.

Art. 166 Absicherung von Tarifgarantien und weiteren Garantien

Garantien müssen abgesichert werden, um die Solvenz des Versicherungsunternehmens zu gewährleisten. Zu den möglichen Methoden zählen die Bildung von Rückstellungen, Rückversicherung, Abzüge beim Rückkaufswert, „Safe-Haven“-Klausel oder Ausübungsbeschränkungen. Es sind auch weitere Absicherungsmethoden möglich.

2. Abschnitt: Abfindung und Rückkauf

Einleitende Bemerkung

Die Kompetenzdelegation an den Bundesrat für den Erlass von Detailvorschriften auf dem Gebiet von Abfindung und Rückkauf ergibt sich aus **Art. 31 E-VAG** in Verbindung mit **Art. 91 Abs. 3 VVG**.

Zu den einzelnen Artikeln:**Art. 167 Abfindungswerte****Abs. 1**

Dieser Artikel ergänzt und präzisiert das VVG. Nach **Art. 91 Abs. 2 VVG** sind die Bestimmungen über die Abfindungswerte in die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) aufzunehmen und nach **Art. 91 Abs. 3 VVG** entscheidet der Bundesrat, bzw. heute das BPV, über deren Angemessenheit. Die Abfindungswerte müssen demnach zwingend einer präventiven Kontrolle unterzogen werden.

Im Gegensatz zu den nach **Art. 90 VVG** gesetzlich vorgeschriebenen Abfindungswerten sind die von einem Lebensversicherungsunternehmen freiwillig gewährten Abfindungswerte von der präventiven Kontrolle ausgenommen. Die Abfindungswerte haben insofern bestimmte Transparenzvorschriften zu erfüllen, als sie in den Vertragsbestimmungen eindeutig definiert sein müssen.

Abs. 2

Die Abfindungswerte werden genehmigt, sofern sie angemessen sind und folgenden Anforderungen entsprechen:

Nach **Art. 91 Abs. 3 VVG** müssen die Abfindungswerte angemessen sein. Diese Bestimmung wird übernommen und in den unter den Buchstaben a–i verankerten Vorschriften präzisiert. Nachstehend einige diesbezügliche Erläuterungen.

Bst. a:

Das Inventardeckungskapital, das den Abschlusskosten nicht Rechnung trägt, stellt den um die Rückstellung für zukünftige Verwaltungskosten (Verwaltungskostenrückstellung) erhöhten Sparteil des Vertrags dar. Eine solche Rückstellung wird im Falle einer Police gegen Einmaleinlage gebildet oder wenn die Dauer des Versicherungsvertrags diejenige der Prämienzahlung übersteigt. Da die Verwaltungskosten ganz oder teilweise hinfällig werden, wenn die Police zurückgekauft oder umgewandelt wird, ist es angemessen, dass die Verwaltungskostenrückstellung im entsprechenden Umfang dem Versicherten zufällt, der sie ja zu diesem Zweck gebildet hat.

Bst. b:

Abzüge auf dem Inventardeckungskapital können einerseits zur Berücksichtigung des Zinsrisikos, andererseits zur Berücksichtigung nicht amortisierter Abschlusskosten vorgenommen werden. Wird eine kapitalbildende Prämie ausbezahlt, tätigt die Versicherung eine von der voraussichtlichen Vertragsdauer abhängige Investition.

Nun führt aber ein vorzeitiger Rückkauf zu einer Veräußerung von Aktiva, was je nach Kapitalmarktlage Verluste nach sich ziehen kann. Deswegen wird die Möglichkeit geboten, einen Zinsrisikoabzug vorzunehmen.

Beim Abschluss einer Versicherungspolice bezahlt das Versicherungsunternehmen dem Aussendienst eine Kommission. Diese Kommission sowie die übrigen Abschlusskosten werden auf die gesamte Dauer der Prämienzahlung abgewälzt. Mit dem Ende der Prämienzahlungen fehlt teilweise die Finanzierung der Abschluss- und Akquisitionskosten; das Versicherungsunternehmen erhält deshalb die Möglichkeit, auf dem Abfindungswert einen Abzug vorzunehmen.

Die Aufsichtsbehörde schränkt den Umfang dieser Abzüge mit den unter den Buchstaben d und f vorgesehenen Massnahmen jedoch ein.

Bst. c:

Nach **Art. 90 Abs. 1 VVG** kann der Anspruchsberechtigte verlangen, dass seine Lebensversicherung, für welche die Prämien wenigstens für drei Jahre entrichtet worden sind, in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt wird. In technischer Hinsicht besteht dieser Vorgang darin, den Abfindungswert in einer Police mit Einmalprämie anzulegen. Das VVG enthält keine Vorschriften über die Form der umgewandelten Police. Im Übrigen scheint es selbstverständlich, dass die Police ihre ursprüngliche Form behält, weil sowohl eine Gemischte Versicherung als auch eine Rentenversicherung auch nach der Umwandlung das bleiben, was sie sind. Darin liegt auch der Sinn dieser Bestimmung. An dieser Stelle ist zu präzisieren, dass bei der Umwandlung einer Police in eine prämienbefreite Versicherung die unter Buchstabe b erwähnten Abzüge vorgenommen werden.

Bst. d und e:

Die Vorgabe eines maximalen Zillmersatzes entspricht der Plafonierung des Abzugs für nicht amortisierte Abschlusskosten. Darin liegt ja gerade der Zweck dieser Bestimmung, nämlich dem Versicherungsnehmer auch bei besonders hohen Abschlusskosten einen im Verhältnis zum Abzug (noch) annehmbaren Abfindungswert zu garantieren. Die Begrenzung des Zillmersatzes auf 4 Prozent ist beim BPV schon lange Praxis. In Zukunft sind abgestufte Sätze in Betracht zu ziehen, deren Höhe vor allem davon abhängen wird, ob es sich um klassische oder fondsgebundene Versicherungen handelt. Es zeigt sich, dass die Vergütungen des Aussendienstes bei diesen beiden Produktlinien stark voneinander abweichen.

Nach **Bst. e** muss die Aufsichtsbehörde die unter **Bst. d** erwähnten Höchstsätze nicht nur bekannt geben, sondern sie auch begründen. In diesem Sinne erfüllt die vorliegende Bestimmung die Funktion eines Instruments zur Willkürvermeidung.

Bst. f und g:

Der Zinsrisikoabzug hängt seinem Wesen nach von der Differenz zwischen dem technischen Zinssatz und den marktgängigen Zinssätzen ab. Ersterer beruht auf dem beim Abschluss des Versicherungsvertrags geltenden Satz, während Letztere sich nach den Zinssätzen richten, die beim Rückkauf oder der Umwandlung auf den Ka-

pitalmärkten gültig waren. Sind die Zinssätze zwischen dem Abschluss und dem Rückkauf oder der Umwandlung gestiegen, fällt ein allfälliger Abzug umso höher aus. Um die Auswirkungen dieses Abzugs zu begrenzen und dem Versicherungsnehmer einen minimalen, von der Marktentwicklung unabhängigen Rückkaufswert garantieren zu können, muss die als Berechnungsgrundlage dienende Differenz nach oben begrenzt werden. Die Obergrenze wird durch die Aufsichtsbehörde festgelegt.

Bst. h

Das BPV wendet diese Bestimmung seit vielen Jahren in seiner Bewilligungspraxis von Abfindungswerten an. Trotz den unter Buchstaben d und f verankerten Begrenzungen können die Abzüge den Wert des Inventardeckungskapitals um über einen Drittel verringern. Das gilt insbesondere für Langzeit-Versicherungen mit periodischen Prämien, bei denen Rückkauf oder Umwandlung relativ früh erfolgen. Diese Zusatzmassnahme, die sich auf den gesamten Abzug auswirkt, wird auch in der Verordnung erwähnt. Die Mindestdauer der Prämienzahlung von drei Jahren leitet sich aus **Art. 90 VVG** ab.

Bst. i:

Am 1. April 2004 sind im Rahmen der Teilrevision die neuen **Art. 53e BVG** und **16a BVV2** in Kraft getreten. Darin werden die Modalitäten der Kündigung eines Versicherungsvertrags im Rahmen der beruflichen Vorsorge präzisiert. Diese Artikel enthalten namentlich eine Begrenzung der zulässigen Abzüge auf dem Rückkaufswert und Regelungen betreffend die Berechnung des Deckungskapitals. Die Aufsichtsbehörde regelt die Details, begründet die Regelungen und gibt sie den Versicherungsunternehmen auf geeignete Weise bekannt.

Abs. 3

Die Aufsichtsbehörde kann sich für die Genehmigung, nicht zuletzt im Sinne einer Beschleunigung des Verfahrens, auf einen Bericht des verantwortlichen Aktuars oder der verantwortlichen Aktuarin stützen. Sie kann ergänzende Vorschriften erlassen, die den Besonderheiten der einzelnen vertraglichen Deckungen Rechnung tragen.

Art. 168 Ausschluss des Rückkaufs

Nach **Art. 90 Abs. 2 VVG** muss der Versicherer auf Verlangen des Anspruchsberechtigten alle Versicherungen, bei denen der Eintritt des versicherten Ereignisses gewiss ist, ganz oder teilweise zurückkaufen. Als Beispiel kann man die klassische gemischte Versicherung oder die Rentenversicherung mit Prämienrückgewähr im Todesfall erwähnen. Bei den Versicherungen mit ungewissem Eintritt des versicherten Ereignisses hat der Versicherer grundsätzlich die Möglichkeit, einen Rück-

kaufswert vorzuschlagen. **Art. 169** enthält jedoch eine Einschränkung, indem er die Option des Rückkaufs untersagt, wenn diese die Gefahr der Antiselektion beinhaltet. Sollte für Rentenversicherungen ohne Prämienrückgewähr und für Versicherungen im Erlebensfall eine Rückkaufsoption zugestanden werden, so würde diese in erster Linie von den Versicherten ausgeübt, deren Lebenserwartung deutlich unter dem Durchschnitt liegt oder zunehmend sinkt. Dies würde zwar nicht die Solvenz des Versicherungsunternehmens, aber zumindest die Ausgewogenheit des Versichertenbestandes beeinträchtigen.

Art. 169 Kapitaloption

Der Versicherungsnehmer, dem eine solche Option angeboten wird, sollte diese ausüben können, ohne einen Leistungsabbau befürchten zu müssen. Der Versicherer kann eine Zusatzprämie erheben, um sich gegen das abzudeckende Zusatzrisiko abzusichern. Zudem muss die Kapitaleistung, auf die der Versicherungsnehmer Anspruch erheben kann, beim Abschluss der Police eindeutig definiert werden.

3. Abschnitt: Beschränkung von Policendarlehen

Art. 170

Diese Begrenzung soll die Solvenzgefährdung durch einen technisch nicht gerechtfertigten Abzug liquider Mittel vermeiden und entspricht bisheriger Aufsichtspraxis. Darüber hinaus wird durch diese Begrenzung das Kreditrisiko vermindert.

4. Abschnitt: Vorschriften betreffend die Versicherungsverträge

Art. 171–172 Vertragsinhalt betreffend die Überschussausschüttung Nachträge betreffend die Überschussausschüttung

Die vertraglichen Bestimmungen betreffend die Überschussausschüttung sind heute oft noch relativ knapp ausgestaltet. Nicht selten wird in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einfach auf den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplan verwiesen. Eine solche Vertragsausgestaltung vermag in der heutigen Zeit, da der Transparenz und der Kundeninformation ein viel höheres Gewicht eingeräumt wird, nicht mehr zu befriedigen. Zudem ist zu beachten, dass in der Einzel-Lebensversicherung die präventive Genehmigungspflicht der Allgemeinen Versicherungsbedingungen dahinfällt.

Es wird daher ein Mindest-Vertragsinhalt in Bezug auf die Überschussausschüttung definiert und es wird festgelegt, was zu geschehen hat im Rahmen jener Verträge, deren Wortlaut dem definierten Mindest-Vertragsinhalt nicht entspricht. Festzuhalten ist insbesondere noch, dass die Pflicht zur jährlichen Information über den Stand der zugewiesenen Überschussanteile auch den bereits reservierten Anteil des Schlussüberschusses einschliesst.

Die gewählte Lösung sieht vor, dass das Versicherungsunternehmen seinen Versicherungsnehmern und Versicherungsnehmerinnen entsprechende Vertragsnachträge liefern muss, wobei gegenüber dem heutigen Zustand selbstverständlich keine Verschlechterung zulasten des Versicherungsnehmers oder der Versicherungsnehmerin eintreten darf.

Vorbehalten bleiben überdies zusätzliche Anforderungen für die Verträge im Rahmen der beruflichen Vorsorge.

Art. 173 Versicherung von Kindern

Sinn und Zweck der Bestimmung entsprechen der weitgehend analogen Regelung für die Unfallversicherung. Wir verweisen auf die dort aufgeführten Erläuterungen.

Art. 174 Prämienanpassungsklauseln

Prämienanpassungsklauseln sollen wie in der bisherigen Aufsichtspraxis in der kapitalbildenden Lebensversicherung ausserhalb der beruflichen Vorsorge nicht zugelassen sein. Das mit der Prämienerrhöhung verbundene Kündigungsrecht nützt nämlich dem Versicherungsnehmer in diesem Fall häufig nichts, da die Abfindungswerte keine genügende Kompensation bieten.

Die Regelung in Absatz 2 entstammt einer neueren Praxis der Aufsichtsbehörde, welche die Aufnahme einer Prämienanpassungsklausel in der Todesfallrisikoversicherung zwar zulässt, gestützt auf die Ungewöhnlichkeitsregel aber einen Hinweis auf die nicht bestehende Tarifgarantie verlangt.

Die Bestimmung in Absatz 3 dient dem Schutz der Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer, die bei Geltendmachung des Kündigungsrechts im Anschluss an eine Prämienerrhöhung die Versicherungsleistung verlieren würden. Sie wären deshalb gezwungen, die Vertragsanpassung zu akzeptieren, womit das Kündigungsrecht illusorisch würde. Auch dies entspricht einer neueren Aufsichtspraxis.

Art. 175 Mehrjährige Versicherungsverträge mit Einjahresprämie

Tarife mit abgestufter Einjahresprämie ermöglichen dem Versicherungsunternehmen eine jährliche Prämienanpassung an das Lebensalter der versicherten Person bei gleich bleibender Versicherungssumme. Die jährlichen Prämienstufen sind im Tarif festgelegt und somit von Anfang an bekannt.

Der Versicherungsnehmer oder die Versicherungsnehmerin rechnet bei einer Lebensversicherung grundsätzlich nicht damit, dass die Prämie im Verlauf des Vertrages ändert. Es ist daher wesentlich, dass er oder sie vor Vertragsabschluss klar auf eine solche Abstufung der Prämie hingewiesen wird, falls dies bei einem Versicherungsprodukt doch der Fall ist. Die vorgeschlagene Bestimmung soll diese Information sicherstellen. Sie stellt ebenfalls eine Kodifikation bisheriger Aufsichtspraxis dar.

Art. 176 Tarifgarantie

Die Tarifgarantie ist ein wichtiges Element des Lebensversicherungsvertrages, und der entsprechende Tarif darf nicht ohne ausreichende technische Begründung abgeändert werden. Die Vorschrift stellt klar, dass jeder Vertrag, der keine Prämienanpassungsklausel enthält (bzw. diese bei kapitalbildenden Lebensversicherungsverträgen gar nicht enthalten darf), automatisch als ein Vertrag mit Tarifgarantie gilt. Vorbehalten bleiben allenfalls Prämienänderungen innerhalb einer gewissen Bandbreite im Rahmen einer Erfahrungstarifizierung oder bei Vorhandensein von Tarifklassen.

Art. 177 Nachversicherungsgarantie

Nachversicherungsgarantien sind besonders risikoreich. Nicht nur die Häufigkeit ihrer Beanspruchung und ihre betragsmässige Höhe sondern auch ihr über Jahre andauerndes Wirkpotential können – allenfalls in Kombination mit anderen, solvenzgefährdenden Faktoren – eine ungenügende Solvenz verursachen.

Darüber hinaus könnte eine uneingeschränkte Nachversicherungsgarantie ohne Gesundheitsprüfung zu schwerwiegenden Antiselektionswirkungen und damit zu einer weiteren Gefährdung der Solvenz des Versicherungsunternehmens führen. Die in der Vorschrift enthaltene Verpflichtung des Versicherungsunternehmens zur expliziten vertraglichen Beschränkung seiner Nachversicherungsgarantien dient dazu, solchen Gefährdungen entgegenzuwirken.

Art. 178 Vertragsverhältnis im Kriegsfall

Die Vorschrift des dazugehörigen Anhangs entspricht weitestgehend der heutigen „Kriegsklausel“, die bisher als solche in den betreffenden Verträgen enthalten sein musste.

Mit der Aufnahme des Textes in die vorliegende Verordnung gilt die „Kriegsklausel“ ex officio, d.h. sie muss nicht mehr in die Verträge aufgenommen werden.

5. Abschnitt: Restschuldversicherungsverträge**Art. 179–181 Begriff
Vertragsinhalt
Rückerstattung nicht verbrauchter Prämienanteile**

Die Bestimmungen betreffend die Restschuldversicherung entstammen sinngemäss dem Kollektivtarif 1984 sowie den ergänzenden Weisungen des EJPD vom 15. August 1964 über die Käufer- und Kundenversicherung in Verbindung mit Abzahlungs- und Kreditverträgen („EWMS 1964+), mit denen die Weisungen des EJPD vom 10. Juli 1961 über die Materialien und Spezialverträge, revidiert am 12. August 1970 und am 11. Dezember 1972 („WMS 1972“), beide nicht publiziert. Sie werden mit dem Inkrafttreten des neuen Aufsichtsrechts obsolet. Gegenüber jenem sehr um-

fangreichen Regelwerk stellt die Regelung im vorliegenden Verordnungsentwurf eine Vereinfachung und Verdeutlichung des Regelungsgedankens dar.

Konkret geht es in den drei Bestimmungen im Wesentlichen um Folgendes:

- Die versicherte Person (Schuldner, Schuldnerin) soll im Rahmen der Vertragsgrundlagen klar über seine / ihre Rechte und Pflichten orientiert werden.
- Der oder die Versicherungsnehmerin (Kreditgeber, Verkäuferin etc.) soll sich aus dem Versicherungsverhältnis nicht bereichern können. Dies ist einer der Kernpunkte der bisherigen Regelung gemäss EWMS 1964, der auch der vorliegenden Regelung zugrunde liegt.
- Die Rückerstattung nicht verbrauchter Prämienanteile.

In begrifflicher Hinsicht ist zu beachten, dass mit dem Oberbegriff „Einzelverträge“ diejenigen Verträge gemeint sind, in deren Rahmen die Restschulden entstehen können, die durch den Kollektivvertrag abgedeckt werden.

3. Kapitel: Vorschriften betreffend die Überschüsse in der Lebensversicherung ausserhalb der beruflichen Vorsorge (Art. 182)

Ist bei Lebensversicherungsverträgen eine Überschussbeteiligung vereinbart, so muss diese fair sein, unabhängig von der expliziten Wahl des Überschussystems. Sie soll systematisch unter Berücksichtigung der Gewinn- und Verlustursachen ermittelt werden. Die Verteilung erfolgt über einen technischen Überschussfonds.

- Die Überschussbeteiligung ist nach aktuariellen Methoden zu ermitteln und hängt vom Deckungskapital, dem Schadenverlauf und dem Verwaltungsaufwand ab. Insbesondere muss sie systematisch nach einem fairen Überschussystem ausgerichtet werden.
- Die zentrale Komponente bei der Überschussbeteiligung ist der Überschussfonds. Er ist eine versicherungstechnische Bilanzposition, in der einerseits die Überschussbeteiligung zugeführt und andererseits die an die einzelnen Versicherungsnehmer weitergeleiteten Beträge abgebucht werden. In der bisherigen Berichterstattung wurde diese Bilanzposition als "Rückstellung für erfolgsabhängige und erfolgsunabhängige Überschussbeteiligung" bezeichnet.
- Neben der Weiterleitung der Überschussbeteiligung an den einzelnen Versicherungsnehmer gibt es nur noch einen einzigen weiteren Verwendungszweck des Überschussfonds: Vor der Alimentierung des Überschussfonds sind die Zuweisungen für die geschäftsplanmässigen technischen Rückstellungen vorzunehmen. Reichen die Zuweisungen nicht aus, so können Fehlbeträge aus dem Überschussfonds entnommen werden.
- Nicht mehr benötigte Rückstellungen, die durch Prämien oder Überschüsse gebildet wurden, fallen zum Überschussfonds.
- Um eine kontinuierliche Ausschüttung des Überschussfonds zu gewährleisten, müssen jährlich mindestens 20 % des Überschussfonds an die Versicherungsnehmer weitergeleitet werden.

- Bei der Weiterleitung der Überschussbeteiligung an den einzelnen Versicherungsnehmer oder die Versicherungsnehmerin nach einem versicherungsmathematischen Überschussystem müssen das Deckungskapital, der Schadenverlauf und der Verwaltungsaufwand berücksichtigt werden. Insbesondere darf es keine willkürliche Ungleichbehandlung von Versicherungsnehmern / Versicherungsnehmerinnen oder unterschiedlichen Tarifen geben.
- Wird der Überschussfonds nach verschiedenen Versichertenkollektiven segmentiert, dann müssen die Kollektive bei der Entnahme zur Deckung von Fehlbeträgen sorgfältig und fair behandelt werden.
- Die Weiterleitung der Überschussbeteiligung an den Versicherungsnehmer oder die Versicherungsnehmerin beginnt spätestens mit Beginn der Rückkauffähigkeit des Vertrages.
- Die Weiterleitung der Überschussbeteiligung geschieht vertragsgemäss nach den in **Art. 171** genannten Formen. Sie darf aber nicht allein aus einem Schlussbonus bestehen.
- Bereits weitergeleitete Überschussbeteiligungen gehören den einzelnen Versicherungsnehmern / Versicherungsnehmerinnen. Werden sie nicht direkt ausgeschüttet, so müssen dafür Rückstellungen gebildet werden, die einzelvertraglich berechnet werden.
- Bei Verträgen mit Schlussüberschussanteil ist eine willkürliche Festlegung des Ausschüttungsbetrages zum Zeitpunkt des Vertragsablaufes untersagt. Deshalb muss eine einzelvertraglich bestimmte Rückstellung jährlich alimentiert werden.
- Die Rückstellung für den Schlussüberschussanteil wird aus dem Überschussfonds entnommen. Bei Vertragsende oder –änderung etwa durch Tod, Rückkauf oder Teilrückkauf werden allenfalls freiwerdende Teile in den Überschussfonds wieder zurückübertragen.

4. Kapitel: Besondere Bestimmungen für das Geschäft der beruflichen Vorsorge

Art. 183–198: Es handelt sich um geltendes Recht, das bislang in der Lebensversicherungsverordnung verankert war (im Wesentlichen die sog. Transparenzvorschriften für die berufliche Vorsorge).

5. Kapitel: Kranken- und Unfallversicherung

Art. 199 Geltungsbereich

Art. 21 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994⁶ (KVG) hält fest, dass die Durchführung der Zusatzversicherungen nach der Gesetzgebung über die privaten Versicherer beaufsichtigt wird.

⁶ SR 832.10

Das heisst: Alle Normen des VAG und seiner Nebenerlasse – auch wenn sie nur von „Versicherungsunternehmen“ handeln – gelten grundsätzlich auch für die Beaufsichtigung der Zusatzversicherungen, sofern die Normen sich für eine Anwendung auf die Zusatzversicherung eignen und sofern nicht die Regelungen über die institutionelle Aufsicht durch das Bundesamt für Gesundheit eine Anwendung ausschliessen.

Die versicherungsaufsichtsrechtlichen Normen sind aufgrund dieser gesetzlichen Lage auf die Versicherungsunternehmen nach VAG und auf die anerkannten Krankenkassen, welche die Zusatzversicherungen betreiben anwendbar, ohne dass dies in der vorliegenden Verordnung speziell festgehalten werden müsste. Sie sind überdies anwendbar für die Kranken- und Unfallversicherung generell wie auch für die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung im Speziellen. Letztere sind bekanntlich ohnehin ebenfalls den beiden Zweigen Kranken- und Unfallversicherung zugeordnet.

Die vorliegende Bestimmung beschränkt sich darauf festzuhalten, dass die Bestimmungen des Kapitels sowohl auf die Einzel- als auch für die Kollektivversicherung und ferner sowohl auf die Heilungskosten- als auch auf die Taggeldversicherung Anwendung finden, sofern in den einzelnen Verordnungsbestimmungen nicht etwas anderes festgelegt ist.

Art. 200 Versicherungsverträge in den Zusatzversicherungen mit Alterungsrückstellungen

Vom VVG her gesehen hätte ein Versicherer grundsätzlich das Recht, einen Versicherungsvertrag auch in der Krankenzusatzversicherung zu kündigen, sei es aufgrund eines gesetzlichen oder eines vertraglich vereinbarten Kündigungsrechtes.

In der Krankenzusatzversicherung haben jedoch die Versicherer bisher weitestgehend auf dieses Kündigungsrecht verzichtet. Die Versicherungsnehmer haben so die Gewissheit, dass sie die Deckung nicht verlieren, was insbesondere bei länger dauernden oder chronischen Erkrankungen wichtig ist. Kommt dazu, dass ältere Versicherungsnehmer grösste Mühe hätten, einen neuen Versicherer zu finden – und dieser würde vermutlich ohnehin einen Vorbehalt anbringen in Bezug auf die vorbestanden bzw. weiterhin bestehenden Krankheiten.

Die vorliegende Bestimmung lässt nun dem Versicherer die Wahl, entweder entsprechend der bisher befolgten Praxis die Verträge als unkündbare anzubieten (**Art. 200 Abs. 1 Bst. a**) oder aber dem Versicherungsnehmer bei Kündigung die Alterungsrückstellungen mitzugeben – und zwar auch bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer (**Art. 200 Abs. 1 Bst. b**).

Bei den unkündbaren Verträgen (**Bst. a**) führen die Alterungsrückstellungen zu einer Nivellierung der Prämien und damit zu einer gewissen Solidarität zwischen Jung und Alt. Sie stellen kein individuell verfügbares Guthaben des Versicherten dar. Der Versicherer setzt sie derart ein, dass der Prämientarif auch in höheren Altern keine Extremwerte in der Nähe der Risikoprämie erreicht. Sie werden zwar nach versicherungsmathematischen Verfahren für jeden Versicherten nach seinem Geschlecht,

dem Eintritts- und dem erreichten Alter sowie den Besonderheiten des Produktes berechnet; sie sind aber keine Versicherungsleistung, die im Falle des Austrittes ausbezahlt wird. Bei einer Kündigung durch die Versicherungsnehmer verbleiben die Alterungsrückstellungen dem betroffenen Versicherungsbestand.

Bei den Verträgen, die auch vom Versicherer gekündigt werden können (**Bst. b**), haben die Versicherer dem BPV einen Plan mit den Berechnungsgrundlagen zur Rückerstattung des Anteils an den Alterungsrückstellungen einzureichen (**Art. 200 Abs. 3**). Es ist dem BPV klar, dass für die Berechnung dieser Anteile mit Näherungsmethoden gearbeitet werden muss.

Art. 201 Mindestangaben für die Tarife

Es handelt sich hierbei um Mindestanforderungen an die Informationen, welche die Tarife enthalten müssen.

Art. 202 Prämienkomponenten

Die Praxis hat gezeigt, dass oft keine Differenzierung der Prämien stattfindet. Deshalb gibt man mit **Absatz 1** mehrere Prämienteile vor.

- a. Risikoprämie: Sie steht zur Deckung der Versicherungsleistungen im engeren Sinne zur Verfügung. Im Kapitaldeckungsverfahren wird diese Komponente auch als Nettoprämie bezeichnet, die mit Hilfe der Rechnungsgrundlagen (z. Bsp. Sterblichkeit, Stornohäufigkeiten, Kopfschäden, technischem Zins etc.) berechnet wird.
- b. Unsicherheits- und Schwankungszuschlag: Wenn bezüglich der eingesetzten Rechnungsgrundlagen Bedenken bestehen (Siehe Bst. a), können geeignete Zuschläge kalkuliert und in die Prämie einbezogen werden. Dasselbe gilt für den Fall, dass aufgrund der gewährten Deckung mit statistisch hohen Schwankungen gerechnet werden muss. Diese Komponente ist nicht zum laufenden Verbrauch bestimmt, sondern ist in eine entsprechende Rückstellung überzuführen.
- c. Alterungsrückstellungskomponente: Wird die Alterungsrückstellung mit dem Kapitaldeckungsverfahren berechnet, enthält die in Bst. a erwähnte Nettoprämie diese Komponente bereits. Wird hingegen ein Näherungsverfahren eingesetzt, kann diese explizit bestimmt und als Prämienkomponente eingesetzt werden; diese letztere Komponente ist nicht zum laufenden Verbrauch bestimmt, sondern ist in eine entsprechende Rückstellung überzuführen.
- d. Verwaltungskostenzuschlag: Der Versicherer ermittelt und schätzt die Aufwendungen, die er für den Betrieb eines Produktes benötigt und legt den entsprechenden Zuschlag fest. Er berücksichtigt alle Kostenarten: Anwerbung der Verträge, Erstellung von Dokumenten, Behandlung von Schadenfällen, Verwalten der Kapitalanlagen etc.
- e. Solidaritätskomponente: Grundsätzlich sollte die Prämie für jedes Produkt derart gestaltet sein, dass sie für die Abwicklung des betreffenden Versicherungsproduktes ausreicht. In gewissen Fällen ist jedoch die Erhebung eines

Zuschlages zur Stützung eines verwandten Produktes denkbar. Der Zusammenhang muss aber eng sein. Diese Komponente ist nicht zum laufenden Verbrauch bestimmt, sondern ist in eine entsprechende Rückstellung überzuführen oder dem betroffenen Produkt zuzuteilen.

- f. übrige Prämienkomponenten: Der Versicherer, der übrige Prämienkomponenten anwenden will, muss in der Tarifvorlage deren Zweck angeben und begründen.

Absatz 2 macht darauf aufmerksam, dass für ein Versicherungsprodukt nicht immer alle Komponenten in Betracht fallen. Der Versicherer wählt die geeigneten aus.

Die Zerlegung der Prämie in verschiedene Komponenten wird einzelnen Versicherern als übertrieben und als aufwendig erscheinen. Es ist dabei aber an den Kenntnisgewinn zu denken, den die Überwachung und Verfolgung der Komponenten mit sich bringt. Letztlich professionalisiert der Versicherer auf diese Weise die Rechnungslegung seiner Produkte.

Art. 203 Geschlossene Bestände

Es kommt vor, dass Versicherer einzelne Versicherungsbestände „schliessen“ und den (jungen, gesunden) Versicherten neue Produkte mit weitgehend identischer Deckung zu wesentlich tieferen Prämien anbieten.

Damit der neue Bestand nicht mit älteren Versicherten mit höherem Krankheitsrisiko belastet wird, werden die bisherigen Versicherten in der Regel nicht in das neue Produkt aufgenommen. Dieses Produkte-„Splitting“ kann dazu führen, dass die Prämien für die bisherigen Versicherten massiv steigen, weil keine guten Risiken mehr vorhanden sind, welche das Produkt mittragen. Im Ergebnis wird die Zusatzversicherung für viele Betroffene, die in guten Jahren einbezahlt haben, in dem Moment unfinanzierbar, da sie vermehrt auf deren Leistung angewiesen wären.

Der vorliegende Artikel gestattet zwar gleichartige neue Produkte, garantiert den bisherigen Versicherten aber gleichzeitig den Zugang dazu und verhindert dadurch weitgehend die soeben dargestellte und von den Versicherten zu Recht als missbräuchlich empfundene Situation.

Gemäss Abs. 4 dürfen die Versicherten bei einem Wechsel vom bisherigen zum neuen Versicherungsvertrag bezüglich Einteilung in die Altersklasse nicht schlechter gestellt, und es dürfen keine neuen Gesundheitsvorbehalte angebracht werden.

Das BPV ist sich bewusst, dass mit dieser Regelung in die unternehmerische Freiheit eingegriffen wird; ohne diese aufsichtsrechtliche Vorgabe würden sich die Probleme für die älteren Versicherten in den geschlossenen Beständen aber noch akzentuieren.

Art. 204 Statistiken

Die statistischen Anforderungen entsprechen im Wesentlichen den Anforderungen der bisherigen Aufsichtspraxis des BPV.

Art. 205 Taggeldversicherung

Dieser Artikel geht auf das Postulat von NR Robbiani (04.3051) zurück. Der Postulant hat darauf hingewiesen, dass sich beim Gerichtsstand für Streitigkeiten im Bereich der Krankentaggeldversicherung Probleme stellen, wenn die betroffene Person eine Grenzgängerin oder ein Grenzgänger ist. Eine solche Person, die in der Schweiz arbeitet, aber nicht ihren Wohnsitz hat, ist - mit allen Schwierigkeiten, die damit verbunden sind - gezwungen, sich an den Gerichtsstand des Sitzes des Versicherers zu wenden.

Krankentaggeldversicherungen werden fast ausschliesslich auf der Grundlage des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) abgeschlossen.

In seiner damaligen und früheren Stellungnahmen hat der Bundesrat auf die laufende Revision des Lugano-Übereinkommens hingewiesen, die es künftig möglich machen sollte, auch den Gerichtsstand am Wohnsitz der erwerbstätigen Person zu wählen. Diese Alternative wird jedoch erst längerfristig bestehen.

Zudem scheint es, wie der Postulant geltend machte, für die ausländischen Grenzgängerinnen und Grenzgänger wenig hilfreich, die Klage aus einem Versicherungsverhältnis in der Schweiz vor den Gerichten an ihrem Wohnort im Ausland anhängig machen zu können. Sie ziehen einen Gerichtsstand am Arbeitsort in der Schweiz vor. Dem Anliegen des Postulates wird hiermit auf dem Verordnungsweg Rechnung getragen.

Art. 206 Kürzung von Versicherungsleistungen bei Erreichen einer Altersgrenze und Art. 170 (207) Versicherung von Kindern

Beide Bestimmungen entspringen bisheriger Aufsichtspraxis:

Art. 206 ermöglicht es, dass der Versicherte, der nicht Partei des Versicherungsunternehmens ist, von der entsprechenden Deckungseinschränkung bzw. Deckungsbegrenzung Kenntnis nehmen kann.

Art. 207 betrifft jene Vertragsklauseln, die gelegentlich auch als „Kinderklauseln“ bezeichnet werden. Zum Schutz des Kindes als versicherter Person soll das beim Tod des Kindes fällig werdende Todesfallkapital begrenzt werden. Bisher achtete die Aufsichtsbehörde im Rahmen ihrer Genehmigungspraxis darauf, dass das Todesfallkapital für die Altersstufe gemäss Absatz 2 den Höchstbetrag von 10'000 Franken nicht überschreitet. Der Betrag wird aus Gründen der Geldentwertung im Rahmen der vorliegenden Vorschrift auf 20'000 Franken angehoben. Eine ähnlich lautende Bestimmung findet sich übrigens auch im Bereich der Lebensversicherung.

6. Kapitel: Rechtsschutzversicherung (Art. 208–217)

Die Bestimmungen übernehmen materiell geltendes Recht. Einzelne Anpassungen waren insofern vorzunehmen als gewisse Inhalte, die bislang auf Verordnungsstufe festgehalten waren (VO über die Rechtsschutzversicherung) neu im Gesetz stehen und auf Verordnungsstufe dementsprechend nicht wiederholt werden müssen.

7. Kapitel: Elementarschadenversicherung (Art. 218–228)

Entspricht geltendem Recht.

5. Titel: Versicherungsvermittler und Versicherungsvermittlerinnen

1. Ausgangslage

In den letzten dreissig Jahren hat das Thema Konsumentenschutz sowohl in der EU als auch in der Schweiz stark an Bedeutung gewonnen. Aus diesem wachsenden Schutzbedürfnis heraus entstand die Idee eines Registers für Versicherungsvermittler und -vermittlerinnen. Am 9. Dezember 2002 verabschiedete die EU eine Richtlinie über die Versicherungsvermittlung (2002/92/EG), die sie am 15. Januar 2003 im Amtsblatt L 9 S. 3 publizierte. Der Entwurf für das neue Versicherungsaufsichtsgesetz greift verschiedene Elemente dieser Richtlinie auf, wie etwa die Registrierungspflicht für bestimmte Vermittler und Vermittlerinnen oder die Voraussetzungen der angemessenen beruflichen Qualifikation und der finanziellen Sicherheiten.

2. Allgemeine Bemerkungen

Die nachfolgend kommentierten Bestimmungen sind grundsätzlich neu. Sie erheben nicht den Anspruch, jede erdenkliche Situation zu regeln. Einzelne Details oder Sonderfälle werden in der Rechtsanwendungspraxis zu entscheiden sein. Wir weisen insbesondere auf folgende Aspekte hin:

Die Details über die Prüfungsanforderungen für Versicherungsvermittler und -vermittlerinnen regelt der Vertrag einschliesslich Pflichtenheft mit der Einrichtung, die mit dieser Aufgabe betraut wird.

Die Problematik der Inhouse Broker ist nicht Gegenstand von Bestimmungen dieser Verordnung. Dazu ist zu sagen, dass die Inhouse Broker Angestellte von Unternehmen mit versicherungsfremder Tätigkeit sind, die die Strategie dieser Unternehmen für deren Versicherungsportefeuille bestimmen. Aufgrund ihrer Tätigkeit sind Inhouse Broker als Angestellte und/oder Organe des Unternehmens anzusehen, bei dem sie angestellt sind. Demzufolge sind sie Versicherungsnehmern gleichzusetzen, die keinerlei Vermittlungstätigkeit ausüben. Das Parlament hat deshalb die Inhouse-Broker ausdrücklich von der Aufsichtspflicht ausgenommen (**Art. 2 Abs. 2 Bst. c E-VAG**).

Versicherungsvermittler und -vermittlerinnen werden nur ins Register aufgenommen, wenn sie die Voraussetzungen für die Eintragung erfüllen.

Angenommen eine juristische Person ist aufgrund von **Art. 41 E-VAG** registrierungspflichtig, dann müssen sich auch ihre Angestellten, die eine Versicherungsvermittlungstätigkeit ausüben, eintragen lassen.

Die Details zur Organisation des Registers wie beispielsweise der Zugang zu den Daten über die Vermittler und -vermittlerinnen, die Überwachung der Datenbank oder die Struktur des Informatiksystems werden in einer internen Regelung festgelegt.

Art. 229 Bindung

Art. 41 E-VAG legt das Kriterium der Bindung fest um zu bestimmen, ob ein Vermittler sich ins Register eintragen lassen muss oder lediglich eintragen lassen kann. Besteht eine Bindung im Sinne von **Art. 229**, gilt der Vermittler als gebunden, was in seinem Ausweis vermerkt wird. Ziel dieser Bestimmung ist zu vermeiden, dass ein gebundener Vermittler sich bei der Kundschaft als nicht gebunden ausgibt und dabei in Wirklichkeit mit einem Versicherungs- oder Vermittlungsunternehmen liiert ist, das er bei seinen Beratungen systematisch propagiert, ohne dass die Kundschaft darüber informiert wäre.

Zu den Voraussetzungen für die Eintragung ins Register nach **Art. 229 Bst. a, b, c und d** ist zu sagen, dass ursprünglich folgendes Kriterium in Erwägung gezogen wurde: «Eine Bindung besteht dann, wenn der Vermittler im Vorjahr mehr als 25 Prozent seiner Provisionen oder der Prämienzunahme durch Neuabschlüsse mit ein und demselben Versicherungsunternehmen erzielt hat oder dessen Portefeuille sich zu über 35 Prozent beim gleichen Versicherungsunternehmen befindet.» Dieses Kriterium wurde aber als in der Praxis nur schwer umsetzbar erachtet, denn es hätte faktisch bedeutet, dass unsere Aufsichtsbehörde jedes Jahr mit einem beträchtlichen Arbeitsaufwand die Portefeuilles Tausender von Versicherungsvermittlern und -vermittlerinnen kontrollieren müsste. Zudem wäre es bei Fusionen in der Versicherungswirtschaft äusserst schwierig gewesen, dieses Kriterium zu erfüllen.

Zur Bestimmung, ob eine Bindung besteht, werden unter **Art. 229 Bst. a, b und c** genaue Kriterien genannt wie ein Kapitalanteil von 25 Prozent oder mehr eines Versicherungs- oder Vermittlungsunternehmens, währenddem **Bst. d** die flexible Handhabung von materiell den **Bst. a, b und c** gleichzusetzenden Situationen ermöglicht.

Art. 230 Berufliche Qualifikation

Abs. 1 beinhaltet das allgemeine Konzept, nämlich dass die Versicherungsvermittler und -vermittlerinnen für die Eintragung ins Register vorstellig werden und Prüfungen ablegen müssen, sofern sie die Voraussetzungen für den Erlass der Prüfungen nicht erfüllen.

Die Organisation der Kurse und Prüfungen selbst ist wie folgt umrissen (**Abs. 3**):

- Die Ausbildung selbst (d.h. die Kursadministration) wird im Prinzip dem Markt überlassen. Sollte jedoch die Praxis erweisen, dass Vermittler und Vermittlerinnen bei einem Vermittlungsunternehmen nicht optimale Bedingungen für die Ausbildung haben, behält sich das BPV das Recht vor zu intervenieren. Das gilt auch für den Fall überhöhter Ausbildungskosten, damit der Zugang zum Beruf nicht allzu stark erschwert wird. Mehrere Arten von Interventionsmassnahmen sind dabei denkbar, wie zum Beispiel:

Anreize für die Versicherungsunternehmen schaffen, damit sie Kurse für ungebundene Vermittler und Vermittlerinnen anbieten.

Allenfalls sind auch Zwangsmassnahmen denkbar, als äusserstes Mittel könnte das BPV eine Schule beauftragen, die entsprechende Ausbildung anzubieten.

- Was die Zielsetzungen der Ausbildung und die Prüfungsadministration betrifft, wird diese Aufgabe mittels verwaltungsrechtlichen Vertrags einer oder mehreren Einrichtungen übertragen. Sollte die beauftragte Einrichtung das vertraglich vereinbarte Pflichtenheft nicht erfüllen, kann das BPV den Vertrag auflösen und eine andere Einrichtung suchen.

Art. 231 Finanzielle Sicherheiten

Bei der Haftpflichtversicherung orientiert sich der Betrag von 2 Millionen Franken an der EU-Richtlinie 2002/92 zur Versicherungsvermittlung (siehe oben), in der die entsprechende Summe auf 1,5 Millionen Euro festgelegt wird.

Versicherungsvermittler und -vermittlerinnen, die gleichzeitig eine gebundene und eine nicht gebundene Tätigkeit ausüben, müssen für beide Tätigkeiten einzeln eine Haftpflichtversicherung abschliessen. Mit Abs. 4 soll vermieden werden, dass ein Vermittler im Falle von Schäden wegen eines Fehlers im Rahmen seiner nicht gebundenen Vermittlungstätigkeit ohne Versicherungsdeckung dasteht, denn die Versicherung des Arbeitgebers für die gebundene Tätigkeit wird kaum für Schäden im Rahmen der nicht gebundenen Tätigkeit herangezogen werden können.

Art. 233 Änderung registerwesentlicher Tatsachen

Zu **Art. 233 Abs. 2**: Zahlen Versicherungsvermittler und -vermittlerinnen die Prämie ihrer Haftpflichtversicherung nicht, verlieren sie die Deckung. Führt ein Vermittler die Vermittlungstätigkeit trotz der unbezahlten Prämie fort und es tritt ein Schadenfall ein, ist er allein haftbar gegenüber dem Versicherungsnehmer. Ob er aber für den Schaden selber aufkommen könnte, ist fraglich. Deshalb ist es sehr wichtig, dass das BPV jederzeit über den Stand der Versicherungsdeckung der registrierten Versicherungsvermittler und -vermittlerinnen informiert ist.

Art. 234 Ausweis

Die Versicherungsvermittler und -vermittlerinnen, die gleichzeitig eine gebundene und eine nicht gebundene Tätigkeit ausüben, erhalten zwei verschiedene Ausweise, einen für die gebundene, einen zweiten für die nicht gebundene Vermittlungstätigkeit.

Nach der Beendigung der Vermittler-Tätigkeit besteht eine unverzügliche Rückgabepflicht der Ausweise, damit diese nicht missbraucht werden. Verstösse gegen diese Rückgabepflicht sind strafbar.

Wie **Art. 234 Abs. 4** vorsieht, wird für juristische Personen kein Ausweis ausgestellt. Dadurch soll vermieden werden, dass natürliche Personen, die bei der juristi-

schen Person angestellt, selbst aber nicht im Register eingetragen sind, den Ausweis des Unternehmens gegenüber eigenen potenziellen Kunden benutzen. Hingegen kann die juristische Person ohne weiteres in ihrem Briefkopf oder anderen Firmenzeichen auf ihren Eintrag und die Nummer im Vermittlungsregister hinweisen.

Art. 235 Änderung von Informationen

Art. 43 Abs. 2 E-VAG weist darauf hin, dass die in Abs. 1 genannten Informationen dem Versicherten in zugänglicher Form abgegeben werden müssen. Angesichts des Vertrauensverhältnisses, das zwischen einem Vermittler und dem Versicherungsnehmer entstehen kann, ist aber nicht sicher, ob der Kunde die Vermittlerinformationen bei jedem Kontakt neu prüft. Deshalb ist es wichtig, wie das Art. 235 vorsieht, die Vermittler und Vermittlerinnen zu verpflichten, die Versicherungsnehmer über jede Änderung von Informationen hinzuweisen, die sie nach Art. 43 Abs. 2 E-VAG abzugeben haben.

6. Titel: Versicherungsgruppen (Art. 236-248) und Versicherungskonglomerate (Art. 249-261)

Die ausführenden Bestimmungen zur Gruppen- und Konglomerataufsicht entsprechen grundsätzlich denjenigen der EU-Konglomeratsrichtlinie und der bereits angewendeten Aufsicht über die Konglomerate, die mittels individuellen Verfügungen unter die schweizerische konsolidierte Aufsicht gestellt wurden. Die schweizerische Regelung sollte insbesondere auch deshalb gleichwertig zu derjenigen der EU sein, damit die Schweiz von den EU-Aufsichtsbehörden als Gruppen- bzw. Konglomerataufseher anerkannt werden und damit die Federführung dieser Aufsicht für die schweizerischen Konglomerate übernehmen kann. Der Vorteil einer schweizerischen Führung liegt für die Konzerne darin, dass sie einerseits ihre „eigene“ Aufsichtsbehörde als Ansprechpartner haben und andererseits von Doppelspurigkeiten durch Berichterstattungspflichten im Ausland verschont bleiben.

Art. 235-237, 249-250 Organisation

Gruppen werden in der Regel gleich beaufsichtigt wie Konglomerate, da es sich sowohl bei Ersteren als auch bei Letzteren um eine konsolidierte Aufsicht über ein Gesamtgebilde handelt. Eine Ausnahme dieser Gleichbehandlung wird bei der Berechnungsmethode zur Festlegung der erforderlichen und anrechenbaren Eigenmittel zugelassen. Den Gruppen wird in begründeten Ausnahmefällen die Möglichkeit gegeben, von der Berechnung aufgrund konsolidierter Abschlusszahlen abzuweichen. Begründete Ausnahmefälle liegen insbesondere vor, wenn beispielsweise für Kleingruppen bzw. Subgruppen kein konsolidierter Abschluss vorliegt. Diese Möglichkeit ist bei den Konglomeraten nicht gegeben, da ein Konzern, der sowohl im Versicherungs- als auch im Finanzbereich tätig ist, über einen konsolidierten Abschluss verfügen muss

Art. 238-239, 251-252 Gruppen- bzw. konglomeratsinterne Transaktionen und Geschäfte

Konzerninterne Transaktionen und Geschäfte können die finanzielle Situation eines beteiligten Unternehmens verändern. Dies gilt insbesondere für Transaktionen zwischen Konzernunternehmen, die nicht zu marktüblichen Bedingungen bewertet sind. Sinn der jährlichen Meldepflicht über die wesentlichen, konzerninternen Transaktionen und Geschäfte ist es, der Aufsichtsbehörde die frühzeitige Erkennung schädlicher Einwirkungen auf die Solvenz eines Konzernunternehmens zu ermöglichen. Der Aufbau von bedeutenden Bilanz- und Ausserbilanzpositionen zwischen Konzernunternehmen vergrössert zudem die Ansteckungsgefahr innerhalb des Konzerns und kann somit die Solvenz des ganzen Konzerns gefährden.

Art. 240-242, 253-255 Risikomanagement

Die Ausführungen bei **Art. 138-139** gelten mutatis mutandis auch für eine Versicherungsgruppe und ein Versicherungskonglomerat als Ganzes, mit folgender Ausnahme: Bei Gruppen und Konglomeraten findet zwingend eine stichprobenweise jährliche Überprüfung der Risikokontrollprozesse durch die externe Revisionsstelle statt. Der verstärkte Einbezug des Konzernrevisors, der seinen Mandanten bereits aufgrund des Revisionsmandates überprüft, drängt sich angesichts der konzernweiten Komplexität der Gebilde und der beschränkten Ressourcen der Aufsichtsbehörde auf.

Art. 248, 261 Vorsorgliche Massnahmen bei Solvenzgefährdung

Ergänzend zur Berechnung der Minimalsolvvenz, die der EU-Richtlinie entspricht und nicht risikobasiert ist, müssen die Konzerne aufgrund ihres internen risikobasierten Modells die erforderlichen und vorhandenen Eigenmittel berechnen.

Wo ein derartiges internes Modell noch nicht verfügbar ist, wird die Aufsichtsbehörde - nach Absprache mit dem betroffenen Konzern - für eine begrenzte Zeit, im Sinne einer Übergangslösung, vereinfachte Modellierungsansätze zulassen. Im Hinblick auf die Einführung des Zielkapitals (analog der Einzelaufsicht) auf Konzernebene bzw. im Hinblick auf die Anforderungen von Solvency II, erhält die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, Anforderungen an das interne Modell festzulegen.

Analog zur Einzelaufsicht wird auch bei der konsolidierten Aufsicht der Behörde die Möglichkeit gegeben, vorsorgliche Massnahmen einzuleiten, falls einerseits Tatbestände vorliegen, die zu einer ungenügenden Solvenz führen können oder falls andererseits ein festgelegter Schwellenwert der Solvenz unterschritten wird. Dieser Schwellenwert ergibt sich entweder aufgrund der Minimalsolvvenz plus einen Zuschlag oder - bei einer Einführung des Zielkapitals auf konsolidierter Ebene - aufgrund des Zielkapitals.

7. Titel: Administratives

1. Kapitel: Personal- und Rechnungswesen

Art. 262, 263 Dienstverhältnis des Personals der Aufsichtsbehörde Rechnungswesen

Beide Bestimmungen entsprechen geltendem Recht.

2. Kapitel: Finanzierung der Versicherungsaufsicht

Art. 264 Aufsichtsabgabe

Die Bestimmung entspricht materiell geltendem Recht. Fallen gelassen wurde allerdings aus folgenden Erwägungen:

Für die Erhebung der Gebühren für die Versicherungsaufsicht werden nach geltendem Recht die gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Aufsichtsbehörde ermittelt, indem auf den nachweisbaren Kosten des Bundesamtes ein Zuschlag von 50 Prozent erhoben wird. Damit wird dem (nicht fakturierten) Aufwand anderer Dienststellen der Verwaltung zugunsten des BPV Rechnung getragen. Im Zusammenhang mit dem Aufbau und der Neuausrichtung der Versicherungsaufsicht (Aufstockung des Personalbestandes, Ergänzung der Infrastruktur usw.) und der entsprechenden Steigerung bei den direkten Kosten, ergibt sich für die Berechnung des Zuschlages eine neue Ausgangslage. Mit der proportionalen Erhöhung des Zuschlages würde sich die Gebührenhöhe zunehmend von den tatsächlichen Kosten entfernen. Der Zuschlag wird daher aufgehoben.

Art. 265 Berechnung der Abgabe

Die Bestimmung entspricht in den ersten drei Absätzen geltendem Recht.

Der vierte Absatz legt fest, dass in Bezug auf die Versicherungsgruppen und Konglomerate die Aufsichtsabgaben durch die Abgaben der zugehörigen Versicherungsunternehmen abgegolten werden.

Absätze 5 und 6 schliesslich befassen sich mit der Finanzierung der Aufsicht über die Vermittler, wobei festgelegt wird, dass die Aufsichtsabgabe den Betrag von 1000 Franken nicht übersteigen soll. Genügte dies nicht, würde eine allfällige Lücke durch die Aufsichtsabgabe der Versicherer abgedeckt.

Das Register wird bis zu einem gewissen Grad von den Versicherungsvermittlern und -vermittlerinnen selbst finanziert. Auch juristische Personen müssen die Abgabe leisten. Alle im Register eingetragenen Vermittler und Vermittlerinnen entrichten eine Abgabe bis zu 1'000 Franken jährlich. Diese Massnahme bezweckt insbesondere zu vermeiden, dass Versicherungsvermittler trotz Beendigung ihrer Vermittlungstätigkeit weiterhin registriert bleiben und damit unnötigerweise administrativen Aufwand und Kosten verursachen. Die Erfahrung aus einigen EU-Ländern zeigt

auch, dass die Versicherungsvermittler und -vermittlerinnen gern vergessen, ihren Eintrag nach Beendigung ihrer Tätigkeit löschen zu lassen. Durch die Abgabe werden sie daran erinnert, sich rasch abzumelden. Die Abgabe ist auf 1'000 Franken pro Jahr beschränkt, damit der Zugang zum Beruf nicht übermässig erschwert wird.

Art. 266 Festsetzung und Fälligkeit der Aufsichtsabgabe

Entspricht materiell geltendem Recht.

Art. 267 Gebühr

Bei der Aufzählung der gebührenpflichtigen Verfügungen wurde von jenen Verfahren ausgegangen, die nach den bisherigen Erfahrungen bei einem einzelnen Versicherungsunternehmen relativ selten vorkommen und andererseits in der Regel einen ausserordentlich grossen Arbeitsaufwand verursachen.

Subsidiär anwendbar bleibt, wie im bundesrechtlichen Verwaltungsverfahren üblich, die Verordnung über Kosten und Entschädigungen im Verwaltungsverfahren. Sie würde es erlauben, im Einzelfall gewisse, speziell aufwändige Verfügungen gebührenrechtlich zu erfassen, auch wenn sie in dieser Bestimmung nicht erwähnt sind.

In der Regel ist aber davon auszugehen, dass die in dieser Bestimmung nicht aufgeführten Verfügungen den „Courant normal“ der Versicherungsaufsicht darstellen; sie werden daher zu recht über die Aufsichtsabgabe abgewickelt.

Art. 268 Kostentragung bei Veröffentlichungen

Die Bestimmung entspricht materiell geltendem Recht. Bislang war aber die Kostentragung für Veröffentlichungen, wie das gesamte Aufsichtsrecht, auf mehrere Bestimmungen und Erlasse zersplittert. Hiermit wird dieser Grundsatz in einer einzigen, der vorliegenden Bestimmung zusammengefasst.

8. Titel: Strafbestimmungen

Art. 269 Übertretungen

Das geltende Recht (**Art. 49 VAG**) stellt grundsätzlich jeden Verstoss gegen eine Verordnungsvorschrift unter Strafe. Diese Bestimmung erschien unter dem Aspekt eines strenger gehandhabten Legalitätsprinzips problematisch.

Das neue Recht, **Art. 83 Abs. 1 Bst. g E-VAG**, sieht daher eine Bestrafung bei Verstoss gegen eine Ausführungsvorschrift nur noch dann vor, denn deren Übertretung vom Bundesrat für strafbar erklärt wird.

Die Verordnungsvorschriften, deren Übertretung für strafbar erklärt wird, müssen also in der Verordnung selbst ausdrücklich aufgelistet werden. Diesem Zweck dient die vorliegende Bestimmung. Zumeist handelt es sich dabei um Berichts- und sons-

tige Informationspflichten der beaufsichtigten Subjekte. Die Strafdrohung ist mit ihrer generalpräventiven Wirkung geeignet, den betreffenden Pflichten wirksam Nachachtung zu verschaffen.

9. Titel: Übergangs- und Schlussbestimmungen

Art. 270 Übergangsbestimmungen

Eine spezielle Erwähnung innerhalb der Übergangsbestimmungen verdient insbesondere **Abs. 15**, welcher die Wirkung von Verordnungsbestimmungen auf laufende Verträge betrifft.

Die Übergangsregelung ist dem geltenden Art. 11 der Rechtsschutzversicherungsverordnung nachgebildet und sichert ein grundsätzlich sofortiges Inkrafttreten der vertragsrelevanten Verordnungsbestimmungen. Vorbehalten bleiben lediglich Vorschriften, die eine spezifische Übergangsregelung vorsehen.

Ferner weisen wir darauf hin, dass Versicherungsvermittler und –vermittlerinnen in den ersten sechs Monaten nach Inkrafttreten dieser Verordnung ihre Tätigkeit weiter ausüben können, wenn sie sich innerhalb dieser Frist gemäss **Art. 87 Abs. 3 E-VAG** anmelden. In diesem Fall können sie weiter arbeiten, bis das BPV ihr Gesuch behandelt hat.

Art. 272 Inkrafttreten

Da die parlamentarischen Beratungen zum VAG in dem Moment, da dieser Verordnungsentwurf in die Vernehmlassung geht, noch nicht abgeschlossen sind, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch keine definitive Aussage zum Inkrafttretenszeitpunkt gemacht werden. Ein Inkrafttreten vor dem 1.7.05 dürfte jedoch nach dem jetzigen Stand der Dinge nicht in Betracht fallen.