

Eidg. Finanzverwaltung		
+	30. JULI 2009	+
Reg.-Nr.		

20 NE
CONCORDIA

CONCORDIA
Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG

Hauptsitz
Bundesplatz 15
Postfach, 6002 Luzern
Tel. 041 228 01 11
Fax 041 228 03 88
www.concordia.ch

Eidgenössische
Finanzverwaltung
Rechtsdienst
Bernerhof
3003 Bern

lic. iur. Pia Schuler
Rechtsanwältin/Leiterin Rechtsdienst
Direktwahl 041 228 02 22
pia.schuler@concordia.ch

Luzern, 28. Juli 2009

Vernehmlassung zum Entwurf zur Revision des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG)

Sehr geehrte Damen und Herren

Das Eidgenössische Finanzdepartement hat einen Entwurf über eine Totalrevision des VVG in Vernehmlassung gegeben. Wir nehmen dazu aus Sicht eines Krankenzusatzversicherers, der sowohl die KVG-Versicherungen als auch die Zusatzversicherungen nach VVG durch den gleichen Rechtsträger durchführt, gerne Stellung:

Allgemeine Vorbemerkungen:

Im Interesse einer klareren, systematischen Lösung begrünnen wir den Entwurf einer Totalrevision des VVG. Der Entwurf präzisiert unklare Punkte, berücksichtigt die höchstrichterliche Rechtsprechung und wirkt übersichtlicher und schlanker.

Allerdings haben wir den Eindruck, dass verschiedene Bestimmungen in ihren Auswirkungen noch zu wenig ausgereift sind. Insbesondere stellen wir fest, dass bei den Revisionsarbeiten verschiedentlich die Auswirkungen auf die Besonderheiten des Krankenversicherungsgeschäfts nicht bedacht wurden. Die Sonderbestimmungen über die Kollektivverträge und die revidierten bzw. teilweise neu aufgenommenen Bestimmungen über die Krankenversicherungen bzw. über die Krankenzusatzversicherungen müssen überarbeitet werden. Unakzeptabel ist für uns insbesondere die sinngemässe Anwendung von Art. 69 KVG auf die Krankenzusatzversicherungen (Art. 118 Abs. 2 E-VVG). Wir kommen darauf nachfolgend bei der Stellungnahme zu den einzelnen Bestimmungen im Detail zurück.

Im Interesse der Rechtssicherheit und Klarheit würden wir es begrünnen, wenn eingangs des Gesetzes eine Bestimmung mit Legaldefinitionen der wichtigsten Begriffe aufgenommen würde.

Stellungnahme zu einzelnen Bestimmungen:

Zu Art. 1:

Zu Abs. 1: Im Begleitbericht (S. 7) wird zwar gesagt, dass bewusst auf die Verwendung des Begriffs "Versicherungsvertrag" verzichtet worden sei. Im Gesetzestext muss aber trotzdem zum Ausdruck kommen, dass das Gesetz nicht für sämtliche Verträge gilt, sondern nur für Versicherungsverträge. Zudem gilt das Gesetz nicht für alle der Bundesaufsicht unterstehenden Versicherungsunternehmen, sondern nur für diejenigen, die der Aufsicht der FINMA gemäss VAG unterstehen (es gilt also insbesondere nicht für Versicherungsverträge nach KVG, die von einem der Aufsicht des BAG unterstehenden Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden).

Antrag:

1 Dieses Gesetz ist anwendbar auf **Versicherungsverträge**, die von einem der Aufsicht der **Finanzmarktaufsichtsbehörde (FINMA)** unterstellten Versicherungsunternehmen abgeschlossen worden sind. ...

Zu Art. 7:

Allgemeine Vorbemerkung zum Widerrufsrecht:

Auch wenn die Einführung des Widerrufsrechts zu einer Verkomplizierung der Abläufe bei den jährlich kündbaren Krankenzusatzversicherungen und damit zu einer Zunahme der Verwaltungskosten führen wird, können wir uns im Interesse des Versichertenschutzes mit dieser Regelung einverstanden erklären. In der Praxis wird in solchen Fällen häufig schon heute aus Kulanzgründen ein "Widerrufsrecht" gewährt.

Zu Abs. 2: Das Widerrufsrecht ist auf Abschluss, Verlängerung oder Änderung beschränkt; die (im Begleitbericht nicht kommentierte) Formulierung „oder einer anderen Vereinbarung“ ist daher nicht erforderlich und zu streichen.

Antrag:

2 Das Widerrufsrecht erlischt zwei Wochen nach Abschluss, Verlängerung oder Änderung des Vertrags ~~oder einer anderen Vereinbarung~~.

Zu Art. 11:

Zu Abs. 2: Die vorgeschlagene Formulierung ist zu eng formuliert. Die Police kann nicht alle vereinbarten Rechte und Pflichten der Parteien im Detail festhalten. In der Regel sind die Rechte und Pflichten nicht auf der Police festgehalten, sondern in Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Dies muss auch weiterhin gelten. Es muss zudem weiterhin möglich sein, in Ergänzung zu den als Massendokumenten ausgestalteten Policen besondere individuelle Vereinbarungen zu treffen. Gemäss Gerichtspraxis ist ein Vorbehalt von der Versicherungsdeckung präzise zu umschreiben. Dies muss weiterhin in einer individuellen Ergänzung zur Police, auf die sich das Versicherungsunternehmen berufen kann, erfolgen können. Aus Datenschutzsicht wäre es äusserst fragwürdig, wenn solche Vorbehalte der Versicherungsdeckung mit besonders schützenswerten Daten (Gesundheitsdaten) auf der Police aufgeführt wären. Die Police als Beweisdokument über die Versicherungsdeckung muss den Leistungserbringern und den Sozialhilfebehörden vorgewiesen werden. Zudem leisten viele Arbeitgeber gegen Vorweisen der Police Beiträge an Krankenversicherungsbeiträge. Insbesondere auch aus datenschutzrechtlicher Sicht ist der Absatz 2 daher unbedingt zu streichen.

Im Interesse der Rechtssicherheit beantragen wir, an der bisherigen Lösung mit der vierwöchigen Widerspruchsfrist (Art. 12 VVG) festzuhalten.

Antrag:

~~2 Werden Vereinbarungen getroffen, welche vom Inhalt der Police oder ihrer Nachträge abweichen, so kann sich das Versicherungsunternehmen nicht auf den abweichenden Inhalt dieser Vereinbarungen berufen. Stimmt der Inhalt der Police oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat der Versicherungsnehmer binnen vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtigung zu verlangen, widrigenfalls ihr Inhalt von ihm als genehmigt gilt.~~

Zu Art. 14:

Zu Abs. 2: Wir begrüßen es, dass für das Kündigungsrecht eine objektiv feststellbare absolute Frist festgelegt wird. Zwei Jahre sind aber zu lang. Nach spätestens einem Jahr soll Rechtssicherheit herrschen über das definitive Bestehen des Vertrages.

Antrag:

2 Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer von der Verletzung der Informationspflicht Kenntnis erhalten hat, spätestens aber ~~zwei ein~~ Jahr nach Vertragsschluss.

Zu Art. 15ff. Anzeigepflichtverletzung:

Allgemeine Vorbemerkung zur Neuregelung der Anzeigepflichtverletzung

Die Neuregelung der Anzeigepflichtverletzung ist für uns unakzeptabel. Sie verkennt, dass hier der Versicherte eine Pflichtverletzung begeht! Es geht hier also auch nicht darum, einem Konsumentenschutzanliegen zum Durchbruch zu verhelfen. Mit der vorgeschlagenen Neuregelung werden aber Anzeigepflichtverletzungen geradezu provoziert. Die Folgen haben die ehrlichen Versicherten zu tragen, denn ihre Prämien steigen deswegen. Es ist daher unbedingt an der bisherigen Ausgestaltung festzuhalten.

Zu Art. 15:

Zu Abs. 3: In der Krankenzusatzversicherung muss es weiterhin möglich sein, nach zukünftigen Sachverhalten zu fragen, die ihrer Natur nach geeignet sind, die Einschätzung der zu versichernden Gefahr zu beeinflussen (z.B. die Frage nach geplanten künftigen Operationen). Der Versicherungsnehmer kann u.U. bei Vertragsabschluss schon genau wissen, dass und wann sich ein Risiko in der Zukunft verwirklichen wird (z.B. bei geplanten Operationen). Mit der Frage nach vergangenen Sachverhalten wird diese Gefahrstatsache aber allenfalls nicht erfasst. Das Versicherungsunternehmen würde jedoch bei Kenntnis einer solchen Gefahrstatsache den Vertrag unter Umständen nicht abschliessen. Die Frage nach zukünftigen Sachverhalten muss daher zumindest in der Krankenzusatzversicherung weiterhin möglich sein.

Antrag:

3 Erhebliche Gefahrstatsachen sind gegenwärtige, vergangene **oder zukünftige** Sachverhalte, die ihrer Natur nach geeignet sind, die Einschätzung der zu versichernden Gefahr zu beeinflussen.

Zu Art. 18:

Zu Abs. 1 Bst. b.: Wir wenden uns gegen die vorgeschlagene Verschärfung; an der bisherigen Regelung soll festgehalten werden. Es muss für die Berufung auf die Anzeigepflicht genügen, dass eine erhebliche Gefahrstatsache falsch mitgeteilt wurde; auf das zusätzliche Erfordernis, dass der Vertrag bei richtiger Einschätzung nicht oder mit anderem Inhalt geschlossen worden wäre, ist zu verzichten. Der Beweis darüber dürfte äusserst schwierig zu führen sein. Dies gilt insbesondere, als gemäss Erläuterungen bei der Frage der Erheblichkeit die objektive Seite mehr betont werden soll (Bezugnahme auf Tarife und Zeichnungsrichtlinien).

Zu Abs. 2: An der bisherigen, erst mit der letzten Revision eingeführten Regelung gemäss Art. 6 Abs. 3 VVG soll festgehalten werden. Der gemäss Entwurf vom Versicherungsunternehmen zu führende Beweis über eine absichtliche oder grobfahrlässige Verletzung der Anzeigepflicht ist in der Praxis nicht zu führen. Es ist unakzeptabel, dass die Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens bei einer „nur“ fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht andauern soll. Die Leistungspflicht muss verschuldensunabhängig enden bzw. zu einer Leistungsrückerstattung führen. Die vorgeschlagene Regelung provoziert geradezu Anzeigepflichtverletzungen.

Aus den gleichen Gründen wenden wir uns zudem gegen den vorgesehenen Verzicht auf das generelle Leistungsverweigerungsrecht bei Teilursachen. An der Lösung gemäss geltendem Recht ist festzuhalten.

Antrag:

1 Hat die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer eine erhebliche Gefahrstatsache, die sie oder er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so kann das Versicherungsunternehmen den abgeschlossenen Vertrag schriftlich kündigen, falls es
a. aufgrund der fehlerhaften Angaben das Risiko zu seinen Ungunsten falsch eingeschätzt hat;
~~und~~
b. ~~bei richtiger Einschätzung den Vertrag nicht oder mit anderem Inhalt abgeschlossen hätte.~~

2 Hat die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht **absichtlich oder grobfahrlässig verletzt**, so erlischt mit Beendigung des Vertrages auch die Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens für Schäden, **soweit**

- a. ...
- b. ...

Zu Art. 19:

Zu Abs. 2: Die Tarife der Einzel-Krankenzusatzversicherungen sind allgemein nicht nach den anzuzeigenden Gefahrstatsachen differenziert. Je nach angezeigten Tatsachen wird der Vertrag gar nicht abgeschlossen oder mit Vorbehalt. Die Rückforderung der zuviel bezahlten Prämie gemäss Abs. 1 hingegen ist für die Krankenzusatzversicherer keine Option. Es ist daher für uns von umso grösserer Bedeutung, dass das in Art. 18 geregelte Leistungsverweigerungsrecht sowie das in Art. 19 Abs. 2 vorgesehene Rückforderungsrecht verschuldensunabhängig gelten. Die Beweisungsführung der absichtlichen oder grobfahrlässigen Begehung der Anzeigepflicht ist für die Versicherungsunternehmen nicht möglich bzw. ihnen auch nicht zuzumuten. Führt die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zur Sanktion der Leistungsrückforderung, leistet dies dem Versicherungsmissbrauch Vorschub.

Zu Abs. 4: Auf die Einführung einer absoluten Verjährungsfrist für das Kündigungsrecht ist unbedingt zu verzichten. Es ist nicht einzusehen, warum eine Anzeigepflichtverletzung nach 5 Jahren keine Wirkungen mehr zeitigen soll. Mit dieser Regelung werden Anzeigepflichtverletzungen geradezu provoziert. Wird beispielsweise ein Geburtsgebrechen nicht angegeben, so weiss der Versicherte, dass er nach Ablauf von fünf Jahren eine uneingeschränkte Versicherungsdeckung hat, sofern in diesem Zeitraum die Anzeigepflichtverletzung nicht entdeckt wird. Die ehrlichen Versicherten aber haben mit ihren Prämien diese Versicherungsdeckung mit zu finanzieren. Das ist nicht akzeptabel.

Antrag:

2 Wurde die Leistungspflicht im Falle einer ~~absichtlichen oder grobfahrlässigen~~ Anzeigepflichtverletzung der Versicherungsnehmerin oder des Versicherungsnehmers schon erfüllt, hat das Versicherungsunternehmen Anspruch auf Rückerstattung.

4 Das Kündigungsrecht erlischt nach Ablauf von vier Wochen, nachdem das Versicherungsunternehmen von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, ~~spätestens aber 5 Jahre nach Vertragsabschluss.~~

Zu Art. 26:

Auf die Aufnahme einer solchen Regelung ist zu verzichten, da unnötig. Für die im Kommentar erwähnten Beispiele aus dem Bereich der Lebensversicherung oder der Sachversicherung (Versicherung für einen bereits Verstorbenen, Versicherung einer nicht existierenden Sache) gibt sie eine Selbstverständlichkeit wieder. Zudem besteht bereits bei der sinngemässen Anwendung von Art. 51 E-VVG (Wegfall des versicherten wirtschaftlichen Interesses) eine genügende Handhabe für solche Konstellationen. Hingegen kann eine solche explizite VVG-Regelung beispielsweise bei den Krankenpflege-Zusatzversicherungsprodukten oder bei den Kranken-Taggeldversicherungen zu sehr vielen Auslegungsfragen führen. Kann es auch eine Teilnichtigkeit geben? So könnte beispielsweise ein Mann sich unter Bezugnahme auf Art. 26 E-VVG auf (Teil-)nichtigkeit berufen, wenn ein Zusatzversicherungsprodukt auch Mutterschaftsleistungen enthält. Wird trotzdem an der Aufnahme einer solchen Regelung festgehalten, sind daher *die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung jedenfalls vom Geltungsreich auszunehmen.*

Antrag:

~~Eine Versicherung ist nichtig, soweit sie mit Bezug auf ein künftiges Ereignis abgeschlossen wird, von dem lediglich das Versicherungsunternehmen wusste oder wissen musste, dass dessen Eintritt unmöglich ist.~~

Eventualantrag:

2 (neu): **Diese Bestimmung gilt nicht für die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung.**

Zu Art. 31:

Zu Abs. 2: Wir sind mit der neuen, klareren Regelung einverstanden. Allerdings sollte nicht nur im Kommentar, sondern auch im Gesetzestext präzisiert werden, dass die Erklärung gemäss Art. 31 Abs. 1 Bst. b gleichzeitig mit der Nachfristansetzung erfolgt und der Vertrag dann ohne weitere Mitteilung automatisch als aufgelöst gilt.

Antrag:

2 Das Versicherungsunternehmen kann der Person, die mit der Prämienzahlung in Verzug ist, schriftlich:

- a. eine Zahlungsfrist von mindestens vier Wochen ab Zugang der Mahnung gerechnet setzen, und
- b. **gleichzeitig** erklären, dass nach unbenutztem Ablauf der Frist **ohne weitere Mitteilung** als aufgelöst gilt.

Zu Art. 34:

Wir begrüssen es, dass die Obliegenheit zur Abwendung und Minderung des Schadens neu explizit bereits bei unmittelbar drohendem Schaden gilt.

Zu Art. 38:

Zu Abs. 1: Wie ist diese Regelung bei einer Schadenversicherung umzusetzen? Wir gehen davon aus, dass eine allgemeine Umschreibung der vereinbarten Leistungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genügt.

Zu Art. 39:

Zu Abs. 1: Die Substanziierung des Anspruchs und die Übergabe der zugänglichen Beweise alleine können für die Fälligkeit nicht genügen. Das Versicherungsunternehmen muss beispielsweise bei einer Taggeldversicherung selber noch medizinische Abklärungen betreffend Arbeitsunfähigkeit treffen können, falls die von der versicherten Person übergebenen Beweise nicht genügen, ohne dass der Leistungsanspruch schon fällig wird. Wir beantragen daher an der bisherigen deutlicheren Formulierung festzuhalten.

Antrag:

1 Versicherungsleistungen werden mit Ablauf von vier Wochen fällig, nachdem die berechnete Person ihren Anspruch hinreichend substantiiert und dem Versicherungsunternehmen die ihr zugänglich gemachten Beweise genannt oder übergeben hat. **Das Versicherungsunternehmen Angaben erhalten hat, aus denen es sich von der Richtigkeit des Anspruches überzeugen kann.**

Zu Art. 41:

Die Bestimmung ist einseitig auf die Sachversicherung ausgerichtet. In der Krankenzusatzversicherung kann die vorgeschlagene Regelung u.U. dazu führen, dass aufgrund der Schadenminderungspflicht Leistungen zu übernehmen wären, die nicht in den vertraglich vereinbarten Leistungskatalog gehören (z.B. Rettungskosten bei Erkrankung im Ausland oder Kosten einer ambulanten Behandlung statt einer stationären Behandlung): Dies darf nicht sein. Die Anwendbarkeit der Bestimmung auf die Krankenzusatzversicherung ist daher auszuschliessen.

Antrag:

Abs. 5 (neu): In der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung hat der Versicherer nur die vertraglich vereinbarten Leistungen zu übernehmen.

Zu Art. 48:

Diese Bestimmung darf auf die Kollektivversicherungen für Erwerbsausfall oder Krankenpflegezusatzprodukte nicht zur Anwendung gelangen, da sie bei diesen Produkten unpraktikabel ist. Da die Kollektiv-Taggeldversicherungen in der Regel als Lohnsummenversicherungen ausgestaltet sind, sind die unter dem Vertrag versicherten Personen dem Versicherer nicht bekannt. Die Führung eines Teils des Vertrags zu einem anderen Tarif ist daher in der Praxis nicht umsetzbar. Dies würde faktisch zu einer Aufteilung des bisherigen Vertrags auf zwei neue Verträge führen.

Antrag:

2 (neu): Die Bestimmung findet auf Kollektivtaggeldversicherungen und auf Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine Anwendung.

Zu Art. 49:

Zu Abs. 1: Die gesetzliche Anforderung, dass eine einseitige Prämienanpassung nur gültig für den Fall vereinbart werden könne, dass die für die Prämienberechnung massgeblichen Verhältnisse sich nach Vertragsabschluss in einer Weise ändern, welche die vorgesehene Erhöhung rechtfertigen, lehnen wir ab. Die im Bericht genannte Begründung ist zwar auf den ersten Blick nachvollziehbar. Sie berücksichtigt aber die *Besonderheit der Finanzierungsmethode des Umlageverfahrens* im Krankenzusatzversicherungsgeschäft nicht. Zudem unterliegen die Produkte in den Krankenzusatzversicherungen der Genehmigungspflicht der FINMA. Was kann ein Zusatzversicherer vorkehren, wenn er – wie im Bericht genannt – trotz aller Sorgfalt beispielsweise die Risikolage falsch eingeschätzt hat? Darf er dann die Prämie dieses Produkts nie erhöhen? Wie sollen dann die Leistungen dieses Produkts finanziert werden?

Zudem ist die Regelung, die auf die Änderung der Verhältnisse seit Vertragsabschluss abstellt, auch unpraktikabel. Beispielsweise müssen sich die Verhältnisse eines seit 10 Jahren bestehenden Produkts nicht zwingend erst seit Abschluss eines konkreten, beispielsweise vor einem Jahr abgeschlossenen Vertrags verändert haben. Vielmehr dürften in der Regel die Leistungskosten kontinuierlich über die Jahre angestiegen sein, so dass sich in einem bestimmten Zeitpunkt eine Prämienanpassung aufdrängt. Auf diese gesetzliche Regelung ist daher zu verzichten.

Antrag:

~~1 Eine Anpassungsklausel, die das Versicherungsunternehmen ermächtigt, die Prämie einseitig zu erhöhen, kann nur für den Fall gültig vereinbart werden, dass die für die Prämienberechnung massgeblichen Verhältnisse sich nach Vertragsabschluss in einer Weise ändern, welche die vorgesehene Erhöhung rechtfertigen. Eine einseitige Prämienanpassung durch das Versicherungsunternehmen ist dann zulässig, wenn sie vertraglich vereinbart ist.~~

Zu Art. 53:

Zu Abs. 1: Wir haben grundsätzlich Verständnis für die neue Bestimmung, die einer übermäßig langen Vertragsdauer entgegen wirken soll. Die vorgesehene Maximaldauer von drei Jahren erachten wir allerdings als zu kurz. Wir schlagen vor, eine Frist von fünf Jahren in den Entwurf aufzunehmen.

Antrag:

1 Der Vertrag kann, auch wenn er für eine längere Dauer vereinbart wurde, auf das Ende des ~~dritten~~ **fünften** oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.

Zu Art. 54:

Mit der vorgeschlagenen Regelung eines generalklauselartigen ausserordentlichen Kündigungsrechts können wir uns aus Gründen der Rechtssicherheit nicht einverstanden erklären. In den vertraglichen Grundlagen können wichtige Gründe, die eine jederzeitige Auflösung des Vertrages erlauben, umschrieben werden. Wie in den Erläuterungen festgehalten wird, kann das Gesetz auch für spezielle Sachverhalte eine entsprechende ausserordentliche Auflösung aus genau definierten, wichtigen Gründen zulassen. Für die gesetzliche Regelung einer entsprechenden Generalklausel besteht aber kein Bedürfnis; sie würde in der Praxis nur zu Rechtsunsicherheiten und insbesondere bei den Krankenzusatzversicherungen zu einem Tummelfeld für die Versicherungsvermittler führen. Wir beantragen daher die ersatzlose Streichung der Regelung.

Antrag:

~~1 Aus wichtigem Grund kann der Vertrag jederzeit gekündigt werden.~~

~~2 Als wichtiger Grund gilt namentlich jeder Umstand, bei dessen Vorhandensein der kündigenden Person nach Treu und Glauben die Fortsetzung des Vertrages nicht mehr zumutbar ist.~~

Zu Art. 57:

Aus dem Kommentar geht nicht klar hervor, ob die neue Regelung nun nur für die Unfallversicherung oder auch für die Krankenversicherungen gelten soll. Im Gesetzestext und Kommentar ist jedenfalls klarzustellen, dass die Regelung nur für die Unfallversicherungen gilt. Für diese ist eine solche Regelung aber selbstverständlich und es könnte daher auch darauf verzichtet werden. In keinem Fall darf die Bestimmung aber für die Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenversicherung gelten. Für die Krankenversicherungen muss das Behandlungsprinzip

gelten. Für die Begründung kann auf den Kommentar zu Art. 58 E-VVG (Hängige Versicherungsfälle) verwiesen werden.

Antrag:

~~Ist das befürchtete Ereignis noch während der Laufzeit des Vertrages eingetreten, so ist die Versicherungsleistung während fünf Jahren nach Beendigung des Vertrages auch dann geschuldet, wenn die Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens erst nach Beendigung des Vertrages ausgelöst wird.~~

Eventualantrag:

Ist **bei einer Unfallversicherung** das befürchtete Ereignis noch während der Laufzeit des Vertrages eingetreten, so ist die Versicherungsleistung während fünf Jahren nach Beendigung des Vertrages auch dann geschuldet, wenn die Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens erst nach Beendigung des Vertrages ausgelöst wird.

Zu Art. 58:

Zu Abs. 1: Wir können uns mit dieser Bestimmung, die das Risiko einseitig dem Versicherungsunternehmen aufbürdet, nicht einverstanden erklären. Unbesehen des Grundes der Beendigung soll das Versicherungsunternehmen weiter im Risiko stehen. Beendet der Versicherungsnehmer beispielsweise den Vertrag, weil er ein Produkt mit einer günstigeren Prämie gefunden hat, oder wird der Vertrag wegen Prämienausstands beendet, würde das Versicherungsunternehmen weiterhin im Risiko stehen. Die Regelung ist daher ersatzlos zu streichen.

Zu Abs. 2: Sollte an der Lösung gemäss bisherigem Absatz 1 festgehalten werden, so ist jedenfalls wie vorgeschlagen, die Krankenpflegeversicherung nach VVG davon auszunehmen. Diese Ausnahmeregelung ist unerlässlich. Die Gründe dafür sind im Kommentar treffend erläutert. Zusätzlich ist aber auch die Krankentaggeldversicherung auszunehmen. Wir bevorzugen allerdings der Klarheit halber (vgl. auch Kommentar) die einheitliche Verwendung des Begriffs der Begriff "*Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung*" statt "*individuelle Krankenpflegeversicherung*".

Antrag:

~~1 Vertragsbestimmungen, welche ein Versicherungsunternehmen berechtigen, bei Beendigung des Vertrages nach Eintritt des befürchteten Ereignisses bestehende Leistungsverpflichtungen bezüglich Dauer oder Umfang einseitig zu beschränken oder aufzuheben, sind nichtig.
2 Vorbehalten bleibt die individuelle Krankenpflegeversicherung.~~

Eventualantrag:

~~2 Vorbehalten bleibt die individuelle Krankenpflegeversicherung. Die Bestimmung ist nicht anwendbar auf Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sowie auf die Krankentaggeldversicherungen.~~

Zu Art. 68:

Wir begrüßen die verstärkte Transparenz und eine klare rechtliche Regelung für die Herausgabepflicht der Maklerentschädigungen. Zu hoffen ist, dass die Bestimmung auch im Sinne eines Regulativs gegen übertriebene Maklerentschädigungen im Interesse der Versicherten wirken wird.

Vorbemerkung zum 10. Kapitel

Wir regen an, die systematische Einreihung dieser Bestimmungen zu überprüfen. Unter dem Obertitel Datenschutz werden hier weitreichende Einschränkungen der Leistungsansprüche geregelt (vgl. beispielsweise Art. 72 Abs. 3 E-VVG).

Zu Art. 72:

Zu Abs. 1: Das Anliegen des Schutzes von besonders schützenswerten Personendaten hat bei den Krankenzusatzversicherern - nicht nur in den Kollektivverträgen - hohe Priorität. Die vorgesehenen Bestimmungen sind unseres Erachtens aber zu absolut formuliert. Leider fehlt im Bericht ein erläuternder Kommentar spezifisch zu dieser Bestimmung.

Bei Art. 72 handelt es sich gemäss Anhang 1 um eine zwingende Bestimmung, d.h. sie darf weder zugunsten des Versicherers noch zuungunsten der versicherten Person geändert werden. Es besteht daher das Risiko, dass die Bestimmung dahingehend ausgelegt wird, dass auch mit Einwilligung der versicherten Person dem Arbeitgeber keine besonders schützenswerten Daten mehr bekannt gegeben werden dürfen. Damit würde aber im Bereich der Taggeldversicherungen das Case Management zur Integration der versicherten Person chancenlos. Das Versicherungsunternehmen muss hier die Gelegenheit erhalten, mit dem Arbeitgeber und der versicherten Person die Lage offen zu diskutieren. Absatz 1 muss daher diesbezüglich ergänzt werden.

Zu Abs. 3: Eine freiwillige Abwicklung des Schadenfalles via Arbeitgeber muss weiterhin möglich sein. In der Praxis der Taggeldversicherungen ist es denn auch so, dass die versicherte Person beispielsweise ein Arztzeugnis via ihren Arbeitgeber der Taggeldversicherung einreichen lässt. Die versicherte Person darf aber dazu nicht verpflichtet werden. Der Begriff "anhalten" ist zu unklar und daher zu streichen.

Antrag:

1 Bei kollektiven Personenversicherungen darf das Versicherungsunternehmen der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer **ohne Einwilligung der versicherten Person** keinen Einblick in besonders schützenswerte Daten der versicherten Person gewähren. Vorbehalten bleibt Art. 73.

2 Das Versicherungsunternehmen stellt Unterlagen, welche besonders schützenswerte Daten der Versicherten enthalten oder mit denen solche Daten erhoben werden, den versicherten Personen direkt zu.

3 Die versicherten Personen dürfen nicht verpflichtet ~~oder angehalten~~ werden, solche Unterlagen:

a. dem Versicherungsunternehmen über die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer zukommen zu lassen; oder

b. in Gegenwart der Versicherungsnehmerin oder Versicherungsnehmers oder von dessen Vertreterinnen oder Vertretern zu bearbeiten.

Zu Art. 73:

Das *Anliegen* der Regelung ist für uns sehr gut nachvollziehbar. Allerdings kann die vorgeschlagene Lösung in keiner Weise befriedigen.

Entscheidet sich die versicherte Person für ein Verbot der Bekanntgabe der Einschränkung, hat sie nur den Anspruch auf die Mindestlohnfortzahlung. Da sie darauf nicht hingewiesen werden muss, wird sie davon allenfalls aber erst bei Eintritt des Schadenfalles erfahren.

Der Arbeitgeber seinerseits, der nichts von der Einschränkung weiss, deklariert gegenüber dem Versicherungsunternehmen weiterhin die gesamte Lohnsumme (inkl. des Lohnes des nicht versicherten Arbeitnehmers) und zahlt darauf die entsprechenden Prämien. Erst bei Eintritt des

Schadenfalles stellt der Arbeitgeber dann fest, dass der Versicherte keinen Leistungsanspruch hat bzw. er gemäss Abs. 3 die Lohnfortzahlungspflichten gemäss OR erfüllen muss. Folglich wird er probieren, beim Versicherungsunternehmen entweder die zuviel bezahlten Prämien zurückzuverlangen oder von diesem die Lohnzahlungsansprüche gemäss OR einzufordern. Hätte er von der Nichtaufnahme des Arbeitnehmers gewusst, hätte er den Versicherungsvertrag unter Umständen gar nicht abgeschlossen. Spätestens im Zeitpunkt des Schadenfalles wird dies zu unerfreulichen Auseinandersetzungen zwischen allen Beteiligten führen.

Die Abwägung aller Interessen führt zum Schluss, dass eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden muss, dass das Versicherungsunternehmen die Einschränkung (aber nicht den Grund der Einschränkung) dem Versicherungsnehmer bekannt geben darf. Das Versicherungsunternehmen muss dem Arbeitgeber mitteilen können, dass ein Arbeitnehmer nicht oder nur unter Vorbehalt aufgenommen wird und er daher im Risiko steht für die entsprechenden Lohnfortzahlungspflichten. Die Weiterleitung von Gesundheitsdaten ist dazu nicht erforderlich.

Antrag:

1 Sieht ein Kollektivvertrag mit einem Arbeitgeber vor, dass das Versicherungsunternehmen die Leistungen gegenüber einer versicherten Arbeitnehmerin oder einem versicherten Arbeitnehmer aufgrund einer Gesundheitsprüfung einschränken kann, und trifft dieser Fall ein, so teilt das Versicherungsunternehmen dies der Arbeitnehmerin oder dem Arbeitnehmer schriftlich mit.

~~2 Die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer hat das Recht, innert zwei Wochen dem Versicherungsunternehmen zu untersagen, den Arbeitgeber über die Einschränkung in Kenntnis zu setzen. Das Versicherungsunternehmen ist berechtigt, den Arbeitgeber über eine erfolgte Einschränkung zu informieren.~~

~~3 Untersagt die versicherte Arbeitnehmerin oder der versicherte Arbeitnehmer die Benachrichtigung des Arbeitgebers, so ist der Arbeitgeber im Falle einer Verhinderung der versicherten Arbeitnehmerin oder des versicherten Arbeitnehmers aus einem von der Einschränkung des Versicherungsunternehmens erfassten Grundes nur zur Lohnfortzahlung nach den Bestimmungen des Obligationenrechts verpflichtet, auch wenn ein Einzel- oder ein Gesamtarbeitsvertrag etwas anderes vorsieht.~~

Zu Art. 74:

Zu Abs. 3: Die neu eingeführte Anforderung, dass die betroffene Person vor der Datenbekanntgabe zu informieren ist, ist angesichts der gesetzlichen Grundlage gemäss Abs. 2 unnötig und daher abzulehnen. Eine vorgängige Bekanntgabe führt zu einem unnötigen zusätzlichen Verwaltungsaufwand und zu einer Verzögerung des Verfahrens. An der bisherigen bewährten Lösung ist festzuhalten und Abs. 3 daher ersatzlos zu streichen.

Antrag:

~~3 Die betroffene Person ist vor der Datenbekanntgabe zu informieren.~~

Zu Art. 76ff. :

Wir begrüssen die Einführung eines umfassenden Regressrechts gegen allfällige Haftpflichtige sehr. Die bisherige Beschränkung auf den Rechtsgrund der unerlaubten Handlung hat sich in der Praxis als äusserst kompliziert erwiesen.

Zu Art. 81:

Was bedeutet diese Regelung praktisch für die Krankenzusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, deren Prämie nicht nach versichertem Risiko abgestuft und genehmigungspflichtig ist?

Zu Art. 116:

Zu Abs. 1: Wir bevorzugen im Sinne einer klaren, eindeutigen Regelung die bisherige Formulierung. Mit der nun vorgeschlagenen Formulierung sind unliebsame Auslegungsfragen, ob es sich nun um einen geschlossenen Bestand handelt oder nicht, vorprogrammiert.

Zu Abs. 2: Hier schlagen wir im Sinne einer Klarstellung eine Präzisierung bezüglich des Zeitpunktes der Informationspflicht vor.

Antrag:

1 Führt das Versicherungsunternehmen einem Versicherungsbestand ~~im Wesentlichen~~ keine Einzelverträge mehr zu (geschlossener Bestand), so haben die Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer dieses Bestandes das Recht, anstelle des bisherigen einen möglichst gleichwertigen Vertrag aus einem offenen Bestand des Versicherungsunternehmens oder eines zur gleichen Gruppe gehörenden Versicherungsunternehmens abzuschliessen, sofern das Versicherungsunternehmen bzw. das Gruppenunternehmen einen entsprechenden offenen Bestand führt.

2 Das Versicherungsunternehmen hat die betroffenen Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer **bei Schliessung des Bestandes** unverzüglich über dieses Recht und über die Versicherungsdeckungen zu informieren, die der offene Bestand aufweist.

Zu Art. 117:

Zu Abs. 1: Wir erachten die Aufnahme einer solchen Spezialvorschrift über die Beweislast für die Kranken- und Unfallversicherung nicht als erforderlich. Die Frage der Beweislast ist eine Frage des Zivilprozessrechts, die nicht im VVG zu regeln ist.

Zu Abs. 2: Wird an der Bestimmung festgehalten, ist sie unbedingt mit einer entsprechenden Mitwirkungspflicht des Versicherten zu ergänzen, wie dies richtigerweise im Entwurf vorgeschlagen wird.

Da diese Spezialvorschrift über die Mitwirkungspflicht der versicherten Person systematisch nicht unter den Obliegenheiten in Art. 34ff. E-VVG eingeordnet ist, fehlt eine Regelung über die Folgen der Verletzung dieser Mitwirkungspflicht. Die Bestimmung ist daher mit einem neuen Abs. 3 wie folgt zu ergänzen:

Antrag:

~~1 Ist vereinbart, dass der Anspruch auf Leistungen entfällt oder sich vermindert, wenn bestimmte Ursachen bei der versicherten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, hat das Versicherungsunternehmen die Voraussetzungen des Wegfalls oder der Minderung des Anspruchs nachzuweisen.~~

3 (neu): Bei Verletzung der Mitwirkungspflicht ist das Versicherungsunternehmen berechtigt, seine Leistung zu verweigern.

Zu Art. 118:

Zu Abs. 2: Die Regelung ist für uns **unverständlich und keinesfalls akzeptabel**. Art. 69 KVG regelt die Versicherungsvorbehalte in der *freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG*. Sie ist heute nicht anwendbar auf Zusatzversicherungen nach VVG (auch dann nicht, wenn sie durch eine Krankenkasse angeboten werden). Es ist für uns nicht nachvollziehbar, warum diese Regelung über die Befristung von Vorbehalten auf die Zusatzversicherungen nach VVG neu sinngemäss anwendbar sein soll. In den Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherungen (also in der Regel Pflegezusatzversicherungen) ist der Versicherer frei, Versicherungsvorbehalte auf unbefristete Dauer anzubringen. Gemäss den Ausführungen im allgemeinen Teil des Berichts (S. 9 oben) soll Art. 118 als Sonderbestimmung für die Zusatzversicherungen gelten, welche durch ein mit einer Krankenkasse verbundenes Unternehmen abgeschlossen wer-

den. Es solle damit verhindert werden, dass Krankenkassen die Einschränkung von Art. 69 KVG unterlaufen, indem sie die Zusatzversicherungen in eine selbständige juristische Person auslagern. Noch einmal: Art. 69 KVG gilt nie für die Zusatzversicherungen, unabhängig vom welchem Rechtsträger sie angeboten werden. Massgebend für die Anwendbarkeit von Art. 69 KVG ist, ob es sich um eine Taggeldversicherung nach KVG handelt oder nicht. Würde die Befristung der Vorbehalte in den Zusatzversicherungen wieder eingeführt, würde sich dies zum Nachteil der Versicherten auswirken: Die Versicherungsunternehmen würden vermehrt dazu übergehen, den Abschluss eines Vertrags ganz abzulehnen statt die mildere Massnahme zu wählen und die Versicherung mit einem Vorbehalt abzuschliessen. Nicht verständlich ist für uns auch der letzte Satz des zweiten Absatzes.

Gemäss Art. 126 Abs. 3 E-VVG ist die Anwendbarkeit der Bestimmung auf bestehende Verträge richtigerweise ausgeschlossen. Aus obigen Gründen lehnen wir die Bestimmung aber auch für neue und zu ändernde Verträge ab und fordern daher die ersatzlose Streichung der Bestimmung.

Antrag:

~~2 In der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung ist Artikel 69 KVG sinngemäss anwendbar, auch wenn sie durch ein mit den Krankenversicherungsunternehmen verbundenes Unternehmen abgeschlossen wird. Sie gilt in diesem Fall als Schadenversicherung.~~

Zur Änderung anderer Erlasse:

Zu Art. 85a VAG:

Die Krankenkasse sind von dieser Verpflichtung auszunehmen. Sie sind der Ombudsstelle für die soziale Krankenversicherung angeschlossen. Dies ist in der Bestimmung explizit festzuhalten.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und ersuchen Sie, diese in der Bearbeitung der definitiven Vorlage zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

CONCORDIA



Nikolai Dittli
CEO



Pia Schuler
Leiterin Rechtsdienst