Der Entwurf zu einem Bundesgesetze über den Versicherungsvertrag

Autor(en): **Götzinger, F.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Zeitschrift für schweizerisches Recht = Revue de droit suisse = Rivista di diritto svizzero = Revista da dretg svizzer : Halbband II. Referate und Mitteilungen des SJV**

Band (Jahr): **16 (1897)**

PDF erstellt am: **27.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-896640

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Der Entwurf zu einem Bundesgesetze über den Versicherungsvertrag.

Von Dr. F. Götzinger in Basel.

Der Entwurf zu einem Bundesgesetze über den Versicherungsvertrag, mit dessen Ausarbeitung der Bundesrat Herrn Prof. Dr. Rölli als juristischen Beamten des Versicherungsamtes beauftragt hatte, liegt nebst den Motiven fertig vor. Eine Hauptschwierigkeit für ein eidgenössisches Versicherungsgesetz lag darin, einen Weg zu finden zwischen dem Anspruch des versicherungsbedürftigen Publikums auf Schutz gegenüber den geschäftlich gewandteren und sachkundigen Gesellschaften einerseits und den technischen Anforderungen des Grossbetriebs im Versicherungsgeschäft und seinen berechtigten Interessen andererseits. Hierin die richtige Mitte eingehalten zu haben, ist ein Hauptverdienst des Entwurfes.

Die Arbeit giebt sich als ein so festgefügtes Ganzes, in dem die Teile lückenlos ineinander schliessen, sie fusst auf einer so umfassenden Belesenheit des Verfassers und bringt eine solche Fülle rein sachlicher und ausgereifter Erwägungen, dass es schwer hält, Einzelnes aus dem Zusammenhange herauszunehmen und die Motive stückweise und im Auszuge wiederzugeben. Im folgenden musste daher auf irgendwelche Vollständigkeit von vornherein verzichtet werden. Es soll lediglich über einige Grundlinien des Entwurfs orientiert werden.

I. Der Abschluss des Vertrages.

Der Versicherungsvertrag ist nach dem Entwurfe ein Konsensualkontrakt. Er kann durch die mündliche

übereinstimmende Willenserklärung der Parteien über die essentialia negotii gültig abgeschlossen werden. Worin diese letzteren bestehen, wird nicht gesagt. Die Motive (Seite 100) nennen als regelmässige wesentliche Bestandteile: die Gefahr, das Interesse, Art und Umfang der beidseitigen Leistungen und die Dauer der Versicherung. Indessen werden diese Voraussetzungen sich wieder je nach der einzelnen Versicherungsart verschieden gestalten. Der Versicherungspolice kommt vertragschliessende Kraft nicht zu, wie sich später noch zeigen wird; sie erhält diese Bedeutung nur, wenn die Parteien die schriftliche Form vorbehalten haben.

Ueber die Offerte und ihre Annahme giebt der Entwurf eine besondere, vom Obligationenrecht abweichende Norm, von dem gewiss richtigen Gedanken ausgehend, dass, wer Versicherung sucht, in der Regel ein lebhaftes Interesse daran hat, über Annahme oder Ablehnung seines Antrages bald im Klaren zu sein, damit er sich im letzteren Fall noch rechtzeitig nach einer anderen Versicherung umsehen kann. Diesem Interesse verleiht Art. 2 Schutz, indem er den Antragsteller nach Ablauf von 10 Tagen von seinem Antrage entbindet. Erfordert die Versicherung eine ärztliche Untersuchung, so wird die Frist auf 3 Wochen erstreckt. Die Frist beginnt mit der Absendung oder der Uebergabe der Offerte an den Versicherer oder dessen Agenten. Die Annahme muss vor Ablauf des zehnten Tages beim Antragsteller (nicht etwa beim Agenten, denn dieser ist Beauftragter des Versicherers) eintreffen. Da das Obligationenrecht in allen Fragen, welche der Entwurf nicht entscheidet, seine subsidiäre Geltung behält, so wird, wenn die Absendung der Antwort rechtzeitig, die Aushändigung an den Offerenten dagegen verspätet erfolgte, die Anzeigepflicht des Art. 5 l. 2 O. R. Platz greifen, wenn sich der Antragsteller nicht einer Schadenersatzklage aussetzen will; die ratio trifft hier in gleicher Weise zu.

Der Antragsteller kann natürlich die verspätete Annahme für sich gelten lassen, sowohl ausdrücklich als auch stillschweigend, z. B. durch Entgegennahme der Police, Zahlung der Prämie. Der Vertragsabschluss wäre alsdann auf den Zeit-

punkt des Eintreffens der verspäteten Annahme zu datieren, nicht erst auf den Zeitpunkt in dem der Antragsteller ausdrücklich oder durch konkludente Handlungen sich als gebunden erklärt.

Etwas anderes ist die Frage, welche Bedeutung einer Antwort des Oblaten zukommt, in welcher nicht die Annahme schlechthin, sondern unter anderen Bedingungen z. B. höherer Prämie, ausgesprochen wird. Hierin wird nun eine Offerte des Versicherers liegen, auf welche die Bestimmungen von Art. 5 O. R. zur Anwendung gelangen.

Noch entschiedener im Interesse des Versicherten behandelt der Entwurf die Anträge auf Verlängerung, Abänderung oder auf Wiederinkraftsetzung suspendierter Verträge (Art. 3). Hier wird geradezu die Annahme des Versicherers präsumiert, wenn nicht in „angemessener Frist" eine Ablehnung erfolgt. Dieser kategorische Satz erscheint nicht unbedenklich. Solche Anträge werden stets da, wo die thatsächlichen Voraussetzungen (das Risiko, der Umfang des Interesse) sich geändert haben, materiell mit den Anträgen auf eine neu abzuschliessende Versicherung auf gleicher Stufe stehen, und da wird sich der Versicherer mit Grund gegen eine strengere Behandlung wehren, zumal ihn die Beschränkung auf eine angemessene Frist dem Ermessen des Richters ausliefert. Zum Mindesten wäre daher dieselbe Deliberationsfrist wie in Art. 2 einzuführen.

Eine weitere Kautel für das der Versicherung bedürfende Publikum bildet die Vorschrift (Art. 4), dass die vom Versicherer (nicht vom Agenten) ausgegebenen Antragsformulare die allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten müssen, um für den Antragsteller bindend zu sein. Die Antragsscheine sind nicht gesetzliches Erfordernis zum Vertragsabschluss. Da sie aber praktisch eine grosse Verbreitung besitzen, soll mit der Vorsichtsmassregel des Art. 4 dem Versicherungslustigen wenigstens Gelegenheit geboten werden, sich über die allgemeinen Bedingungen zu informieren, bevor er sich verpflichtet. Gleichzeitig wird damit auch verhütet, dass die Gesellschaften in den beigedruckten Bedingungen

nur die eine, dem Versicherten günstige Seite herauskehren und die Kehrseite unterschlagen. Und zwar sind jeweils die neuesten Bedingungen dem Antragformular beizugeben, sobald sie vorschriftsgemäss (Art. 5) im schweizerischen Handelsamtsblatt publiziert worden sind. Antragscheine, welche diesen Erfordernissen nicht entsprechen, vermögen den Antragsteller nicht zu verpflichten, während sie der Gesellschaft gegenüber ihre rechtliche Wirkung unbeschränkt äussern.

Allen diesen Bestimmungen ist zwingende Kraft beigelegt. Die Art. 2 und 3 dürfen nicht durch Parteiabrede zu Ungunsten des Versicherungsnehmers oder des Forderungsberechtigten abgeändert werden; Art. 4 ist schon seiner Natur nach jus cogens.

Bis zum Moment des Vertragsschlusses muss der Antragsteller alle ihm bekannten und für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Thatsachen dem Versicherer richtig mitteilen. Darin besteht die sog. Anzeigepflicht (Art. 6). Sie umfasst unterschiedslos die sämtlichen „erheblichen" Gefahrsumstände, d. h. solche Thatsachen, die nach der Anschauung des Verkehrs geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Art. 6, l. 2). Ein Kausalzusammenhang zwischen der unrichtigen Angabe und dem Eintritt des befürchteten Ereignisses, gegen welches Versicherung genommen wurde, wird nicht vorausgesetzt. Ja, es genügt schon allein die Möglichkeit, dass der Versicherer bei richtig erfüllter Anzeigepflicht sich anders entschlossen (eine höhere Prämie verlangt, Rückversicherung genommen) hätte, um diese als verletzt erscheinen zu lassen. Nicht die Erheblichkeit einer Thatsache, z. B. einer überstandenen Krankheit, an sich ist massgebend, sondern die Erheblichkeit in concreto, im Zusammenhang mit den übrigen Gefahrs-Thatsachen, mit denen sie zusammen eine andere Bedeutung gewinnen kann. Andererseits aber entscheidet nicht das subjektive Ermessen des einzelnen Versicherers, sondern die allgemeine Verkehrsanschauung darüber, ob im einzelnen Falle die Mitteilung eines Gefahrsmomentes

geeignet gewesen wäre, den Entschluss des Versicherers zu beeinflussen. Und jedenfalls müsste dem Versicherten der Gegenbeweis offen gelassen werden, dass der Versicherer auch bei vollständiger Kenntnis der Gefahr den Vertrag zu denselben Bedingungen abgeschlossen haben würde. Von besonderer Wichtigkeit sind bei der im Entwurfe getroffenen Regelung der Anzeigepflicht zwei Momente. Erstens wird es dem Antragsteller anheimgestellt, die erheblichen Gefahrsthatsachen selbst auszuwählen, und er thut dies auf seine eigene Gefahr. Dazu wird aber ein grosser Teil des versicherungsbedürftigen Publikums nicht im stande sein. Für die technische Wertung des Risiko, wie es der Versicherer vornimmt, können Umstände in Betracht fallen, denen der Laie oft keine Bedeutung beimisst, z. B. die frühere Ablehnung eines Versicherungsantrages seitens einer anderen Gesellschaft. Will man nun den Versicherten für alle Unterlassungen von Anzeigen verantwortlich machen, die „nach der Anschauung des Verkehrs," d. h. des Verkehrs im Versicherungsgeschäft, nicht nach der sachunkundigen Laienauffassung als erheblich gelten, so erscheint dies hart. Eine Remedur schafft Art. 8, aber lediglich für solche Fälle, in denen die Feststellung der Gefahrsthatsachen an Hand eines Fragebogens erfolgt. Hier genügt der Antragsteller mit der Beantwortung derjenigen Fragen, welche der Versicherer in bestimmter, unzweideutiger Fassung stellt, wobei es dann dem Versicherer unbenommen bleibt, auch an sich unerhebliche Thatsachen durch Aufnahme in den Fragebogen zu erheblichen zu stempeln. An dieser Stelle mag auch gleich die weitere Bestimmung eingeschaltet werden (Art. 11, Ziff. 2), dass, wenn der Anzeigepflichtige auf eine ihm vorgelegte Frage eine Antwort nicht erteilt und der Versicherer den Vertrag gleichwohl abgeschlossen hat, darin ein stillschweigender Verzicht auf die Beantwortung liegen soll, es sei denn, dass sich aus anderen Mitteilungen des Anzeigepflichtigen (Briefen) eine bestimmte Beantwortung jener Frage ergeben sollte.

Der zweite Punkt betrifft die Einschränkung der Anzeigepflicht auf die dem Versicherten bis zum Vertragsabschluss

bekannt gewordenen Thatsachen. Der Entwurf überbindet nämlich dem Versicherten keinerlei Informationspflicht, und dies kann zu unhaltbaren Konsequenzen führen; denn dadurch, dass er sich absichtlich in Unkenntnis erhält, wird der Antragsteller leicht geneigt sein, sich der Anzeigepflicht zu entziehen. Man denke an die Feuerversicherung, bei welcher die Nachbarschaft feuergefährlicher Stoffe und Gewerbe, frühere Brandfälle etc. die Höhe der Gefahr wesentlich mitbestimmen. Sind solche Umstände dem Antragsteller nicht bekannt, so wird er auf die Frage des Versicherers getrost mit einem Nein antworten. Dazu kommt die Schwierigkeit, ein Wissen für den Zeitpunkt des Vertragsschlusses nachzuweisen. Deshalb dürfte wohl für alle Fälle, in denen der Versicherer die Fragen stellt, eine Erkundigungspflicht in dem Sinne begründet sein, dass der Antragsteller für dolose oder grob-fahrlässige Erfüllung verantwortlich wäre.

Folge der Verletzung der Anzeigepflicht ist die Unverbindlichkeit des Vertrags für den Versicherer. Sie tritt aber erst ein, wenn der Versicherer binnen Monatsfrist seit der Entdeckung den Rücktritt vom Vertrage erklärt oder eine bereits erfolgte Leistung zurückfordert (Art. 11 Ziff. 3).

Die juristische Begründung der Anzeigepflicht ist höchst kontrovers. Die Motive weisen eingehend die bisherigen Versuche zurück. Von einer Anwendung der gemeinrechtlichen Irrtumslehre kann schon deshalb keine Rede sein, weil das Nichtkennen von Gefahrsmomenten für den Versicherer immer auf einen Irrtum im Motiv hinausläuft, und weil die Anzeigepflicht an der Kenntnis oder doch jedenfalls an einer Erkundigungspflicht des Antragstellers ihre Grenze findet. Auch die Berufung auf den Charakter des Versicherungsgeschäfts als eines bonæ (uberrimæ) fidei-Geschäftes erscheint dem Verfasser unzulänglich, weil im modernen Rechte jeder Vertrag unter der Herrschaft der bona fides steht. Die eigene Begründung, welche die Motive geben, wurzelt in der technischen Grundlage des Versicherungsgeschäfts, nämlich in dem System der Risikenauswahl. Aus den Massenbeobachtungen der Statistik gewinnt der Versicherungstechniker gewisse

Wahrscheinlichkeitsgrade für das Eintreffen der einzelnen Gefahren, z. B. des Todes bei verschiedenen Personen desselben Alters. Dieses allgemeine Risiko wird sich wieder je nach der individuellen Beschaffenheit der begleitenden Umstände (des Berufs, der Gesundheit) differenzieren und als ein qualifiziertes Risiko gewertet werden, ebenfalls wieder nach der Wahrscheinlichkeit, für welche die Statistik das Mass giebt. Auf dieser Grundlage baut der Versicherer sein Geschäft auf, indem er besonders schwere Risiken gar nicht versichert oder die Ungleichheiten, die sich aus dem Verhalten der einzelnen Risiken ergeben, durch die Höhe der Prämie oder in anderer Weise ausgleicht. Diese technischen Grundlagen sind für den Versicherer unentbehrlich. Sie bilden nicht nur eine nützliche Operationsbasis, deren Beobachtung lediglich Klugheit und Geschäftsumsicht gebieten, sondern werden von Gesetzeswegen gefordert und bei Gefahrsänderung, Rückkauf, Umwandlung als bindend erklärt. Ihre Durchführung muss daher rechtlich gesichert sein, privatrechtlich namentlich durch die Sanktion der Anzeigepflicht, deren Erfüllung für die Anwendung der technischen Grundlagen die Voraussetzung bildet. Die gewollte rechtliche Wirkung des Vertrages hängt für den Versicherer von dieser Voraussetzung ab.

Wie verhält sich nun aber zu dieser Begründung die Ausgestaltung der Anzeigepflicht? Jene Konstruktion würde doch in erster Linie fordern, dass alle Verträge, bei deren Abschluss die Möglichkeit einer objektiv richtigen Schätzung des Risiko dem Versicherer gefehlt hat, für ihn unverbindlich sind. Auf das subjektive Verhalten des Versicherten, auf die Frage, ob er in gutem oder bösem Glauben gehandelt hat, dürfte nichts ankommen. Nach dem Entwurf ist aber eine Unkenntnis selbst der schwerwiegendsten Gefahrsthatsachen seitens des Versicherers absolut irrelevant, sofern nur der Versicherte ihn nicht angelogen oder etwas verschwiegen hat. Ferner müsste die Unverbindlichkeit ausgeschlossen sein, wenn objektiv feststünde, dass der Versicherer thatsächlich kein schwereres Risiko übernommen hat, als er

übernehmen wollte. Der Entwurf verlangt aber nur die Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs zwischen der Deklaration und dem Vertragsabschluss. Hat der Antragsteller eine ungünstige Nachricht z. B. über das Schicksal eines Schiffes verschwiegen, die sich nachträglich als irrtümlich herausstellt, so ist der Vertrag gleichwohl unverbindlich (Ehrenberg, Handbuch, S. 340), eine Konsequenz, die mit obiger Konstruktion schlechterdings unvereinbar ist.

Das entscheidende Gewicht scheint man vielmehr doch auf die bona fides des Antragstellers legen zu müssen, ein Standpunkt, auf den auch Ehrenberg (S. 352) schliesslich hinauskommt, nicht in dem Sinne, dass ein Vertrag, zu dessen Abschluss der Versicherer durch Betrug verleitet wurde, anfechtbar ist (O. R. Art. 24), sondern in dem weiteren Sinne, dass dem Antragsteller die Pflicht absoluter Aufrichtigkeit auferlegt wird, da jede Unwahrhaftigkeit das Vertrauen des Versicherers in die Person des Versicherten erschüttern und den Versicherer zum Rücktritt berechtigen muss. Dieses persönliche Vertrauensverhältnis bildet überhaupt im Versicherungsvertrage ein wichtiges Moment; von ihm werden die Rechte und Pflichten der Parteien wesentlich beherrscht. Dem steht nicht entgegen, dass die Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht nicht eintreten, wenn der Versicherer die verschwiegene oder unrichtig angegebene Thatsache rechtzeitig gekannt hat (Art. 11 Ziff. 1); denn er hat sich dann bewusst mit einem unzuverlässigen Kontrahenten eingelassen und konnte die Folgen vor Abschluss des Vertrages erwägen.

Alle Bestimmungen über die Verletzung der Anzeigepflicht erklärt der Entwurf als dispositiver Natur. Auch die Folge der Unverbindlichkeit kann vertraglich abgeändert, milder oder schärfer festgesetzt werden. Zwingend sind dagegen die Folgen, welche in Bezug auf die bereits gemachten Leistungen des Versicherten eintreten; sie dürfen nicht zu Ungunsten des Letzteren abgeändert werden. Die bezahlten Prämien bleiben dem Versicherer verfallen, und er hat Anspruch auf Prämienzahlung bis zum Moment der Entdeckung der Anzeigepflicht, wobei eine angebrochene Ver-

sicherungsperiode für voll gerechnet wird. In der Begründung wird sowohl der Standpunkt des Schadenersatzes als der der Strafe abgelehnt; die verfallenen und noch zu zahlenden Beiträge sollen vielmehr das Entgelt für das getragene Risiko bilden, da der Vertrag seine rechtlichen Wirkungen erzeugt habe bis zu dem Moment, wo die Beschränkung der Willenserklärung des Versicherers zur Geltung gelangen kann. Das erscheint nicht recht verständlich, denn der Vertrag war ja von Anfang an unverbindlich; wäre das befürchtete Ereignis vor der Entdeckung der Verletzung der Anzeigepflicht eingetroffen und der Schaden dem Versicherten ersetzt worden, so stünde dem Versicherer ein Rückforderungsrecht zu, er hat also thatsächlich für dieses Geschäft kein Risiko getragen. — Für die Lebensversicherungen gelten die besonderen Bestimmungen über Rückkauf und Umwandlung mit gewissen Modifikationen.

II. Die Wirkungen des Vertrages.

Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer eine von ihm unterschriebene Urkunde (Police) über die Rechte und Pflichten der Parteien, sowie auf Verlangen eine Abschrift der in den Antragspapieren enthaltenen oder anderweitig abgegebenen Erklärungen des Antragstellers, auf Grund deren die Versicherung abgeschlossen wurde, auszuhändigen (Art. 13). Die rechtliche Qualität der Police ist damit klargestellt. Ihre Ausfertigung bedeutet nicht die Vollendung des Vertragsabschlusses. Sie ist eine einseitig vom Versicherer unterschriebene und gegen ihn Beweis leistende Beurkundung des Vertragsinhalts, deren Aushändigung für den Versicherer zur Erfüllung einer Vertragspflicht wird. Die Bestimmung, welcher übrigens nur dispositiver Charakter innewohnt, ist praktischen Erwägungen entsprungen. Wie die Motive zutreffend ausführen, besitzt der Versicherungsnehmer ein Interesse daran, die Rechte und Pflichten der Parteien erschöpfend und authentisch kennen zu lernen, namentlich da sich neuestens die Praxis gebildet hat, den Vertragsinhalt durch Be-

rufung auf die allgemeinen Bedingungen, Statuten und Reglemente festzusetzen. Eine Prüfung der gesamten komplizierten Rechtsverhältnisse ist ferner dem Versicherten nur möglich, wenn er auch den Inhalt seiner Antragserklärungen kennt. Endlich wird damit auch eine Kontrolle der eigenen Angaben, wenn das Deklarationsformular vom Agenten oder vom Arzt ausgefüllt wurde, ermöglicht. Die Aushändigung der Police kann offenbar auch dann verlangt werden, wenn die Parteien die Giltigkeit des Vertrags von der Beobachtung der Schriftform abhängig gemacht haben, falls die Perfektionsurkunde nicht schon die Bedingungen in extenso enthält.

Das Korrelat der Pflicht zur Aushändigung der Police finden wir im folgenden Artikel (14), nach welchem die vorbehaltlose Entgegennahme der Police (oder von Nachträgen) eine Präsumtion für das Einverständnis mit dem Inhalte derselben begründet. Auch diese Bestimmung dient der Zweckmässigkeit. Der Versicherer soll nicht mit verspäteten Reklamationen behelligt werden. Behält der Versicherungsnehmer die Police, ohne binnen Monatsfrist ihre Berichtigung zu verlangen, so verdichtet sich die Präsumtion zur Fiktion, und der Vertragsinhalt bleibt, unabänderlich für Versicherungsnehmer, festgestellt, vielleicht im Widerspruch mit den bei Abschluss des Vertrags vereinbarten Bedingungen. Die Anfechtung der unrichtig abgefassten Police wird durch eine Feststellungsklage erfolgen müssen; die Motive reden von einer Anfechtung wegen Irrtums nach O. R. Art. 18, was aber schwerlich zutreffen wird, da ja die Verbindlichkeit des Vertrages selbst vom Inhalt der Police unabhängig ist. Die Kompliziertheit ihres Inhaltes und ihre faktische Unentbehrlichkeit für den Rechtsverkehr (Abtretung, Verpfändung) rechtfertigen auch, wie die Motive überzeugend darthun, die Einführung der Amortisation der abhanden gekommenen Police, wobei die für die Wechselamortisation geltenden Vorschriften entsprechend zur Anwendung gelangen. Dieser Satz (Art. 16) beansprucht absolut zwingende Kraft, ebenso wie das in Art. 15 niedergelegte Verbot reiner Ordre- und Inhaberpolicen. Die Police ist nach dem Entwurf schlichte Beweis-

urkunde. Als Ordrepapier im Sinne von Art. 843 O. R. kann sie schon darum nicht gedacht werden, weil die Verpflichtung des Versicherers bestimmter Verfallzeit und (ausser in der Lebensversicherung) auch der fixen Summe ermangelt, ganz abgesehen von dem engen Verhältnis, in dem die Person des Versicherungsnehmers zum Versicherer steht und den materiellen, nicht aus der Urkunde hervorgehenden Einreden, welche dem Indossatar entgegenstehen. Das Verbot der Ordrepolice soll aber auch der Tendenz gesteigerter Cirkulationsfähigkeit der Lebensversicherung entgegentreten; denn diese fördert keineswegs den Zweck der Lebensversicherung, der Sorge für die Familie; und wie die Versicherung fremder Leben überhaupt aus Gründen des öffentlichen Rechtes und der Moral möglichst einzuschränken ist, so auch die Begebung durch einfaches Indossament.

Ebensowenig vermag die herkömmliche Inhaberklausel die Police zu einem echten Inhaberpapier zu machen, denn sie ermächtigt den Versicherer, an den Inhaber zu zahlen, verpflichtet ihn aber nicht dazu. Die Inhaberklausel ganz zu untersagen, was die Konsequenz der vorigen Ausführungen wäre, verbietet der umfangreiche Geschäftsbetrieb des Versicherers, dem so wenig wie dem Pfandleiher oder der Sparkasse eine eingehende Prüfung der Legitimation des Inhabers zugemutet werden darf. Die Police auf den Inhaber ist daher nur als sog. Legitimationspapier zu Gunsten des Versicherers zulässig (Art. 15, l. 2).

Das Versicherungsrecht unterscheidet zwischen der Vollendung des Vertrags, dem Eintritt des Versicherers und der Verbindlichkeit der Versicherung. Der Eintritt, d. h. die Haftung des Versicherers, beginnt nach der Praxis gewöhnlich erst mit der Zahlung der ersten Prämie. Nach dem Entwurf fällt der Eintritt mit der Vollendung zusammen. Abweichende Vertragsabreden sind jedoch vorbehalten, und für diese Fälle schafft der Entwurf dem Versicherten eine schützende Klausel. Wird nämlich die Police vor Bezahlung der fälligen Prämie ausgehändigt, so gilt die Prämie „als gestundet“ (Art. 23, l. 2). Diese Klausel kann vertraglich

nicht wegbedungen werden. Sie will offenbar die Wirkung erreichen, dass der Versicherer haftet, auch wenn die fällige Prämie bei Aushändigung der Police nicht bezahlt wurde. Denn wenn der Versicherer die Prämie stundet, so verzichtet er damit auf die sog. Einlösung der Police, d. h. auf Zahlung Zug um Zug. Immerhin dürfte diese Wirkung noch deutlicher zum Ausdruck gelangen. Unklar bleibt es auch, bis wann die Stundung gilt, und ob der Versicherer nun nach Art. 24 eine Frist ansetzen kann, unter Androhung der schweren Verzugsfolgen. Die Bestimmung ladet dem Agenten eine schwere Verantwortlichkeit auf; denn nach dem Wortlaut kommt es nicht darauf an, ob die Aushändigung mit oder gegen den Willen des Versicherers stattgefunden hat.

Die Versicherungspraxis knüpft allgemein besonders scharfe Folgen an die Versäumnis in der Prämienzahlung, da die pünktliche Einhaltung der Zahlungstermine für den Grossbetrieb des Versicherungsgeschäftes unumgänglich notwendig ist. Der Entwurf sieht sich deshalb auch hier veranlasst, den Versicherten mit schützenden Kautelen zu umgeben, indem er eine gesetzliche, unabänderliche Mahnpflicht des Versicherers einführt. Wenn der Vertrag nichts anderes bestimmt, so ist die Prämie für die erste Versicherungsperiode mit dem Abschluss des Vertrages fällig (Art. 23, l. 1). Die folgenden Prämien sind im Zweifel jeweilen mit Beginn einer neuen Versicherungsperiode fällig. Unter Versicherungsperiode wird der Zeitabschnitt, nach dem die Prämieneinheit berechnet wird, verstanden (l. 3 und 4). Wird die Prämie zur Verfallzeit oder während der im Vertrage eingeräumten Nachfrist (Respektfrist) nicht entrichtet, so wird der Versicherte durch eine schriftliche Mahnung, deren Erlass vom Versicherer nachzuweisen ist und in welcher die Säumnisfolgen ausdrücklich angedroht werden müssen, in Verzug gesetzt. Im Interesse der Aufrechterhaltung der Versicherung schreibt der Entwurf vor, dass den Erwerbern und Pfandgläubigern des Versicherungsanspruchs von der erlassenen Zahlungsaufforderung Kenntnis zu geben sei, aber nur, sofern die Uebertragung oder Verpfändung, gleichviel ob

vom ursprünglichen oder vom neuen Berechtigten, der Gesellschaft angezeigt war. Erfolgt von keiner Seite Zahlung binnen 10 Tagen seit Absendung der Mahnung, so ist der Versicherer seiner Verpflichtung aus dem Vertrage enthoben. Tritt aber während der Nach- oder Mahnfrist das befürchtete Ereignis ein, so bleibt der Versicherer verhaftet (anders Ehrenberg S. 388 und französische Urteile), eine Konsequenz, welche den Versicherten leicht verleiten wird, bei herannahender Gefahr mit der Prämienzahlung zuzuwarten. Die Unverbindlichkeit des Vertrages, welche von selbst nach Ablauf der Mahnfrist eintritt, hat natürlich zur Folge, dass der Versicherer den Rücktritt erklären kann. Dass er in diesem Falle die rückständige Prämie nicht mehr soll einfordern können, wie sich aus Art. 25 zu ergeben scheint, stimmt mit dem früher aufgestellten Grundsatz, dass dem Versicherer für getragenes Risiko das Entgelt gehöre, nicht überein, umso weniger als hier nun wirklich vom Verfall bis zur Unverbindlichkeit der Versicherer für einen allfälligen Schaden haftet. Dem Versicherer steht es aber auch frei, durch Einforderung der rückständigen Prämie den Schuldner zur Erfüllung anzuhalten. Er muss dies jedoch innert vier Wochen nach Eintritt der Unverbindlichkeit thun, sonst geht er des Rechtes verlustig — eine zwingende Vorschrift, wobei wiederum massgebend war das Interesse des Versicherten, welcher wissen will, ob die Versicherung für ihn endgiltig verloren ist. Wird die Prämie vom Versicherten „eingefordert" (d. h. bezahlt, auf Rechtstrieb hin) oder nachträglich angenommen, so leben die Rechte des Versicherten mit dem Moment der Zahlung wieder auf. Wie aber, wenn die Versicherungsgesellschaft es unterlassen hat, den dritten Berechtigten von der Mahnung zu avisieren? Kann der Dritte selbständig durch nachträgliche Zahlung jederzeit die Versicherung wieder zur Wirksamkeit bringen, oder bleibt ihm nur das Recht auf Schadenersatz? Und wie ist zu entscheiden, wenn sein Interesse (z. B. die pfandgesicherte Forderung) geringer ist als der inzwischen eingetretene Schaden? In diesen Fällen wird man dem Dritten die nachträgliche Er-

füllung nicht verwehren können, und von dem Wiederaufleben der Versicherung wird daher auch der säumige Versicherungsnehmer unverdienter Weise benefizieren.

Andere Verzugsfolgen, also Verzugszinsen und die Entschädigung des Art. 121 O. R. kennt der Entwurf nicht, und die Motive lehnen sie ausdrücklich ab; sie können aber zweifellos vereinbart werden.

Besondere Beachtung verdienen endlich die relativ (d. h. zu Gunsten des Versicherungsnehmers oder Berechtigten) zwingenden Sätze, welche der Art. 26 über den Ort der Prämienzahlung enthält. Hat der Versicherer in der Schweiz weder Sitz noch besondere Zahlstelle, so kann am schweizerischen Hauptdomizil des Versicherers gezahlt werden. Wurde kein solches verzeigt, so gilt das eigene Domizil des Schuldners als Erfüllungsort, er kann sich also durch Deposition liberieren. Hat der Versicherer, ohne hiezu verpflichtet zu sein, die Prämie regelmässig beim Versicherungsnehmer einkassieren lassen, so ist, so lange diese Uebung vom Versicherer nicht ausdrücklich widerrufen wird, die Prämie beim Schuldner abzuholen.

Die Wirkungen des Vertrages können in hohem Grade beeinflusst werden durch die sog. Gefahrsänderungen. Wir folgen hierüber dem Gedankengang der Motive. Die Anzeigepflicht dient zur Wertung des Risiko, welche der Versicherer beim Vertragsabschluss für die ganze Dauer des Vertrags vornimmt. Nun sind aber naturgemäss die Gefahrsthatsachen wandelbar; sie können sich verändern oder in ihrer endgiltigen Entscheidung überhaupt erst von der Zukunft abhängen (Beschäftigung des Versicherten — Nachbarschaft eines Hauses). Die Gefahrsübernahme wird nun nicht, wie vorherrschend Theorie und Praxis lehren, durch die Deklarationen des Versicherten in ihrem Umfange festgestellt, sie kann nur auf Grund besonderer Vertragsvoraussetzungen auf einen bestimmten Kreis beschränkt werden. Eine Gefahrsänderung im technischen Sinn vermögen nur solche Thatsachen herbeizuführen, die der Wertung der Gefahr zu Grunde gelegen haben, und unter ihnen wiederum nur diejenigen,

„hinsichtlich deren ein bestimmtes Verhalten für die Dauer der Versicherung vertraglich vorausgesetzt ist.“ Würde jede an sich erhebliche Gefahrsänderung den Versicherer der Haftung entbinden, so wäre der Zweck der Versicherung, den Einzelnen gegen die natürlichen Folgen der im Leben unentbehrlichen Aktionsfreiheit zu sichern, verfehlt und die Hauptaufgabe der Versicherungstechnik missachtet. Darum soll nur solchen Aenderungen rechtliche Bedeutung zukommen, die im Vertrage „ausdrücklich und speziell“ aufgeführt sind.

Man wird dieser Normierung beistimmen können, wenn nicht ihrer praktischen Ausführung Schwierigkeiten sich entgegenstellen. Aber wie soll es möglich sein, im Vertrage alle jene unzähligen Eventualitäten aufzuführen, welche der stetige Wechsel der Lebens- und Rechtsverhältnisse mit sich bringt? Die reichhaltigste Kasuistik wird niemals alle Zufälligkeiten umfassen können; denn die Veränderungen in Bezug auf die Umgebung, den Gebrauch, den Zustand feuerversicherter Objekte, oder hinsichtlich der Lebensweise eines Versicherten lassen sich unmöglich auch nur nach grossen Kategorien erschöpfend voraussagen, es bedürfte stets noch einer generalis clausula. Es ist wiederholt vorgekommen, dass eine Gesellschaft den Uebergang eines Versicherten von der gewöhnlichen Nahrung zum vegetarischen Regime oder den Gebrauch einer Bantingkur als erhebliche Gefahrsänderung erklärt hat, und ein englischer Oberrichter hat deshalb den Lebensversicherungs-Gesellschaften den Rat erteilt, die Frage, ob der Versicherte Vegetarianer sei, in den Fragebogen aufzunehmen. Und gerade die spezielle Aufzählung würde zudem zu endlosen Streitigkeiten führen.

Im Einzelnen disponiert der Entwurf in relativ zwingender Weise in Art. 30 und 31 verschieden, je nachdem die Gefahrsänderung durch den Versicherungsnehmer oder ohne sein Zuthun herbeigeführt wurde. Im ersteren Falle tritt Unverbindlichkeit für den Versicherer ein; dieser kann zurücktreten, der Anspruch auf die Prämie verbleibt ihm bis zum Moment seiner Kenntnis von der Veränderung. Im letzteren Fall kann der Versicherungsnehmer durch unverzügliche Mit-

teilung die Folge der Unverbindlichkeit hinausschieben, sofern im Vertrag dem Versicherer ein Rücktrittsrecht eingeräumt wurde; die Haftung des Versicherers erlischt alsdann erst mit dem Ablaufe von 14 Tagen nach der Rücktrittserklärung — eine Lösung, welche die billige Rücksichtnahme auf das Versicherungsbedürfnis des Versicherten rechtfertigt. In allen Fällen aber ist der Versicherer verpflichtet, binnen 10 Tagen den Rücktritt anzuzeigen, sonst wird angenommen, er verzichte stillschweigend darauf, die Unverbindlichkeit geltend zu machen. Die Wirkungen der Gefahrsänderung treten ferner nicht ein, wenn sie nur vorübergehend war (feuergefährliche Manipulationen) und der frühere Zustand vor Eintritt des befürchteten Ereignisses wieder hergestellt ist, sowie dann, wenn sie im Interesse des Versicherers vorgenommen oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlasst wurde. Diese Ausnahmen (Art. 33) werden nicht ausdrücklich für den Versicherer bindend erklärt, sollen es aber offenbar sein, schon ihrer Natur nach und weil sie eine Ergänzung der zwingenden Art. 30 und 31 bilden.

Eine letzte Anzeigepflicht statuiert der Entwurf nach dem Eintritt des befürchteten Ereignisses. Hier wird der Forderungsberechtigte, als alleiniger Interessent, verpflichtet, den Versicherer unverzüglich zu benachrichtigen, sobald er selbst von dem Ereignis und von seinem Anspruche Kenntnis erhalten hat (Art. 39), bei Gefahr des Schadenersatzes, d. h. einer entsprechenden Kürzung der Entschädigung. Wurde die sofortige Benachrichtigung in der Absicht unterlassen, den Versicherer an der rechtzeitigen Feststellung der Schadensumstände zu verhindern, so wird der Versicherer frei; er hat die Prämien wie in Art. 9 zurückzuerstatten.

Eine ungleich folgenschwerere Pflicht erwächst aber nach dem Eintritt des Schadens dem Forderungsberechtigten (dem Versicherten im Gegensatz zum Versicherungsnehmer bei der Versicherung auf fremde Rechnung, dem Destinatär bei der Versicherung zu Gunsten Dritter) in der Forderungsbegründung. Er hat seinen Anspruch schriftlich in der Weise

zu begründen, dass der Versicherer sich von der Richtigkeit derselben überzeugen kann. Dem fügt der Entwurf bei, dass der Vertrag zweierlei verfügen könne: einmal, dass die Begründung innert bestimmter, angemessener Frist erfolgen müsse, und dann, dass bestimmte Belege, deren Beschaffung dem Forderungsberechtigten ohne erhebliche Kosten möglich ist, beizubringen seien. Den beiden letzteren Sätzen wird wohl ihrer Natur nach zwingende Kraft innewohnen.

Ausserdem ist der Ansprecher zu jeder weiteren nötigen Auskunft verpflichtet, und er hat sein Recht verwirkt, wenn er oder sein Vertreter bei seinen Angaben dolos verfährt (Art. 40).

Der Forderungsbegründung kommt nicht prozessualische, sondern materiellrechtliche Bedeutung zu. Von der rechtzeitigen und substanziierten Begründung hängt der ganze Versicherungsanspruch ab. Dazu gehört die Mitteilung des Ereignisses selbst, der Art und Höhe des Schadens, des Kausalnexus; es ist ferner das Interesse des Ansprechers zu begründen, der Schaden zu detaillieren, eventuell durch Vorlegung von Büchern u. s. w. Im Streitfalle hat der Richter nicht über die Berechtigung des Anspruches an sich zu entscheiden, sondern lediglich darüber, ob er in nützlicher Frist in einer für den Versicherer überzeugenden Weise begründet wurde. Ein rigoroser Kontrahent wird also noch in diesem letzten Stadium der Versicherung mit Leichtigkeit den Versicherten um sein gutes Recht prellen können, und es wäre wohl nicht zu weit gegangen, wenn die schneidende Schärfe dieser Bestimmungen insoweit gemildert würde, dass der Verlust des Anspruchs nicht schon an jeden Vergess oder Irrtum bei der Begründung, sondern erst daran geknüpft würde, dass auf Aufforderung des Versicherers hin die fehlenden Angaben nicht oder unrichtig gemacht werden; der Versicherer ist am ehesten in der Lage, die einzelnen Erfordernisse der Forderungsbegründung festzustellen. Dass bei unredlichem Verhalten jeder Anspruch verloren ist, wird man nicht beanstanden können.

Eine Erleichterung schafft immerhin der Art. 44, der darum an dieser Stelle seinen Platz finden mag. Danach

gilt für den Versicherungsvertrag im Allgemeinen der Satz, dass die Versäumung einer Frist entschuldigt ist, wenn der Berechtigte durch unverschuldete Hindernisse abgehalten wurde, eine Frist, an deren Einhaltung der Bestand eines Rechtes aus der Versicherung geknüpft ist, innezuhalten, und wenn er das Versäumte ohne Verzug nachholt.

Die ausserordentlich bestrittene Frage, ob der Versicherer nur für den Schaden eines zufällig eingetretenen Ereignisses oder auch für den vom Versicherten fahrlässigerweise selbst verursachten Schaden hafte, beantwortet der Entwurf dahin, dass der Vertrag nur dann für den Versicherer unverbindlich wird, wenn der Versicherungsnehmer oder der Interessent aus der Versicherung das Schadensereignis grob fahrlässig herbeigeführt hat. Die Motive begründen diesen Satz eingehend und sehr zutreffend durch den Hinweis auf den Zweck der Versicherung als einer Sicherung der wirtschaftlichen Existenz, auf die vielseitigen Anforderungen, welche namentlich die modernen Wirtschaftsverhältnisse an die menschliche Thätigkeit stellen und es oft unmöglich machen, „diejenige Vorsicht walten zu lassen, die aus ruhiger Ueberlegung resultieren würde.“ Dazu kommen die erhöhten Gefahren, welche die heutigen industriellen Erzeugnisse und Einrichtungen bergen. Es darf deshalb die für das Leben unentbehrliche Bewegungsfreiheit nicht angetastet werden. „Man kann von ihm (dem Versicherten) nicht verlangen, dass er auf Schritt und Tritt den Versicherungsvertrag vor Augen habe und mit ängstlicher Sorgfalt sein Verhalten nach gegebenen, strengen Vertragspflichten einrichte.“ Im weiteren macht der Artikel den Berechtigten für das Verschulden von Personen, für die er civilrechtlich verantwortlich ist, haftbar. Folge der groben Fahrlässigkeit ist immer die Unverbindlichkeit mit dem Recht auf Gegenleistung gemäss Art. 9. Die ganze Bestimmung hat nur dispositiven Wert. Sie kann verschärft oder gemildert werden dadurch, dass der Versicherer eine Haftung nur für Zufall oder auch für dolus übernimmt.

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrage verjähren in zwei Jahren nach Eintritt der Thatsache, welche

die Leistungspflicht begründet. Die Notwendigkeit für den Versicherer, in nicht allzu langer Zeit Gewissheit über den Stand seiner Geschäfte zu haben, und die Gefahr einer Verschleierung des Thatbestandes nach längerer Zeit rechtfertigen die kurze Frist.

Genau zu beachten ist der Beginn der Verjährung bei den Ansprüchen gegen den Versicherten auf Zahlung der Versicherungssumme. Hiefür ist nicht etwa die Kenntnis des Berechtigten von dem schadenstiftenden Ereignis massgebend, auch nicht das Datum der Fälligkeit, sondern das Ereignis selbst, welches die Zahlungspflicht begründet. Dabei sind Schwierigkeiten nicht ausgeschlossen, wenn, z. B. in der Lebensversicherung, der Versicherte verschollen ist und sein Tod, welcher die Verpflichtung der Gesellschaft begründet, erst lange Jahre nachher bekannt und sicher feststellbar wird. Für diese Fälle kann Art. 44 nicht helfen, denn dieser hat offenbar nur die Befristung von Ansprüchen im Auge, und eine Restitution gegen die Folgen der Verjährung giebt es weder im Entwurfe noch im Obligationenrecht. Vertragsabreden, welche den Anspruch gegen den Versicherer einer zeitlich kürzeren Beschränkung unterwerfen, sind unzulässig. Die zweijährige Verjährung kann also für die Prämienforderungen vertraglich abgekürzt werden, nicht aber für Ansprüche auf Zahlung der Versicherungssumme. Hievon macht nur der schon erwähnte Art. 40 eine Ausnahme, welcher dem Versicherer gestattet, die Forderungsbegründung innert angemessener, aber genau bestimmter Frist zu fordern.

Die beständige Entwicklung des Versicherungsgewerbes führt die Gesellschaften häufig zu einer Revision der allgemeinen Bedingungen, und es entsteht nun die Frage, ob von den neuen Bedingungen auch die früher abgeschlossenen Verträge profitieren. Erfolgt die (vorgeschriebene) Publikation vorbehaltlos, so gelten sie mit diesem Zeitpunkt ohne weiteres auch für die alten Versicherungen; einer Annahmeerklärung der Versicherten bedarf es nicht. Enthält die Publikation einen Vorbehalt im Sinne einer Beschränkung auf neu abzuschliessende Verträge, so kann dennoch die An-

wendung der neuen Bedingungen verlangt werden gegen Bezahlung einer allfällig höheren Prämie des neuen Tarifs. Dieser Bestimmung ist keine zwingende Kraft beigelegt; der Versicherer hat es daher in der Hand, schon beim Vertragsabschluss ihre Wirkung auszuschliessen.

III. Die Agenten.

Die häufig unklare Stellung des Agenten wird in den Motiven scharf und richtig markiert. Der Agent steht nicht auf derselben Stufe wie der in einem fremden Geschäft angestellte Handlungsdiener, für den der Prinzipal volle Verantwortlichkeit trägt. Er ist aber auch nicht bloss ein Makler, der von beiden Parteien gleich unabhängig, dessen Thätigkeit mit der Vermittlung des einzelnen Geschäfts erledigt ist, und für den der Versicherer gar keine Verantwortlichkeit übernehmen würde. Sondern er ist ständiger Beauftragter des Versicherers, und er vermittelt nicht nur den Geschäftsabschluss, sondern den ganzen Verkehr während der Dauer der Versicherung. Er wird für die ganze Dauer seiner Anstellung aus eigener Initiative thätig; er gehört nicht zum Personal der Gesellschaft. Für den Gesetzentwurf wird seine Person insofern bedeutsam, als sich fragt: wie weit ist der Versicherer für Handlungen seines Agenten verantwortlich, bis zu welcher Grenze binden sie ihn, und wie weit kann sich daher das Publikum mit dem Agenten einlassen? Alles Uebrige, der Inhalt des Agenturvertrages und das Verhältnis des Agenten zum Versicherten, von dem er einen Auftrag zur Besorgung gewisser Vertragshandlungen erhalten hat, gehören nicht hieher.

Der Entwurf stellt nun eine gesetzliche Vermutung für die Befugnisse des Agenten nur soweit auf, als diesem bestimmte Verrichtungen ausdrücklich übertragen worden sind. Der Agent gilt, sagt der Art. 35, dem Versicherungsnehmer gegenüber als ermächtigt, alle diejenigen Handlungen vorzunehmen, welche die Ausführung der ihm übertragenen Verrichtungen mit sich bringt. Ausserdem wirken alle Handlungen des Agenten für den Versicherer verbindlich, welche

er kraft besonderer Ermächtigung vornimmt oder mit stillschweigender Billigung vorzunehmen pflegt. Gesetzliche Vollmachtselemente werden also nur soweit vermutet, als dem Agenten einzelne Ressorts des Geschäfts zur Besorgung übertragen sind. Der Versicherer muss also, wenn er dem Agenten die bindende Auslegung schwer verständlicher oder unklarer Bedingungen überträgt, auch gegen sich gelten lassen, wenn der Agent eine erhebliche Thatsache für unerheblich erklärt. Oder wenn der Agent (wie in der Feuer- und Hagelversicherung) zum Abschluss von Verträgen ermächtigt ist, so kann die Gesellschaft nicht entgegenhalten, dass sie sich die Versicherung besonders gefährlicher Risiken vorbehalten habe. Der Agent, welcher den Prämieninkasso zu besorgen hat, wird eine für den Versicherer bindende Quittung ausstellen können, auch wenn dies bei der Uebertragung des Inkasso ausdrücklich ausgenommen war. Zum Schutze des Versicherungsnehmers sind diese Normen mit relativ zwingender Kraft ausgestattet.

Diese Lösung scheint nun aber deshalb nicht zu befriedigen, weil dem Publikum die Kenntnis des inneren Verhältnisses zwischen Versicherer und Agent völlig fehlt. Woher soll es wissen, welche Funktionen im einzelnen Falle dem einzelnen Agenten übertragen sind? Der Versicherer wird den Agenten machen lassen, und hernach, wenn dieser einmal seine Befugnisse zum Schaden des Versicherers ausgeübt hat, eine Uebertragung derselben in Abrede stellen. Dann ist es Sache des Versicherungsnehmers, das Gegenteil nachzuweisen. Dieser vermag einzig aus der stillschweigenden Billigung einzelner Akte des Agenten auf eine Uebertragung von Funktionen mit Sicherheit zu schliessen. Im Uebrigen aber ist er schutzlos, und zwar noch in höherem Grade, als wenn Art. 35 nicht bestünde; denn dann würde sich der Versicherungsnehmer auf die allgemeinen Grundsätze des Versicherungsrechts berufen können, welche für ihn günstiger lauten. Eine einzige feste Handhabe gewährt lemma 3, welches bestimmt, dass der Agent unter allen Umständen zur Abänderung der allgemeinen Bedingungen einer besondern Vollmacht bedürfe.

IV. Spezielle Bestimmungen.

a) Versicherung für fremde Rechnung und zu Gunsten Dritter.

Die Versicherung für fremde Rechnung präzisiert der Entwurf deutlich und im Gegensatz zu der oft damit zusammengeworfenen Versicherung zu Gunsten Dritter. Versichert wird das Interesse eines Dritten, nicht das eigene Interesse, das ich daran habe, dass an einen Dritten geleistet werde. Der Versicherungsnehmer ist nicht etwa Stellvertreter des Versicherten, so dass dieser direkt Vertragspartei würde, sondern er will seinen Namen und seinen Kredit einsetzen (Ehrenberg S. 189); an ihn soll sich der Versicherer halten, weil der wahre Interessent unbestimmt oder unbekannt oder nicht kreditwürdig ist, oder weil er der Versicherung noch nicht zugestimmt hat. Auch das Kommissionsverhältnis darf nicht pure zur Konstruktion herangezogen werden; denn der Versicherungsnehmer wird aus dem Vertrage wohl verpflichtet, nicht aber berechtigt; für die Rechte aus dem Vertrag ist er Stellvertreter, der Dritte Vertragspartei, ohne Cession. Diese Versicherung für fremde Rechnung findet sich ausserordentlich häufig. Sie wurde der Seeversicherung entlehnt und hat sich in der Feuer- und Transportversicherung und neuerdings auch in der Kollektivunfallversicherung eingebürgert. Die Spediteure, Lagerhäuser, Kürschner und Goldschmiede u. a. bedürfen ihrer für die Güter, die sie für ihre Kunden beherbergen. Die einzelnen Sätze des Entwurfs begründen sich von selbst.

Art. 19 besagt, dass ein solcher Vertrag auch dann den Versicherten bindet, wenn ihn der Dritte erst nach dem Eintritt des Ereignisses genehmigt. Einer Beiziehung des Dritten beim Vertragsschluss bedarf es nicht (Art. 18). Der Versicherungsnehmer darf nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Dritten den Ersatzanspruch geltend machen, ausser wenn der Vertrag überhaupt aus Auftrag oder auf Grund einer gesetzlichen Pflicht abgeschlossen wurde. Eine Verrechnung von Forderungen des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer mit der dem Dritten geschuldeten Entschädigung ist

ausgeschlossen, der bezeichnendste Ausdruck für die Trennung der Rechte und Pflichten aus dem Vertrag. Indessen erscheinen doch zur Vermeidung von Wettversicherung und Kollusion nach drei Seiten hin Ausnahmen vom Prinzip geboten. Der Versicherer kann, wenn der Versicherungsnehmer zahlungsunfähig geworden ist, die Prämie auch vom Dritten fordern, wenn dieser sie nicht schon vorher an den insolventen Versicherungsnehmer bezahlt hatte (Art. 21, l. 2); und die grob-fahrlässige Herbeiführung des Ereignisses durch den Dritten befreit den Versicherer (Art. 17, l. 1). Endlich sind bei der Anzeigepflicht bei Abschluss des Vertrages auch die dem Dritten oder seinem Zwischenbeauftragten bekannten Thatsachen relevant, ausser wenn der Vertrag ohne Wissen derselben abgeschlossen wurde oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Antragstellers nicht möglich war.

Der Vertrag zu Gunsten Dritter als besondere Gattung ist eine Spezialiät der Personenversicherung. Er liegt vor, wenn vereinbart wird, dass der Versicherer die Leistung aus dem Vertrage an einen namentlich oder sonst hinlänglich bestimmt bezeichneten Dritten auszurichten hat (Art. 71). Nach Art. 128 O. R. wird der echte Vertrag zu Gunsten Dritter abhängig gemacht einerseits von der Willensmeinung der Parteien, andrerseits von der Annahme des Dritten, welche die Kette zwischen ihm und dem Schuldner unwiderruflich schliesst. Hier wird dagegen alles in die Hand des Kontrahenten, des Versicherungsnehmers, gelegt. Dieser kann jederzeit unter Lebenden und von Todes wegen frei über den Anspruch verfügen, die Versicherung umwandeln, erlöschen lassen, anderen zuwenden etc. Hat er davon nichts gethan, so erwirbt der Begünstigte mit dem Tode ein Recht, das unwiderruflich und in seiner eigenen Person begründet ist. Der Anspruch kann in seiner Person aber auch schon bei Lebzeiten des Versicherungsnehmers begründet werden, wenn nämlich dieser auf den Widerruf in der Police verzichtet und die Urkunde dem Destinatär übergeben hat (Art. 72). Im Uebrigen hängt selbstverständlich das Bestehen eines Anspruchs vom vertragsmässigen Verhalten des Versicherungsnehmers ab.

Eigenartige Bestimmungen gelten nun bei Pfändung oder Konkurs. Diese Akte annullieren ipso jure die Begünstigung. Weshalb diese zerstörende Kraft der Pfändung beigelegt wird, ist nicht recht einzusehen. Die Pfändung hebt z. B. das Eigentum Dritter, auch wenn dasselbe vom Gläubiger mit Erfolg bestritten wurde, nicht materiell unter dem Schuldner und dem Dritteigentümer auf; es verliert nur seine Wirkung gegenüber der amtlichen Beschlagnahme und äussert sie wieder, sobald diese Beschlagnahme weggefallen ist. Wenn z. B. der Destinatär durch Bezahlung der betriebenen Forderung die gepfändete Police auslöst, soll dann gleichwohl die Begünstigung dahingefallen sein, wenn der Schuldner inzwischen gestorben ist? Richtiger wäre daher, die Begünstigung erst mit der Verwertung erlöschen zu lassen. — Ein unbefriedigendes Resultat ergiebt sich in dem Falle, wo die Erben auf die Erbschaft des Versicherungsnehmers verzichten. Mit seinem Tode erlangt der Destinatär ein unentziehbares Recht auf die Versicherungssumme; den Gläubigern wird damit eine Deckung entzogen, die sie bis zum Tode des Versicherungsnehmers besassen. Sie können sich nur dadurch helfen, dass sie noch rechtzeitig den Anspruch pfänden und dadurch die Hinfälligkeit der Begünstigung überhaupt herbeiführen. Dann kommt aber die Versicherungssumme nicht ihnen persönlich, sondern der ganzen Masse zu gut. Eine Anfechtung mittelst der Actio Pauliana wird nur in den seltensten Fällen Erfolg haben, weil der Vertragsschluss in der Regel in eine Zeit zurückreichen wird, da der Schuldner noch nicht überschuldet war. Höchstens die letzten Prämienzahlungen werden Gegenstand einer Anfechtung bilden können, die Versicherungssumme ist und bleibt den Gläubigern verloren.

Endlich ist noch zu erwähnen, dass dem Versicherer das Recht zusteht, die nicht bezahlte Prämie mit der dem Begünstigten geschuldeten Leistung zu verrechnen, eine Ausnahme von Art. 135 O. R.

b) Unfall- und Haftpflichtversicherung.

Aus der Kollektivunfallversicherung steht demjenigen, zu dessen Gunsten die Versicherung abgeschlossen wurde, mit

dem Eintritt des Unfalls ein unwiderrufliches, direktes Forderungsrecht gegen den Versicherer zu (Art. 76). Damit soll verhütet werden, dass ein insolventer haftpflichtiger Unternehmer die Versicherungssumme für sich bezieht und den Geschädigten leer ausgehen lässt. Eine solche Konsequenz, bei welcher die Gläubiger des Haftpflichtigen an die Stelle des Arbeiters treten würden, widerspricht dem Zweck der Versicherung. Die Bestimmung ist relativ zwingend. Sie gilt nicht für die Haftpflichtversicherung; denn hier werden nicht die wirtschaftlichen Folgen eines Unfalls versichert, sondern der Vermögensaufwand, der dem Haftpflichtigen durch eine rechtliche Pflicht auferlegt wird. Immerhin besteht auch bei der Haftpflichtversicherung die Gefahr, dass dasselbe Resultat auf anderem Wege eintrifft, nämlich so, dass der Haftpflichtige sich von der Gesellschaft die Entschädigung, zu deren Ausrichtung an den Arbeiter er verpflichtet ist, bezahlen lässt und sich seiner Verpflichtung entzieht. Deshalb giebt Art. 58 dem beschädigten Dritten ein gesetzliches Pfandrecht an dem Anspruch des Versicherten im Umfange der Schadenersatzforderung. Dieses Pfandrecht unterliegt aber im Pfändungs- und Konkursverfahren der Möglichkeit einer Bestreitung durch die übrigen Gläubiger. Die Vorschrift ist ihrer Natur nach unabänderlich.

c) Sachversicherung.

Hier interessieren uns hauptsächlich die Vorschriften über die Ueber- und Doppelversicherung. Das Versicherungsrecht unterscheidet zwischen dem Versicherungswert, der Versicherungssumme und dem Ersatzwert. Die Versicherung ist nur da und nur in dem Umfange zulässig, als ein wirtschaftliches Interesse bedroht erscheint. Der volle Wert des Interesse nun, das der Versicherte zur Zeit des Vertragsabschlusses am Ausbleiben des befürchteten Ereignisses hat, ist der Versicherungswert (Art. 47). Die Versicherungssumme bezeichnet dagegen, anderweitige Vereinbarung vorbehalten, die Grenze der Ersatzpflicht des Versicherers (mit einer einzigen Ausnahme, Art. 65) und bedingt die Höhe der Prämie. Der

Versicherungswert kann sich während der Dauer des Vertrages vergrössern oder vermindern, die Versicherungssumme bleibt davon unberührt. Je nachdem nun die Versicherungssumme den Versicherungswert übersteigt oder hinter ihm zurückbleibt, liegt eine Ueber- oder Unterversicherung vor. Für denjenigen Betrag, welcher über den Versicherungswert hinausgeht, ist die Versicherung ungiltig (Art. 50), und wenn der Ueberversicherung eine betrügerische Absicht des Versicherten zu Grunde liegt, wird der ganze Vertrag für den Versicherer unverbindlich; die vereinbarte Gegenleistung verfällt ganz dem Versicherer. Erreicht dagegen die Versicherungssumme den Versicherungswert nicht, so ist der Schaden im Zweifel nur in dem Verhältnis zu ersetzen, in dem Summe und Wert zu einander stehen (Art. 64).

Eine Doppelversicherung liegt dann vor, wenn dasselbe Interesse gegen dieselbe Gefahr und auf dieselbe Zeit bei mehreren Versicherern dergestalt versichert wird, dass die sämtlichen Versicherungssummen den Versicherungswert übersteigen (Art. 51), auch wenn die verschiedenen Versicherungen nicht gleichzeitig, sondern nach einander genommen werden, ein Umstand, auf den die herrschende Meinung für die Frage der Zulässigkeit das entscheidende Gewicht legt. Mit Recht erklärt der Entwurf die gutgläubige Doppelversicherung nicht für unzulässig, da sie legalen Verkehrsbedürfnissen entspricht. Eine Schwierigkeit entsteht aber bei der Liquidierung des Versicherungsanspruchs. Haftet jeder Versicherer auf den ganzen Schaden oder nur pro rata der einzelnen Versicherungssummen, und eventuell mit oder ohne Regress unter den Versicherern? Das deutsche Reichsgericht hat diese viel umstrittene Frage dahin beantwortet, dass dem Versicherten die Auswahl unter den Versicherern zustehe, und dass die letztern keinen Regress untereinander ausüben können. Dieser Entscheid fördert leicht Kollusion des Versicherten mit einem der Versicherer, der durch ein Abstandsgeld die Verpflichtung auf die andern wird abzuwälzen suchen. Der Entwurf giebt deshalb, im Anschlusse an die von Ehrenberg aufgestellten Vorschläge, jedem Versicherer die Einrede der Tei-

lung in die Hand, um auf diese Weise den Versicherten zur Aussprache zu zwingen. Bei Zahlungsunfähigkeit des einen Versicherers haften die anderen subsidiär pro rata bis auf die Höhe der jeweiligen Versicherungssummen, und mit Regressrecht. Damit wird die Gefahr der Kollusion vermieden, aber auf Kosten des Versicherten, der nun trotz der mehrfachen Sicherheit, die er sich durch mehrfache Prämienzahlung glaubte zu verschaffen, genötigt ist, an jede einzelne Versicherungsgesellschaft zu gelangen. Uebrigens wird die Einrede der Teilung vom Versicherer zu beweisen sein, was in der Mehrzahl der Fälle schwer halten dürfte. Die Bestimmungen über die Ueber- und Doppelversicherung sind absolut zwingenden Rechtes; einzig die subsidiäre Haftung und die Regressverhältnisse können durch besondere Vereinbarung frei gestaltet werden.

Von den weitern Bestimmungen über die Sachversicherung führen wir noch an den gesetzlichen Uebergang der Rechte und Pflichten aus dem Vertrage bei Veräusserung des Gegenstandes der Versicherung, sofern nicht eine wesentliche Gefahrsänderung damit verbunden ist (Art. 54). Einer Uebertragung der Versicherung auf den Erwerber bedarf es nicht; der wirtschaftliche Erfolg derselben soll nicht deshalb ausbleiben, weil der Erwerber in entschuldbarer Unaufmerksamkeit sich den Anspruch nicht übertragen liess. Dass auch die Pflichten ipso jure mit dem Veräusserungsvertrage (nicht erst mit der Tradition) vom Veräusserer weg und auf den Erwerber übergehen sollen, wird seitens der Versicherungsgesellschaften nicht ohne Widerspruch bleiben. — Kraft des Gesetzes gehen auf den Versicherer insoweit, als er Entschädigung geleistet hat, die Rechte des Versicherten gegen dritte Schadenstifter über, ausser wenn dieser Dritte ein Familienglied des Versicherten ist, das mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt (Art. 68). Der Versicherte ist für alles, wodurch er den Versicherer in diesen Rechten verkürzt, verantwortlich. Diese Vorschrift steht im Abschnitt über die Sachversicherung, unter welche der Entwurf auch die Haftpflichtversicherung subsumiert (Art. 58); sie gilt da-

her auffallenderweise nicht für die Unfall- und Lebensversicherung.

d) Rückkauf und Umwandlung, Verwertung von Lebensversicherungen.

Alle Bestimmungen über Rückkauf und Umwandlung sind relativ zwingenden Charakters. Sie wollen an Stelle der unübersehbaren Vielgestaltigkeit in der bisherigen Behandlung durch die Gesellschaften eine einheitliche Ordnung setzen und unbillige Ansätze, namentlich für später austretende Versicherte, verhindern. An der Spitze steht der Satz, dass der Versicherer verpflichtet sei, jede Lebensversicherung, für die wenigstens drei Jahresprämien bezahlt worden sind, auf Begehren in eine beitragsfreie Versicherung umzuwandeln, mithin auch die temporären Versicherungen auf den Todesfall, welche die heutige Praxis in der Regel ausschliesst (Art. 80). Der Versicherer muss überdies diejenige Lebensversicherung, die eine Verbindlichkeit zur Bezahlung der Versicherungssumme sicher begründet, auf Verlangen jederzeit zurückkaufen, sofern mindestens drei Jahresprämien bezahlt worden sind (Art. 80, l. 2). Bei diesen Versicherungen, d. h. bei der lebenslänglichen Versicherung auf den Todesfall, der gemischten Versicherung und der Versicherung auf bestimmte Zeit wird während der ganzen Dauer des Vertrages eine gleichbleibende Prämie entrichtet. „Da das Risiko mit dem höhern Alter wächst, bezahlt der Versicherte für die ihm sicher garantierte Leistung anfänglich zu viel, später zu wenig. Die notwendige Ausgleichung schafft das Deckungskapital. Die bezahlten Prämien sind daher Entgelt für das getragene Risiko, insoweit sie zur Deckung der in jeder Versicherungsperiode eingetretenen Schäden zu dienen hatten, und teilweise Gegenleistung für die vom Versicherer künftig zu tragende Gefahr, insoweit sie als Deckungskapital reserviert worden sind, um mit Hilfe der vom Versicherten in der Zukunft geschuldeten Prämien die Bezahlung der Assekuranzsumme zu sichern“ (so wörtlich die Motive S. 73). Dieses Deckungskapital ist derjenige

Betrag, den der Lebensversicherer nach Massgabe seiner technischen Grundlagen, ausser den künftigen Prämien, zur Bestreitung der erwartungsmässigen Auslagen (die versicherten Leistungen und die damit verbundenen Unkosten) nötig hat (Art. 81, l. 2). Für die Feststellung des Umwandlungswertes und Rückkaufspreises dient als Basis dieses Deckungskapital in der Höhe, die es beim Eintreffen des Begehrens hat. Die Umwandlung geschieht alsdann in der Weise, dass dasselbe als einmalige Prämie für das gegenwärtige Alter des Versicherten angerechnet wird, und zwar sind, da nicht eine neue Versicherung vorliegt, die zur Zeit des Vertragsabschlusses geltenden Tarife anzuwenden. Als Rückkaufspreis hat der Versicherer mindestens das Deckungskapital unter Abzug von zwei Prozent der Versicherungssumme zu gewähren (alles in Art. 82). Ein Abzug erscheint darum als gerechtfertigt, weil der Versicherer der sog. Antiselektion der Versicherten, welche sein Gesamtrisiko ungünstig beeinflusst, durch Einforderung einer Entschädigung begegnen muss. Der auf den Todesfall Versicherte wird nämlich, wenn die Aussicht zu leben für ihn günstiger wird, zum Rücktritt und Rückkauf geneigt sein; der auf den Lebensfall Versicherte wird diese Wahl treffen, wenn die Chance zu leben sich für ihn schlechter gestaltet. Immer aber wird das Gesamtrisiko des Versicherers dadurch alteriert. Die Tragweite dieser Veränderung ist technisch nicht festzustellen.

Die praktische Durchführung dieser Vorschriften sichert und erleichtert der Entwurf in jeder nur wünschbaren Weise dem Versicherten. Den Gesellschaften wird die Verpflichtung überbunden, binnen vier Wochen nach Empfang des Begehrens den Umwandlungswert oder Rückkaufspreis gesetzesgemäss festzustellen und dem Berechtigten mitzuteilen, und zwar muss diese Mitteilung die Angaben in einer Vollständigkeit enthalten, dass jeder Sachverständige die Rechnung kontrollieren kann. Das Versicherungsamt ist demnach auch angewiesen, auf Ersuchen die festgestellten Werte unentgeltlich auf ihre Richtigkeit zu prüfen. — Lebensversicherungen, an welche drei Jahresprämien bezahlt wurden, gelten

als unverfallbar, d. h. sie sollen von Gesetzeswegen umgewandelt werden, wenn die fernere Prämienzahlung unterbleibt. Die Gesellschaft hat alsdann den Umwandlungswert sowie auch einen allfälligen Rückkaufspreis in gleicher Weise wie oben festzustellen und mitzuteilen. Ist die Versicherung rückkaufsfähig, so kann der Forderungsberechtigte binnen vier Wochen seit dem Empfang jener Mitteilung an Stelle des Umwandlungswertes den Rückkaufspreis verlangen. Thut er dies nicht, so gilt ohne weiteres die Police als umgewandelt (Art. 85).

Den Schutz dieser Vorschriften geniessen auch solche Leistungen, die der Versicherer aus angefallenen Gewinnanteilen dem Forderungsberechtigten in Form einer Lebensversicherung gewährt hat (Art. 86).

Eine rationelle Regelung erfährt das Zwangsvollstreckungsverfahren in Lebensversicherungspolicen überhaupt. Die Versicherung auf eigenes Leben kann bei der Verwertung nur mit Zustimmung des Versicherungsnehmers aufrecht erhalten werden (Art. 75), eine Konsequenz des Satzes, dass Versicherung auf fremdes Leben ungiltig ist, wenn derjenige, auf dessen Kopf die Versicherung gestellt ist, dem Abschluss des Vertrages nicht beigestimmt hat (Art. 69); die Lebensversicherung soll nicht von ihrem angestammten, gesunden Boden des wirtschaftlichen Bedürfnisses auf fremde und gemeinschädliche Gebiete der Wettversicherung verpflanzt werden. Es soll nicht ein dritter Erwerber auf den Tod des Schuldners spekulieren und aus der Erwerbung der Police ein Geschäft machen. Stimmt der Versicherungsnehmer nicht bei, so haben die Gläubiger oder der Erwerber der Forderung Anspruch auf den Rückkaufspreis. Der Ehegatte und die Kinder des Versicherungsnehmers können jedoch, aber auch nur mit dessen Zustimmung, verlangen, dass der Versicherungsanspruch, gegen Erstattung des Rückkaufspreises, ihnen zu Eigentum übertragen werde. Das Begehren ist vor Verwertung der Forderung dem Betreibungsamte oder der Konkursverwaltung einzureichen (Art. 75).