ZENTRUM FÜR EUROPÄISCHE RECHTSPOLITIK
an der Universität Bremen

ZERP

Wolfgang Scholl

Transparenzregeln für europäische Versicherungsprodukte

ZERP-Diskussionspapier 6/94
Papers on the Southern Extension of the EC and Financial Services No. 5

IMPRESSUM

Herausgeber/ Redaktion/ Vertrieb:	Zentrum für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen Universitätsallee, GW 1 28359 Bremen
Schutzgebühr:	DM 10,-- (zzgl. Versandkosten)
Nachdruck:	Nur mit Genehmigung des Herausgebers
ISSN:	0176 — 4780

Bremen, im März 1994

This paper is based upon the research project "Southern Extension of the EC and Financial Services" directed by Prof. Dr. Norbert Reich. The project is funded by the Volkswagen Foundation.

Inhaltsübersicht

English Summary 1

Teil 1 -
Transparenzregeln für Versicherungsverträge -
Anmerkungen zu den beiden Teilstudien Hausrat- und Lebensversicherungen

I. Bedeutung der Transparenz 7

II. Der Entscheidungsprozeß des Verbrauchers 10

III. Verbesserung des Versicherungsvertragsrechts 11

IV. Begrenzte Wirkung der Transparenz 14

V. Überblick über mögliche transparenzsteigernde Maßnahmen 27

Teil 2 -
Transparenzregeln für Hausratversicherungen

I. Einleitung 29

II. Gestaltung einer Hausrat-Musterpolice 35

III. Einzelheiten der Musterpolice 52

IV. Zusammenfassung 71

Teil 3 -
Transparenzregeln für Lebensversicherungsprodukte

I. Ziel der Teilstudie 73

II. Gegenstand und Methodologie der Untersuchung 73

III. Die Transparenzdiskussion in Großbritannien 81

IV. Transparenzregeln in Frankreich 97

V. Verdeutlichung der Transparenzproblematik am Beispiel untersuchter europäischer Lebensversicherungsprodukte 103

VI. Informationspflichten der 3. Richtlinie Leben 121

Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse 143

TRANSPARENCY RULES ON INSURANCE PRODUCTS

Summary of Research Results

The attached research results are divided into three parts:

1. an introductory section defining what is meant by the term "transparency";
2. a case study of transparency conditions for insurance of household goods and chattels and
3. a case study of life insurance.

Introduction

In this introductory section it will be shown that, on the basis of a rational decision-making process regarding the signing of an insurance contract, present national insurance contract legislation is not in line with reality. It is based on the assumption that an insurance contract comes into being through an application by the consumer and the acceptance of this application by the insurer. This assumption ignores the process which takes place before the application is actually made.

The representative's destructive effect on transparency

Discussions in Britain, relevant legislation in France and the disclosure rules in Appendix II of the Third Life Insurance Directive (92/96/EEC), all these affect life insurance only. As a matter of fact, this does not happen because profit endowment or pension plan policies are particularly complicated - quite the opposite! (The second part of the study will show that household goods insurances are far more complicated than life insurance.) No, it happens because information obligations have been introduced in Britain to combat a commission system which costs

the consumer thousands of millions of pounds each year. The Commission of the European Union seems to have adopted this fight against the symptoms as its own - certainly with good intentions - by making the insurer accept obligations to provide information which have to be fulfilled before the completion of a life insurance contract. The introductory section of both case studies shows, however, that although this procedure leads to a genuine improvement in consumer protection standards, it is nevertheless still unsatisfactory. It does not make the insurance products" Kapital-Lebensversicherung", "with profit endowment", "insurance combinée", etc. at all easier to understand for the individual who is interested in taking out such a policy. The principal evil in the European insurance markets, namely the front-end loaded acquisition commission, can hardly be overcome this way. Furthermore it is made clear by the introduction that information provided by insurance companies is of little help when it is given in the presence of a commission-hungry agent, who will quite probably also "translate" or "interpret" the information.

Therefore it is desirable that the method of agreeing an insurance contract should be set in law in such a way that a consumer has time to reach his decision without external influence.

Proposal for a Change of Insurance Law

In an insurance law changed according to the proposal, an insurance contract would not be effected only through an application by the consumer and acceptance of this application by the insurer (the policy), but as follows:

- a written offer from the insurer, to be delivered by mail (proposal),
- followed by an application from the consumer (application),
- and finally the acceptance of the application by the insurer (policy).

This regulation appears necessary to allow the consumer a free decision-making process, without pressure from an insurance agent, during which he can also, for example, obtain other

proposals from competing companies. The proposal itself must contain all essential information, such as:

- both the offer in a compact form (key features), plus the relevant, briefly explained information in a separate, enclosed printed leaflet (client's guide);
- either the insurance conditions under a standardised form of contents, listed under uniform numbers in each case (cf. case study Household Goods Insurance);
- or (in the life insurance sector with at least partly savings character) information in the form of core data. These core data should be considerably more informative and comprehensive than the key features mentioned above, and should also be in uniform numerical order and contents form throughout the sector.

In addition, all information relevant to the contract (including the insurance conditions) should be enclosed with the proposal. The right to cancel a contract should be based on the French model, and should be valid up to one month after the first premium payment. The preparation of uniform classifications within each branch of the most important insurance sectors should take place in cooperation with the European Consumers' Associations.

"Fools' Transparency" and "Wise Guy Transparency"

The research project also showed that one cannot speak about "the transparency" , but that it exists in at least two forms: "transparency for fools" and "transparency for wise guys". The concept of "transparency for fools" is intended to protect the consumer from his/her own foolishness and from being cheated. This concept has many supporters at the present time, most of all in Britain. The "transparency for wise guys", however, should help to improve the comparability of insurance products. Applied to the two insurance sectors which have been studied this means:

Household policy

The "wise guy" will obtain one or more offers for comparison. Since the above-mentioned insurance offer should be accompanied by the insurance conditions for the insurance line with uniform classification and numbering, he is able to compare the competing offer from another insurer without a lot of searching. The "fool" will probably be too lazy to do this. He is looking for a product which may not provide absolutely the best services at the lowest price, but one with which he can't make many mistakes. Acceptable conditions should be available for both these consumers. Through the model policies, initially to be offered by a few cheap operators, the "wise guy" will be in a position to evaluate products and premiums from various companies and then decide for the best one. Important: this "wise guy" could be a genuinely independent adviser who works for a fee and can find his way more effectively through the uniform arrangement of conditions for the sector. The "fool", in this case the easygoing person, will choose a product with the quality seal of a consumers' association, since in this way he can at least not go far wrong.

Life insurance

The "fool" will study only the key features and the client's guide. The "wise guy" will be interested in all essential economic figures, and knows what to look for because he has read test reports in consumers' magazines. The "informed" adviser will recognise the strengths and weaknesses of an offer immediately, partly through figures which he would otherwise have to painstakingly extract from the last accounts of the company.

Case study household goods insurance

The case study of household goods insurance revealed far-reaching conformity within European household policies. The study orientates itself to the most consumer-friendly clauses and from them develops the idea of an optimum package covering all

risks which threaten household goods. This insurance conditions book would include the principal features which serve to produce first of all the "wise guy transparency", and would concentrate mainly on the central point of insurance protection, namely the question of which risks, goods and persons are in fact covered. This hypothetical product known as the "model policy" could be used by insurers, for instance those who want to use the quality seal of the European Consumers' Associations, to present their own insurance conditions in comparison with the optimum conditions, whereby the deviations (restrictions and exclusions) have to be clearly stated. The model policy, of which the most important features are sketched out in the case study, can at the same time be used as a starting point for the development of a "green" policy with quality seal for lazy or "fool" consumers.

Case study life insurance

In the case study of life insurance, first of all the transparency efforts in Britain and France are described and evaluated. Using the example of the German Kapital-Lebensversicherung, it is shown that without dividing the savings portion of the premiums from the company's capital it is not possible to make a conclusive judgement about the profitability and security aspects when choosing a particular life insurer, even with the information which should be provided according to the Third Life Insurance Directive. In the area of unit-linked life insurance, it proved much simpler to uncover hidden costs. Here it is much easier to check whether clients' money had been directed into "dark" channels, so that the client only needs to concentrate on two important features when making a choice: the costs, and the funds which are being offered. Finally, using the information obligations for life insurance companies as found in Appendix II of the Third Life Insurance Directive, it will be studied whether the passing on this information to the consumer improves his overall understanding.

Proposals for improvement

The following measures for the improvement of transparency are proposed:

SUMMARY OF POSSIBLE MEASURES TO IMPROVE TRANSPARENCY

1. *Regulatory policy tasks*

- The "insurance proposal" and the obligation to make a written offer have to be legal requirements.
- Bundled products have to lose their tax advantages.

2. *Improving the suitability of offers*

- Preparation of Statement of Needs forms for the various insurance lines, in cooperation with the European Consumers' Associations.

3. *Comparability of offers*

In each case, in cooperation with the European Consumers' Associations:

- Preparation of contents lists and numbering concepts in each insurance line.
- Preparation of a "green" policy with a "quality seal".
- Drafting of core data leaflets for life insurance offers as a pattern for life assurers.

4. *European Documents Office*

- Setting up an information office for consumers to which insurers, agents, associations and consumers can voluntarily provide information (producing guides to clauses, variations of offers, etc., on the lines of "Who does what?").

Teil 1.
Transparenzregeln für Versicherungsverträge
Anmerkungen zu den beiden Teilstudien Hausrat- und Lebensversicherung

I. Bedeutung der Transparenz

Die aus dem Lateinischen abgeleitete Übersetzung des Begriffs "Transparenz" liefert eine sehr brauchbare Vorstellung davon, was Gegenstand dieser Untersuchung ist, nämlich die "Durchschaubarkeit" des Versicherungsprodukts. Wenn etwas durchschaubar ist, heißt das noch nicht, daß der entsprechende Versicherungsinteressent tatsächlich "durchblickt", es heißt lediglich, daß er die **Chance** bekommt, "durchzublicken". In welchem Maße er diese nutzt, hängt davon ab, welche Bildung er hat und wie genau er hinsieht.

Transparenz ist also zwar die unverzichtbare **Voraussetzung** einer richtigen Konsumentenentscheidung. Es bedarf jedoch weiterer Bedingungen, damit sie auch tatsächlich richtig ausfällt. Der wesentlichste Teil der beiden anliegenden Teilstudien zur Hausrat- und Lebensversicherung beschäftigt sich mit den schriftlichen Informationen, die Grundlage für eine Verbraucherentscheidung sein können. Die Informationen haben die Eigenschaft, daß man sich später darauf berufen und Rechte aus ihnen ableiten kann. Diese Informationen sind jedoch nur ein Teil der an den Verbraucher in der Phase einer Versicherungsentscheidung herangetragenen Informationen. Je nach Bildungsstand und dem Grad der Arglosigkeit des Konsumenten sind sie im Entscheidungsprozeß gegenüber den - später nur schwer beweisbaren - Vertreteraussagen unterschiedlich wichtig.

I.A. "Dummentransparenz" und "Schlaumeiertransparenz"

Die Ausführungen in der Teilstudie Lebensversicherung zeigen, daß es irreführend ist, lediglich von "Transparenz" zu sprechen - man sollte besser die etwas provokativ klingenden Begriffe "Dummentransparenz" und "Schlaumeiertransparenz" benutzen. Vor allem die in der Lebensversicherungsstudie geschilderten Transparenzbemühungen in Großbritannien gehen in die Richtung der "Dummentransparenz", aber auch die Informationspflichten der 3. EU-Richtlinie Lebensversicherung. Ihr Ansatz ist es, dem Verbraucher ein Minimal-Informationsplateau zu garantieren, das, wird es bei der Entscheidung genutzt, den Verbraucher hindern soll, schlimmste Fehlentscheidungen zu treffen bzw. "über den Tisch gezogen" zu werden. Werden für Entscheidungen tatsächlich "Berater" benötigt, so zeugt dies davon, daß es an Transparenz mangelt oder daß trotz Transparenz (= Chance zum "Durchblicken") die Beratung als Dienstleistung in Anspruch genommen wird um Zeit und Mühe zu sparen.

Damit ähnelt die Situation der beim Ausfüllen einer Steuererklärung: Man kann es selbst machen oder einen Steuerberater damit beauftragen. Der Unterschied: Der Steuerberater ist kein Agent des Finanzamts, dessen Aufgabe es wäre, den Verbraucher schlecht zu beraten - d.h. ihn möglichst daran zu hindern, seine Steuerlast zu reduzieren und dem Fiananzamt höhere Einnahmen zu verschaffen. Genau in diesem Punkt liegt der Unterschied zum Versicherungsvermittler. Er arbeitet i.d.R. "unentgeltlich", man spart das Honorar für seine Dienstleistung. Dafür ist er aber Agent des Versicherers mit dem (durch das Provisionssystem gesteuerten) Auftrag, für das Unternehmen möglichst lukrative Abschlüsse zu tätigen. Dabei spielt es, wie die Teilstudie Lebensversicherung aufzeigt, keine allzu große Rolle, ob der Vermittler "tied agent" oder "Independant Financial Adviser" (IFA) ist. Denn nicht die Bedürfnisse des Kunden diktieren bei einem Provisions- bzw. Courtage-basierten Vermittlerentgelt den Umfang und die Qualität der Beratung, sondern die Provisions- bzw. die Courtagesätze.

Die Problematik mag bei IFA's wegen größerer Haftungsrisiken abgemildert sein. Es gibt jedoch bis heute keinen empirischen Beweis, daß das britische und holländische Konzept der "polarisation" tatsächlich funktioniert. Im Gegenteil: Nach den britischen Erfahrungen sind IFA's genauso in die diversen Vermittlungs-Skandale verstrickt wie tied agents. Es gibt viele Anhaltspunkte dafür, daß die meisten "Berater" in Wirklichkeit Verkäufer sind, die in der Praxis meist genau das Gegenteil von Transparenz erzeugen. Je höher die Provision des Verkäufers, desto teurer ist für den Verbraucher das Produkt "Versicherung".

Wenn der Verbraucher bei seiner Auswahlentscheidung für oder gegen einen Lebensversicherer Transparenz vorfände, würde er Versicherer meiden, bei denen in den Anfangsjahren seiner Investition erst einmal bis zu einem Zehntel seiner Beiträge in die Taschen seines "Beraters" und des Versicherers wandern. Wäre dem Verbraucher der Effekt dieser "front-end loaded charges" bewußt, würden Versicherer mit hohen Abschlußprovisionen auf dem Markt keine Chancen haben. Genau hier liegt die für die Versicherer wichtigste Funktion des "Beraters": Er sorgt durch Eloquenz, psychologische Verkaufstricks, Hartnäckigkeit, eigenes Unwissen oder bewußtes Verschweigen von für die Kaufentscheidung wichtigen Umständen für Vertragsabschlüsse, wo diese, herrschte Transparenz, niemals zustandekämen.

I.B. Zurückdrängen des Einflusses des Provisionssystems

Konsequenterweise müßte also Versicherungsberatung ähnlich geregelt werden wie Steuerberatung, nämlich ausschließlich gebührenbasiert. Solange dies auf den nationalen Versicherungsmärkten nicht durchsetzbar ist, sollte, will man nicht lediglich "Dummentransparenz" erreichen, dafür gesorgt werden, daß Verbraucher notfalls ohne Berater auskommen können. Dies aber bedeutet, daß die Informationspflichten des Versicherers nicht bloß Minimalanforderungen genügen dürfen.

II. Der Entscheidungsprozeß des Verbrauchers

Wer sich klarmachen möchte, was der Begriff Transparenz im Bereich der Privatversicherungen für den Verbraucher in der Praxis bedeutet, sollte einmal versuchen, sich in die Situation eines völlig normalen Verbrauchers (d.h. in seine eigene!!!) hineinzuversetzen.

II.A. Risiko- bzw. Bedarfsanalyse

Der Verbraucher muß sich über seine persönliche Risiko- und bei Sparprodukten über seine Bedarfssituation klar werden (Welche Risiken drohen mir, welches Sparziel möchte ich nach einer bestimmten Anzahl von Jahren erreicht haben?).

Beispiel: Ein Risiko mit sehr unangenehmen und weitreichenden Folgen besteht darin, daß künftig nur noch geringeres Einkommen oder überhaupt keins mehr erzielt werden kann. Als mögliche Ursachen kommen in Frage:

- Arbeitslosigkeit;
- Verlust der Arbeitskraft (Krankheit, Unfallfolgen), Tod;
- u.U. berufsspezifische Faktoren, wie z.B.Führerscheinentzug bei einem Kraftfahrer;
- zu niedrige Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung usw.

Als weiteres Risiko mit schlimmen Konsequenzen wäre ferner eine mögliche Schadensersatzpflicht zu nennen, die durch eine schuldhafte Handlung entstehen könnte, welche selbst vorsichtige Verbraucher treffen könnte.

II.B. Risiko- bzw. Zielpräferenzen

Der Verbraucher muß, nachdem er eine ganze Reihe möglicher Risiken erkannt hat, Risikopräferenzen entwickeln, d.h.: Er muß die Risiken danach bewerten, wie hart ihr Eintritt ihn (finanziell) treffen würde. Bei Sparprodukten werden mehrere Sparziele mit-

einander konkurrieren, d.h. z.B. daß das Sparen auf das neue Auto mit dem Sparen auf einen Immobilienerwerb oder dem auf eine bessere Einkommenslage im Alter (Rentenaufstockung) konkurrieren wird.

II.C. Bedarfsdeckungsgrad

Der Verbraucher muß herausfinden, ob und in welchem Umfang die Risiken bzw. bei Sparprodukten die Bedarfslücke im Alter schon gedeckt sind (z.B. durch die Sozialversicherung oder schon vorhandene Versicherungsverträge).

II.D. Marktanalyse

Der Verbraucher muß ermitteln, ob und wo er Deckung anhand seiner Präferenzen findet.

II.E. Budgetpolitik

Der Verbraucher muß entscheiden, auf welche Deckungen und Teildeckungen er aufgrund seiner Preisvorstellungen verzichtet und wie erschwinglich bzw. wichtig der Versicherungsschutz im Verhältnis zu sonstigen Konsumwünschen bzw. festen Ausgaben ist. Darüber hinaus steht ihm i.d.R. auch nur ein beschränktes Zeit- und Geldbudget für seine Risikoanalyse zur Verfügung.

III. Verbesserung des Versicherungsvertragsrechts

Die Verbraucherentscheidung ist also nicht einfach. Idealerweise laufen vor der Antragsunterschrift einer Reihe von Vorarbeiten ab. Zumindest aber kommt es - gleichgültig, ob der Verbraucher einen Direktversicherer anschreibt oder einen Vertreter zu sich bittet - vor Antragstellung zu einem Angebot. Dies ignoriert die von den Versicherern dominierte rechtswissenschaftliche Dogmatik völlig. Was vor Unterschrift des Verbrauchers ge-

schieht, betrachtet sie sozusagen als "black box". Sie behauptet, der Versicherungsvertrag komme durch zwei konkludente Willenserklärungen zustande, die des Verbrauchers (Antrag) und des Versicherers (Police). In Wirklichkeit kommt der Vertrag jedoch in (mindestens) drei Schritten zustande:

- durch das - meist vom Versicherungsvertreter unterbreitete - **Angebot**;
- durch dessen **Annahme** durch den Verbraucher (**Versicherungsantrag**) und
- durch die **Gegen-Annahme** (Police) des Versicherungsantrags, der jedoch seinerseits schon die Annahme eines Angebots ist.

Es ist daher völlig unlogisch, die eigentlich vor der Unterschrift unter den Versicherungsantrag nötige Überlegungsfrist des Verbrauchers in eine Phase zu verlagern[1], in der er sich eigentlich mit seiner Unterschrift an seine Willenserklärung schon gebunden hat. Es ist darüber hinaus unlogisch, eine solche Überlegungsfrist nur bei Lebensversicherungen mit Sparcharakter einzuräumen und nicht auch bei Haftpflicht-, Unfall-, Sach- und Rechtsschutz- sowie Krankenversicherungen. Insofern sind die Schadensversicherungsrichtlinien[2] des Rates der EU zu kritisieren, die derartige Pflichten nicht vorschreiben, während die Dritte Richtlinie Lebensversicherung[3] immerhin vorsieht, dem Verbraucher nach Erhalt der Police ein Rücktrittsrecht einzuräumen.

Stattdessen sollten die Gesetzgeber dafür sorgen, daß dem Verbraucher die für den Abschluß eines Versicherungsvertrages wich-

---

1 Z.B. durch Einräumen einer Widerrufsfrist oder gar eines Rücktrittsrechts nach Policenerhalt.

2 73/239/EWG, ABl. L 228 S. 3 ff v. 16.8.73; 88/357/EWG ABl. L 172 v. 4.7.88, S 1 ff: 92/49/EWG, VerBAV 9/92, S.269 ff.

3 Art. 15 Abs.2 der Richtlinie 90/619/EWG, geändert durch Art.30 der Dritten Richtlinie Lebensversicherung 92/96/EWG v. 10.11.1992, ABl. L 360, S.1 ff. v.9.12.92.

tigen Informationen schon vor Antragstellung erreichen.[4] Die Gesetzgeber sollten festlegen, daß der **Versicherungsvorschlag** in schriftlicher Form zugesandt wird. Dieser muß die vertragswesentlichen Punkte enthalten. Die übersandten Informationen sollten:

- sowohl in einer verdichteten Form[5] (key features)[6] präsentiert und die entsprechenden, notgedrungen dort knapp erläuterten Informationen in einer beigefügten weiteren Information (client's guide)[7] weiter vertieft werden,
- als auch in den Versicherungsbedingungen nach einem brancheneinheitlichen Gliederungskonzept entweder mit gleicher Numerierung geordnet (vgl. Teilstudie Hausratversicherung) dargeboten werden, bzw. in Form von Kerndaten im Bereich der Lebensversicherung mit zumindest teilweisem Sparcharakter. Diese Kerndaten sollten wesentlich aussagekräftiger und umfassender als die o.e. key features sein und ebenfalls brancheneinheitlich numeriert und gegliedert sein.

Darüber hinaus sollten alle für den Vertrag relevanten Informationen (incl. Versicherungsbedingungen) dem Angebot beiliegen müssen. Den Versicherer muß die Beweislast für ihre Übersendung treffen. Verträge, die zustandekommen, obwohl eine der o.g. vorgeschlagenen Vorschriften verletzt wurde, müssen ohne finan-

---

4 Diese Erkenntnis setzt sich mittlerweile zumindest in Großbritannien durch (vgl. Teilstudie Lebensversicherung).

5 Zumindest bei Produkten mit Sparcharakter eignet sich diese Methode recht gut um eine Transparenzsteigerung zu erreichen, vgl. Teilstudie Lebensversicherung.

6 SIB, Retail Regulation Review: Disclosure, Polarisation, and Standards of Advice - Consultative Paper 60, März 1992, RdNr.14 und Annex A (Vorschläge für den Bereich der Investment- und kapitalbildenden Lebensversicherungsverträge), vgl. auch Teilstudie Lebensversicherung.

7 Ebenda, Annex B, Seite 27. Die dort vorgesehenen Informationen greifen nach Ansicht des Verf. nicht weit genug. Sie betreffen lediglich Informationen über den Vermittler, schildern dessen Pflicht, eine Bedarfsanalyse durchzuführen und nennen eine Adresse, wo der Verbraucher weitere Informationen anfordern kann.

ziellen Nachteil jederzeit gekündigt werden können. Bei Verträgen mit Sparcharakter sollten in einem solchen Fall die Unternehmen gezwungen sein, sämtliche Sparbeiträge ohne Kostenabzug verzinst zurückzuzahlen. Durch die Verpflichtung "key features und den "client's guide" zu liefern, soll der Anbieter der o.g. "Dummentransparenz"-Anforderung gerecht werden. Durch die Mitübersendung der nach einem einheitlich numerierten Gliederungskonzept geordneten Kerndaten bzw. gegliederten Versicherungsbedingungen soll die Vergleichbarkeit des Angebots mit Konkurrenzangeboten gefördert werden ("Schlaumeier"- bzw. Honorarberater-Transparenz).

IV. Begrenzte Wirkung der Transparenz

Ein Verbraucher, der sich im oben geschilderten[8] vierten Schritt seines Entscheidungsprozesses befindet, benötigt Informationen darüber, welche Versicherungsangebote es in Bezug auf seine Risiken überhaupt gibt.

IV.A. Informationsmöglichkeiten,-verhalten, Marktstruktur

Es ist nicht zu bestreiten, daß die überwiegende Zahl der Verbraucher Informationen benötigt, die in dem komplizierten Entscheidungsprozeß von der Risiko- bzw. Bedarfsanalyse über die Bildung von Risiko- bzw. Zielpräferenzen, die Ermittlung des bisherigen Bedarfsdeckungsgrads und die Marktanalyse bis hin zur eigenen Budgetpolitik Orientierungshilfen und Handlungsempfehlungen liefern.

Es liegt ferner auf der Hand, daß er diese Informationen nur von Kennern des Versicherungsmarktes bekommen kann. Solche Kenner des Marktes können sein:

- die Produktanbieter und deren Agenten, zum anderen

8 Vgl. Seite 11 oben.

- unabhängige Informationsquellen (Ratgeberliteratur, Computerprogramme, Verbraucherorganisationen usw.) sowie unabhängige Berater und unabhängige Vermittler.

Leider sind in praktisch allen EU-Mitgliedsländern die Rahmenbedingungen für rationale Verbraucherentscheidungen im Bereich der Privatversicherung äußerst schlecht. Die Problematik läßt sich sehr gut am britischen Beispiel erläutern, da in Großbritannien relativ viele empirische Befragungen und Einstellungsmessungen an Verbrauchern durchgeführt wurden, die eine gewisse Glaubwürdigkeit haben, da sie nicht nur von Versicherern in Auftrag gegeben wurden. Eine Studie, die Consumers' Association 1988 in Großbritannien zu Verbrauchereinstellungen gegenüber Lebensversicherungen durchgeführt hat[9], ergab, daß sich

- 32% an Versicherer oder deren Vertreter,[10]
- 15% an unabhängige Versicherungsvermittler,
- 16% an Freunde und Bekannte,
- 7% an Bankangestellte, und
- 5% an Wirtschaftsprüfer oder Anwälte (solicitors)

wenden würden, um Informationen zu bekommen.

Wie in praktisch allen anderen EU-Mitgliedsstaaten tauchen in der Aufzählung vor allem Personen auf, die Versicherungsverkäufer sind. Berater, die frei von Verkaufsinteressen sind, kommen sowohl im Bewußtsein der Verbraucher, wie auch in ihrer tatsächlichen Verbreitung kaum vor.

Da immerhin 62% der Befragten angaben, sie benötigten bei der Auswahl der Lebensversicherungspolice Hilfe oder Rat, verwundert es doch sehr, daß sich immerhin ca. die Hälfte der Befragten an Verkäufer wenden, um sich beraten zu lassen. Dies zeugt von einem hohen Maß an Arglosigkeit[11], zeigt aber auch,

9 Consumers' Association, Attitudes to Life Assurance (1988).

10 Die exakt gleiche Prozentzahl fand Finsinger bei einer von ihm selbst durchgeführten Untersuchung; Finsinger, J., Verbraucherschutz auf Versicherungsmärkten, München, 1988, S. 109.

11 Ein weiteres Indiz hierfür liefert Finsinger. Nach seinen Recherchen vertraten immerhin 22,4% der befragten deutschen Verbraucher die

wie wenig informiert, ggf. auch wie bequem Verbraucher sind. Darüber hinaus ist es mit der Bereitschaft der Verbraucher, sich selbst Informationen zu beschaffen, ebenfalls nicht weit her. Schriftliche Informationen werden von der Mehrzahl der Verbraucher nicht oder nur geringfügig genutzt. Stattdessen verläßt der "Normalverbraucher" sich gern auf den Rat des Vermittlers. Dies bestätigen auch deutsche Untersuchungen und Erfahrungen der Verbraucherverbände. Nach einer 1993 durchgeführten Studie des deutschen Meinungsforschungsinstituts Allensbach werden als vertrauenswürdigste Informationsquelle die Verbraucherberatungsstellen mit 55% Nennungen angegeben, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Mit 42% folgen Versicherungsvertreter, mit 41% Freunde und Bekannte, 24% Nennungen erhielt das Informationsmaterial der Versicherungsunternehmen, 23% Bankangestellte.[12] Obwohl die Beratungsstellen der Verbraucher-Zentralen der Bundesländer das größte Vertrauen der Verbraucherschaft genießen, haben sich die Verbraucher nur zu 5% in Westdeutschland und 8% in Ostdeutschland dort über Versicherungsfragen informiert.[13] Nur 13% der Versicherungsabschlüsse kommen in Deutschland unter Zuhilfenahme von Testberichten und Verbrauchertests in Zeitschriften zustande, in nur 14% der Fälle werden Vergleichsangebote von mehr als einem Versicherer eingeholt, während 40% einfach einen Vertreter bestellen und weitere 30% bei der gleichen Gesellschaft abschließen, bei der sie schon mit einem anderen Vertrag versichert sind.[14] Es paßt in dieses Bild eines irrational handelnden Wirtschaftssubjekts, daß die meisten Verbraucher für unabhängige Informationen kein Geld ausgeben wollen, dennoch aber in Kauf nehmen, sehr viel mehr Geld durch

---

Ansicht, die Auszahlungen der verschiedenen Lebensversicherer seien gleich hoch.

12 Ergebnisse veröffentlicht in VW Heft 24/1993, S.1569 ff.

13 Ebenda, S.1572.

14 Ebenda, S.1570.

zu hohe Prämien oder verborgene Kosten zu verlieren.[15] Verbraucher, die die Höhe der von ihnen gezahlten Abschluß- und Verwaltungskosten, insbesondere bei Kapital-Lebens- oder Krankenversicherungen erfahren, sind trotzdem regelmäßig schockiert über deren Höhe.[16] Und noch schockierter sind sie, wenn sie erfahren, wie stark renditeschmälernd es sich auf die Höhe der Ablaufleistung einer Kapital-Lebensversicherung auswirkt, daß die kompletten Abschlußkosten von den ersten Beitragszahlungen einbehalten werden. Mit anderen Worten: Die meisten Verbraucher wissen nicht, daß die Höhe der Abschlußkosten bei der Auswahl des Lebensversicherers von (mit)entscheidender Bedeutung ist. Gleichwohl suchen sie hauptsächlich bei Vermittlern (deren Provision den größten Teil der Abschlußkosten ausmacht) Rat, wenn sie eine solche Versicherung abschließen wollen. Das Gesagte gilt selbstverständlich analog erst recht für die anderen Privatversicherungszweige, wobei hier z.T. andere Aspekte als die den Verbrauchern verheimlichten Abschlußkosten im Vordergrund stehen. Dennoch: Beim Abschluß einer Kapital-Lebensversicherung sind wesentlich weniger Einzelheiten zu beachten, als dies beim Abschluß einer Hausrat- oder Gebäudeversicherung der Fall ist. So wissen z.B. Verbraucher, die ihr Hab und Gut gegen Verlust oder Beschädigung versichern wollen, meist nicht, daß mit Gebäuden fest verbundene Gegenstände in der Gebäude-, mobile Gegenstände aber in der Hausratversicherung versichert werden müssen, daß u.U. diese Gegenstände, wenn sie aus den versicherten Räumen entfernt werden, gar nicht oder nur eingeschränkt versichert sind und daß das Risiko von Verlust oder Beschädigung auf Reisen durch Abschluß einer Reisegepäckversicherung abgedeckt werden muß. Haben sie dies alles herausgefunden und sich für den Abschluß einer Hausratversicherung entschieden, wissen sie nicht,

15 Mintel, "Trends and Independant Financial Advisers - A Dying Breed", Personal Financial Intelligence, Vol.1, 1991.

16 Übereinstimmende Aussagen von Versicherungsberatern deutscher Verbraucherorganisationen, vor allem der Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen.

auf welche Aspekte sie bei der Versicherer-Auswahl Wert legen sollen. Und selbst wenn sie es wüßten: Sie würden Schwierigkeiten und vor allem viel Suchaufwand haben, um herauszufinden, wo z.B. der Wiederbeschaffungswert zu versichern, eine hohe Wertsachendeckung abzuschließen, die Folgen des Wasseraustritts aus dem Aquarium zu versichern, sämtliche, Überspannungsschäden einzuschließen sind und wie preiswert das Angebot ist, das die gewünschte Deckung enthält. Bei einem sich durch den Dienstleistungsverkehr ausdifferenzierenden, uneinheitlich tarifierten Angebot wäre eine europäische Dokumentationsstelle ("Wer bietet was?") sehr sinnvoll. Sie könnte auch bei der Überarbeitung von Musterbedingungen helfen.

IV.B. Informationspflichten des Versicherers

IV.B.1. Bestehende Informationspflichten

Daß es bisher lediglich im Bereich der Kapital-Lebensversicherungen und Fonds zur Aufstellung besonderer Informationspflichten gekommen ist[17], liegt vor allem an den z.T. enormen Abschlußkosten, die "gezillmert" werden, d.h. die Beitragszahlungen der ersten Jahre werden zunächst einmal zur Deckung der Abschlußkosten (deren hauptsächlicher Bestandteil die Vertreterprovision ist) verwendet.

Die Anbieter versuchen, diese die Rendite des Produkts erheblich schmälernden Kosten (sie stehen anschließend ja nicht mehr als Zinsträger zur Verfügung) den Verbrauchern zu verschweigen. Statt durch Senkung der Provisionen und sich daraus ergebende höhere Ablaufleistungen um Kunden zu werben, wird durch immer weitere Aufstockung der Vertreterprovision versucht mehr Vermittler zu finden. Wiesner[18] zeigt diese Auswirkung der Aufgabe

17 Vgl. Teilstudie Lebensversicherung.

18 Wiesner, H.,in: Office of Fair Trading, GB, Savings and Investments, Consumer Issues, Juni 1992, S. 92.

des Maximalprovisionsabkommens in Großbritannien in einer 1992 veröffentlichten Untersuchung sehr anschaulich auf. Die Versicherer würden wohl nicht so handeln, wenn dieser Weg nicht mehr Geschäft bringen würde. Das aber zeigt, daß es bei der Vermittlung von Versicherungen nicht so sehr darauf ankommt, besonders "gut", d.h. renditestark zu sein, sondern Vermittler zu haben, die trotz schwacher Rendite mehr Umsatz und Gewinn bescheren, als dies durch Verbesserung des Produkts der Fall wäre. Daß dieser vermehrte Absatz natürlich nur gelingt, wenn der Vermittler, auch der unabhängige, nicht für "best execution" sorgt, wie dies die Regelungen der Selbstregulierungsorganisation FIMBRA in Großbritannien für unabhängige Finanzberater fordern[19], liegt auf der Hand. Best execution heißt dabei übrigens nicht, daß der unabhängige Finanzberater das beste auf dem Finanzdienstleistungsmarkt erhältliche Produkt vermitteln muß. Das wäre nach britischer Sprachregelung "better than best" (!).

IV.B.2. Beschränkte Wirkung von Informationspflichten

Zwischen Anbietern und Nachfragern besteht nicht nur bei Versicherungsprodukten ein natürlicher Interessengegensatz. Der Anbieter ist daran interessiert, einen möglichst hohen Preis durchzusetzen, der Nachfrager möchte ceteris paribus die Ware Versicherung zu einem möglichst niedrigen Preis einkaufen. Da bis heute auf dem deutschen Versicherungsmarkt solche ceteris paribus - Bedingungen bestehen (die Versicherungsbedingungen sind in den meisten Sparten bei allen Anbietern bis auf Marginalien identisch), läßt sich hier sehr einfach studieren, welche praktischen Auswirkungen der o.g. natürliche Interessengegensatz hat. Die überwiegende Mehrzahl der Anbieter zahlen ihren Vertretern für den Abschluß von 10-Jahres-Verträgen, die nur nach Schadenfällen vorzeitig gekündigt werden können, eine Abschlußprovision von meist zwischen 50 bis 70% des ersten Jahresbeitrags, während die sog. Folgeprovision in den anschließenden Jahren meist ledig-

19 FIMBRA Rules Vol.3, Teil 29 (29.6 und insbesondere 29.16).

lich 10% des Jahresbeitrags ausmacht. Die in ihrer überwiegenden Mehrzahl (wie gezeigt) unkritischen, arglosen oder bequemen Versicherungskunden merken oft erst lange nach Vertragsabschluß, daß sie doppelt soviel Beitrag zahlen, wie bei der Konkurrenz. Wollen sie dann kündigen und zum beitragsgünstigeren Versicherer wechseln, stellen sie fest, daß der Vertrag erst nach Ablauf von 10 Jahren gekündigt werden kann. Nach den Erfahrungen der deutschen Verbraucherorganisationen versuchen die Versicherungsvertreter, die i.d.R. das Versicherungsantragsformular ausfüllen, die lange Laufzeit (bzw. fehlende Kündigungsmöglichkeit) - also eine für den Kunden sehr wichtige Information - beim Versicherungsabschlußgespräch unter den Teppich zu kehren. Nur in den seltensten Fällen wird die Laufzeit individuell ausgehandelt. Meist merkt der Kunde nicht, daß er einen zehnjährigen, überteuerten Vertrag abschließt, wenn er das Antragsformular unterschreibt. Wegen der bei den Vermittlern weitverbreiteten Praxis, die fehlende Kündigungsmöglichkeit solcher zehnjähriger Verträge "unter den Tisch zu kehren" hat der deutsche Gesetzgeber in § 8 Abs. 3 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes für ab 1991 geschlossene Verträge eine Informationspflicht eingeführt. Danach müssen den Versicherungsnehmern schriftlich alternative Laufzeiten von 1,3,5 oder 10 Jahren angeboten werden. Die Versicherer erfüllen ihre Informationsobliegenheit, indem sie diese Laufzeitalternativen in den Antragsformularen abdrucken. Gleichwohl: Da die Versicherungsvertreter nach wie vor die Antragsformulare ausfüllen, die der Verbraucher anschließend nur noch unterschreibt, hat sich nach den Beobachtungen der deutschen Verbraucherorganisationen die Zahl der auf zehn Jahre Dauer abgeschlossenen, teuren Verträge kaum verringert - die den Versicherern auferlegte Informationsobliegenheit bringt den deutschen Verbrauchern also keinerlei Verbesserung. Mit anderen Worten: Es liegt im Interesse des größten Teils der Versicherungswirtschaft, gesetzlichen Transparenzpflichten zwar formell zu genügen, sie de facto jedoch zu unterlaufen. Die Statuierung von Informationspflichten kann alleine für sich genommen also i.d.R. das Problem der unangemessenen Benachteiligung von Versicherungs-

kunden nicht lösen. Es zeigt sich erneut der eingeschränkte Wert der Transparenz schriftlicher Informationen: Das Problem der deutschen Zehn-Jahres-Verträge könnte wirksam nur durch Schaffung einer gesetzlichen Regelung beseitigt werden, wonach der Versicherungsnehmer einen Versicherungsvertrag mindestens jährlich kündigen kann.[20]

IV.B.3. Worüber müssen die Informationen aufklären?

Da nicht genügend echte Berater ohne Verkaufsinteressen vorhanden sind und das Informationsverhalten sich nur langsam ändern dürfte, wird man voraussichtlich mit den Versicherern und Vermittlern auferlegten Informationspflichten vorlieb nehmen müssen, die das Minimalziel haben, Verbraucher vor völlig am Bedarf vorbeigehenden oder extrem überteuerten Versicherungsverträgen zu schützen. Das heißt jedoch nicht, daß die Verbraucherschaft und die Öffentlichkeit sich mit dieser "Dummen-Transparenz" zufriedengeben sollte: Weitere, tiefgreifende Informationspflichten sind nötig. Die Versicherer werden ihren Informationsvorsprung gegenüber der Verbraucherschaft sicher nicht freiwillig aufgeben. Daher müssen sie gezwungen werden, ihren Vertragspartnern die für eine rationale Entscheidung nötigen Informationen rechtzeitig vor Antragstellung zu übersenden. Im einzelnen sollten die übersandten Informationen folgenden Anforderungen genügen:

1. **Bedarfstransparenz**
   Die Versicherer-Informationen sollten Ausführungen enthalten, die veranschaulichen, wie Verbraucher ihren **Bedarf analysieren** und ihn durch den Abschluß einer Versicherung decken können.

---

20 Eine solche Regelung wurde beispielsweise in das belgische Versicherungsvertragsrecht eingeführt: Gesetz vom 25. Juni 1992, Art. 30 Abs. 1, Moniteur v. 20.8.92.

2. **Rechtzeitigkeit und schriftliche Form**

Die Informationen sollten gegeben werden, bevor sich der Verbraucher auf das Produkt des Anbieters oder Vermittlers festgelegt hat, d.h. **vor Unterschrift** des Interessenten unter einen Versicherungsantrag **übersandt** werden.

Sie sollten darüber hinaus nachprüfbar und jederzeit auch gerichtlich verwertbar sein, da der Verbraucher sich auf die Informationen des mit der Materie viel besser vertrauten Vertragspartners verlassen können muß.

3. **Produkttransparenz**

Wenn es dem Verbraucher um ein bestimmtes Produkt (Versicherungszweig oder ein Produkt innerhalb eines Versicherungszweiges) geht, sollten die Informationen insb.

- (bei echten Versicherungen) die dem versicherten Interesse **drohenden Risiken vollständig darlegen** um zu zeigen, was davon und in welchem Ausmaß durch einen konkreten Versicherungsvorschlag gedeckt wäre;
- (bei Geldanlageprodukten) Restriktionen bzgl. der Rentabilität, Sicherheit und Fungibilität aufzeigen.

Es versteht sich von selbst, daß alle Informationen des Versicherers klar und verständlich sein müssen. Dieser Grundsatz ist ja bereits in einigen europäischen nationalen Versicherungsvertragsgesetzen festgelegt, z.T. aber nur in Bezug auf die Versicherungsbedingungen[21] und nicht für alle Willensäußerungen und Informationen des Versicherers geregelt. Im übrigen gilt der Grundsatz auch für Versicherungsbedingungen ohnehin EU-weit aufgrund der Richtlinie über mißbräuchliche Klauseln in Verbraucherverträgen.[22]

---

21 Z.B. in Spanien im Versicherungsvertragsrecht. Ley de Contrato De Seguros, Art. 3, Satz 2, 50/80 vom 8.Oktober 1980, geändert durch Gesetz 21/1990 anläßlich der Umsetzung der EU-Richtlinie 88/357/EWG (2.Richtlinie Lebensversicherung), wonach die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen in "klarer und präziser Form" abgefaßt sein müssen.

22 Richtlinie 93/13/EWG des Rates vom 5.4.1993, ABl L 95 v. 21.4.1993, Art. 5.

4. **Kosten- und Renditetransparenz**
Alle Kosten des Versicherungsvertrages sollten dem Verbraucher schon vor (s.o. 2.) Unterschrift unter einen Versicherungsantrag bekannt sein. Ferner sollte bei Produkten mit überwiegendem oder teilweisem Sparcharakter insbesondere die Sicherheit der Ertragsprognose, der angelegten Gelder und Kostenänderungsvorbehalte verbindlich mitgeteilt werden.

IV.B.3.1. Bedarfstransparenz

Die meisten Versicherungsverträge sind nicht das Resultat einer ausschließlich vom Verbraucher eingeleiteten, geschweige denn durchgeführten Bedarfsanalyse, sondern sie kommen meist entweder durch die Initiative von Versicherungsvertretern zustande, für die der Vertragsabschluß in erster Linie eine Verdienstquelle ist oder dadurch, daß Verbraucher sich eine richtige Entscheidung nicht zutrauen und über Freunde, Bekannte oder durch schon zuvor bestehende persönliche Kontakte zu einem Vermittler selbst Verbindung mit Versicherungsverkäufern suchen. Sobald ein Versicherungsvermittler im Spiel ist, muß davon ausgegangen werden, daß vor allem solche Produkte verkauft werden, die hohe Provisionen einbringen, d.h. besonders lukrativ für die Versicherer sind, statt für die Verbraucher. Britische Vermittler, die sich gegen die juristischen (Haftungs-)folgen der Verletzung des "best advice"-Gebotes des financial services act absichern wollen, fertigen daher Beratungsprotokolle (fact finds) an. Sie sind aufgrund der suitability-rules[23], die sie gegenüber ihrer Selbstregulierungsorganisation (SRO)[24] verbindlich anerkennen müssen, dazu verpflichtet, ihren Kunden passende Produkte zu verkaufen. In der Praxis scheinen die Beratungsprotokolle jedoch von den Vermittlern nicht

23 SIB (Security and Investment Board), Core Conduct of Business Rules, Rulebook - Amendments and Additions, Release 94, RdNr. 16.

24 Vgl. Teilstudie Lebensversicherung.

besonders häufig ausgefüllt zu werden[25]. Eine Verpflichtung zur Anfertigung eines solchen Beratungsprotokolls scheint aber verzichtbar: Es wird in den meisten Fällen ohnehin nicht angefertigt, um den Verbraucher besser beraten zu können, sondern um eine Fehlberatung gegen spätere juristische Angriffe abzusichern. Jedoch sollte dann, wenn aufgrund der Umstände des Einzelfalls ersichtlich ist, daß das verkaufte Produkt die persönlichen Verhältnisse des Verbrauchers zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nicht mindestens befriedigend berücksichtigte, nicht mehr der Verbraucher seine später vorgebrachten Beschwerden beweisen müssen, sondern der Vertreter gezwungen sein, sie zu widerlegen. Da die Haftung des Vermittlers, zumindest bei Einfirmenvertretern (tied agents), immer auch eine Haftung des Versicherungs- oder Investmentunternehmens ist, würden durch eine solche gesetzliche Beweislastumkehr nach Anfangsverdacht die Unternehmen gezwungen, sich mehr Gedanken darüber zu machen, welche Beratungsleitfäden man Vermittlern an die Hand gibt, damit diese den Kundenbedarf wenigstens einigermaßen sauber ermitteln[26] statt sich wie bisher vorwiegend um die Vermittlung psychologischer Tricks für Verkaufsabschlußgespräche und rhetorische (statt fachliche) Schulung der Vertreter zu kümmern.[27] Eine Erfassung des

---

25 IOB (Insurance Ombudsman Bureau) Annual Report 1992, S.22 (RdNr. 7.20).

26 Derartige Fragebögen werden von der Versicherungswirtschaft zumindest in Deutschland, z.T. sogar in überdedaillierter Form, bereits verwendet. Vielfach sind sie allerdings lediglich Teil einer "Computer-Masche": Den Verbrauchern wird suggeriert, sie erhielten eine detaillierte Analyse ihrer Finanz- und Versicherungssituation. Obwohl diese Situation im Einzelfall sehr unterschiedlich ausfällt, rät der Computer anschließend stereotyp zum Abschluß von Kapital-Lebensversicherungen bei (wegen der hohen Vertreterprovisionen) besonders unrentablen Versicherern.

27 Wie wichtig z.B. den deutschen Versicherern die geschilderten Psycho-Tricks sind, zeigt das vom Berufsbildungswerk der deutschen Versicherungswirtschaft entwickelte und mittlerweile in der Praxis angewendete Ausbildungsprogramm zum "Versicherungsfachmann (BWV)". Hier werden ca. 25% der ohnehin viel zu knappen Ausbil-

Bedarfs scheint am besten durch die Verwendung von Erfassungs-Fragebögen möglich zu sein, von denen der Vermittler eine Durchschrift beim Kunden lassen müßte. Solche Fragebögen könnten unter Mitarbeit von Vertretern der Verbraucherverbände entwickelt werden. Durchschriften dieser Fragebögen sollten dem Verbraucher zwingend ausgehändigt oder übersandt werden müssen. Sie könnten sowohl zur Erfassung des Gesamtbedarfs als auch innerhalb einzelner Sparten verwendet werden. Bei Geldanlageprodukten sollte der Verbraucher dann, wenn der Vertrag durch einen Vertreter vermittelt wird, (fragebogengestützt) u.a. schriftlich nach den mit der Geldanlage verfolgten Zielen gefragt werden.

IV.B.3.2. Rechtzeitigkeit und schriftliche Form

Nicht zuletzt wegen des negativen Einflusses der Vermittler müssen die für den Verbraucher entscheidungsrelevanten Informationen bereits vor dem Stellen eines Versicherungsantrages gegeben werden. Dazu ist es nötig, daß der Verbraucher zunächst einen schriftlichen Versicherungsvorschlag erhält, den er in Ruhe und ohne Vertreterdrängeln prüfen kann. Was bisher als sein ihn rechtlich bindender Antrag galt, sollte in Zukunft ersetzt werden durch den Begriff 'Angebotsanforderung'. Der Versicherungsnehmer hat nach Erhalt des Vorschlags genug Zeit, Gegenangebote einzuholen.

IV.B.3.3. Produkttransparenz

Während es bei Kapitalanlage- und Sparprodukten u.U. ausreicht, dem Verbraucher key-features an die Hand zu geben, reicht

---

dungszeit (200 Unterrichtsstunden à 45 Minuten) für das Erlernen psychologischer Tricks zur Überwindung der Kaufwiderstände der "Kunden" aufgewendet.

dies in der Hausratversicherung bei weitem nicht aus.[28] Es ist daher sehr unbefriedigend, daß einige nationalen Behörden[29] wie auch der EU-Richtliniengeber lediglich für ein vergleichsweise einfaches Produkt wie die Kapital-Lebensversicherung den Anbietern besondere Informationspflichten auferlegen[30], dies für die Haftpflicht-, Unfall- und Sachversicherung, sowie für die Kranken- und Pflegeversicherung jedoch unterlassen. Hierzu war oben bereits am Beispiel der Problematik der deutschen 10-Jahres-Verträge erläutert worden, daß es in der Praxis nahezu unmöglich ist, mit Hilfe von den Versicherern auferlegten Informationspflichten (z.B. Offenlegung der Provisionen oder sämtlicher Kosten) die stattfindenden Übervorteilungen von privaten Verbrauchern zu verhindern. Deshalb sollte den Kunden die jährliche Kündigungsmöglichkeit ihrer Verträge gesetzlich ermöglicht werden.

---

28 Auf nähere Einzelheiten wird in der Teilstudie Hausratversicherung eingegangen.

29 Außer einem allgemeinen gesetzlichen Klarheitsgebot für Versicherungsbedingungen, z.B. in Großbritannien und Frankreich gibt es weitergehende gesetzliche Informationspflichten nur in Frankreich: (Code des Assurances Art. L 112-2, wonach der Versicherer dem Versicherten vor der Schließung des Vertrags bei Lebensversicherungen und Capitalisationsverträgen eine schriftliche Information zukommen lassen muß, die den Preis und die Garantien sowie die Ausschlüsse und die Verpflichtungen des Versicherten erläutert). Weitere Einzelheiten s.u.

30 Dritte Richtlinie Lebensversicherung, Anhang II a.a.O.

V. Überblick über mögliche transparenzsteigernde Maßnahmen

1. Ordnungspolitische Aufgaben

- Vertragsrechtliche Verankerung des 'Versicherungsvorschlags' und Pflicht zum schriftlichen Versicherungsangebot;
- Aufgabe der Steuerbegünstigung für gebündelte Produkte.

2. Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit von Angeboten

- Schaffung von Bedarfserfassungsbögen in den verschiedenen Versicherungssparten unter Beteiligung der Europäischen Verbraucherverbände.

3. Vergleichbarkeit von Angeboten

Jeweils unter Beteiligung der europäischen Verbraucherverbände:

- Schaffung von Gliederungs- und Numerierungskonzepten in jedem Versicherungszweig;
- Schaffung einer "grünen" Police mit "Gütesiegel";
- Gestaltung von Kerndatenblättern für Lebensversicherungsangebote als Verwendungsmuster für Lebensversicherer.

4. Europäische Dokumentationsstelle

- Einrichtung einer Auskunftsstelle für Verbraucher, an die Versicherer, Vermittler, Verbände und Verbraucher freiwillige Mitteilungen geben können (Erstellung von Klauselübersichten, Angebotsvarianten usw. nach dem Motto "Wer macht was?").

Teil 2.
Transparenzregeln für Versicherungsprodukte am Beispiel europäischer Hausratversicherungspolicen

I. Einleitung

A. *Vorbemerkung zum Ziel der Untersuchung*

In dieser Arbeit geht es nicht nur deutsche, sondern auch und gerade um Hausratversicherungen in anderen EU-Mitgliedsstaaten. Trotzdem kann nicht geleugnet werden, daß die spezifischen deutschen Rahmenbedingungen die Methodik der Arbeit stark beeinflußt haben und daß Leser aus anderen EU-Mitgliedsstaaten den methodischen Ansatz der Arbeit möglicherweise ablehnen werden, weil sie an Marktverhältnisse gewöhnt sind, in denen Versicherungsprodukte und vor allem -preise nur mit Mühe vergleichbar sind. Vor dem 1.7.1994 gab es in Deutschland in fast allen Privatversicherungszweigen nahezu identische Versicherungsbedingungen, also gleiche Produkte bei z.T. sehr unterschiedlichen Preisen. Trotz dieser ceteris paribus - Bedingungen auf der Produktseite war die Preisreagibilität der Nachfrage praktisch gleich Null. Der Grund lag in dem in Deutschland üblichen Provisionssystem im Bereich der Haftpflicht-, Unfall-, Rechtsschutz- und Sachversicherungen, also auch in der Hausratversicherung. Statt die Vertreterprovision "pro rata" zu zahlen, schüttet man sie bis heute immer noch zum großen Teil als nach der ersten Beitragszahlung des Verbrauchers fällige Abschlußprovision "front-end loaded"[31], aus. Diese Provision beträgt i.d.R. ca. 70% des Jahresbeitrages, sie kann zwischen 50 und 80% schwanken. Zusätzlich zur Abschlußprovision erhält die Mehrzahl der Versicherungsvertreter eine

31 Vgl. Teil oben Teil 1, I.A.

i.d.R. ca. zehnprozentige Folgeprovision. Damit die Kunden nicht zu preiswerteren Unternehmen wechseln können und um Verluste zu vermeiden, die durch die Auszahlung von Provisionen zu einem Zeitpunkt entstehen würden, in dem erst ein Monatsbeitrag eingenommen, jedoch bereits Provision in Höhe von 8,4 Monatsbeiträgen (70% des Jahresbeitrags) ausgegeben sind, werden den Kunden zehnjährige Vertragsdauern aufgeschwatzt oder einfach untergeschoben[32], die außer im Schadenfall und in Ausnahmefällen (bei Prämienerhöhungen oder Umzug) nicht vor Ablauf von zehn Jahren gekündigt werden können. Die deutsche Versicherungswirtschaft konnte sich die einheitlichen Versicherungsbedingungen in der Vergangenheit also "leisten". Ihre Verbände geben sogar Tarifierungsgrundsätze und Prämienempfehlungen heraus, die die sämtliche Anbieter weitestgehend beachten. Verbraucher brauchten sich nicht oder nur bei Spezialbedarfen um die Versicherungsbedingungen zu kümmern, was offensichtlich ihrer mehrheitlichen Neigung entspricht.[33] Die Versicherungsprodukte sind nur schwer **verstehbar**, d.h. in Juristen-Deutsch geschrieben und für die meisten Verbraucher keine Entscheidungsgrundlage bei Antragstellung. Der Kunde kann sich ja den "Luxus" erlauben, sie nicht zu lesen. Denn sie sind vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV) genehmigt, also "unbedenklich" und individuelle Änderungswünsche würden ohnehin nur im "gehobenen" Privatkundengeschäft berücksichtigt. Da man sich um die - identische und unbeeinflußbare - Produktbeschreibung nicht zu kümmern braucht, sind die Produkte in hohem Maße **vergleichbar**, denn es zählt nur der Preis und die persönliche Bindung an Vertreter oder Gesellschaft bzw. die Erwartungen bzgl. des künftigen Schadenregulierungsverhaltens. Ein wesentliches Ziel der Dritten Richtlinie Schaden[34] (3. RL Schaden) beschreibt Erwägungsgrund 19: Der

32 Verbraucher-Zentralen Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen (Hrsg.),Kündigung langfristiger Versicherungsverträge, Hannover/ Düsseldorf, 1994.

33 Vgl. Teil I der Untersuchung.

34 92/49/EWG, ABl. L 228/1 v. 11.8.1992.

Versicherungsnehmer soll Zugang zu einer möglichst weiten Palette von in der Gemeinschaft angebotenen Versicherungsprodukten haben, um aus ihnen das seinen Bedürfnissen am besten entsprechende Angebot auswählen zu können. Die Bedürfnisse der Verbraucher sind jedoch sehr unterschiedlich. Diese Unterschiedlichkeit beginnt schon damit, daß die Bereitschaft, sich über eben diese Bedürfnisse Gedanken zu machen, beim "Normalverbraucher" gering ist, beim "Schlaumeier" jedoch groß. Beide Nachfragertypen sollten jedoch Marktverhältnisse vorfinden, die es ermöglichen, nach ihrem Bedarf zu handeln. Für den "dummen" Verbraucher muß es Produkte geben, zu denen er ohne großen Such- und Produktvergleichsaufwand Zugang findet und bei denen er sich darauf verlassen kann, daß sie keine "Mogelpackungen" sind. Für den "schlauen" Verbraucher muß es möglich sein, Produkte zu vergleichen und zu bewerten. Dabei muß auch bei ihm der Suchaufwand in einem ausgewogenen Verhältnis zum angestrebten Ziel, einer möglichst indiviuellen Paßgenauigkeit des Versicherungsprodukts, stehen. Auch im Bereich der Hausratversicherung sollte also versucht werden, sowohl "Dummentransparenz" als auch "Schlaumeiertransparenz" zu gewährleisten. Hierzu will die vorliegende Untersuchung einen Beitrag leisten.

B. Methodologie der Untersuchung

Erster Schritt:

In einem ersten Arbeitsschritt habe ich versucht, herauszufinden, mit wieviel Mühe ein Vergleich zweier verschiedener Hausratversicherungs-Angebote in der Praxis verbunden wäre, würde er tatsächlich angestellt. Da ein solcher nur auf der Basis von mindestens zwei Angeboten aus allen nationalen Märkten der EU möglich gewesen wäre, dies aber den Rahmen dieser Untersuchung gesprängt hätte, habe ich zunächst den Produktvergleich innerhalb bereits deregulierter Märkte vorgenommen. Hierbei wurden jeweils die Angebote der national "größten" Versicherer der Hausratsparte in Großbritannien und Frankreich verglichen. Der

Vergleich ergab, daß die Versicherungsbedingungen weder eine übereinstimmende Anordnung der Vertragsklauseln noch eine einheitliche Struktur aufweisen. Es gab jedoch auch unerwartet große Gemeinsamkeiten. Die Versicherungsbedingungen sind in fast allen europäischen Staaten zweigeteilt und bestehen aus

- Allgemeinen und
- Besonderen Bedingungen.

Sie bündeln - wiederum fast überall in Europa - die

- Hausratversicherung und die
- Gebäudeversicherung,

z.T. werden aber auch noch andere Versicherungsverträge mit den beiden obigen Deckungen zusammen, d.h. als Ganzes angeboten, das den Eindruck erweckt, zusammenzugehören. Oft ist dies die Versicherung gegen die Haftpflicht aus Gebäudebesitz, z.T. finden sich aber auch noch viele weitere Deckungen wie Unfall- oder Rechtsschutzversicherung. Das Ergebnis des ersten Untersuchungsschritts war:

- Die Teildeckungen wie z.B. gegen Feuer, Blitzschlag, Stromschlag, Wasserschäden usw., d.h. die versicherten Gefahren, waren in den verschiedenen Versicherungsbedingungen nicht in der gleichen Weise zusammengruppiert (zu "Hauptgefahren");
- sofern es sich um ähnliche Risiken handelte, standen sie in der Aufzählung der versicherten Gefahren nicht untereinander und waren bei verschiedenen Anbietern an unterschiedlicher Stelle angeordnet;
- Einschränkungen des Versicherungsschutzes fanden sich sowohl in den Allgemeinen, wie auch den Besonderen Bedingungen, z.T. weit von der Stelle des Bedingungstextes entfernt, an der die primäre Risikobeschreibung zu finden ist.[35]
- unterschiedlichste Selbstbehalte, Zusatzdeckungen, Produktvarianten usw. machten die Angebote unvergleichbar.

35 Vgl. unten, Beispiel auf Seite 46.

Auf eine eingehende Schilderung der o.g. Sachverhalte habe verzichtet, da sie m.E. auch in Herleitung und der Ergebnisdarstellung des zweiten Untersuchungsschritts deutlich werden.

Zweiter Schritt:

Im zweiten Untersuchungsschritt habe ich mich bemüht, zu jeder Gefahr bzw. Teilgefahr den Anbieter mit dem jeweils "besten" in Europa (d.h. innerhalb der insgesamt untersuchten Bedingungswerke) anzutreffenden Teil-Versicherungsschutz zu finden. Hierbei wurden die Bedingungswerke folgender Versicherer berücksichtigt.

Belgien:	Les Assurances Populaires
Dänemark:	Baltica
Finnland:	Pojhola
Frankreich:	AXA, GAN, Groupe Azur, UAP, Assurances du Crédit Mutuel
Deutschland:	VHB 84 (von fast allen Versicherern im Neugeschäft verwandt)
Großbritannien:	Royal Insurance, Sun Alliance
Irland:	Hibernian
Italien:	Generali
Niederlande:	AMN/AMRO
Spanien:	Mapfre Norte

Hierbei handelt es sich allesamt um im jeweiligen Markt bedeutende Anbieter, wobei nicht immer, aber immer da, wo möglich, der "größte" Anbieter Berücksichtigung fand. Um den "besten" Versicherungsschutz überhaupt erkennen zu können und nicht in tausenden unterschiedlich formulierten Klauseln "unterzugehen", mußte ich zunächst Gruppen von Hauptgefahren suchen, in die die Einzelgefahren einzuordnen sind. Das Ergebnis war eine Struktur von 10 Hauptgefahren (Gruppen von Einzelrisi-

ken). Bei dieser Gruppierung und der Suche nach dem jeweils weitestgehenden Versicherungsschutz entstand die Idee, eine von einzelnen Bedingungswerken abgehobene Darstellung der dem Hausrat drohenden Gefahren zu entwickeln. Die bei den englischen Versicherern übliche synoptische, spaltenweise Anordnung der Versicherungsbedingungen unter den Überschriften "What is insured?"/ "What is not insured?" brachte mich auf den unten vorgeschlagenen Ansatz, der Vorgabe der 3. RL Schaden[36] zu folgen und den Kern einer freiwilligen "Musterpolice" zu entwickeln, die Ausgangspunkt für eine "Euro-Haushaltspolice" sein könnte. Der Vorteil einer solchen Police liegt auf der Hand: Durch eine Gefahrengruppenbildung nach logischen Kriterien und die Vorgabe einer Abfolge der so definierten "Hauptgefahren" bekäme der Verbraucher ein Vergleichsraster, das Angebotsvergleiche vor allem dann sehr erleichtern würde, wenn sich Anbieter bei der Gestaltung ihrer Bedingungswerke freiwillig an diese vorgegebene Abfolge halten würden. Auf Grundlage einer solchen Musterpolice könnten Verbraucherverbände künftig Gütesiegel für Policen entwickeln, die sowohl dann vergeben werden könnten (Struktur-Gütesiegel), wenn die vorgegebene Struktur der AVB und bestimmte unten erläuterte Kriterien eingehalten werden. Diese Gütesiegel könnten aber auch für ein fertiges Produkt, in dem die schlimmsten dem Hausrat drohenden Gefahren in zufriedenstellender Weise gedeckt sind, vergeben werden (Qualitäts-Gütesiegel), wobei hierbei die Einhaltung der o.g. Struktur gewährleistet sein müßte.

C. *Einschränkung der untersuchten Fragen*

Bei der Untersuchung europäischer Hausratversicherungspolicen habe ich mich bewußt auf den eigentlichen Kern des Versicherungsschutzes beschränkt. Ich verstehe hierunter die versicherten Güter, die versicherten Personen und die versicherten Gefahren bzw. Kosten und innerhalb dieser Aspekte die Frage der Ein-

36 Erwägungsgrund 20 führt i.V. m. der Aufgabe der Vorabgenehmigung für AVB aus: "Es ist folglich angebracht, andere Systeme vorzusehen, die den Erfordernissen des Binnenmarktes besser entsprechen..."

schränkungen (z.B. Ausschlüsse) des Versicherungsschutzes. Insofern versteht sich die Untersuchung bewußt als ein Einstieg in die Diskussion und nicht als deren Endpunkt. Die folgenden Ausführungen zur Transparenzproblematik beziehen sich also im wesentlichen auf den Aspekt "Umfang des Versicherungsschutzes". Dieser ist sicherlich nur eine Determinante zur Beurteilung des Versicherungsprodukts, gleichwohl aber der für den Verbraucher undurchschaubarste Teilaspekt.

II. Gestaltung einer Hausrat-Musterpolice

A. *Beurteilungskriterien des Verbrauchers für die Güte eines Hausratversicherungsprodukts*

Eine für den Verbraucher optimale Hausratversicherungspolice zeichnet sich durch die folgenden Merkmale aus:

I. <u>Geringe Mühe:</u>

1. Bei Versicherungsabschluß: knappe, verständliche Informationen, leichte Vergleichbarkeit von alternativen Versicherungsangeboten;
2. während der Gültigkeit der Police: möglichst geringe Sorgfaltspflichten;
3. im Schadenfall: prompte, unbürokratische Regulierung.

II. <u>Niedriger Preis</u>

III. <u>Hoher Deckungsumfang:</u>

1. Versicherte Sachen (**"Welche Güter sind versichert, welche nicht?"**);
   möglichst viele Güter ohne (oder zumindest mit hohen) Entschädigungsgrenzen für einzelne Gegenstände oder Gruppen von Gegenständen;
   möglichst Erstattung des Wiederbeschaffungswerts ohne Abzug für Verschleiß, Selbstbehalte etc., Recht auf Geldleistung, kein Unterversicherungseinwand, Erstattung von Sachverständigen usw.

2. Versicherte Personen (**"Wessen Hausrat ist versichert?"**); möglichst von allen Haushaltsangehörigen, Personal und Gästen.
3. Gefahren (**"Wogegen bin ich versichert?"**): Gegen möglichst alle Risiken und die Folgen von deren Eintritt, auch außerhalb des Versicherungsgrundstücks.
4. Einschränkungen
   a. Wenige Ausschlüsse (**"Welche Schäden sind nicht gedeckt?"**);
   b. wenige sonstige Einschränkungen (z.B.:**"Wo gilt die Versicherung nicht?"**).

B. Anforderungen an das Hausratversicherungsprodukt

Es liegt nahe, bevor man eine konkrete Musterpolice gestaltet, zunächst einmal die **Anforderungen** aufzuspüren und zu formulieren, denen sie genügen sollte.

B.1. Reihenfolge von Versicherungsbedingungen und Gliederung der Musterpolice

Die hier vorgeschlagene Gliederung folgt im Wesentlichen der Struktur, die die derzeitigen Bedingunswerke mehrheitlich aufweisen, nämlich der Aufteilung in Allgemeine und Besondere Bedingungen. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden jedoch in drei Teile zerlegt: Der einleitende Teil enthält Ausführungen zum Widerrufsrecht, der Dauer des Vertrages, Kündigungsmöglichkeiten, Pflichten beider Seiten und die detaillierte Nennung der Rechtsfolgen, wenn diese verletzt werden, was während der Vertragslaufzeit zu beachten ist, etc.

Es schließt sich der Teil an, der bei den herkömmlichen europäischen Hausrat-Policen nicht zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gehört. Er beschreibt den eigentlichen Kern des Bedingungswerks. Er definiert, was die versicherten

- Sachen
- Personen

- Gefahren und Kosten

sind und welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes innerhalb dieser drei Gliederungs-Unterpunkte gelten.

Der dritte Teil (zugleich der zweite Teil herkömmlicher "Allgemeiner" oder "Gemeinschaftlicher Bedingungen") betrifft die Abwicklung im Schadenfall.

Der abschließende vierte Teil behandelt das Ende des Versicherungsvertrages.

- Gliederungsschema der Musterpolice -

Teil 1: "Allgemeine ("Gemeinschaftliche") Bedingungen"
Widerrufsrecht, Rechtswirksamkeit der Police, Beginn des Versicherungsschutzes, Beschwerde-stelle, usw.

Teil 2: "Umfang des Versicherungsschutzes"

1. **Was** ist versichert ? (Versicherte Sachen) Ersatz des Wiederbeschaffungswertes)
   Entschädigungsgrenzen
   Ausschlüsse
2. **Wessen** Hausrat ist versichert? (Versicherte Personen
3. **Wogegen** bin ich versichert? (Versicherte Gefahren und Kosten)
   3.1 Naturgewalten
   3.2 Feuer und Nebengefahren
   3.3 Kontamination und Niederschläge aller Art
   3.4 Einwirkung durch (haushaltsfremde) Personen
   3.5 Flüssigkeitsschäden
   3.6 An- und Aufprall (ggf. incl. Glasbruch)
   3.7 Schäden durch elektrischen Strom
   3.8 Schäden durch Tiere aller Art
   3.9 Transportschäden
   3.10 Zufallsschäden
   Darstellung der Gefahren Nummer 1 , 2 und 3.1 bis 3.10 jeweils mit allen Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Teil 3: "Der Schadenfall"
Was ist zu tun? Obliegenheiten, deren Verletzung, Schadenermittlung, Abschlagszahlung, Fristen, Rechtsweg und Beschwerdestelle usw...

Teil 4: "Kündigung"

B.2. *Paketpolice oder Einzelpolice - Umfang des Bedingungswerks*

Bei der Untersuchung war ein unerwartet hohes Maß an grundsätzlicher Ähnlichkeit der Policen festzustellen. In fast allen Ländern versuchen die Versicherer, nicht nur eine Inhaltversicherung zu bieten, sondern diese mit der Gebäudeversicherung, oft auch mit der Privathaftpflichtversicherung zu verbinden.

B.2.a. Bündelung von Hausrat- und Gebäudeversicherung

Zumindest die Verbindung mit der Gebäudepolice macht Sinn, werden doch weitgehend die gleichen Gefahren abgedeckt, gelten ähnliche Ausschlüsse. Ist es darüber hinaus in dem betreffenden Land üblich, daß man in der eigenen Wohnung oder dem eigenen Haus wohnt, ist dies für die Versicherer und Versicherungsnehmer auch bequemer. Andererseits ist es immer das Bestreben der Versicherer, Kunden daran zu hindern, sich besonders preiswert zu versichern und Teile des Versicherungsschutz-Bündels bei anderen Versicherern in Deckung zu geben.

B.2.b. Textaufblähung durch Bündelung

Das Bündeln der Verträge durch den Versicherer liegt zumindest dann nicht im Interesse des Kunden, wenn der Abschluß von je einer gesonderten Gebäude- und Hausratversicherung für den Verbraucher nicht mehr Informationsaufwand z.B. dadurch erfordert, daß Versicherungsbedingungen, die beide Sparten betreffen, zweimal erklärt werden. Diesem Doppelangebot an gleichen Informationen bei separaten Policen steht jedoch bei der Bündelung von Gebäude- und Hausratpolice der Nachteil entgegen, daß im - wesentlich längeren - Text sich Informationen zu Gebäude- und Hausratversicherung abwechseln. Hierdurch werden die Versicherungsbedingungen stark aufgebläht und intransparenter.

B.2.c. Beispiel

Ein in dieser Hinsicht negatives Beispiel stellt z.B. die Police der Les Assurances Populaires "Optima Habitation" (Belgien) dar, die zwar z.T. einen bzgl. der Anzahl gedeckter Risiken recht weitreichenden Versicherungsschutz bietet, andererseits aber einen solchen Umfang aufweist, daß ein "normaler Mensch" sich die Versicherungsbedingungen nicht sorgfältig durchlesen, geschweige denn einen Vergleich der Leistungen mit einem anderen Anbieter anstellen wird. Das Beispiel "Royal Insurance" (Liverpool) zeigt jedoch, daß aufgeblähte Versicherungsbedingungen nicht nur durch die Bündelung mit Gebäude- und Haftpflichversicherung entstehen, sondern daß man allein durch weniger Details und Ausnahmen statt mit ca. 30 halben Seiten mit derselben Anzahl halber Seiten auskommt, die darüber hinaus noch wesentlich übersichtlicher und weniger stark bedruckt sind [Anlagen 1 und 2 (LAP, Belgien) und 3 (Royal Insurance, GB)]. Und doch bläht - selbst bei Royal Insurance - die Bündelung das Bedingungswerk auf. Selbst Royal Insurance könnte noch ca. 8 von insgesamt 30 Seiten einsparen, würde man die Informationen zu "Buildings" und "Contents" in unterschiedlichen "policy books" unterbringen. Mit anderen Worten:

Die **Musterpolice** sollte **nur den Inhalt** zum Gegenstand haben.

C. Umfang des Versicherungsschutzes

C.1. Möglicher Umfang

Damit der Verbraucher den Umfang des Versicherungsschutzes eines ihm unterbreiteten Versicherungsangebots beurteilen kann, muß er den **möglichen Umfang** kennen.

So ahnt er z.B. als deutscher Verbraucher, der bei Allianz versichert ist, nichts davon, daß, werden ihm die Allgemeinen Hausratversicherungsbedingungen "VHB 84" angeboten (etwas anderes gibt es ja z.Zt., mit Ausnahme der

ostdeutschen "Erweiterten Haushaltversicherung", noch nicht in Deutschland), z.B. die Deckung des "Anprallrisikos" sehr lückenhaft ist. Nur der Anprall bemannter Flugkörper oder Teile seiner Ladung ist nämlich versichert.

1. Ein in Italien bei Generali, Venedig, versicherter Verbraucher hätte immerhin Versicherungsdeckung beim Anprall generell aller Flugkörper und Raumfahrzeuge und beim Anprall von Fahrzeugen.

2. Ein in Belgien, bei L.A.P.(Les Assurances Populaires, Brüssel) versicherter Verbraucher hätte dagegen zusätzlich zum Generali-Kunden auch noch Versicherungsschutz gegen das Anprallen von Kränen und Hebegeräten.

3. Ein in England, bei der Sun Alliance, London, versicherter Verbraucher hätte zwar keinen Versicherungsschutz gegen das Anprallen von Kränen und Hebegeräten, dafür aber gegen den viel wahrscheinlicheren Anprall von fallenden Bäumen oder Ästen. (Nicht nur als Folgeschaden eines Windes, der stark genug ist, um nach den Definitionen der Versicherungsbedingungen als Sturm zu gelten - ein solches Ereignis wäre u.a. auch beim Allianz- oder Generali-Kunden gedeckt!).

Ferner hätte er auch beim Anprall von Tieren und bei herabfallenden Fernseh- oder Radioantennen Versicherungsschutz.

4. Und ein irischer Verbraucher, der bei Hibernian (Dublin) versichert ist, hat, was das Anprallrisiko betrifft, sogar noch ein weiteres Bonbon in seiner Police: er ist, genau wie ein englischer Versicherter, der bei Royal

Insurance abgeschlossen hat, zusätzlich gegen entgleisende Züge versichert, die anprallen.

C.1.a. Nennen aller Versicherungsmöglichkeiten

Das kleine Beispiel sollte zeigen, daß es auf einem europäischen Markt für Hausratversicherungen ohne eine Orientierung an einer Art Musterpolice, die z.B. **sämtliche versicherbare Gefahren nennt**, nicht möglich sein wird, den besten oder auch nur - mangels Kenntnis der Versicherungsalternativen - für ausreichend gehaltenen Versicherungsschutz auszuwählen. Und es macht auch sofort klar, daß der Verbraucher über sämtliche drohenden Gefahren aufgeklärt werden muß, wenn es nicht gedeckte Gefahren gibt. Wer denkt beim Abschluß des Vertrages denn schon an den anprallenden Kran? Nichtsdestoweniger wird die Entrüstung des Verbrauchers groß sein, wenn er erst bei Eintritt dieses (zugegebenermaßen unwahrscheinlichen, aber doch möglichen) Schadens merkt, daß kein Versicherungsschutz besteht.

C.1.b. All-risk-Deckung?

Eine sich in diesem Zusammenhang anbietendes Deckungskonzept müßte nach den oben skizzierten Verbraucherbedürfnissen eigentlich die "all-risk"-Deckung sein. Nach diesem Versicherungskonzept gelten die versicherten Güter als gegen alles versichert, was nicht ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist. Da jedoch Einschränkungen des Versicherungsschutzes nicht nur hinsichtlich versicherter Gefahren, sondern (vgl. Seite 35) der folgenden Punkte 2 bis 5

1. Versicherte Sachen
2. Versicherte Personen
(3. Versicherte Gefahren)
4. Versicherungsort und andere Einschränkungen
5. Umfang der Entschädigung

bestehen, gewänne man durch all risk nur eine geringe Textverkürzung bei den Versicherungsbedingungen. Darüber hinaus erwartet kein Verbraucher, daß sein Versicherungsschutz ohne Einschränkungen ist. Selbst der Naivste wird z.B. vermuten, daß Schäden durch einfaches Fallenlassen des versicherten Gegenstands nicht versichert sind. Er würde, da er nicht an ein umfassendes Versicherungsprodukt glaubt, verunsichert werden. Das folgende vermeintliche Argument gegen "all risk" ist allerdings nicht stichhaltig: Man könnte gegen "all risk" einwenden, daß es einen Verbraucher geben könnte, der sich gegen "pea-nuts"-Gefahren, deren Eintritt keine hohen finanziellen Folgen für ihn haben, nicht versichern will und dadurch Prämie spart. Dieser Verbraucher könnte jedoch auch ein Angebot mit Selbstbeteiligung auswählen. Dies würde ihn von der Mühe befreien, selbst überlegen zu müssen, ob ein bestimmtes Risiko sich finanziell gravierend auswirken kann. Solche Überlegungen sind i.d.R. ohnehin lästig und unerwünscht.

C.1.c Mittelweg zwischen ausführlicher Gefahrbeschreibung und "all risk": Definition von Hauptgefahren

Die in meinen Augen optimale Lösung ist ein Mittelweg zwischen "all risk" und Nennen von Einzelgefahren. Versicherungsbedingungen sind transparenter, wenn sie die dem Hausrat drohenden Gefahren erläutern, wobei dies nicht zu einer endlosen Litanei von "Mini"-Gefahren ausarten sollte. Es ist daher sinnvoll, diese "Mini-Gefahren" so zusammenzufassen, daß man **umfassende Definitionen separater Einzelgefahren** (im Folgenden **Hauptgefahren** oder **Garantien** genannt) erhält. Dies scheint m.E. für Verbraucher transparenter zu sein als das "all risk"- Konzept, da es plastischer ist.

C.2. Tatsächlicher Umfang

Eine Musterpolice würde das Anprallrisiko ganz einfach nur als "Anprall von - gleichgültig welcher - Materie" oder "Anprall fester Materie" (in diesem Fall wäre der Anprall flüssiger oder gasförmiger Stoffe ausgeschlossen) definieren. Aus der Gegenüberstellung der Musterpolice mit dem jeweiligen Versicherungsangebot muß der Verbraucher erkennen, wenn das Angebot weniger Deckung bietet, als die Musterpolice.

C.2.a. Plazierung von Abweichungen von der Musterpolice im jeweiligen Gliederungspunkt

Damit der Verbraucher den Unterschied zwischen dem Deckungsumfang der Musterpolice und dem des konkreten Versicherungsangebots nicht lange suchen muß, müssen sich alle Ausführungen zum Umfang des Versicherungsschutzes an der gleichen Stelle befinden. Das heißt z.B. bzgl. des o.e. Anprallrisikos, daß weder in der Musterpolice noch in den konkret angebotenen Versicherungsbedingungen Teile des gedeckten Anprallrisikos an unterschiedlichen Textstellen der Versicherungsbedingungen plaziert werden dürfen. Dies gilt erst recht, wenn diese möglicherweise nur durch Umblättern auffindbar sind [Plazierung des Anprallrisikos bei Hibernian (Irland) (Anlage 4) und bei Generali (Italien) Anlage 5)]. Auch hieraus läßt sich eine weitere Anforderung an die Musterpolice ableiten:

C.2.b. Plazierung von Ausschlüssen und Einschränkungen

C.2.b.1. Allgemeine Einschränkungen des Versicherungsschutzes

In der Musterpolice sollten alle anderen Einschränkungen des Versicherungsschutzes, die nicht unter den Gliederungspunkten "Versicherte Sachen, Personen, Gefahren" erwähnt werden, in

den "Gemeinschaftlichen Bedingungen" deutlich hervorgehoben genannt sein, z.B. bei Nichtzahlung der Prämie, bei Verletzung der Anzeigepflichten durch den Versicherungsnehmer usw.

C.2.b.2. Spezielle Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Jeweils zu Beginn der Kapitel, die sich mit dem mateiellen Umfang des Versicherungsschutzes beschäftigen, nämlich "Versicherte Sachen", "versicherte Personen" und "versicherte Gefahren" muß auf diese Ausschlüsse erneut hingewiesen werden. Zwar ist es generell wünschenswert, wenn all das, was den Versicherungsschutz einschränkt, für den Verbraucher leicht auffindbar ist und möglichst in einem **einzigen Paragraphen** der Versicherungsbedingungen, untergebracht wird. Eine derartige Anordnung brächte jedoch keinen großen Vorteil. Denn auch die primäre Risikobeschreibung, wie z.B. "Versichert sind Schäden an versicherten Gegenständen, die durch Feuer verursacht werden", enthält einen Ausschluß, denn ein Sengschaden ist damit nicht versichert. Das definitive Nennen dieses Ausschlusses (Sengschaden) muß aber nach dem oben entwickelten Grundsatz an der Stelle geschehen, wo es um die positive Beschreibung des Versicherungsschutzes (primäre Risikobegrenzung) geht. Man wird also damit leben müssen, daß Ausschlußtatbestände über mehrere Seiten und mehrere Gliederungspunkte des Bedingungstexts hinweg auftauchen. Umso wichtiger ist deshalb eine möglichst knappe und präzise Darstellung der folgenden Punkte. Erinnern wir uns an Teil 2 der Musterpolice: In allen folgenden Gliederungspunkten des zweiten Teils der Musterpolice, nämlich:

1. Versicherte Sachen
2. Versicherte Personen
3. Versicherte Gefahren

sind schon durch die primäre Risikobeschreibung Ausschlüsse formuliert. Es ist transparenter, die namentlichen Ausschlüsse (Ausnahmen vom Einschluß = Ausschluß) an der gleichen Stelle

zu plazieren. Der eingangs erwähnte Punkt 4. "Einschränkungen" wird also in der Musterpolice nicht noch einmal separat behandelt (das würde die Versicherungsbedingungen aufblähen!), sondern innerhalb der Gliederungspunkte 1 bis 3. Dies bedeutet aber auch, daß alle Einschränkungen des Versicherungsschutzes (außer bei Obliegenheitsverletzungen und Nichtzahlen der Prämie) innerhalb der obigen drei Gliederungspunkte der Musterpolice abgehandelt werden müsen.

C.2.b.3 Beispiel für Transparenzprobleme aufgrund der Plazierung eines Ausschlusses

Die Plazierung der Einschränkungen des Versicherungsschutzes an der Stelle der Versicherungsbedingungen, wo die primäre Risikobeschreibung steht, soll an einem Beispiel verdeutlicht werden. Es handelt sich um eines der in Frankreich üblichen Produkte "Multirisque Habitation" und wird von der Groupe Azur angeboten. Der Verbraucher kann folgende Unter-Policen, alle gegen Extra-Preis, versichern:

Garantie A: Feuer - verbundene Gefahren

Garantie B: Sturm - Hagel auf das Dach

Garantie C: Naturkatastrophen

Garantie D: Aufstände, soziale Unruhen terroristische, Sabotage-, vandalistische Akte

Garantie E: Rechtsschutz

Garantie F: Haftpflicht des Eigentümers oder Miteigentümers des Gebäudes

Garantie G: Glasbruch

Garantie H: Wasserschäden

Garantie I: Diebstahl

Garantie J: Privathaftpflicht

Garantie K: Elektrische Schäden

Schaut man sich die einzelnen Garantien an, so stellt man fest, daß unter jeder "Garantie" eingangs unter 1 mit "Événements concernés" die versicherten Gefahren geschildert werden. Erst unter 3

folgen dann die zugehörigen Ausschlüsse [Anlage 6: Groupe Azur, Azur Habitation "Standing", Seite 3].

Beispiel aus Garantie A (Feuer - verbundene Gefahren): Wenn ein Blitz einschlägt, trifft es mit hoher Wahrscheinlichkeit den Fernseher - für manchen Verbraucher eine wirkliche Katastrophe. Beruhigt liest dieser unter 1, daß der Blitzeinschlag versichert ist. Unter 3 muß er dann aber feststellen, daß alle Blitzeinschlags-Schäden ausgeschlossen sind, die an Elektrogeräten und deren Inhalt entstanden sind! Noch schlimmer steht es bei allen deutschen Versicherern, deren Versicherungsbedingungen gleich sind und VHB 84 heißen (Allgemeine Hausratversicherungsbedingungen 1984). Paragraph 4 nennt Blitzschlag" als versicherte Gefahr. Paragraph 9 Nr.2.c) nennt als Ausschluß:

> *"....Überspannungsschäden, die an elektrischen Einrichtungen .... entstanden sind, außer wenn sie Folge eines Brandes oder einer Explosion sind".*

Zu beachten ist, daß das Wort "Überspannungsschäden" an sich schon eine Wortschöpfung der Versicherer bzw. ein Fachbegriff ist. Ein normaler Verbraucher versteht es nicht. Zu beachten ist ferner, daß durch diesen Ausschluß nicht, wie sonst in Europa üblich, nur Geräte erfaßt werden, sondern auch Leitungen, Kabel und Steckdosen usw. Und schließlich bleibt festzustellen, daß die erwähnte Regelung nicht nur die materiell schlechteste aller untersuchten Versicherungsbedingungen ist, sondern, daß der Abdruck des Ausschlusses vom Versicherungsschutz so weit von der Textstelle mit der primären Risikobeschreibung entfernt ist, daß ein Normalverbraucher ihn schon gar nicht mehr mit dem in Paragraph 4 genannten Blitzeinschlag in Verbindung bringt.

Der beschriebene äußerst ärgerliche und unnötige (weil gegen geringe Mehrprämie zu versichernde!) Ausschluß kommt übringens in Europa häufig vor. Nicht jedoch beim (in mancherlei Hinsicht) Musterknaben der Policengestaltung, der Royal Insurance, Liverpool. Diese verzichtet auf den Ausschluß [Anlage 3: Royal Insurance, Homeshield, Policy book "Bronze"]. Wenn sie ihn aber dennoch in ihr Bedingungswerk aufnehmen wollte, würde sie ihn ganz einfach in der rechten Spalte unter "What is not insured"

synoptisch, d.h. auf gleicher Höhe wie das links aufgeführte "Lightning", plazieren.

C.2.c. Umfassende Gefahrendefinition als Grundlage von Teil-Deckungen

Die Musterpolice soll Haupt-Gefahren definieren, vgl. unten III, C.1, damit es nicht eine ausufernde Menge von Unterdeckungen für jede einzelne zu einer Gefahrengruppe gehörende "Mini-Gefahr" gibt, was zu Intransparenz führen würde. Sie soll eine knappe und umfassende Definition dieser Hauptgefahr bieten - am Beispiel des Anprall-Risikos war diese Problematik ja schon aufgezeigt worden. Lediglich als Erläuterung sollte die Musterpolice die einzelnen Teilgefahren vollständig aufführen. Natürlich ist es dann, wenn ein Anbieter diese Police benutzt (obwohl für Verbraucher plastischer) nicht mehr unbedingt nötig, denn er wird den Versicherungsschutz mit Sicherheit einschränken und muß wegen des synoptischen Gliederungsprinzips der Police seine den Versicherungsschutz verschlechternde Abweichung auf der rechten Seite des Policy-books abdrucken! Für Demonstrationszwecke, vor allem gegenüber Fachfremden, ist es jedoch sinnvoll, in den später folgenden Erläuterungen alle Haupt- und Sub-Gefahren aufzulisten, um den Lesern eine Vorstellung davon zu geben, welche Gefahren-Deckungen in Europa vorkommen und wie groß der maximale Deckungsumfang innerhalb der jeweiligen Hauptgefahr sein könnte (vgl. unten, unter den Einzelheiten der Musterpolice, III, C.1.

C.2.d. Obligatorische Mindest-Deckung der "schlimmsten" Hauptgefahren

Gefahren, deren Eintritt den Verlust des gesamten Hausrats zur Folge haben können, müssen obligatorischer Bestandteil der Musterpolice sein. Das bedeutet, daß die auf unter III, C.1 genannten

Hauptgefahren in der Musterpolice als Grundbaustein enthalten sein sollten:

- Naturgewalten, zumindest Naturkatastrophen
- Feuer und Nebengefahren
- Kontamination und Niederschläge aller Art, (mindestens Kontamination)
- Einwirkung haushaltsfremder Personen
- Anprall.

D. Beurteilung des Preises des Versicherungsschutzes

D.1. Höhe möglicher Selbstbeteiligungen

Da es im Musterpolicen-Konzept um Transparenz geht, darf ein Versicherer, der die Orientierung seines Versicherungsangebots an der Musterpolice werblich ausnutzen will, nur einen vorgegebenen Selbstbehalt anbieten. Die Musterpolice könnte einen, maximal aber zwei oder drei unterschiedliche Selbstbehalte vorgeben, zwischen denen der Versicherer wählen kann. Mögliche wählbare Selbstbeteiligungen könnten sein: 100, 250 und 500 ECU.

Begründung: Der Verbraucher ist nicht in der Lage, einzuschätzen, ob der durch eine höhere Selbstbeteiligung erzielte Prämienvorteil den Nachteil der Selbstbeteiligung aufwiegt. Er wird sich also beim Vergleich mit anderen Angeboten an der beim ersten Angebot vorgefundenen Selbstbeteiligung orientieren und Vergleichsangebote mit der gleichen Selbstbeteiligung einholen. Am Beispiel der deutschen privaten Krankenversicherung läßt sich zeigen, daß allein das Problem unterschiedlicher (also nicht vorgegebener) Selbstbeteiligungen einen Preisvergleich schon ungeheuer erschwert, denn man findet derartige Selbstbeteiligungen in unterschiedlichster Form (prozentual sowie Höchstbeträge) und Höhe. Darüber hinaus gelten sie z.T. lediglich für die Haupt-Gefahr/Garantie "ambulante Heilbehandlung", z.T. bei anderen Anbietern jedoch für alle drei wichtigen Hauptgefahren ambulante Heilbehandlung, Krankenhausbehandlung und Zahnbehandlung.

Ein Versicherer, der die Musterpolice verwendet und Selbstbeteiligungen in den einzelnen Garantien/Haupt-Gefahren verlangt, muß außerdem in der "schedule contents" direkt neben dem Preis für diese Hauptgefahr die Höhe der Selbstbeteiligung angeben.

D.2. Beschränkung auf eine einzige Deckungsalternative bei der Kombination von Hauptgefahren

Einige Versicherer bieten zwei oder drei unterschiedlich teure Versicherungspakete an: Eine Standarddeckung und eine oder zwei Luxusdeckungen. Royal Insurance z.B. nennt ihre policy books "bronze", "silver" und "gold", Groupe Azur, Frankreich, bietet zwei Deckungspakete an: "Standing" und "Prestige". So etwas sollte einem Versicherer, der nach dem Musterpolicen-Konzept anbietet, nicht erlaubt sein. Denn der Verbraucher wird i.d.R. nicht beurteilen können, was er für den Aufpreis bekommt. Es wird meist nicht viel sein, wenn schon das Standardangebot umfassenden Versicherungsschutz bietet.

Beispiel Royal Insurance: In deren Werbematerial wird als Vorteil der Police "Silver" der zufällige Schaden (Beispiel Zerbrechen einer Vase, Farbe auf den Fußboden verschütten, ein TV-Gerät fallen lassen, in eine Leitung nageln) genannt. Da auch diese Schäden sehr teuer werden können, hat man vor sich selbst eine Rechtfertigung gefunden, dem psychologischen Druck nachzugeben, den die Namen "Bronze, Silver und Gold" erzeugen. Und wenn man sich mit Silver schon angefreundet hat, legt man für "Gold" noch einmal ein paar Pfund obendrauf, obwohl man den verbesserten "away"-Schutz möglicherweise gar nicht braucht bzw. die Qualität und Verläßlichkeit der bei der Gold-Police nutzbaren 24-Stunden-Notrufnummer nicht vor einem Schadenfall beurteilen kann. Gleichwohl ist auch der "Gold"- Kunde noch lange nicht gut versichert. Der fehlende Neuwertersatz im Schadenfall und die hohe Selbstbeteiligung von 100 (bzw. bei Inkaufnahme von 10% Mehrprämie 50) Pfund beeinträchtigen den Wert des "Goldes" doch erheblich!

Fazit: Ein die Musterpolice anbietender Versicherer sollte lediglich ein einziges gutes Produkt anbieten, das durch die Wahl von mehr oder weniger Hauptgefahren (Garantien) flexibel genug ist für Variationen des Verbrauchers.

E. Sonstige transparenzsteigernde Maßnahmen

Es gibt sehr einfache, dennoch aber sehr wirksame Mittel zur Transparenzsteigerung.

E.1. Indexverzeichnis

Ein gutes Stichwortregister kann z.B. mehr Transparenz schaffen, als die beste Gliederung der Versicherungsbedingungen. Ein herauszuhebender Versicherer, der bereits mit Register arbeitet: Royal Insurance. Demgegenüber verzichtet Baltica, (DK), auf dieses Register, obwohl ihre Versicherungsbedingungen in Zusammenarbeit mit dem dänischen "Forbruggereadet" entwickelt wurden und das mit diesem ausgehandelte Konzept ein Stichwortregister vorsieht.

E.2. Drucktechnische Hervorhebungen von in Gesetzen geregelten Sachverhalten

Damit sich Versicherer nicht damit brüsten, was ohnehin ihre gesetzliche Pflicht ist, könnte man verlangen, daß dann, wenn in Gesetzen geregelte Sachverhalte wiedergegeben werden, eine drucktechnische Hervorhebung (z.B. Kursivschrift) der entsprechenden Textstellen erfolgt. Außerdem sollte eine Numerierung dieser Textstellen mit entsprechendem Fundstellenverzeichnis Bestandteil der Versicherungsbedingungen sein.

E.3. Angabe Rechtsfolgen von Pflichtverletzungen

An vielen Stellen der untersuchten Bedingungswerke werden sehr ausführlich die Pflichten der Versicherten beschrieben. Oft

fehlt es an der Darstellung der Rechtsfolgen, die eintreten, wenn der Verbraucher sich nicht daran hält. Ein Musterpolicen-Anbieter muß alle mit solchen Pflichtverletzungen verbundenen Sanktionen bzw. Sanktionsmöglichkeiten plastisch schildern.

E.4. Freiwillige Übernahme von Informationspflichten durch den Versicherer

Ein nach dem Musterpolicen-Konzept anbietender Versicherer verpflichtet sich, seine Kunden einmal jährlich darüber zu informieren, ob noch alle Vertragsbestimmungen wirksam sind. Zur Unwirksamkeit solcher Bestimmungen kann es durch Gesetzesänderungen kommen, sie kann sich aber auch durch entsprechende Rechtsprechung ergeben.

III. Einzelheiten der Musterpolice

Unter IIB.2 war ausgeführt worden, daß es sinnvoll ist, die Versicherungsbedingungen von Gebäude- und Inhaltversicherung zu trennen. Die folgenden Ausführungen basieren auf dieser Trennung und betreffen allein die Hausratversicherung.

A Versicherte Sachen

A.1 Was gehört zum Hausrat, was nicht?

Was als Hausrat versichert ist, wird von den verschiedenen Bedingungswerken in Europa im wesentlichen gleich definiert. Bei einigen Versicherern sind Motoren und ausschließlich beruflich genutzte Gegenstände vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Z.T. findet man Ausschlüsse bei der Versicherung von Surfgeräten sowie (bei englischen Versicherern) Sportausrüstung. In der Musterpolice sollten generell alle mobilen Gegenstände (außer Motorfahrzeugen, die bei Teilnahme am Straßenverkehr eine amtliche

Zulassung benötigen und üblicherweise gewerblich genutzte Motorfahrzeuge) versichert sein (Go-Karts, Rollstühle und Gartenfahrzeuge sollten versichert sein!). Auch beruflich genutzte Gegenstände, die sich in Räumen befinden, die nicht ausschließlich gewerblich genutzt werden sollten gedeckt sein. Daneben sollten vom Mieter fest mit der Wohnung verbundene Sachen, auch, wenn sie durch diese Verbindung Gebäudebestandteil geworden sind, versichert sein. Der Versicherungsschutz gegen Haftpflichtansprüche Dritter, wie er in vielen Gebäude- und Inhalts-Versicherungspaketen (z.B. in Frankreich, Belgien und Großbritannien) üblich ist, hat in der Musterpolice Hausrat nichts zu suchen, auch nicht Rechtsschutz-, Unfall- oder andere Versicherungen. Sie betreffen allesamt andere Gefahren. Ein Versicherer, der nach der Musterpolice anbietet, soll daher nicht gleichzeitig solche Paketpolicen verkaufen dürfen.

A.2 Einschränkungen des Versicherungsschutzes bei bestimmten Gütern

A.2.a Wiederbeschaffungswert

Versicherungsschäden werden oft nicht in befriedigendem Umfang ausgeglichen. In den Fällen, wo eine Reparatur einer beschädigten Sache nicht mehr lohnt, hat der Verbraucher das Interesse, den Wiederbeschaffungswert der Sache - und das selbstverständlich als Geldbetrag - ersetzt zu bekommen. Es ist kleinlich, wenn z.B. die britischen Versicherer bei Bettwäsche und Kleidern einen Abzug "wear and tear" machen. Einige französische und der gleichfalls untersuchte belgische Versicherer LAP behaupten zwar, sie ersetzten den "valeur à neuf", nehmen jedoch dann einen dem Verschleiß entsprechenden Abschlag bei der Entschädigung vor, wenn zum Zeitpunkt des Schadeneintritts die Wertminderung gegenüber dem Neuwert 20% (bei Hagel- oder Sturmschäden) bzw. 30% (bei allen anderen Schäden) überschritten hat. GAN, Frankreich, entschädigt eine recht lange Reihe von Gegenständen, z.B. persönliche Besitztümer, Elektrogeräte, Kücheneinrichtung,

Kleider, Wäsche, Radio und Fernseher überhaupt nicht nach Neuwert. In solchen Fällen von Neuwert-Entschädigung zu sprechen, ist Etikettenschwindel. Die Musterpolicen-Deckung muß schon deshalb der volle Neuwert (Wiederbeschaffungswert) sein, weil der Verbraucher den Schadensgegenstand wieder neu kaufen muß. Die in Deutschland mit der Versicherung zum Wiederbeschaffungswert gemachten positiven Erfahrungen sollten andere europäische Versicherer zum Anlaß nehmen, ebenfalls auf wear and tear - Abzüge zu verzichten. Übrigens: Daß dem Verbraucher der Neuwert auch dann ersetzt werden muß, wenn er die Ersatzbeschaffung lieber unterlassen möchte, sollte selbstverständlich sein!

A.2.b Matching of items

Auch in diesem Punkt sind sich die untersuchten britischen Versicherer, Sun Alliance und Royal Insurance, einig: Obwohl es z.B. nicht möglich ist, einen passenden Bezug einer Couch zu zu beschaffen und daher die ganze Garnitur neu bezogen werden müßte, kommen beide Versicherer dafür nicht auf. Sie entschädigen nur den Bezug der einen Couch. Derartiges ist beispielsweise in Deutschland undenkbar, ein solcher Ausschluß ist in den VHB 84 unbekannt. Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit des "matching of items"-Ausschlusses spielt möglicherweise auch der unterschiedliche Lebensstandard eine Rolle. Dennoch sollte die Musterpolice den entsprechenden Einschluß in die Deckung expressis verbis enthalten. Versicherer können ja ggf. auf der rechten Seite ihrer policy books die Abweichung von der Musterpolice aussprechen.

A.2.c Entschädigungsgrenzen und Aufbewahrungsvorschriften (Wertsachen und "high risk items")

Wir kommen nun zum heikelsten Kapitel, das Versicherungspolicen und -bedingungen zu bieten haben, der Wertsachendeckung. Für die Transparenz ist es schlecht, wenn jeder Versicherer die Wertsachen unterschiedlich definiert. Hier muß die Musterpo-

lice eine Definitionsvorgabe machen. Zur Intransparenz trägt ebenfalls bei, wenn man für bestimmte Güter besondere Aufbewahrungsorte vorschreibt, die Entschädigung pro Hausratgegenstand und die Gruppe der Wertsachen auf einen bestimmten Prozentsatz der Versicherungssumme beschränkt, ja sogar für diese Gegenstände die Diebstahldeckung auf Einbruchdiebstahl-Deckung eingrenzt usw. Dennoch wird die Verbraucherseite die im Vergleich mit den übrigen Hausratgegenständen schlechteren Entschädigungsregelungen für Wertsachen wohl hinnehmen müssen.

A.2.c.1 Definition des Wertsachenbegriffs europäischer Versicherer

Die Untersuchung verschiedener Bedingungswerke förderte zutage, daß fast jeder Versicherer eigene Definitionen für Wertsachen benutzt:

Am Beispiel der Versicherungsbedingungen von GAN, Frankreich, soll die Problematik veranschaulicht werden:

- Silber, Pelze, Schmuck, Edelsteine, echte Perlen, Plastiken und Bilder von Wert, Sammlungen, seltene und wertvolle Objekte sind als Wertsachen nur mit maximal 30 % der Versicherungssumme für Hausrat versichert.
- Geld aller Art, Edelmetallbarren und Wertpapiere sind nur bis zu einer Summe in Höhe von 7 mal der im Versicherungsschein genannten Jahresnettoprämie gedeckt, wenn
  - sie unter Möbel- oder Tresorverschluß aufbewahrt werden
  - am Tag des Schadens eine detaillierte Aufstellung der Wertpapiere mit Angaben der Seriennummern in einem anderen Möbel verwahrt wurde
  - bei einem Tresorverschluß der Tresor entweder aufgebrochen oder weggeschafft wurde.

Für die angelsächsischen Versicherer stehe Hibernian, Dublin als Beispiel. Bei deren all-risk-Deckung definiert man "Wertsachen und anderes Eigentum" wie folgt: Schmuck, **Armbanduhren**, Pelze, Edelmetall-Artikel, **Photoapparate**, **Ferngläser**, **Sportausrüstung**, **Kleidung**, **persönliches Eigentum** (was darunter zu verstehen ist, wird nicht erklärt), **Gepäck**, und **Fahrräder**. Die Fahrräder sind mit maximal 200 Pfund (250 ECU) pro Jahr versichert. Schäden an den anderen genannten Gegenständen werden mit 1.000 (1.253 ECU) Pfund pro Stück und Jahr entschädigt.

Anmerkung: Kreditkarten werden bei den Wertsachen nicht mit aufgeführt, für sie gelten 500 Pfund (1.127 ECU) Entschädigungsgrenze.

Überhaupt kein Versicherungsschutz besteht innerhalb der Wertsachendeckung für: Geld und Briefmarken, Urkunden und Wertpapiere, Brillen und Kontaktlinsen, ...Musikinstrumente, ... Darüber hinaus beträgt die Selbstbeteiligung pro Schaden 15 Pfund!

A.2.c.2 Definition des Wertsachenbegriffs in der Musterpolice

Macht man sich Gedanken über die Gegenstände, die i.d.R. alle Versicherer unter Wertsachen subsumieren, so kommt man sehr schnell zu der Einsicht, daß diese Sachen etwas gemeinsam haben: Sie sind pro Einzelstück nicht nur sehr viel teurer im Anschaffungs- und auch im Wiederbeschaffungswert, sondern sie repräsentieren in erster Linie einen **Vermögenswert**, erst in zweiter Linie einen **Gebrauchswert**. Daraus folgt: Computer, Hifi- und Videoanlagen bzw. -ausrüstung, Fernrohre, Kameras, Brillen, Kontaktlinsen usw. gehören nicht zu den Wertsachen, denn bei ihnen steht eindeutig der Gebrauchswert im Vordergrund. Dem Beispiel der englischen Versicherer, diese Sachen ebenfalls nur eingeschränkt zu entschädigen, sollten andere europäische Versicherer nicht folgen. Man kann aufgrund dieser Abgrenzungskriterien versuchen, die Wertsachen zu unterteilen:

Wertsachen in der Musterpolice:

A: Gegenstände mit **ausschließlich Vermögenswert**:
Geld aller Art, Münzen, Medaillen, Urkunden, Papiere, die eine Forderung oder Beteiligung verbriefen (Wertpapiere, Aktien, Schuldscheine, Wechsel, Sparbücher usw.), Kreditkarten.

B: Gegenstände mit **fast ausschließlich Vermögenswert**:
Schmuck, Edelmetalle und Gegenstände daraus, Sammlungen von Sachen, bei denen der Vermögenswert im Vordergrund steht, wie z.B. Briefmarken- und Münzsammlungen, Kunstobjekte (Plastiken und Bilder).

C: Gegenstände mit **überwiegend Vermögenswert**:
Pelze, wertvolle Teppiche und Antiquitäten.

Diese Aufteilung wird für die Musterpolice vorgeschlagen.

A.2.c.2.1 Verschlußvorschriften

Eingangs war ausgeführt worden, daß der Verbraucher kein Interesse daran hat, viele Vorschriften beachten zu müssen. Die Musterpolice sollte auf alle Verschlußvorschriften verzichten. Wenn ausnahmsweise einmal ein Tresor oder eine Alarmanlage installiert ist, kann der Versicherer ja die Entschädigungsgrenzen aufstocken. Offenbar teilen sogar die Versicherer diese Auffassung, denn warum sonst hätten z.B. die deutschen Versicherer bei Einführung der "VHB 84" im Jahre 1984 von den in den vorherigen Versicherungsbedingungen (VHB 74) noch geltenden Verschlußvorschriften abrücken sollen?

A.2.c.2.2 Entschädigungsgrenzen

Auch hier gibt es z.T. gewaltige Unterschiede:

LAP, Belgien, erstattet z.B. nach einem Diebstahl (überwiegende Schadensursache bei Wertsachen) ohnehin nur 50% der Versicherungssumme (in der Police kann davon abgewichen werden). Darüber hinaus gibt es generell pro Einzelgegenstand lediglich maximal 175.000 BF (4.384 ECU). Schmuck, der außer-

halb eines Tresors aufbewahrt wird, wird lediglich mit pro Einzelstück maximal 75.000 BF (1.878,70 ECU) entschädigt. Für Edelmetallbarren, Münzen, Banknoten, Briefmarken, Anteile, Obligationen, Schecks und andere Wertpapiere ist die Entschädigung sogar auf 50.000 BF (1.252,50 ECU) beschränkt.

Royal Insurance, GB, schreibt für Wertsachen eine Gesamt-Entschädigungsgrenze von 10.000 Pfund (= 8.142 ECU) vor. Für das Einzelstück erhält man maximal 1.000 Pfund (= 814 ECU). Geld wird mit maximal 250 (= 204 ECU), Kreditkarten mit 500 Pfund (=407 ECU) entschädigt.

Die deutschen VHB 84 gewähren für Bargeld max. DM 1.500 (= 774 ECU), für Sparbücher und Wertpapiere DM 5.000 (= 2.578 ECU) und für Schmuck, Edelsteine, Briefmarken, Münzen, Perlen, Medaillen und Sachen aus Edelmetall maximal DM 40.000 (= 20.627 ECU). Als weitere Einschränkung gilt, daß diese letzte Gruppe von Sachen zusammen mit Gobelins, Gemälden, Zeichnungen, Grafiken, Plastiken und Silbersachen zusammen maximal mit 20% der Versicherungssumme gedeckt sind, wenn keine zusätzlichen Vereinbarungen mit dem Versicherer getroffen werden.

Es ergibt sich der Eindruck, daß die angelsächsischen und die niederländischen Versicherer in diesem Bereich (ganz anders als bei den versicherten Gefahren!) zu niedrige Leistungen anbieten. Das gilt erst recht, wenn man die dort üblichen Selbstbeteiligungen mit ins Kalkül zieht. Die Musterpolice sollte m.E. dem deutschen Beispiel folgen und keine Einzelstück-Entschädigungsgrenzen vorschreiben. Darüber hinaus kann m.E. eine reduzierte Entschädigung bei Wertsachenkategorie A (Gegenstände, die lediglich einen Vermögenswert repräsentieren) hingenommen werden.

A.2.c.2.3 Eingrenzung der Wertsachendeckung auf Einbruchdiebstahl

Wenn ein Bedingungswerk eine bestimmte Definition des versicherten Diebstahls vornimmt, soll diese Definition genauso auch für die Wertsachen gelten. Eine Diebstahl-Deckung nur auf relativ wertlosen Hausrat zu beziehen, in der Wertsachen-Deckung aber

einen Einbruch vorauszusetzen, sollte einem auf der Basis der Musterpolice anbietenden Versicherer nicht erlaubt sein.

B. Versicherte Personen

Grundsätzlich sollte der Versicherungsschutz sich nicht nur auf den Versicherungsnehmer und seine Familie beschränken. Er sollte sich ebenfalls auf den Hausrat jedes in der gleichen Wohnung wohnenden Wohngenossen und des Personals beziehen.Dieser Deckungsumfang bzgl. der versicherten Personen ist bei praktisch allen Versicherern vorhanden. Darüber hinaus sollte aber auch der Hausrat von Besuchern versichert sein, sofern diese Hausratgegenstände in die Wohnung des Versicherungsnehmers mitgebracht haben. Auch ausgeliehene Gegenstände Dritter, die sich nur vorübergehend in der Wohnung des Versicherungsnehmers befinden sollten mitversichert sein.

C. Versicherte Gefahren und Kosten

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß in der Musterpolice die versicherten Kosten, genau wie alle Einschränkungen des Versicherungsschutzes (auch Ausschlüsse) innerhalb der jeweiligen Hauptgefahr abgehandelt werden sollen. Diesem Gliederungsprinzip wird hier nicht gefolgt, weil es zunächst einmal darum geht, die Hauptgefahren zu definieren. Darüber hinaus sollen hier die Gefahr, die den Versicherungsfall auslöst und ihre Folge(gefahr) sauber getrennt werden. (Beispiel: Ein Erdbeben führt zum Einsturz eines Gebäudeteils. Ein Brand schließt sich an. Der Brand ist Folge des Erdbebens und innerhalb der Erdbebendeckung versichert.)

C.1 Gefahren

Auf der Grundlage einer Reihe von Versicherungsbedingungen aus Großbritannien, Irland, Niederlande, Belgien, Deutschland, Italien und Spanien (Dänemark und Griechenland werden noch untersucht) habe ich versucht, im Folgenden einen Katalog von

Gefahren zu formulieren, der die in den untersuchten Bedingungswerken aufzufindenden Gefahren berücksichtigt und unter einer jeweils genannten "Hauptgefahr" subsumiert. Folgende Hauptgefahren lassen sich unterscheiden (Reihenfolge nach dem finanziellen Ausmaß des im schlimmsten Fall möglichen Schadens). Ziel dieser Subsumtion war es, lediglich eine überschaubare Anzahl von Hauptgefahren zu erhalten und, darüber hinaus, das innerhalb der Hauptgefahr maximal mögliche Ausmaß an Versicherungsdeckung zu beschreiben. Dieses maximale Ausmaß wird im folgenden jeweils zu Beginn der Erläuterungen zu der jeweiligen Sub-Gefahr dargestellt.

1. Naturgewalten
2. Feuer und Nebengefahren
3. Kontamination und Niederschläge aller Art
4. Einwirkung durch (haushaltsfremde) Personen
5. Flüssigkeitsschäden
6. An- und Aufprall (ggf. incl. Glasbruch)
7. Schäden durch elektrischen Strom
8. Schäden durch Tiere aller Art
9. Transportschäden
10. Zufallsschäden

Dies sind die primären Gefahrereignisse, deren Eintritt u.U. Kosten verursacht, die als Folge des versicherten Schadens entstehen und ihrerseits wiederum gedeckt sind (z.B. Aufräumkosten, Rettungs- und Schutzkosten usw.). In der Musterpolice sollte, bevor die Beschreibung der Hauptgefahren beginnt, eine Auflistung der Kosten stehen, die in allen Hauptgefahren gedeckt sind, ferner sollten hier Ausschlüsse stehen, die keiner Hauptgefahr direkt zugeordnet werden können.

C.1.a Naturgewalten

Hierunter kann man zusammenfassen: Schäden am Inhalt durch Erdbeben, Bodensenkung und -hebung, Erdrutsch, Lawinen, Vulkanausbruch, Überschwemmung, Sturm, Blitzeinschlag, Schneelast, Hagel und Frost. Zu beachten ist, daß in praktisch allen bisherigen Versicherungsbedingungen das Blitzschlagsrisiko unter "Feuer und Nebengefahren" versichert ist. Dies ist insofern kein Wunder, als die untersuchten Versicherungsbedingungen nur im Ausnahmefall einmal eine "Naturgewalten"-Deckung aufweisen: Die französischen Versicherer **müssen** aufgrund des Gesetzes Nr.82 600 vom 13.07.1982 in Frankreich (nicht in franz. Guayana, Monacco, Andorra) eine "Natur**katastrophen**"-Deckung anbieten, wobei als Katastrophe nur gilt, was im "Journal officiel" als solche bestätigt wird. Gleichwohl scheint es wegen der finanziellen Tragweite der Schäden, die jeweils im schlimmsten Fall durch die Naturgewalten verursacht werden können, sinnvoll, eine eigene Garantie innerhalb der Hausratpolice zu bilden. Wenn eine "Natur**katastrophen**-Deckung" für die Musterpolice gewählt wird, müssen einige Schäden unter anderen Haupt-Gefahren untergebracht werden, wie z.B. Blitzeinschlag unter der Sektion 7. "Schäden durch Strom".

C.1.b Feuer und Nebengefahren

Mögliches Ausmaß der Deckung: Feuer, Ex- und Implosion jeglicher Art und Ursache, d.h. z.B. auch Explosionen, die außerhalb des Versicherungsgrundstücks stattgefunden haben und zu einer Beschädigung von Hausratgegenständen führen, Sengschäden (bei den untersuchten Versicherern i.d.R. ausgeschlossen), Beschädigung durch Kontakt mit einer glühenden Substanz. Innerhalb dieser Teildeckung finden sich in den untersuchten Policen die unterschiedlichsten Deckungskonzepte, z.T. sehr umfangreiche und zum Teil sehr eng gefaßte. Viele vorgefundenen Teildeckungen habe ich jedoch anderen Hauptgefahren zugeordnet, z.B. das Anprallrisiko, denn es hat mit "Feuer" nichts zu tun. Feuer: Schon

die Definition des Feuers ist unterschiedlich. Z.T. werden auch Sengschäden ausdrücklich eingeschlossen: "Sachschäden...durch den direkten oder indirekten Kontakt mit dem Feuer oder einer glühenden Substanz" (Assurances du Credit Mutuel, Straßburg, Produktname:"Corail 2000").

C.1.c Kontamination und Niederschläge aller Art

Dazu zählen: radioaktive Verseuchung, Verseuchung durch Gifte, Rauch und Ruß. Keines der untersuchten Bedingungswerke deckt Schäden durch Radioaktivität. Das verwundert angesichts der Höhe des finanziellen Risikos für die Versicherer im Schadenfall nicht. Andererseits kann ein entsprechender Schaden für den Verbraucher den Totalverlust des Hausrats bedeuten. Er ist also an der Deckung dieses Risikos besonders interessiert. Dies aber bedeutet, daß der entsprechende Ausschluß nicht, wie das in fast allen untersuchten Bedingungswerken der Fall ist, unter "Gemeinsame Bestimmungen" oder "Allgemeine Bedingungen" abgedruckt sein darf, sondern bei der Beschreibung der Gefahren zu nennen ist. Ob das Risiko gedeckt wird, ist die Entscheidung des Versicherers. Bei Befolgung des Musterpolicen-Konzepts muß der Ausschluß jedoch unter der Hauptgefahr Nr.3 "Kontamination und Niederschläge aller Art" aufgeführt werden, da die Musterpolice diese Schäden deckt. Verseuchung durch Industriegifte: Bei Generali eingeschlossen (ich bezweifle, ob absichtlich), bei Hibernian als Ausschluß definiert. Bei den anderen Versicherern in der jeweiligen (primären) Risikobeschreibung nicht enthalten.

Ruß- und "Einräucherungs"-schäden: Bei AXA, Paris, ist als Teil-Gefahr zur Hauptgefahr "Brand und ähnliche Ereignisse" auch der Schaden an versicherten Gütern aufgrund plötzlicher Emission von Rauch aufgrund einer Funktionsstörung eines Geräts oder **Brand eines benachbarten (!) Gebäudes** versichert (Garantie G, "Les dommages menagères") [Anlage 7: AXA, Garantie G].

C.1.d Einwirkung durch (haushaltsfremde) Personen

Schäden durch: Krieg, Bürgerkrieg, Aufstand, Arbeitskämpfe, Anschläge, politische und soziale Unruhen, böswillige Personen, Vandalismus, Einbruch, Diebstahl, Raub. Die in diesem Zusammenhang am häufigsten vorkommende Deckung ist die gegen **Diebstahl**. Auch bei diesem Risiko waren wieder erhebliche Unterschiede in dem Deckungsumfang der untersuchten Policen zu konstatieren. Die bzgl. des Diebstahlrisikos - wie übrigens in vielen anderen Punkten auch - am engsten gefaßten Versicherungsbedingungen sind die **deutschen VHB 84**, die nur den Diebstahl nach einem Einbruch und nach einem "Einsteigen" sowie den Diebstahl mithilfe eines falschen Schlüssels oder Wekzeugs decken. Verbraucher, die Opfer eines "Einschleich"diebstahls (Täter läßt sich einschließen oder betritt die Wohnung durch eine zuvor von ihm selbst oder einem Komplizen unbemerkt geöffnete/s Tür/Fenster) bzw, eines "Trick"diebstahls (ein Täter lenkt den Versicherten ab, der andere bestiehlt derweil das Opfer) sind in Deutschland nicht versichert. Das gilt auch für Personen, denen zuvor durch einfachen Diebstahl (statt eines Einbruchdiebstahls) der Wohnungsschlüssel gestohlen wurde, der anschließend beim Diebstahl des Hausrats aus der Wohnung benutzt wird. Viel umfassender sind dagegen die Versicherungsbedingungen von Hibernian, Irland, die Diebstahl und versuchten Diebstahl decken, außer, wenn:

- das Gebäude mehr als 60 Tage unmöbliert oder unbewohnt war oder
- wenn der Diebstahl Geld oder Briefmarken betraf oder
- das Gebäude vermietet oder untervermietet war bzw. von zahlenden Gästen bewohnt wurde oder
- mindestens teilweise als Büro genutzt wurde,

es sei denn, daß der Täter sich nachweislich gewaltsam einen Zugang oder Ausgang verschaffte.

C.1.d.1 Deckung "Away from Home"

Innerhalb dieser Hauptgefahr ist auch die Deckung "Away from home" unterzubringen, die bei vielen Versicherern nur mit einer Begrenzung der Entschädigung auf einen Gesamthöchstbetrag angeboten wird. Beispiele:

VHB 84, Deutschland:

> 10 % der Versicherungssumme, maximal aber 15.000 DM nur in Räumen von Gebäuden

ABN/AMRO Verzekeringen,Niederlande:

> Unterbringung **in NL**(!)
>
> in **bewohnten** Wohnungen mit "normalem" Bauwert: Keine Einschränkung
>
> bei **Möbeleinlagerung**: bis zur Versicherungssumme nur nach Einbruchdiebstahl
>
> bei **anderer Unterbringung**: kein Diebstahl gedeckt, andere Gefahren nur bis zu 10% des versicherten Betrags
>
> Kofferraum des Autos: Einbruchdiebstahl bis 500 Gulden.
>
> **außerhalb von Gebäuden**:
>
> Diebstahl nicht versichert, nur Raub mit Bedrohung. Wie alle anderen Schäden z.B.auch Brand nur mit 10% des versicherten Betrags.
>
> Umzug: weitere umfangreiche Regelungen. Dies ist aber unter 9. Transport zu behandeln.

Die Bestimmungen der holländischen Police habe ich ausführlich dargestellt, um zu zeigen, wie unsinnig sie z.T. sind. Darüber hinaus bringen die Einschränkungen des Versicherungsschutzes dem Versicherer auch kaum wirtschaftlichen Vorteil: Warum z.B. soll der Hausrat nicht auch außerhalb von Gebäuden gegen Brand, Explosion usw. in voller Höhe versichert sein, statt mit 10%? Die geringe Entschädigung macht doch nur Sinn, wenn das Risiko des Eintritts der jeweiligen Gefahr außerhalb des Gebäudes viel höher ist, was bei Brand und Explosion sowie dem Anprall von Luftfahrzeugen i.d.R. nicht der Fall sein dürfte. Die "Away from home"-Deckung wies darüber hinaus unakzeptable Beschränkungen auf wie z.B.:"außerhalb der Britischen Inseln/ Italien usw. nur

60/..Tage gültig" oder bei ABN/AMRO (NL), daß - anders als innerhalb NL - Beraubungsschäden ganz ausgeschlossen sind. Diese Deckungsvariante macht schließlich (auch nicht innerhalb der Hauptgefahr 4. "Einwirkung haushaltsfremder Personen") in meinen Augen ohnehin keinen Sinn, wenn gleichzeitig erhebliche Einschränkungen für sog. "high risk items" bzw. "valuables" gemacht werden. Das Risiko, das der Versicherer bzgl. "normalen" Hausrats zusätzlich eingeht, wenn die "Away from Home"- Einschränkungen ersatzlos gestrichen werden, dürfte sehr gering sein. Zu verstehen wäre ein Ausschluß bzw. Leistungseinschränkungen indes bzgl. der Hauptgefahren 1.(Naturgewalten), 3.(hier: natürliche Niederschläge) und ggf. 9. (Tiere), wenn er sich auf Hausrat "im Freien" bezieht. Das ist eine Formulierung, wie sie z.B. von **Hibernian** (Irland) gebraucht wird (Policy book "Home wise", event Nr.22). Diese Police begrenzt den Ersatz bei Diebstahl oder versuchtem **Diebstahl im Freien** auf 200 Pfund.

C.1.d.2 "valuables" und ggf. Fahrräder

In der Musterpolice sollte unter der hier besprochenen Hauptgefahr ein mit Seitenangabe versehener Hinweis auf die Entschädigungsgrenzen bei Wertsachen und Fahrrädern im Bedingungsteil "Was ist versichert?" erfolgen.

C.1.e Flüssigkeitsschäden

Hierzu zählen: Unbeabsichtigtes Austreten von Wasser aus Wasser- und Abwasserleitungen, Aquarien und Wasserbetten, Wasserschäden durch Verstopfung von Abflüssen, Regenrinnen etc., Rückstau der Kanalisation z.B. aufgrund heftiger Regenfälle, Durchregnen durch Dächer, Dachfenster usw. (Groupe Azur, Garantie F), unbeabsichtigtes Austreten von Öl aus Heizungsanlagen und Geräten. Hierunter fallen nicht Überschwemmungsschäden, da sie in diesem Musterpolicen-Konzept in der "Naturgewalten"-Deckung versichert sind. Eine in allen untersuchten Bedingungswerken gedeckte Sub-Gefahr ist das **bestimmungswidrige Austreten von**

Leitungswasser. Zum Teil gehen die Deckungen aber über die Leitungswasser-Deckung erheblich hinaus. Beispiele:

VHB 84 in **Deutschland**: bestimmungswidriges Austreten von Leitungswasser.

Royal Insurance, Liverpool: Escape of water **or oil** from any fixed water or heating installation or domestic appliances.

LAP, Brüssel:

1. Auslaufen, Eindringen oder Durchsickern - infolge eines Bruchs, eines Risses, eines Überlaufens oder einer Verstopfung
   - von Wasser aus Wasserleitungen und Heizungsanlagen sowie den an diese Leitungen angeschlossenen Geräten und ihren über dem Boden verlegten Abflußrohren...
   - von Wasser aus Dachrinnen und oberirdischen Abflußrohren
   - von Heizöl aus den Heizungsanlagen...
2. Durchsickern von Regenwasser durch die Bedachung des bezeichneten Gebäudes
3. das unfallbedingte **Ausfließen von Wasser aus Aquarien. Wir kommen auch für die am Inhalt der Aquarien entstandenen Schäden auf**.

Dieser letzte Punkt 3. ist i.d.R. kein Bestandteil der Standarddeckungen zur Hausratversicherung. Dagegen bieten diese Standarddeckungen den - vergleichsweise unwichtigeren - Schutz gegen den Bruch der Aquariums-Verglasung.

ABN/AMRO (NL): Hier ist nicht nur der bei LAP genannte Punkt 3 versichert, sondern auch der Wasserschaden durch auslaufende **Wasserbetten**.

C.1.f An- und Aufprall

Z.B. Meteoriten, Schalldruck, Flugkörper, Fahrzeuge, Tiere, Krane und Hebeeinrichtungen, Masten, Hochspannungsleitungen, Leitern und Gerüste bzw. Teile davon, Bäume, herabfallende Ge-

genstände (Beispiel hierfür die in Großbritannien und Irland übliche Deckung: Antennenanlagen und Teile davon).

Glasbruch: Nicht immer wird der Glasbruch durch einen "Anprall" verursacht. Als Folge eines Naturgewalten-Schadens wäre er aber ebenso versichert, wie als Folge eines Feuers oder einer Explosion. Auch hier gibt es eine praktische Schwierigkeit: Fast alle Versicherer bieten eine **separate Glas**-Versicherung an. Viele Verbraucher verzichten deshalb darauf, weil die finanziellen Folgen von Glasbruch sie nicht ruinieren würden. Ich bin allerdings der Meinung, daß aus Gründen der Transparenz an dem oben definierten Grundsatz festgehalten werden sollte, daß der **gesamte** Hausrat versichert sein muß und Unterpolicen lediglich an den verschiedenen Gefahren ausgerichtet werden sollten. Denn **das Problem der Entbehrlichkeit der Glasdeckung** läßt sich (viel besser) auch **durch die Vereinbarung eines Selbstbehalts** lösen! Durch Vereinbarung einer eine accidental damage-Deckung könnte man in jedem Fall ohne Glas-Police auskommen.

C.1.g Schäden durch elektrischen Strom

Hierzu zählen: Tod von Tieren, Kurzschluß mit der Folge eines Brandes, Überhitzung von Geräten mit entsprechenden Folgen, Ausfall von Kühleinrichtungen mit der Folge des Verderbens des Kühlguts, Sachschäden an elektrischen oder elektronischen Geräten und deren Zubehör sowie den elektrischen Leitungen (die der Mieter gelegt hat) durch ungewollten Fluß elektrischen Stroms entstehen.

C.1.h Schäden durch Tiere aller Art

Insekten, Ungeziefer, Schädlinge aller Art, aber auch Haustiere können Hausratschäden anrichten. Die meisten europäischen Versicherer (außer den englischen) erwähnen dieses Risiko in ihren Versicherungsbedingungen zwar nicht ausdrücklich, dennoch sind bei den meisten Versicherern sog. "Allmählichkeits-

schäden"("gradually operating causes"), und damit ein Großteil der Ungezieferschäden, ohnehin vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Mir persönlich scheint diese Deckung verzichtbar.

C.1.i Transportschäden

Das gleiche gilt für die Transportschäden. Gleichwohl deckt die Musterpolice auch diese Gefahr. Ein Versicherer, der diese Deckung ausschließen will und auf der Basis der Musterpolice anbietet, kann ja auf der rechten Seite des policy books einen Ausschluß formulieren. Oben unter III, C.1.d.1 war bereits zu dem Problem des unterwegs befindlichen Hausrats Stellung genommen worden.

C.1.j Zufällige Beschädigung (accidental damage)

Insbesondere bei britischen Versicherern findet sich diese Versicherungsvariante. Diese Deckung kommt für Schäden auf, die unter den o.g. Gefahren 1 bis 9 nicht gedeckt sind (z.B. Herabfallen des Farbeimers, Umstürzen, Fallenlassen von Gegenständen....). Dieses Deckungskonzept entspricht einer All-risk-Deckung, denn hierunter läßt sich jeder andere Hausratschaden aus den Garantien 1 bis 9 subsumieren. Dennoch: Am Beispiel des Royal Insurance - Angebots "Silver" sieht man, daß keine einzige Gefahr mehr genannt wird, nicht einmal "accidental damage". Das macht das Angebot intransparent. Darüber hinaus ist eine ganze Reihe von Ausschlüssen und Einschränkungen des Versicherungsschutzes offenbar eine direkte Folge des für den Versicherer offenbar zu großzügigen Deckungskonzepts. So schließt Sun Alliance z.B. den Ersatz von Schäden an Kleidung und Kontaktlinsen, Verderben von Nahrungsmitteln..., sowie Verschleiß und Wertminderung....aus. Außerdem ist es unsinnig, daß schon das im täglichen Alltag schon einmal vorkommende Kleinst-Schadenereignis "Fallenlassen einer Tasse" als Versicherungsfall gedeckt ist. Dies führt zwangsläufig zu hohen Verwaltungs- und Schadenregulierungskosten, es sei den, man verlangt, wie in

Großbritannien üblich, hohe Selbstbeteiligungen. Ich bin daher der Ansicht, daß man auf eine "accidental damage"-(=all-risk)- Deckung als Verbraucher getrost verzichten kann.

C.2 Versicherte Kosten

Die nachfolgende Aufzählung und eine ebensolche Aufzählung in einem nach der Musterpolice gestalteten Vertrag hat rein deklaratorischen Charakter - bzgl. der Folgekosten gilt das "all risk"-Prinzip! Mit anderen Worten: Will ein Versicherer bestimmte Kosten nur in einem begrenzten Umfang oder gar nicht tragen, muß er einen entsprechenden Ausschluß auf der rechten Seite der Versicherungsbedingungen unter "versicherte Gefahren" verankern.

C.2.a Alle Hauptgefahren betreffende Kosten

Hierzu zählen alle

- ("**Rettungs**"-)Kosten, die dadurch entstehen, daß man versucht, den Schaden einzugrenzen, (Bsp. Löschkosten), außerdem
- ("**Schutz**"-)Kosten, die noch höheren (Folge-)schaden verhindern sollen (z.B. Provisorische Sicherung der aufgebrochenen Haustür), ferner
- **Aufräumkosten**,
- Kosten des Versicherungsnehmers zur **Schadensfeststellung und Beweissicherung** (in den untersuchten Policen i.d.R. unversichert),
- **Sachverständigenkosten**,
- **Einlagerungskosten** (Unterbringung in einem Möbellager), z.B. wenn nach einem Schaden das Gebäude abgerissen werden muß,
- **Umzugskosten**, wenn das Gebäude unbewohnbar wird, nach Vorleistung einer ggf. ebenfalls leistungspflichtigen Gebäudeversicherung.

C.2.b Spezifische Kosten, die i.d.R. einzelne Garantien betreffen

Die folgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zählt aber einige m.E. nur eine einzige Garantie betreffende Kostenpositionen auf:

C.2.b.1 Einwirkung durch (haushaltsfremde) Personen (Gefahr 4)

- Schloßänderungskosten
- Reparatur der Wohnung (nicht nur der versicherten Güter) nach Einbruch oder Vandalismus
- Schäden am Inhalt bei Einsturz des Gebäudes
- Kosten der Auslagerung und des Umzugs bei behördlicher Abrißverfügung

C.2.b.2 Flüssigkeitsschäden (Gefahr 5)

- Suche nach der Schadensquelle und Beseitigung der Schadenursache.

IV. ZUSAMMENFASSUNG

Zur Form des Versicherungsangebots:

Versicherer sollten gezwungen sein, eine Reihenfolge und Darstellungsform ihrer Versicherungsbedingungen an der Musterpolice zu orientieren. Die Darstellungsform der Versicherungsbedingungen sollte auf dem linken Teil der Seite den Text der Musterbedingungen, rechts davon, an gleicher Stelle plaziert, Abweichungen, d.h. i.d.R. Einschränkungen des Anbieters synoptisch gegenüberstellen. Die Versicherer sollten ferner gezwungen sein, nicht mehr Garantien anzubieten als Haupt-Gefahren vorhanden sind und sich an die Einteilung der Musterpolice zu halten. Die Versicherungsbedingungen sollten ein ausführliches Stichwortverzeichnis enthalten.

Zum Inhalt des Angebots:

Das Produkt "Familienversicherung" darf dem Verbraucher gegenüber nicht als Einheit verkauft werden. Sonst kommt es zu Bündelungen mit der Rechtsschutz- Haftpflicht-, Unfall- und Berufsunfähigkeitsversicherung, und dieses so geschnürte Paket dürfte stets zu teuer sein! Hausrat und Gebäude müssen getrennt angeboten werden. Es darf keine Vermischung zwischen Gebäude-, Haftpflicht-, Hausrat-Versicherung usw. geben. Eine Wertsachenpolice zur Verbesserung der Entschädigungsgrenzen sollte möglich sein. Wenn es bei der "away-Deckung" Einschränkungen gibt, dann aber nur innerhalb der Garantie "Einwirkung haushaltsfremder Personen" (Diebstahl). Die Versicherer sollten sich an bestimmte Selbstbeteiligungs-Stufen halten (max. drei Stück). Prozentuale Abzüge, außer als durch nationales Vertragsrecht vorgeschriebene Sanktionen für Obliegenheits- oder Anzeigepflichtverletzungen sollten nicht erlaubt sein, damit Angebote vergleichbar sind. Es wird angeregt, daß nach Fertigstellung aller Teile der "europäischen" Musterpolice mit hierzu bereiten Anbietern zusätzlich zur Modellpolicenstruktur Standardpolicen, möglicherweise im Baukastensystem, entwickelt werden, die das Gütesiegel der

europäischen Verbraucherverbände erhalten. Zunächst einmal sollte jedoch versucht werden, eine einheitliche Struktur mit entsprechender Numerierung zu entwickeln, die als Ausgangspunkt eines solchen Tuns dienen sollte.

Teil 3.
Transparenzregeln für Lebensversicherungsprodukte Darstellung der Problematik unter Verwendung von Beispielen aus dem Bereich der fondsgebundenen Lebensversicherung

I. Ziel der Teilstudie

Ziel der gesamten Untersuchung soll die Entwicklung von Transparenzregeln sein. Dies gilt sowohl für den vorigen Teil "Hausratversicherung" wie auch für den Teil "Lebensversicherung". Die thematische Heraushebung der fondsgebundenen Lebensversicherung bedeutet nicht, daß lediglich Transparenzregeln für die fondsgebundene Lebensversicherung (Fonds-LV) entwickelt werden sollen, sondern daß die Beispiele, anhand derer Intransparenz von Lebensversicherungsprodukten aufgezeigt wird, im wesentlichen aus dem Bereich der Fonds-LV stammen werden.

II. Gegenstand und Methodologie der Untersuchung

II.A. Eingrenzung der Untersuchungsgegenstände

In anderer Hinsicht stellt die Auswahl des speziellen Untersuchungsgegenstands Fondsgebundene Lebensversicherung jedoch eine echte Themeneingrenzung dar. Denn die Intransparenz, die sich aufgrund der Bündelung mehrer Verträge ergibt, die miteinander eigentlich kaum etwas zu tun haben, wird in dieser Teilstudie (im Unterschied zu der Teilstudie Hausratversicherung) lediglich gestreift, da diese mit relativ einfachen gesetzgeberischen Maßnahmen beseitigt werden könnte.[37] Darüber hinaus wird sich die Untersuchung lediglich auf den Aspekt der Lebensversicherung

37 Vgl. unten II.C.

als Sparinstrument beschränken, da sie sonst ausufern würde. Sie wird sich ferner auch nicht mit den Transparenzproblemen befassen, die sich aus einer teils komplizierten, teils aber auch unsinnigen, weil hinsichtlich der fiskalischen Zielsetzung nicht immer nachvollziehbaren Steuergesetzgebung der einzelnen europäischen Staaten ergeben. Anders als im Bereich der Sachversicherung, deren Transparenzproblematik ja am Beispiel europäischer Hausratversicherungspolicen aufgezeigt wird, befaßt sich die Teilstudie Lebensversicherung auch mit gesetzgeberischen und regulatorischen Aktivitäten in Frankreich und Großbritannien, also jenen Ländern, die hinsichtlich der Transparenz von Lebensversicherungsprodukten mit überwiegendem Sparcharakter bereits z.T. umfangreiche, z.T. tiefgreifende Gesetzgebungsaktivitäten entfaltet haben.

II.B. Methodologisches Vorgehen

Da in zwei europäischen Ländern bereits umfangreiche Informationspflichten gegenüber Lebensversicherungsnehmern bestehen und die o.g. Informationspflichten zumindest z.T. durch deren Vorbild beeinfußt sein dürften, soll zunächst auf die gesetzlichen bzw. selbstregulatorischen Maßnahmen in diesen Ländern eingegangen werden. An die Darstellung der gesetzlichen bzw. selbstregulatorischen Vorschriften über die Informationspflichten schließen sich konkrete Beispiele zur Transparenz von Versicherungsprodukten mit Sparcharakter an. Sie stammen nicht aus allen europäischen Ländern, sondern lediglich aus Großbritannien, Deutschland, den Niederlanden und Frankreich, wobei zu erwähnen ist, daß italienische und spanische Produkte keine Berücksichtigung finden konnten, da das übersandte Material hinsichtlich der Kosten und Gebühren wenig aussagekräftig war, so daß es mir für eine plastische Darstellung von Transparenzproblemen nicht geeignet erschien. Wegen der Vielfalt der in Europa anzutreffenden Produkte mit Sparcharakter mußte eine Beschränkung auf einen bestimmten Produkttyp stattfinden. Daher stammen die meisten Beispiele zur Transparenzproblematik aus dem Bereich der fondsge-

bundenen Lebensversicherung. Es war ursprünglich vorgesehen, die zwei umsatzstärksten Anbieter fondsgebundener Versicherungen des jeweiligen nationalen Marktes zu untersuchen. Die Unternehmen wurden auch entsprechend angeschrieben. Leider waren nicht alle Anbieter bereit, auf mehrmalige entsprechende Anfragen zu reagieren und Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Dies klappte reibungslos lediglich in Frankreich, Großbritannien und Deutschland, so daß bzgl. dieser Länder jeweils mindestens die Produkte zweier Anbieter studiert werden konnten. Allerdings war insgesamt zu konstatieren, daß Material zu den Punkten, die in meinen Anschreiben als von besonderem Interesse bezeichnet wurden (Kosten und Gebühren), in fast keinem einzigen Fall ohne Nachbohren[38] zur Verfügung gestellt wurden. Bei der Umfrage zeigte sich auch, daß das Produkt der fondsgebundenen Lebensversicherung in Spanien und Frankreich - vermutlich wegen der Aufgabe der steuerlichen Bevorzugung einer Bündelung von Sparen und Versicherung - und in Italien, vermutlich wegen der Dominanz traditioneller Absatzkanäle (hier: noch) praktisch keine Bedeutung am Markt hat. In die Darstellung eingeflossen sind schließlich diejenigen Produkte, die am besten geeignet waren, Transparenzprobleme praxisbezogen darzustellen. Bei Versicherungsprodukten mit Sparcharakter ist zwischen solchen Angebotsformen zu unterscheiden, bei denen das Sparen sozusagen als "black box" betrachtet wird (die sich bei dieser Produktvariante ergebenden Transparenzprobleme werden am Beispiel der deutschen Kapital-Lebensversicherung dargestellt) und denjenigen, bei denen das investierte Kundengeld als Sondervermögen getrennt vom Vermögen des Unternehmens verwaltet wird (i.d.R.: fondsgebundene Lebensversicherung). Wegen der sich aus der unterschiedlichen Verwaltung der Ersparnisse der Kunden ergebenden verschiedenen Transparenzprobleme werden beide Produktformen behandelt. Nach der Darstellung der praktischen Transparenzprobleme folgt eine Auseinandersetzung mit den Informationspflichten

38 Bei den französischen Anbietern war dies wegen des ungebündelten Produktangebots (es wurde jeweils nur ein Investmentfonds angeboten) und geringer Transparenzprobleme nicht nötig.

im Anhang II der Dritten Richtlinie Lebensversicherung der EU (3.RL Leben).[39] Es wird untersucht, welchen Wert diese Transparenzregeln hinsichtlich eines verbesserten Verbraucherschutzes haben werden, bzw. welche zusätzlichen Maßnahmen zum Schutz des privaten Verbrauchers erforderlich scheinen.

II.C. Vorbemerkung: Der Wert der Transparenz in der Lebensversicherung

Die wesentlichen Problemfelder der europäischen Lebensversicherungsmärkte sind zugleich stets auch Transparenzprobleme. Grob kann man folgende Problemkreise unterscheiden:

1. Bedarfsgerechtigkeit versus Abschlußprovisionen und Einfluß von Versicherungsvermittlern;
2. Informationsflut und fehlende Produkttypisierungen versus unaufgeklärte Verbrauchereinstellungen bzw. unbedarftes Verbraucherverhalten;
3. "Versickern" von Kundengeldern und Verwaltungskosten;
4. Leistungsverweigerung der Versicherer mit Hilfe des Vorwurfs der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, wenn es um echte Versicherungsprodukte (Deckung des Todesfallrisikos, permanent health insurance, Berufsunfähigkeits-versicherungen, dread disease usw.) geht.[40]

Es wird deutlich werden, daß diesen Problemen nur beizukommen ist, wenn die zur Verbesserung der Transparenz gedachten Regeln und Gesetze auch den Einfluß der Versicherungsvermittler berücksichtigen, die für einen Gutteil der Probleme in den EU-Privatversicherungsmärkten verantwortlich sind.[41] Sich lediglich auf die Statuierung von Verhaltensregeln für Vermittler ohne tatsäch-

---

39 92/96/EWG vom 10.11.1992, ABl. L 360 v. 9.12.1992.

40 Dieser Punkt soll in dieser Untersuchung wegen der eingangs vorgenommenen Beschränkung auf Sparaspekte nicht näher untersucht werden. vgl. hierzu aber: Britischer Beitrag zu diesem Projekt, Willet,C.,Consumer Protection and Insurance in the UK, Brunel, 1994.

41 Vgl. Teil I der Studie e.I.A.

lich durchgeführte Sanktionen im Falle ihrer Verletzung zu beschränken, scheint wenig erfolgversprechend zu sein.[42] Einen effektiveren Verbraucherschutz stellen oft andere Maßnahmen dar, die indirekt auch transparenzsteigernd wirken. Dies mögen die beiden folgenden Beispiele zeigen:

1. § 20 des deutschen Einkommenssteuergesetzes (EStG) stellt Beiträge zu kapitalbildenden Lebensversicherungen[43] mit mindestens 12 Jahren Dauer von der Ertragsbesteuerung frei[44].

   Wenn in Deutschland eine Bank das gleiche Produkt in transparenter Weise getrennt, d.h. als zwei separate Bausteine anbietet, kommt ihr Sparkunde, trotz eines identischen[45], aber zweigeteilten Produkts lediglich in den Genuß des für alle Zinseinnanhmen geltenden Freibetrags für Zinsen bis DM 6.100,-/DM 12.200,- pro Jahr, nicht aber in den Genuß der generellen Ertragssteuerfreiheit der Kapitalerträge.

   Es ist sehr wahrscheinlich, daß dann, wenn der deutsche Gesetzgeber die Steuerfreiheit der Erträge aus gebündelten Ver-

---

42 Das - unten geschilderte - Scheitern des britischen Versuchs, das Vermittlungsverhalten durch Selbstregulation günstig zu beeinflussen zeigt in leider recht drastischer Weise die Richtigkeit dieser Aussage (vgl. unten III.C.).

43 Reine Sparverträge, die keinen Todesfallschutz bei Ableben der versicherten Person vor Ablauf des Vertrages vorsehen, sind lediglich im Rahmen eines Zinsfreibetrages von DM 6.100,- (Ledige) und DM 12.200,- (Verheiratete) kapialertragssteuerfrei.

44 Solche Verträge müssen ein Mindest-Todesfallkapital von 10% der Versicherungssumme garantieren, damit ihre Auszahlung im Erlebensfall nach frühestens 12 Jahren kapitalertragssteuerfrei bleibt.

45 Identisch wäre ein solches aus den Bausteinen Risikolebensversicherung und Sparplan bestehendes Produkt, wenn auf die Sparbeiträge eine Basisverzinsung gewährt würde und die Differenz zwischen dem angesammelten verzinsten Sparkapital und dem sich durch diese Verzinsung ergebenden garantierten Endkapital durch den Abschluß einer Risikolebensversicherung mit fallender Versicherungssumme abgesichert würde.

trägen, sowie die Absetzungsmöglichkeit der Beitragszahlungen zu solchen Verträgen als Vorsorgeaufwendungen gem. § 10 EStG streichen würde, die Transparenzproblematik, die aus der fehlenden Nennung der auf Sparen und Todesfallrisiko entfallenden Teilbeiträge resultiert, mit dem Produkt Kapitallebensversicherung verschwinden würde.
Ein solches de facto- wäre ebenso wie ein echtes Bündelungsverbot im übrigen auch dem Ansatz der Dritten Richtlinie Lebenversicherung vorzuziehen, die in ihrem Anhang II (a.10) verlangt, daß dem Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluß "Informationen über die Prämien für jede Leistung, und zwar sowohl Haupt- als auch Nebenleistungen", mitzuteilen sind, "wenn sich derartige Informationen als sinnvoll erweisen".
Darüber hinaus wäre ein solches Vorgehen ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer Steuerharmonisierung im Bereich der Lebensversicherung und damit ein wichtiger integrationspolitischer Beitrag.
Der derzeit durch die 3. RL Leben versuchte Weg der Bündelungstransparenz[46] muß dagegen relativ wirkungslos bleiben.
Er berücksichtigt nämlich nicht die Einflußfaktoren, die bei Abschluß von Lebensversicherungsverträgen auf den Verbraucher einwirken, insbesondere nicht den Einfluß der Versicherungsvermittler[47].
Zum einen sind die meisten Verbraucher relativ bequem, zum anderen sind sie verantwortungsscheu[48]. Sie verlassen sich daher gern auf Versicherungsvertreter, die von den Versicherern für solche Produkte am meisten Provision erhalten, deren Rendite schlecht ist. Die Folge der schlechten Rendite ist eine intransparente Produktgestaltung und eine schlechte -

---

46 Ebenda, Anhang II a.10

47 Vgl. Miller, Tim, Curbing, The sale of unsuitable products - A report to the Securities and Investments Board, Hrsg.: Securities and Investment Board (SIB), (GB) 1993; "Welt" (D) vom 10.12.1993 und Fußnote 77 unten.

48 Vgl. Einführungsteil zu den beiden Teilstudien.

beschreibung, so daß der Verbraucher meint, den Vertreter zur "Übersetzung" heranziehen zu müssen.
Der Marktanteil von Verträgen, die durch echte Berater ohne Provisionsinteressen sowie über den Direktvertrieb zustandekommen, dürfte in Europa unter 5% liegen[49].
Sind die Versicherer lediglich zum Ausweis der Teilprämien für "jede Leistung, und zwar sowohl Haupt- als auch Nebenleistungen"[50] gezwungen, so werden sie i.d.R. dieser Offenlegungspflicht zwar in ihren schriftlichen Materialien genügen, de facto jedoch in in den meisten Fällen darauf vertrauen können, daß der Vermittler schon aus Provisioninteresse heraus versuchen wird, die Bedeutung der Teilprämien herunterzuspielen.

2. Der französische Code des Assurances bestimmt für Lebenversicherungsverträge: *Der Versicherer verfügt über keine Rechtsmittel, die Zahlung der Prämie zu erzwingen.*[51]
Ein Versicherer wird bei einer solchen Regelung selbst daran interessiert sein, daß keine Vertragsabschlüsse zustandekommen, bei denen der Vertrag vom Verbraucher storniert wird, bevor die an die Vertreter gezahlten Abschlußprovisionen aus den eingegangenen Beitragszahlungen gedeckt sind.
Im Gegensatz dazu ist ein Versicherer, dem keine gesetzlichen Fesseln angelegt werden, versucht, die ausstehenden Beiträge einzuklagen, da er selbst gegenüber dem Vermittler bereits mehr an Provision ausgeschüttet hat, als der Kunde im ersten Versicherungsjahr bezahlt.
Würde man das Problem lediglich über den Versicherern gesetzlich auferlegte Informationspflichten lösen wollen, so würde man sicherlich viel weniger erreichen als der französi-

---

49 Vgl. Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (Hrsg.), Lebensversicherungsmärkte in der Europäischen Gemeinschaft, (D), Karlsruhe 1992, S. 53, 64, 74, 82, 89, 96, wobei lediglich in NL auf den Direktvertrieb ein nennenswerter Anteil von 10-20% des Lebensversicherungsgeschäfts entfällt, vgl. auch Bartels, H.J., Der britische und der deutsche Lebensversicherungsmarkt - eine vergleichende Analyse aus der Sicht eines deutschen Aktuars, Karlsruhe 1992, S. 11.

50 3.RL Leben,a.a.O., Anhang II A.Nr a.10.

51 Art. L 132-20 1.Abs. C.ass.

sche Gesetzgeber.
Für einen echten Verbraucherschutz noch besser geeignet wäre jedoch eine gesetzliche Vorschrift, wonach der Versicherer bei vorzeitiger Kündigung jedes Sparvertrages mindestens (außer den für Versicherungsschutz verlangten Prämien) sämtliche Beiträge mit einem z.B. ein Prozent unter der Rendite langlaufender Staatspapiere liegenden Satz verzinst zurückerstatten muß, wobei die Rückzahlungssumme bei fondsgebundenen Lebensversicherungen oder Investmentsparverträgen ggf. um eventuell inzwischen eingetretene Kursverluste gekürzt werden dürfte.

Mit anderen Worten: Maßnahmen, die nur transparenzsteigernd sind und die Produktgestaltungsfreiheit und Vertriebspolitik der Versicherer unangetastet lassen, sind von vornherein nur in geringem Maße effizient.

Effizienter als reine Informationspflichten sind ordnungspolitische Regelungen, die dem Verbraucher nicht lediglich die dann ohnehin meist nicht genutzte *Chance* geben, mögliche Fußangeln zu erkennen, sondern diese Fußangeln von vornherein verhindern.

III. Die Transparenzdiskussion in Großbritannien

III.A. Das Selbstregulierungssystem

Auf der Basis schmerzlicher Erfahrungen von Verbrauchern im Zusammenhang mit Zusammenbrüchen von Versicherungsunternehmen[52] kam es zunächst mit dem Policyholders Protection Act von 1975 zur Einführung eines Konkurssicherungsfonds und anschließend zur Schaffung des Insurance Companies Act 1982, dem Gesetz, auf dessen Grundlage die heutige Versicherungsaufsicht in Großbritannien arbeitet. Schon dieses Gesetz enthält in Teil III einen "Conduct of Insurance Business", der Regelungen hinsichtlich der Werbung durch Personen oder Unternehmen und der Versicherungsvermittler erlaubt. Ferner verpflichtet er Versicherungsunternehmen, dem Vertragspartner gesetzlich vorgesehene Informationen und eine Information über dessen Rücktrittsrecht zuzusenden. Darüber hinaus verbietet er, falsche oder irreführende Aussagen gegenüber Dritten zu machen und stellt Verstöße gegen diese Regeln unter Strafe. Es folgte 1986 der Financial Services Act (FSA), der das Ziel hatte, eine umfassende Erneuerung und Verbesserung der britischen Anlegerschutzvorschriften zu erreichen. Der FSA reguliert fast das gesamte Investmentgeschäft. Im Bereich der Lebensversicherung sind lediglich die Risikolebensversicherung und einige spezielle andere Produkte nicht durch ihn betroffen.[53]

Kapitel XIII (sections 114 bis 118) des FSA enthält Bestimmungen, die den Secretary of State ermächtigen, eigene Aufgaben auf eine "designated agency" zu übertragen. Die entsprechende

52 Abriß über die schrittweise Einführung und Erweiterung des britischen Versicherungsaufsichtssystems zum Zweck einer Verbesserung des Verbraucherschutzes bei: Neuhaus, R., Die aufsichtsrechtlichen Rahmenbedingungen der Versicherungswirtschaft in Großbritannien, Karlsruhe 1990.

53 Neuhaus, a.a.O., S.213 f.

(privatrechtlich konstituierte) Organisation ist das Securities and Investment Board (SIB). Das vom Handelsministerium (Department of Trade and Industry, DTI) beaufsichtigte SIB hat seinerseits Aufgaben auf Selbstregulationseinrichtungen (SRO's) der britischen Versicherungs- und Investmentwirtschaft übertragen. Für den Bereich der Versicherungswirtschaft sind dies:

- LAUTRO (Life Assurance and Unit Trust Regulatory Organisation),
- FIMBRA (Financial Intermediaries, Managers and Brokers Regulatory Association),

und für den Bereich des Investment Managements, das viele britische Versicherer wegen der häufigen Verbreitung der fondsgebundenen Versicherungsprodukte (unit-linked Produkte) betreiben,

- IMRO (Investment Management Regulatory Organisation)

Lautro beaufsichtigt Firmen mit sog. tied agents und sales representatives, also an ein Unternehmen oder dessen Vertriebspartner gebundene Einfirmenvertreter, wobei die LAUTRO-Mitglieder sich alternativ auch direkt durch das DTI beaufsichtigen lassen können (was mit weniger strengen Regeln verbunden ist). FIMBRA beaufsichtigt die firmenungebundenen Vermittler (Independant financial advisers). Daneben werden vom SIB noch 2 weitere SRO's und 9 berufsständische Körperschaften (RPB=recognized professional bodies) kontrolliert, z.B. das IBRC (Insurance Brokers Registration Council) (Das Geschäftsgebaren der Makler wird durch FIMBRA kontrolliert). IBRC ist für die Registrierung der Makler zuständig. Das SIB hat einen "Core of Conduct Rules" herausgegeben, an den sich vor allem die Vermittler halten sollen. FIMBRA und LAUTRO haben diese Regelungen erweitert und verlangen von ihren Mitgliedern die Einhaltung einer Reihe von Verhaltensregeln, die, würden sie tatsächlich immer befolgt, dazu beitrügen, die Transparenz der angebotenen Dienstleistungen und Produkte für den Verbraucher zu verbessern.

III.B. Regeln des SIB und der SRO's

In Kapitel III des SIB rule-books werden hauptsächlich Werbe- und Vertriebsmethoden geregelt. Da die Bestimmungen z.T. sehr ausdifferenziert sind, sollen hier nur die für diese Untersuchung wichtigsten genannt werden:

III.B.1. know your customer

Im Einleitungsteil war einiges zur Bedarfstransparenz des jeweiligen Lebensversicherungsangebots gesagt worden. Diesen Problemkreis spricht die o.g. Regel an. Sie bedeutet, daß der Vermittler sich beim ersten Kontakt mit einem Kunden ein Bild von dessen persönlicher Situation, seinen Einkommens- und Lebensverhältnissen sowie seines Bedarfs zu verschaffen hat.

III.B.2. best execution

Dem Kunden soll kein Produkt verkauft werden, von dem der Vermittler nicht überzeugt ist, daß es auf die Verbraucherbedürfnisse und die Lebens- und Einkommenssituation am besten paßt. Lautro-Mitglieder dürfen mit ihrer Anlageempfehlung innerhalb der Produktpalette bleiben, deren Vertrieb ihnen erlaubt ist. Fimbra-Mitglieder hingegen müssen auch Produkte anderer Anbieter in Betracht ziehen.

III.B.3. status disclosure

Dem Kunden soll auf Verlangen über die Verbindungen zwischen Vermittler und dem(n) von ihm vertretenen Unternehmen offengelegt werden. Auch die Eigenschaft des "tied agent" oder des "IFA" muß in einem solchen Fall offengelegt werden. Diese Offenlegungspflicht gilt auch für Briefbögen, Druckstücke usw., die der tied agent dem Kunden gegenüber benutzt.

III.B.4. commission disclosure

Fimbra-Mitglieder müssen dem Kunden ihre Provisionen offenlegen, während Lautro-Mitglieder die Provision im Normalfall lediglich eine Liste über maximal erhältliche Provisionen übergeben müssen, aus der der Verbraucher nicht ersieht, ob, schließt er den Vertrag ab, er mit diesem, einem höheren oder gar niedrigeren Abschlußkostensatz belastet wird. Lediglich bei Überschreiten der dort genannten Sätze muß die Provision offengelegt werden.

III.B.5. product particulars und cancellation

So früh wie möglich, spätestens aber bei Schließung eines Vertrages müssen dem Verbraucher die "product particulars" und der "buyer's guide" zugeleitet werden, der die wesentlichen Vertragsbestimmungen enthalten soll. Der Vermittler muß bei Investment- und Lebensversicherungsprodukten über das Rücktrittsrecht aufklären. Bei Erhalt der Information über die Vertragsschließung kann das 14-tägige Rücktrittsrecht ausgeübt werden.

III.C. Erfahrungen mit der Selbstregulation

Papier ist offensichtlich geduldig - die Realität sieht anders aus: Während die Regeln des SIB und der SRO's verhindern sollen, daß "unsuitable products" verkauft werden, werden in Großbritannien Verbraucher in großem Stil aus Provisionsgründen "über den Tisch" gezogen: So berichtet Wiesner[54], daß in Großbritannien alte Leute von Vermittlern überredet wurden, Hypotheken auf ihre Häuser aufzunehmen und das erhaltene Geld in Aktienfonds von Lebensversicherern zu investieren. Fallende Kurse brachten diese Leute immer tiefer in die Verschuldung, so daß nach einer Schätzung von Money Week ca. 2 Mrd. Pfund Schaden (!) entstanden

---

54 Wiesner, H., in: "Savings and Investments Consumer Issues" Hrsg. OFT, GB, Juni 1992, S. 106.

sei. Nach einer Zeitungsmeldung[55] sollen Personen, die sich seit Inkrafttreten des "Social Security Act 1986" teilweise von der Beitragspflicht aus der staatlichen Rentenversicherung befreien lassen können, indem sie z.B. einen privaten "pension plan" abschließen, in mehr als 80% der Fälle (!) (1000 Policen sollen nach der zitierten Zeitungsmeldung durch das SIB untersucht worden sein) über die Vorteilhaftigkeit eines solchen "contracting out" falsch beraten worden sein. Das SIB habe daraufhin für die kommenden sechs Monate die Überprüfung von sage und schreibe fast 500.000 Policen bei ca. 100 betroffenen Gesellschaften und 5.800 IFA's angeordnet. Mitchell[56] berichtet von einem Anstieg der Verbraucherbeschwerden beim Insurance Ombudsman Bureau von über 60% auf 4.300 in 1991 gegenüber dem Vorjahr, bei LAUTRO von mehr als 77% auf 4.069. Eine vom SIB in Auftrag gegebene Untersuchung durch die AKG Ltd.[57] ergab, daß in Großbritannien die auf der Basis der Prämienvolumina ermittelten Stornoraten der im ersten und zweiten Jahr der Laufzeit stornierten Lebensversicherungen und pension plans mit laufender Beitragszahlung[58] sehr hoch sind:

	non-linked life	non-linked pensions	linked life	linked pensions
1. Jahr	13,8%	17,9%	22,3%	21,8%
2. Jahr	9,2%	11,9%	14,8%	14,6%
Erste				

55 "Welt" (D) vom 10.12.1993.

56 Mitchel, J., in " Savings and Investments Consumer Issues", a.a.O., S. 17.

57 SIB (Hrsg.), AKG report "Life Assurance - Policy Termination Rates", London, 1993.

58 Von insgesamt ca. 6,48 Mio Verträgen wurden z.B. 1989 ca. 3,24 Mio Policen gegen Einmalbeitrag abgeschlossen, vgl. Heilmann,W.-R., Was bringt der Binnenmarkt den Versicherungsnehmern?, VW 6/1993, S. 348.

beide Jahre:	23,0%	29,8%	37,1%	36,4%

Bei der Untersuchung stellte sich heraus, daß die Stornoraten der durch IFA's vermittelten Verträge zwar ca. 25% niedriger waren als die der durch tied agents und sales representatives verkauften Policen. Bezogen auf alle Lebenspolicen mit regelmäßiger Beitragszahlung lag das Beitragsstorno des ersten Jahres jedoch auch bei ihnen noch bei immerhin 15% gegenüber 21% im tied-Sektor - ein Beweis, daß die "Polarisation" von falschen und zu idealistischen Vorstellungen ausgeht! Statt sich von der Illusion zu verabschieden, daß Vermittler unabhängige Berater sein können, schließt der SIB-Vorsitzende, Sir David Walker, es "könne nötig sein, daß in den Core-Rules .... die suitability obligation klarer herausgestellt werde, zusammen mit stärkerer Betonung und größerer Klarheit der Rückkaufswerte vor Antragstellung".[59] Diese Schlußfolgerung ist umso erstaunlicher, als er ausführt, daß die hohen Erstjahres-Stornoraten kein Problem seien, das auf einen bestimmten Bereich des Marktes, d.h. auf den der firmengebundenen oder unabhängigen Vermittlung beschränkt sei. Sieht man sich den sehr langwierigen und immer wieder mit neuen "Consultative Papers" gepflasterten Diskussionsprozeß in Großbritannien an, betrachtet man die Kompliziertheit der Selbstregulierungsstruktur, die relative Unverbindlichkeit der Regulierungen, ihre fehlende Justiziabilität vor Zivilgerichten und schließlich die Machtverhältnisse in den SRO's[60], so kann man sich angesichts der geschilderten, schier unglaublichen Zustände im Bereich der Versicherungsvermittlung des Eindrucks nicht erwehren, als sei das britische Modell der Selbstregulierung eingerichtet worden,

59 Zitat aus einer Pressemeldung des SIB vom 5.12.1991 "SIB Chairman comments on results of policy terminations survey".

60 Wiesner,a.a.O., S.67 f. stellt fest, daß z.B. bei LAUTRO von den 17 Mitgliedern des Aufsichtsrates gerade 4 als Mitglieder betrachtet werden können, die Vertreter des öffentlichen Interesses seien.

um eigentlich nötige gesetzliche Maßnahmen möglichst lange hinauszuschieben.

III.D. Verbesserungsansätze

Die vom SIB vorgeschlagenen Verbesserungsvorschläge[61] sind:

III.D.1. Offenlegung der Vertreterprovision

Es soll von einem soft disclosure-System (Offenlegung auf Aufforderung des Kunden) auf das einer hard disclosure übergegangen werden. Das hinter den Überlegungen stehende Ziel ist offensichtlich, gegen die skrupellose Verkaufspraktiken herausfordernden Abschlußprovisionen anzukämpfen. Die Provision soll in jedem Fall ohne Aufforderung durch den Kunden in der Höhe der Provision der Firma des IFA, des Lebensversicherers oder des angestellten Vertreters offengelegt werden, wobei die Provision, die der Vermittler selbst tatsächlich bekommt, nicht mehr offengelegt werden soll[62]. Die Offenlegung soll durch Nennen eines Geldbetrags erfolgen. Das OFT hatte vorgeschlagen, nur den IFA's die Offenlegung vorzuschreiben. Zeitpunkt der Offenlegung sollte spätestens die Zusendung der product particulars sein, die nach dem SIB üblicherweise mit einer Information über das Rücktrittsrecht versandt werden. Obwohl man es für wünschenswert hält, die Provision so früh wie möglich offenzulegen, sieht man von einer entsprechenden Verpflichtung ab, da eine Offenlegung vor Antragsunterzeichnung die Kosten der Versicherungswirtschaft zu stark aufblähen würde. Als Form der Offenlegung stellt man sich vor, daß dies in den product particulars geschehen soll, so daß alle wichtigen Daten zusammen seien und die Provision zusammen mit den anderen Gebühren und Kosten dargestellt werden könne. Da

61 SIB, Life Assurance: disclosure of commission and other matters, Consultative Paper 77, London 1/1994.

62 Hierzu sind bisher die IFA's verpflichtet.

aber nicht alle Vermittler dafür ausgerüstet seien, klienten- und auf den individuellen Vertrag bezogene key figures am point of sale bereitzuhalten, soll die Versicherungswirtschaft nach ihren Möglichkeiten verfahren. Die einen liefern die key figures beim Abschlußgespräch, die andern schicken eine klientenspezifische Illustration, in der die Provision offengelegt wird, wieder andere einen Brief, der nur die Mitteilung der Provision enthält. Werden mehrmals nacheinander Provisionen gezahlt, so soll dies offengelegt werden. Bei den durch tied agents oder sales representatives offenzulegenden Provisionen soll das Gehalt und ähnliche Vergütungen einbezogen werden. Das SIB wünscht sich eine regelmäßige Veröffentlichung der Provisionen in der Presse, so daß Verbraucher einfacher auffällig hohe Provisionen erkennen können.

III.D.2. Bewertung der Vorschläge:

Es zeugt von viel Realitätsferne zu glauben, daß man die Bescherungen durch "front-end loaded" - Provisionen durch eine Offenlegungspflicht beseitigen oder gar nur in deutlichem Ausmaß günstig beeinflussen kann. Dieses überaus schädliche Vergütungssystem gehört entweder verboten oder aber es müssen gesetzliche Regelungen geschaffen werden, die bei Vertragskündigung des Verbrauchers diesem zu jedem Zeitpunkt mindestens eine verzinste Rückzahlung sämtlicher Nicht-Risikobeiträge garantiert. Kein Verbraucher käme auf den Gedanken, daß er seine gesamte Einzahlung verliert, wenn er seinen Banksparvertrag relativ frühzeitig kündigt. Daß man in einem solchen Fall weniger Zinsen bekommt, ist jedem Verbraucher klar, daß man beim Lebensversicherungsvertrag aber das ganze eingezahlte Geld verliert, erwartet sicherlich niemand.

III.D.3. Offenlegung der Kosten

Sämtliche Diskutanten waren der Meinung, daß es bei dem Erfindungsreichtum vor allem der Wirtschaft nahezu unmöglich für den Verbraucher sei, sämtliche verschiedenen Kosten und Gebüh-

ren zu bewerten. Daher wurden mehrere Konzepte zum Ausweis der Kosten diskutiert:

1. Reduction in Yield

Einige Versicherer weisen auf ihren Policen eine Kennzahl namens Reduction In Yield (RIY) aus. Diese Kennzahl zeigt, um wieviel die als Prozentsatz ausgedrückte Verzinsung der Sparbeiträge[63] (jeweils Gesamtbeitrag minus Todesfall- oder sonstige Beiträge für Zusatzversicherungen) durch Kosten und Ausgaben gedrückt wird.

Beispiel:

Wenn keine Kosten und Ausgaben anfielen, würde ein Zinssatz erreicht werden von	7% p.a.
Dadurch daß Kosten und Ausgaben anfallen, liegt die Verzinsung bei	4,5% p.a.
Die RIY ist also	2,5% p.a.

2. Projected costs

Die diesem Konzept zugrundeliegende Idee ist, daß man Kosten sich mit dem gleichen Zinssatz entwickeln läßt, wie das Investment. Weist man für jedes Jahr den Wert der Police oder des Fonds aus, so zeigen die zunächst für die ersten fünf Jahre und anschließend für jedes fünfte Jahr den Rückkaufswerten synoptisch gegenübergestellten Kosten, um wieviel der Wert des Vermögens, ausgedrückt in Geldbeträgen, höher ausgefallen wäre, hätte es keine Kosten gegeben. Im letzten Jahr der Gegenüberstellung sieht

63 Es handelt sich um jenen Zins, mit dem die Sparbeiträge angelegt werden müßten, um die vorausgesagte Ablaufleistung der Police zu erreichen.

man, um wieviel der projektierte Endbetrag des Investments bzw. der with-profit policy durch den Zinseszinseffekt auf - für Investitionszwecke fehlendes Geld - geschmälert wurde - man hätte genau den ausgewiesenen Kostenwert mehr "herausbekommen", wären keine Kosten angefallen.

3. Reduction in Proceeds

Dieses Konzept ist mit dem vorigen fast identisch, mit dem scheinbar kleinen Unterschied, daß die wie unter 2 ermittelte Kostensumme als ein Betrag von "x Pence pro 1 Pound" ausgedrückt wird. Die Gesellschaft würde also dem Kunden erklären, daß "die Kosten die Auszahlung so verringern, daß von jedem gezahlten Pfund z.B. 10 pence ausgegeben wurden".

4. Reduction in Premium

Diese Kennzahl käme durch arithmetische Durchschnittsbildug zustande. Die über die gesamte Laufzeit projektierten Kosten würden durch die Laufzeitjahre geteilt und der sich ergebende Durchschnittskostensatz dem Verbraucher mitgeteilt.

III.D.4. Bewertung der Konzepte

Das Konzept der RIY ist mit Recht angegriffen worden. Im Vergleich vor allem zu "Projected Costs" ist es nicht plastisch genug. Aber auch die anderen Konzepte sind bzgl. ihrer Aussagekraft und Verständlichkeit bei weitem nicht so überzeigend, wie das Projected Costs Konzept, zeigt es doch am besten, wie renditeschmälernd sich hohe Kosten, und vor allem "front-end loaded" Kosten auf den Betrag der Ablaufleistung auswirken.[64] Allerdings muß noch eine Anmerkung zu allen vier Konzepten gemacht werden. Alle Modelle gehen davon aus, daß der Vertrag durchgehalten werden wird, der mit der jeweiligen Kennzahl beurteilt werden soll. Da Versicherer versuchen (und weiter versuchen werden),

64 Aus z.B. 1.000 ECU Abschlußkosten werden bei einer Verzinsung der Sparbeiträge von 7,5% p.a. in 30 Jahren immerhin 8.755 ECU.

den Rückkaufswert vorzeitig kündigender Verbraucher um hohe Stornokosten zu kürzen, die zu einer teilweisen Deckung der anderen Kosten führen, wird die mit Hilfe der Kennzahl gewonnene Aussage über die Ungünstigkeit des Versicherers u.U. verfälscht. Das Problem unterschiedlicher Stornoabzüge ist m.E. nur mit zwei regulatorischen Maßnahmen zu lösen:

"Harte" Lösung:

Man schreibt den Unternehmen gesetzlich vor, daß ausscheidende Kunden mindestens einen bestimmten Prozentsatz (z.B. mind. 95%) der eingezahlten Beiträge, ggf. vermindert um Risikobeiträge und Kursverluste (nicht aber um Ausgabeaufschläge) verzinst zurückerhalten. Dies würde erstens den "front-end loaded" Abschlußkosten den Garaus machen und zweitens verhindern, daß Versicherer aus vorzeitigen Rückkäufen Gewinn ziehen, der gegnüber den Verbrauchern nicht als Kosten deklariert wird, weil er nicht in die Kennzahl einfließt.

"Weiche" Lösung:

Man nimmt die Verluste bei Rückkauf in die Kennzahlberechnung mit auf. Bei Zugrundelegung des "Projected costs"-Konzepts würde die z.B. bedeuten: Die aktuelle Stornowahrscheinlichkeit des jeweiligen einzelnen Jahres wird mit dem durchschnittlichen Stornoverlust bei Rückkauf in diesem Jahr multipliziert und die so ermittelten Verlustwerte der einzelnen Jahre mit der der Wertentwicklungsrechnung zugrundeliegenden Verzinsung aufgezinst. Anschließend wird der für das jeweilige Jahr gefundene Wert auf die Kosten des jeweiligen Jahres aufgeschlagen. Der Aktuar zeichnet für die richtige Berechnung verantwortlich.

III.D.5. Surrender Penalties

SIB und OFT stimmen darin überein, daß die Information über Stornoabzüge bei Rückkauf für Verbraucher von essentieller Bedeutung sind. SIB hat entschieden, diese Information mit Hilfe von Rückkaufswerttafeln zu vermitteln, verbunden mit der Warnung,

daß sich die Stornopraxis des Versicherers im Lauf der Zeit ändern könne. Nach den Vorstellungen des SIB sollen die Rückkaufswerte der ersten 5 Jahre separat ausgewiesen werden. Die anderen sollen in weiteren 5-Jahres-Abständen dargestellt werden. Wenn der Vertrag einen Schlußbonus gewährt, sollen zusätzlich die Rückkaufswerte der letzten fünf Jahre gezeigt werden.

Bewertung

Das unter V.B. und in Anhang, Anlage 3, dargestellte Beispiel zeigt, wie wenig plastisch für den Verbraucher diese Darstellung ist. Diese Angabe muß im Zusammenhang mit der Offenlegung der Vermittlerprovision gesehen werden. Würde im dargestellten Beispiel der Verbraucher offen gesagt bekommen, daß er zunächst einmal 28 Monate 15 Pfund bezahlen muß, also insgesamt 420 Pfund, ohne dafür eine Gegenleistung zu erhalten, würde er sich sehr wahrscheinlich einen besseren, weil billigeren Anbieter suchen. Nach dem vorgeschlagenen Konzept wird dieser Sachverhalt nicht plastisch.

Besser wären die folgende Angaben:

1. Kosten der ersten 5 Jahre:

Von Ihren Beiträgen behalten wir in den ersten fünf Jahren folgende Beträge als Kosten und Gebühren ein, die für Sie Verlust bedeuten:

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr..	Summe nach 5 Jahren	dadurch fehlen Ihnen am Ende des Vertrags
Ihr Verlust in Pfund	.....	.....	.....	.....	.....

Der letzte Wert sollte die Summe der Kosten der jeweiligen Jahre sein, die mit dem für die Beispielrechnung unterstellten Zinssatz auf das Ablaufdatum aufgezinst würden.

2. Rückkaufswerte der ersten fünf Jahre:

Den vorgeschlagenen Versicherungsvertrag sollten Sie nur abschließen, wenn Sie sicher sind, daß Sie ihn über die vorgesehene Laufzeit hinweg aufrechterhalten. Lösen Sie den Vertrag vorzeitig auf, erhalten Sie zurück:

	Ende Jahr 1	Ende Jahr 2	Ende Jahr 3	Ende Jahr 4	Ende Jahr 5
Rückzahlung	.....	.....	.....	.....	.....
Eingezahlt	.....	.....	.....	.....	.....
Verlust in Pfund	.....	.....	.....	.....	.....

Beide Informationen sollten zusammen, d.h. auf einem Blatt, gegeben werden müssen, damit der Verbraucher sieht, welchen Verlust er bei Abschluß des Vertrages erleiden wird und daß dieser unabhängig davon eintritt, ob er den Vertrag vorzeitig auflöst oder ob er ihn weiterbezahlt.

III.D.6. Persistancy Rates

Das OFT ist der Meinung, daß, würde man die die Versicherer zwingen, ihre Durchhaltequoten bzw. Stornoquoten gegenüber dem Verbraucher bekanntzugeben, dies einen positiven Beitrag zur Senkung der sehr hohen britischen Stornoraten hätte.

Bewertung:

Diese Auffassung ist relativ weltfremd. Gesellschaften mit hohen Stornoraten sind solche, die hohe front-end loaded Provisionen zahlen. Wer als Verbraucher klar gesagt bekommt, wie hoch sein Verlust ist, den er durch die Abschlußkosten in den ersten 5 und in den weiteren Jahren erleiden wird, dennoch aber einen solchen Vertrag abschließt, der wird seine Verkaufsentscheidung auch durch eine hohe, ihm offengelegte Stornoquote der Gesellschaft nicht revidieren.

III.D.7. Product Disclosure

Es werden durch das SIB keine Vorgaben entwickelt, in welcher Weise die Informationen über das Produkt an den Verbraucher weitergegeben werden. Man ist der Meinung, daß die Angaben über die Rückkaufswerte der späteren Jahre, die offenzulegenden Gebühren, die Offenlegung unterschiedlicher Produktpreise in verschiedenen Distributionskanälen und die offenzulegende Provision ausreichend seien. Darüber hinaus werde in Zukunft ein "key-figures" Dokument an den Verbraucher ausgehändigt werden. Ein entsprechendes Muster enthält der Retail Report von Clucas.[65] Im Anhang [Anlagen 7 u. 8] befindet sich ein Muster der von Clucas vorgeschlagenen "key features" und des "client's guide" [Anlagen 9 u. 10], der den bisherigen "buyer's guide" ablösen soll.

---

65 SIB (Hrsg.) Retail Regulation Review: Disclosure, Polarisation, and Standards of Advice, Consultative Paper 60, London, 3/1992.

Bewertung:

Diese "key features" sind m.E. mit der schwächste Punkt sämtlicher Verbesserungsvorschläge, denn sie dienen lediglich dem Übertölpelungsschutz. Diesen zu gewährleisten sind aber, wie in Teil I der Untersuchung gezeigt wurde, andere Maßnahmen erfolgversprechender als die Steigerung der Transparenz, solange sich die entsprechenden Maßnahmen lediglich auf die schriftlichen Informationen beziehen und die Einhaltung von Verhaltensregeln der Vermittler nicht genügend überwacht werden, bzw. solange es keine Beratungsprotokollpflicht gibt. Sie sollten m.E. möglichst um ein zweites Blatt bzw. eine zweite Information erweitert werden, auf dem bzw. in der sämtliche wesentlichen Vertragsdaten genannt werden (vgl. unten VI.C.).

III.E. Bewertung der britischen Erfahrungen

Die Hauptprobleme bei britischen Lebensversicherungen liegen vor allem in der Geldgier der Vermittler und nicht in fehlender Transparenz schriftlicher Informationen begründet. Der Versuch, hiergegen mit transparenzsteigernden Maßnahmen wie z.B. Informationspflichten anzukämpfen wird vermutlich nicht allzu erfolgreich sein. Die Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, daß das System der "Polarisation" (IFA als Interessenvertreter des Verbrauchers und tied agent bzw. sales representative als Vertreter eigener bzw. Unternehmensinteressen) nicht funktioniert. Denn die IFA's waren bei den Übervorteilungen von Verbrauchern nicht weniger aktiv als die tied agents. Die für den Verbraucher rentabelste Kapitallebensversicherung kann nur eine ohne Provisionszahlung an Vertreter sein, denn der Effekt der front-end loaded - Abschlußprovisionen schmälert die Rentabilität der Kapitalanlage with-profit endowment oder pension plan erheblich. Darüber hinaus erkennt die britische Diskussion nicht, daß die Vermittler mehr Transparenz zerstören als schriftliche Informationen jemals schaffen können. Dies gilt insbesondere, wenn die schriftlichen Angebotsunterlagen vom Vermittler in das Verkaufsgespräch eingebunden werden können und dem Verbraucher nicht übersandt werden

müssen. All dies wird in Großbritannien von den Verantwortlichen, die überwiegend Vertreter der Versicherungswirtschaft sind, (un-/)verständlicherweise nicht diskutiert. Der Verbraucher braucht die Produktinformationen und Kostenangaben vor Antragsunterschrift. Er muß Zeit haben, auf der Basis eines ihm ohne Vertreterdrängen zugesandten Angebots Vergleichsangebote einzuholen und sich seine Entscheidung noch einmal reiflich zu überlegen. Nach dem bisherigen System, das offenbar nicht geändert werden soll, bleiben einem Verbraucher, der schon in Unkenntnis der genauen Einzelheiten des Angebots einen Antrag unterschrieben hat, ab Erhalt aussagekräftiger Informationen bei Policenzusendung noch ganze 14 Tage Zeit, um Vergleichsangebote einzuholen, und damit eine Grundlage für die Entscheidung über den Rücktritt vom Vertrag zu schaffen. Dies erscheint bei weitem zu kurz. In diesem Punkt und im Verbot von front-end loaded Provisionen bzw. einer gesetzlich garantierten Minimalrückzahlung bei frühzeitigem Storno sollte angesetzt werden.

IV. Transparenzregeln in Frankreich

IV.A. Prinzip der gesetzlichen Verankerung der Informationspflichten

Wie in Großbritannien betreffen die Transparenzregeln Investmentprodukte, und zwar die Capitalisationsverträge und Kapitallebensversicherungen (mit Sparcharakter). Anders als in Großbritannien wurde ihre Ausformulierung und Einführung jedoch nicht der Versicherungswirtschaft überlassen und sie wurden unmittelbar in den Code des Assurances (C.Ass.) implementiert. Die größten Änderungen hinsichtlich der Informationspflichten der Lebensversicherer stellt das Gesetz vom 16.7.1992 dar, das frühere Reformen abrundet.[66] Die entstandenen Regeln sind - vergleicht man sie mit den britischen - erfreulich einfach und klar. Im einzelnen besagen sie folgendes:

IV.B. Die einzelnen gesetzlichen Regelungen

IV.B.1. Vorvertragliche Informationen über die wesentlichen Vertragsbestimmungen

Vor Vertragsschließung muß der Versicherer dem Versicherten nach Art. L 112-2 C.ass.[67] ein Informationsblatt über den Preis und die Garantien zukommen lassen und ein Exemplar des Vertragsvorhabens sowie seine beigefügten Druckstücke oder eine In-

---

66 Ausführlich: Bigot, J., La loi du 16 julliet 1992 sur l'assurance, La Semaine Juridique (JCP), Ed.G., Nr.45, S.479 ff.; übersichtliche Darstellung auch o.Verf., Assurance Vie: Vers un nouveau développement, Assureuer Nr.11 v.1.6.1993, S.3 ff und Nr.10 v.15.3.1993, S.3 ff., sowie: Couilbaut,F., Reforme de l'assurance vie in: L'assurance Francaise Nr. 684 v.15.11.1993, S.963 f.

67 Geänd. durch Art. 8 des Ges. n. 89-1014 vom 31.12.1989 (JO vom 3.1.90).

formationsmitteilung über den Vertrag zurückschicken. Darin müssen genau beschrieben sein:

- die Garantien
- die Ausschlüsse
- die Verpflichtungen des Versicherten.

Der Versicherungsvorschlag verpflichtet weder den Versicherten noch den Versicherer; allein die Police oder die Deckungsbestätigung weist ihre gegenseitige Verpflichtung aus. Art. R 112-3 C.ass. bestimmt, daß die Zustellung der o.g. Unterlagen bewiesen ist durch datierte Unterschrift des Versicherungsnehmers unter eine unten auf der Police angebrachte Erklärung. Darin bestätigt er Art und Datum des Erhalts der Dokumente und daß er sie vor Vertragsschluß erhalten hat.

IV.B.2. Offenlegung der (Abschluß-)Kosten

Nach Art. R 132-3 C.ass.[68] müssen die Verträge "assurance en cas de vie"[69] oder der Capitalisation die durch das Unternehmen vorweg erhobenen Kosten anzeigen. Die anderen Verträge, die Rückkaufwerte bilden, müssen die im Fall des Rückkaufs erhobenen Kosten anzeigen. Dies gilt auch für Verträge wie z.B. die lebenslange Todesfallversicherung (assurance en cas de décès vie entière). Betroffen sind Verträge, die enthalten:

- eine garantie "en cas de vie"
- "bons d'épargne"
- "bons de capitalisation"
- lebenslange Renten

---

68 In Ausführung der Vorschrift L 132-5 des C.ass eingefügt in den C.ass. mit décret 93-384 v. 19.3.1993.

69 In ihrer reinen Form wird nur am Vertragsende eine Auszahlung vorgenommen, wenn die versicherte Person die Vertragsdauer überlebt hat.

- sowie die gemischten und kombinierten Formen, die notwendigerweise eine Erlebensfalleistung vorsehen.

IV.B.3. Information über die Rückkaufswerte

Entgegen der alten Fassung des Art. L 132-5-1 C.ass. müssen die Rückkaufswerte für die ersten acht und nicht mehr nur für die ersten sechs Jahre angegeben werden. Die Modalitäten der Berechnung des Rückkaufswerts müssen (erst) in der Police genannt werden. Die Capitalisationsverträge sind den gleichen Bestimmungen wie Erlebensversicherungen unterworfen.[70] Der Versicherer ist gezwungen, den Vertragspartner über die Modalitäten der eventuellen Treue-Vergünstigungen (garanties de fidelité) zu informieren, die isoliert von der Hauptgarantie gewährt werden.[71]

IV.B.4. Einzelheiten des Vertrages

Art. R 132-4 verlangt in Ergänzung von Art. R 132-3 C.ass., daß der Lebensversicherungsvertrag anzeigen muß:

1. Die Namen, Vornamen und den Geburtstag des oder der Versicherten.
2. Das Ereignis oder den Termin, von dem der Rechtsanspruch auf garantierte(s) Kapital oder Rente abhängt.
3. Frist und Modalitäten der Bestimmung des garantierten Kapitals oder der garantierten Rente.
4. Bei fondsgebundenen Verträgen muß im Vertrag genannt werden:
5. der oder die Fonds,
6. das Datum, an dem die gezahlten Prämien in Fondseinheiten umgetauscht werden,

---

70 C.ass., Art. R 132-1, 1. Abs., eingefügt durch den ersten Art. des décret 93-383 v. 19.3.1993

71 Ebenda, 2.Abs.

7. die wiederkehrenden Zeitpunkte, die zur Bestimmung dieser Werte im Lauf des Jahres vorgesehen sind,
8. die Methoden der Bewertung und des Umtauschs.

IV.B.5. Rücktrittsrecht

Nach Art.L 132-5-1 C.ass.[72] hat jede natürliche Person, die einen Versicherungsantrag oder einen Vertrag unterzeichnet hat, die Möglichkeit, von diesem durch eingeschriebenen Brief mit Rückschein während einer Frist von 30 Tagen ab der ersten **Zahlung** (!) zurückzutreten.[73] Der Versicherungsantrag oder der (vom Unternehmen aufgrund des Antrags zugesandte) Vertragsvorschlag muß einen Briefentwurf enthalten, der dazu dient, die Ausübung des Rücktritts zu erleichtern. Gleichzeitig muß das Unternehmen folgende schriftliche Informationen gegen Rückschein liefern:

- mindestens die Rückkaufswerte zum Ende eines jeden der ersten 8 Jahre
- die wesentlichen Bestimmungen des Vertrages
- Bedingungen der Ausübung des Rücktritts
- Art der Todesfalleistung im Fall des Rücktritts.

Das Unterlassen der Rücksendung der im vorigen Satz genannten Dokumente und Informationen bewirkt einen Aufschub der Rücktrittsfrist bis zum dreißigsten auf die tatsächliche Rücksendung folgenden Tages. Gerechnet vom Tag des Erhalts des Vertrages an, fängt eine neue Frist von dreißig Tagen an zu laufen, wenn der Vertrag Vorbehalte oder wesentliche Änderungen des ursprünglichen Angebots enthält. Der Rücktritt zieht die Rückgabe der Gesamtheit der gezahlten Beiträge durch das Lebensversicherungs- oder Capitalisationsunternehmen nach sich, wobei die Rückzahlung binnen 30 Tagen ab Erhalt des (Einschreibe-) Rücktrittsbriefs des Verbrauchers durchzuführen ist. Als Folge

---

72 Zuletzt geändert mit dem o.g. Gesetz Nr. 92-665 v. 16.7.92.

73 Die Bestimmungen gelten für Verträge mit einer Dauer von unter 12 Monaten nicht.

einer Fristüberschreitung entsteht auf die nicht zurückgezahlten Beträge ein Anspruch auf den gesetzlichen Zins, erhöht um die Hälfte während der ersten zwei Monate, anschließend, bei Ausdehnung der Überschreitung über zwei Monate, auf das Doppelte des gesetzlichen Zinses.

IV.B.6. Informationen während der Vertragsdauer

Für die seit dem 1.1.82 abgeschlossenen oder abgeänderten Verträge, welche lange Zeit Anlaß zur Zahlung der Prämie geben, muß das Lebensversicherungs- oder Capitalisationsunternehmen jedes Jahr dem Vertragspartner die entsprechenden Beträge

- des Rückkaufswerts,
- gegebenenfalls den Herabsetzungswert,
- die garantierten Kapitalien und
- die Prämie des Vertrages,
- sowie für die ab 1.1.82 abgeschlossenen oder gänderten Verträge, deren Garantien in Fondseinheiten ausgedrückt sind, die Werte dieser Einheiten und ihre jährliche Entwicklung seit Vertragsabschluß

mitteilen.[74] Diese Beträge dürfen die Beteiligung an den Überschüssen, die nicht verbindlich zugeteilt sind, nicht enthalten. Das Lebensversicherungs- oder Capitalisationsunternehmen muß mit genauen und klaren Bezeichnungen präzisieren, was die Operationen des Rückkaufs und der Herabsetzung kennzeichnet und was deren gesetzliche und vertragliche Folgen sind. Für die Verträge, die keinen Anlaß zur Prämienzahlung mehr geben und für Verträge, die vor dem 1.1.82 abgeschlossen oder geändert wurden, werden die obenstehend vorgesehenen Informationen nicht mitgeteilt, außer in dem Jahr, in dem der Versicherungsnehmer dies verlangt. Der Vertrag muß Bezug nehmen auf die in den obigen Absätzen vorgesehenen Informationsverpflichtungen. Seit Einführung des Gesetzes von 1992 muß das Unternehmen dem Versiche-

74 Gem. Art. L 132-22 C.ass.

rungsnehmer den Wert der Fondseinheiten für die Verträge mitteilen, die eine solche Garantie (Fonds) vorsehen.

IV.C. Bewertung der Vorschriften

Sehr fortschrittlich ist die "Anbahnung" des Vertrages und das Rücktrittsrecht geregelt. Die entsprechenden Vorschriften kommen der Vertragsanbahnungs-Realität, die im Teil I der Untersuchung und unten unter VI.A.1.b beschrieben werden wird, sehr nahe und sorgen dafür, daß es für geldhungrige Abschlußvermittler sehr schwer wird, Verbraucher zu übertölpeln. Da der Versicherer gegen den Versicherungsnehmer darüber hinaus offene Beiträge nicht einklagen darf[75], sind die Versicherer von sich aus bestrebt, keine Kunden zu bekommen, die im ersten Vertragsjahr schon wieder "abspringen". Die Informationen, die der Versicherungsantragsteller vor Zusendung der Police erhält, sind nicht aussagekräftig genug. So bekommt der Kunde die Modalitäten der Rückkaufswertberechnung erst mit der Police mitgeteilt. Es sollte allerdings nicht vergessen werden, daß der Verbraucher bei Policenerhalt immer noch genügend Zeit hat, Gegenangebote einzuholen, da die Rücktrittsfrist von 30 Tagen erst zu laufen beginnt, wenn die erste Prämienzahlung erfolgt ist. Die Regelung über die Offenlegung der "front-end loaded" Kosten ist zu begrüßen. Den Verbraucher sollte nicht die Vermittlerprovision, sondern der gesamte Betrag der Abschlußkosten interessieren. Ein dem Verbraucher offengelegter hoher Abschlußkostenbetrag macht ihm sehr deutlich, daß er sich besser doch noch um ein Konkurrenzangebot bemühen sollte. Leider hat der französische Gesetzgeber bisher noch keinen Anlaß gesehen, die Offenlegung auch der laufenden Verwaltungskosten zu verlangen. Zu empfehlen ist in diesem Zusammenhang das in Großbritannien diskutierte projected costs - Konzept (vgl. oben Seite 89). Bei den Vertragseinzelheiten, die mit Policenerhalt mitzuteilen sind, fehlen leider die Angaben zur Überschußbeteiligung. Dieser Mangel wird jedoch durch die 3. RL Leben nachgebessert.

---

75 Vgl. oben nach Fußnote 51.

V. Verdeutlichung der Transparenzproblematik am Beispiel untersuchter europäischer Lebensversicherungsprodukte

V.A. Produktbezeichnung

Schon die Vielfalt der Lebensversicherungsprodukte und die fehlende Typisierung der Produktbezeichnungen führen bei Verbrauchern zu großer Verwirrung. Dabei gibt es durchaus Standardproduktbezeichnungen, die in der Versicherungswirtschaft des jeweiligen EU-Mitgliedsstaates bekannt sind. Aus der Produktbezeichnung sollte hervorgehen, ob der größte Beitragsteil in ein Sparprodukt fließt oder für echte Versicherungen aufgewendet wird und ob die Beitragszahlung befristet ist. Ferner sollte schon aus ihr deutlich werden, wenn die Versicherungsdauer oder Leistungsdauer lebenslang ist. Beispiele für solche Produktbezeichnungen:

- Kapitalbildende Lebensversicherung mit lebenslanger Versicherungs- und befristeter Beitragszahlungsdauer (Bezeichnungsbeispiel für ein konkretes Produkt:"Kapital-Lebensversicherung mit verkürzter Beitragszahlung");
- Sofort beginnende lebenslange Leibrentenversicherung mit befristeter Rentenweiterzahlung nach Tod des Versicherten und anschließender Hinterbliebenenzusatzrente (Bezeichnungsbeispiel für ein konkretes Produkt:"Sofortrentenpolice mit ...jähriger Todesfall-Weiterzahlung und Hinterbliebenenzusatzrente");
- Risiko-Lebensversicherung mit Auszahlung der Todesfalleistung (auch bei Tod in der Vertragsdauer) nur zum Vertragsende (Bezeichnungsbeispiel für ein konkretes Produkt:Risiko-Termfixpolice")
- Kapitalansammlungspolice mit Auszahlung nur im Fall des Überlebens der Vertragsdauer ohne Rückzahlung bei Tod in

der Vertragsdauer[76] (Bezeichnungsbeispiel für ein konkretes Produkt: "Überlebenspolice")

usw...

Die wegen z.T. haarsträubender Vertriebspraktiken[77] in Verruf geratene Versicherungswirtschaft vergibt aus Werbewirkungsgründen schwungvolle Namen: "Cover Master"[78] heißt die fondsgebundene (whole of life)[79] Lebensversicherung bei Abbey Life (GB), "Protected Savings Plan" heißt die eigentlich "stinknormale" unit-linked endowment policy[80] der gleichen Gesellschaft, die dem Kunden unter dem Prospektaufdruck "Savings" präsentiert wird. Obwohl es z.B. in Deutschland unter Vermittlern und Fachleuten einheitliche Produktbezeichnungen wie "Termfix-Lebensversicherung"[81] usw. gibt, verwenden die Versicherer häufig Namen, bei denen das (negative Assoziationen auslösende) Wort "Versicherung" nicht vorkommt, wie z.B. "50 Plus-Vorsorge-Plan, Lebens-Wert-Plan"[82] usw. Es wäre sehr begrüßenswert, wenn

---

76 In Frankreich und Belgien vorkommendes Produkt: assurance de capital différé. Bei manchen Policen werden die eingezahlten Beiträge unverzinst zurückerstattet.

77 Vgl. oben unter III.C. zu den Verhältnissen in Großbritannien. In Deutschland haben in den letzten Jahren sog. Strukturvertriebsfirmen mit rüden Verkaufsmethoden ebenfalls großen Flurschaden angerichtet, so daß das sonst sehr konservative Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV) schon laut über die Veröffentlichung schwarzer Listen nachdachte.

78 Druckstücke MCN10012(9/93), MC7439 (8/93), MC9749(9/93).

79 Eine solche Police, allerdings die der Allied Dunbar, GB, wird unten unter V.B. besprochen.

80 Fondsgebundene Lebensversicherung.

81 Überwiegender Beitragsteil wird angespart. Die Versicherungssumme wird jedoch auch bei Tod des Versicherten nicht vor Ende der Laufzeit an den Begünstigten ausgezahlt. Stattdessen wird der Vertrag ab Tod des Versicherten bis zum Vertragsende beitragsfrei weitergeführt.

82 Produktbezeichnungen von Quelle: Lebens-Wert-Plan ist eine Kapital-LV mit dread-disease-Deckung (Schwerstkrankheiten-Zusatzpolice), 50

unter Federführung der EU-Kommission für die verschiedenen Grundtypen von Versicherungsverträgen entsprechende Standardbezeichnungen vereinbart werden könnten, so daß schon die Produktbezeichnung auf der Umschlagseite der Informationsbroschüren und Druckstücke der Versicherer dem Verbraucher eine erste Vorstellung von dem Produkt vermitteln kann. Von den Unternehmen selbst ist eine solche Initiative wohl kaum zu erwarten, versuchen sie mit Produktbezeichnungen wie den oben geschilderten doch gerade, sich von den Konkurrenten abzuheben, auch wenn der Produktinhalt nahezu identisch ist.

V.B. Mangelhafte Beschreibung des Produktes

Das Problem, daß der Verbraucher in vielen Fällen weder aus der Produktbezeichnung noch aus den mitgelieferten Produktinformationen erkennt, welcher Natur oder welchen grundsätzlichen Produkttyps die angebotene Police ist, sei am Beispiel von Lifestyle Plus, einem Produkt von Allied Dunbar, Swindon, (GB), erläutert: Der Verbraucher bekommt mit der Police folgende zusammengeheftete Unterlagen (6 Blätter):

1. Policy Schedule [Anlage 1]
2. Product Particulars (2 Blätter) [Anlagen 2 a und b]
3. Product Particulars Statement [Anlage 3]
4. Product Particulars Statement - Notes [Anlage 4]
5. Cancellation Form [Anlage 5].

Aus dem in Anlage 1 im Anhang abgedruckten Deckblatt "Policy Schedule Lifestyle Plus - Joint live" sieht man, daß es bei dem vorliegenden Angebot um zwei Dinge geht, nämlich um die Bereitstellung von zweierlei Versicherungsschutz (Lifestyle Plus Benefit und Death Benefit). [Anlage 1: Allied Dunbar, Policy Schedule Lifestyle Plus - Joint live.] Unter Nr. 1 der nächsten

---

Plus-Vorsorge-Plan ist eine Kapital-Lebensversicherung für über 50-jährige mit - gegenüber Normaltarifen - besonders schlechter Überschußbeteiligung (trotz anderslautender Werbeaussagen).

Seite "product particulars" [vgl. Anlage 2 a] wird ausgeführt, es handele sich um eine "whole of life assurance policy". Was das genau ist und wie eine solche Police "funktioniert", erfährt man nicht. Man bekommt zunächst einmal lediglich gesagt, daß während einer "initial period" aus den Beiträgen keine Fondseinheiten angesammelt werden. Spätestens an dieser Stelle fragt man sich jedoch, wieso eigentlich Fondseinheiten angesammelt werden, wenn auf dem Deckblatt [Anhang, Anlage 1] von Sparen gar keine Rede ist, sondern lediglich der Gesamt-Monatsbeitrag und die beiden benefits erwähnt werden. Was eine "Initial Period" ist und welche Bedeutung sie hat, wird dem Verbraucher ebenfalls, diesmal aus naheliegenden Gründen, nur wenig plastisch geschildert. Wozu diese Periode dient, erfährt man nicht. Man könnte als besonders argloser Verbraucher nun meinen, daß die in dieser Zeit gezahlten Beiträge verwendet werden, um für die ersten fünf oder 10 Jahre die Versicherungsleistungen "Lifestyle Plus Benefit" bzw. "Death Benefit" zu decken und daß anschließend "units" gekauft werden. Dies ist allerdings nicht der Fall. Bei der "Initial Period" handelt es sich nämlich um jenen Zeitraum, in dem die Beiträge für Abschlußkosten "draufgehen". Die Länge der Anfangsperiode (28 Monate) erfährt man, ohne daß gesagt wird, was es damit auf sich hat, auf dem vierten Blatt der zusammengehefteten Unterlagen [vgl. Anhang, Anlage 3]. Damit verliert man nach dem Abschluß immerhin 420 Pfund (28 x 15 Pfund = 420 Pfund), und das bei einem bescheidenen Monatsbeitrag von 15 Pfund! Aus dem "Product Particulars Statement" [Anhang, Anlage 3] erkennt man darüber hinaus z.B. auch nicht, daß die Prämien bis zum Lebensende kalkuliert sind. Man könnte es ggf. ahnen, weil nur das Beginndatum und kein Datum für das Ende der Beitragszahlung auf dem Deckblatt, der Policy Schedule [Anhang, Anlage 1] eingetragen ist. Man erfährt auch nichts davon, daß, würde man das Schwerstkrankheiten- und Todesfallrisiko nicht lebenslang versichern, sondern nur für einen individuell zu bestimmenden Bedarfszeitraum, der zur Deckung dieser Risiken anfallende Beitrag deutlich niedriger ausfiele und daß es i.d.R. unnötig und zu teuer ist, z.B. den Todesfallschutz über den Beginn des Rentenalters hinaus

auszudehnen. Und schließlich erfährt man auch nicht, daß nach der initial period zunächst einmal jeder einzelne Beitrag voll in Fondseinheiten umgetauscht wird, wobei jedesmal ein Ausgabeaufschlag von 5,263% gezahlt werden muß.

Dies ergibt sich erst bei eingehendem Studium der "policy provisions", S.12 Nr. 6 [vgl. Anhang, Anlage 6].[83] Demjenigen, der sich die "Policy Provisions" ansieht, fällt es ohne von diesem Ausgabeaufschlag gelesen zu haben, schwer, zu verstehen, warum nicht lediglich die um den jeweiligen Risikobeitrag gekürzten Monatsbeiträge in Fondseinheiten umgetauscht werden, wenn sie gleich anschließend wieder verkauft und als Risikobeiträge vereinnahmt werden. Daß dies mit Sicherheit auch deshalb geschieht, damit man auch auf den Risikoanteil der Prämie den Ausgabeaufschlag kassieren kann, erwähnt der Versicherer verständlicherweise nicht. Schließlich erfährt man weder in den 6 Seiten mit den wichtigsten Einzelheiten [Anlagen 1 bis 5 im Anhang] noch in den "Policy Provisions", daß die Todesfall- und Schwerstkrankheiten-Risikobeiträge in den ersten 28 Monaten sozusagen kreditiert werden. Entwickelt sich der Fonds wie geplant mit 7,5% p.a., so werden die gestundeten Risikobeiträge nach Ablauf der 28 Monate in einem dieser Steigerungsrate entsprechenden höheren Nachentrichtungsbeitrag durch Verkauf von entsprechend mehr Fondsanteilen aufgebracht. Dieser Stundungs- und Nachzahlungseffekt führt dazu, daß der "Projected Surrender Value" [Anhang, Anlage 3] nach 10 Jahren bei 5% Verzinsung der units 389 Pfund, bei 10% Verzinsung aber nur 319 Pfund ausmacht. Darüber hinaus wird die Fondsverwaltungsgebühr lediglich auf S. 12 Nr 3. ("Annual Charge"), sowie auf den Seiten 14 und 15 der "Policy

83 Wobei ein unbedarfter Verbraucher vermutlich denken wird, er zahle jeweils 5% Aufschlag beim Kauf von Fondseinheiten, denn dort wird ausgeführt: "The offered prices of Accumulation Units will be...those...calculated by the Actuary on the basis of the value of the Fund...increased by such amounts as the Actuary considers appropriate in respect of all acquisition costs..., and reduced by all relevant deductions; the result being multiplied by 100/95." Der Aufschlag beträgt also (100/95 ./. 1)* 100 = 5,2631%.

Provisions" erwähnt. Daß diese Gebühr einem in das Gutdünken des Aktuars gestellten Änderungsvorbehalt unterliegt, erfährt man ebenfalls erst nach intensivem Suchen auf S.12 der "Policy Provisions" unter Nr. 3. [Anlage 6 im Anhang]. Und schließlich werden die direkten Kosten des An- und Verkaufs von Einheiten, die dem Verbraucher ebenfalls belastet werden, lediglich auf der gleichen Seite 12 unter Nr. 4. der Policy Provisions genannt. Mit den obigen Ausführungen wurde schon zur Problematik der Kostentransparenz übergeleitet, die als nächstes an einem praktischen Beispiel besprochen werden soll. Zuvor scheint aber ein kurzes Resumée bzgl. der "Produkttransparenz" nötig. Das Produkt Lifestyle Plus wird entweder unbedarften Verbrauchern verkauft, die die beiden benefits Lifestyle Pus und Death versichern wollen, dabei jedoch zu bequem oder zu dumm sind, sich vor Augen zu führen, daß

- die Beiträge der ersten 28 Monate für Abschlußkosten "draufgehen",
- der derzeitige Beitrag dadurch, daß es sich um eine lebenslange Police handelt, zu teuer ist,
- daß im Rentenalter der "Lifestyle Plus Benefit" wegen vorhandener Rentenansprüche i.d.R. eigentlich nicht benötigt wird,
- der Todesfallversicherungsschutz ebenfalls nicht unbedingt bis ins hohe Alter hinein nötig ist und
- der Beitrag für die benefits erheblich steigen könnte, wenn - auf lange Sicht gesehen - die Wertentwicklung der Fondseinheiten hinter den kalkulierten 7,5% jährlicher Wertsteigerung zurückbleibt.

Oder das Produkt wird von cleveren Vermittlern verkauft, die dem Verbraucher suggerieren, es sei nahezu sicher, daß die kalkulierte Wertentwicklung von 7,5% in Zukunft deutlich übertroffen wird, so daß man die benefits später aus dem Verkauf der Fondseinheiten finanzieren kann bzw. neben den benefits auch noch eine ordentliche Rückzahlung bekommt. Daß das gesamte Risiko auf den Verbraucher abgewälzt wird, dürfte diesem im Normalfall nicht klar sein. Das Beispiel zeigt m.E. sehr deutlich, wie hilfreich ein Bündelungsverbot zumindest bzgl. der Verbindung

von Spar- und Versicherungsprodukten, besser aber noch zwischen jedwedem unterschiedlichen Produkt für die Steigerung der Produkttransparenz wäre.

V.C. Strukturelle Produktintransparenz

V.C.1. Künstliche und strukturelle Intransparenz

Im vorigen Kapitel wurde am Beispiel der flexible whole of life policy der Allied Dunbar gezeigt, daß es trotz der (theoretisch) sauberen Trennung zwischen dem Sparen (Fondsvermögen als vom Unternehmensgeld getrenntes Sondervermögen) und den Versicherungsleistungen für den Verbraucher aufgrund der undurchsichtigen Produktgestaltung schwer sein kann, die Kernelemente des Versicherungs-/Sparprodukts zu durchschauen. Gleichwohl ist diese Undurchsichtigkeit keine strukturelle. Versicherungsleistung und Sparen sind zunächst einmal klar voneinander getrennt. Lediglich starke Bemühungen des Anbieters verwischen beim Verbraucher diese Konturen. Dies ist bei den klassischen Sparprodukten der Lebensversicherer anders. Denn hier wird zwischen dem Spargeld des Kunden (das in der Fonds-Lebensversicherung in ein Sondervermögen fließt) und dem Geld des Versicherers nicht unterschieden.

V.C.2. Strukturelle Intransparenz am Beispiel einer deutschen Kapital-Lebensversicherung

Die sich daraus ergebende Transparenzproblematik soll am Beispiel eines Versicherungsangebots der Allianz (D) (Kapital-Lebensversicherung) aufgezeigt werden. In der Standardform entspricht bei dieser Versicherung die bei Tod der versicherten Person innerhalb der Laufzeit zu zahlende Summe der garantierten Auszahlung, die der Versicherungsnehmer zum Vertragsende erhält. Der Versicherungsbeitrag wird intern in mehrere Teilbeiträge zerlegt. Kalkulatorisch wird ein Teil zur Abdeckung des Todesfallrisikos, ein zweiter Teil zum Ansammeln von Kapital und ein

dritter Teil zur Abdeckung von Kosten verwendet. Wie hoch die jeweiligen Teilbeiträge sind, konnte der Verbraucher in der Vergangenheit aus den ihm zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht erkennen. Alle Unterlagen, die die Tarifkalkulation betreffen, sind im sogenannten "Geschäftsplan" enthalten, der vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV) genehmigt werden mußte.[84] Für den Versicherungsnehmer und die Öffentlichkeit sind die Geschäftspläne jedoch nicht einsehbar. Daher können Kerndaten aus der Kalkulation vom Verbraucher nicht als Orientierungshilfe über die Güte eines Versicherungsangebots vor einem Versicherungsabschluß genutzt werden. Solche Kerndaten sind z.B. die Höhe der

- "rechnungsmäßigen" Abschlußkosten,
- "geschäftsplanmäßigen Verwaltungskosten" usw.

Für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Überschußkraft des Versicherers sind solche Werte jedoch von eminenter Bedeutung. Die einzige Orientierungshilfe ist vor dem Abschluß einer Kapital-Lebensversicherung stattdessen die von den Unternehmen in Aussicht gestellte Ablaufleistung. Denn die Höhe der Prämie spielt in den Angeboten der Versicherer wegen der vom BAV vorgeschriebenen vorsichtigen Sterblichkeitskalkulation keine Rolle. Stattdessen konkurrieren die Unternehmen über die versprochene "Ablaufleistung" miteinander, die sich aus der garantierten Versicherungssumme und der Überschußbeteiligung zusammensetzt. [Anlage 11 bis 13: Angebot der Allianz (D)]. Es stellt sich somit die Frage, wie der Versicherungsnehmer die Sicherheit der Ablaufleistungsprognose beurteilen kann. Das BAV verlangt, um zumindest den schlimmsten Märchen über die zukünftige Auszahlung entgegenzuwirken, von den deutschen Versicherern einen sog. "Finanzierbarkeitsnachweis".[85] Der Nachweis der Fiananzierbarkeit ist dann gegeben, wenn die mit zeitnahen Rechnungsgrundla-

---

84 §§ 5, 11 und 13 VAG.

85 VerBAV 11/1988 S. 412, RdNr.1.2.3.

gen zweiter Ordnung[86] berechneten erforderlichen Mittel für die in Aussicht gestellten Leistungen ... nicht höher sind als die vorhandenen Mittel. Leider hat dieser amtliche "Finanzierbarkeitsnachweis" für die Zukunft keine große Aussagekraft. Denn eine Vielzahl von Unternehmen haben in der Vergangenheit sowohl gewaltige stille Reserven[87] als auch große Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen[88] gebildet. Diese Mittel konnten angehäuft werden, weil man sie an die Versicherungsnehmer, aus deren Sparbeiträgen und Risikoergebnis-Überschüssen erhebliche Kapitalerträge resultierten, nicht ausschüttete. Aufgrund dieser Polster ist es vielen Unternehmen möglich, über mehrere Jahre (mittelfristig) einen Zins auf ihre Sparbeiträge zu versprechen, der z.T. erheblich über der Nettokapitalrendite ihrer Kapitalanlagen liegt, [89] der aber langfristig voraussichtlich nicht gehalten werden kann.[90] [91] Bei den meisten untersuchten Versi-

86 Hierbei werden die eigentlichen Kalkulationsgrundlagen, wie z.B. die zugrundegelegte Sterbetafel abgeändert. Auf der Basis der abgeänderten Kalkulationsgrundlagen wird dann das Finanzierbarkeitskalkül durchgerechnet.

87 Aus bilanziellen Bewertungsdifferenzen zwischen Buch- und Tageswert.

88 Der Überschuß des jeweiligen Geschäftsjahres setzt sich nach Entstehungsquellen zusammen aus: "Risikoergebnis", "Kapitalanlageergebnis", "Kostenergebnis" und "Sonstiges Ergebnis". Dieses Ergebnis muß zu mindestens 90% an die Versicherungsnehmer weitergegeben werden. Früher flossen die entsprechenden Summen zunächst vollständig in einen großen "Topf", die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB), seit 1984 wird neben der 3,5 prozentigen Verzinsung des gewinnberechtigten Guthabens des Einzelvetrags ein Teil des Überschusses (meist 1,5% des genannten Guthabens) ebenfalls "direkt" an die Einzelverträge mittels eines von der Geschäftsleitung für den entsprechenden "Abrechnungsverband" festgelegten Verteilungsschlüssels weitergegeben. Der restliche Überschuß wandert in die "RfB".

89 Ergebnis einer eigenen Untersuchung für die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände, AgV (D), noch unveröffentlicht.

90 Zur "Darstellung und Erläuterung der Überschußbeteiligung" vgl. VerBAV 1986, S.264 ff., 1987, S. 513 und Sax, U., VerBAV 1987,

cherern betrug der entsprechende Unterschied 1991 zwischen 10 und 20, in einem Fall jedoch sogar ca. 30%. Hinzu kommt, daß der Nachweis lediglich besagt, daß der für die Beispielrechnung unterstellte Zins finanzierbar ist. Ob das Unternehmen überhaupt die Absicht hat, die Mittel, die es den einzelnen Verträgen zuteilen könnte, wirklich zuzuteilen, steht auf einem anderen Blatt.[92] Daß die Versicherer mehr daran interessiert sind, ihre Finanzpolster aufzustocken, als die angesammelten Gelder an die Versicherten zu verteilen, hat sich in der Vergangenheit immer wieder gezeigt.[93] Schließlich verlangte das BAV die Abschmelzug der Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) auf ein erträgliches Maß. Das BAV verlangt zwar von den deutschen Lebensversicherern auch nach dem 1.7.1994, die Überschüsse "angemessen" an die Versicherungsnehmer zu verteilen[94], kann dies jedoch bei weniger strengen Verteilungsmaßstäben in anderen EU-Staaten nicht auch gegenüber in Deutschland tätigen Dienstleistungsunter-

---

S. 531 ff. sowie VerBAV 1988 S. 411 ff.; zum Problem des Finanzierbarkeitsnachweises: Lück, W., Gewinnbeteiligung in der Lebensversicherungswirtschaft, DB 1981. S.1049 ff.

91 In einem Artikel in Capital 10/92, S.95 wird über die offensichtliche "Renditelüge" berichtet und der nicht gerade als Versichererungskritiker bekannte W. Peiner, Vorstandschef der Gothaer Versicherungsgruppe mit den Worten zitiert: "Die heutigen Überschußbeteiligungen...sind viel zu hoch und müßten eigentlich heruntergefahren werden".

92 Vgl. Erläuterungen zu § 11 a zu Nr.2, Satz 1 des Gesetzentwurfs der Bundesregierung (Drittes Durchführungsgesetz /EWG zum VAG, Bundesratsdrucks. 23/93) (S.43), wo dem Aktuar die Verantwortung dafür zugesprochen wird, daß die Angemessenheit der Überschußbeteiligung sich daran orientieren müsse, welche Erwartungen beim Versicherungsnehmer durch die Werbung und das Abschlußgespräch geweckt worden seien.

93 GB BAV 1982, S.54; GB BAV 1984, S.53; GB 1985, S.57.

94 Vgl. § 81 c Abs.2, Gesetzentwurf der Bundesregierung, a.a.O.

nehmen durchsetzen[95]. So berichtet z.B. Wasner[96] von größeren Möglichkeiten britischer Versicherer, bestimmte Tarife zu Lasten anderer Produkte zu subventionieren. Ob die Unternehmen sich bemühen werden, ihre Versprechungen zu halten und ob die genannte Prämie eingehalten werden kann, ja sogar, ob das Unternehmen die Vertragsdauer überlebt, in all diesen Fragen soll sich der Verbraucher auf den Aktuar oder die Versicherungsaufsicht verlassen. Dies hat mit Transparenz, wie sie im Einführungsteil zu beiden Teilstudien erläutert und definiert wurde, nichts zu tun. Informationspflicht a.8 der 3. RL Leben[97] verlangt, daß dem Versicherungsnehmer die Methoden und Berechnung der Gewinnbeteiligung vor Vertragsabschluß mitgeteilt werden. Dem würde ein Versicherer schon genügen, wenn er Informationen gäbe, wie dies z.B. die Westfälische Provinzial (D), Münster, in ihrem Geschäftsbericht von 1988 tat. [Anlage 14: Auszug aus dem Geschäftsbericht der Westfälischen Provinzial 1988]. Möglicherweise wird die Information auch dem Versicherungslaien in verständlicher Sprache erklärt. Eine solche Erläuterung hätte für ihn jedoch keinerlei Erklärungs- bzw. Entscheidungswert. Denn selbst bei ausführlicher und einfacher Erläuterung würde doch nur das wiederholt, was vom Unternehmen zur Grundlage des oben besprochenen Finanzierbarkeitsnachweises gemacht wurde und was Grundlage der - oft unrealistischen - Beispielrechnung ist. Die genannten Überschußwerte gelten für das nächste, allenfalls noch für das übernächste Geschäftsjahr - eine Prognose auf der Basis solcher Zahlen ist also hochspekulativ. Die Informationspflicht über die Methoden der Gewinnberechnung und Gewinnbeteiligung nutzt überhaupt nichts, wenn Änderungsvorbehalte bzgl. der Überschuß-Ausschüttungspolitik und -verteilungsschlüssel auf einzelne

95 Vgl. Erwägungsgrund 20 der 3.RL Leben, a.a.O.; anderer Ansicht: Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung, (Drittes Durchführungsgesetz/EWG zum VAG), a.a.O., S.120 ff.

96 Wasner, P., Die deutsche und britische Lebensversicherung, Karlsruhe, 1992.

97 Vgl. unten unter VI.A.2.e.

"Abrechnungsverbände" oder Tarife, ja sogar bzgl. der Prämien sie entwerten. Echte Transparenz kann daher nur herrschen, wenn:

- es zu einem Bündelungsverbot kommt, so daß Versicherungsleistung und Sparvorgang getrennt sind[98],
- die gesparten Beiträge als Sondervermögen[99] behandelt werden, dessen Erträge nach dem Anteil des durch den einzelnen Versicherungsnehmer angesammelten Kapitals am gesamten Sparkapital inklusive aller Kapitalerträge auf den Einzelvertrag verteilt werden müssen,
- ein Gerechtigkeits- bzw. Gleichbehandlungsgebot bei der Verteilung der Erträge eingehalten und von der jeweiligen Sitzland-Aufsichtsbehörde überwacht wird, das die übermäßige Ausschüttung an bestimmte Einzelverträge oder Gruppen von Verträgen (Abrechnungsverbände) verbietet[100],
- den Unternehmen lediglich noch erlaubt wird, bestimmte, indexierte, dem Versicherungsnehmer von vornherein mitgeteilte Abschluß- und Verwaltungskosten in Rechnung zu stellen[101],
- die Versicherer daran gehindert werden, stille Reserven zu thesaurieren ohne sie an die Sparer auszuschütten bzw. diesen ein Bezugsrecht daran einzuräumen.

Nur so könnte der Versicherungsinteressent die für die Leistungsbeurteilung notwendigen Informationen verstehen. Ein Ver-

---

98 Ein solches Verbot wäre schon deshalb nötig, weil zumindest in Deutschland ein erheblicher Teil des Überschusses des jeweiligen Geschäftsjahres aus dem Todesfallrisiko-Überschüssen, dem sogenannten "Risikoergebnis", resultiert.

99 Dieses Sondervermögen müßte separat von sonstigen Vermögenswerten des Unternehmens verwaltet werden.

100 Dieses Gebot soll in Deutschland nach dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Durchführung versicherungsrechtlicher Richtlinien..., a.a.O., in § 11 Abs. 2 VAG erstmals für alle Versicherer verbindlich gesetzlich geregelt werden.

101 Vgl. hierzu unten "zu a.10".

zicht auf das Bündelungsverbot würde die herrschende Intransparenz zementieren. Die Vorgänge im Lebensversicherungsunternehmen sozusagen als "black box" zu betrachten und sich - ohne Kontrolle durch die Öffentlichkeit - auf einen Aktuar oder das BAV zu verlassen, stellt eine Verlängerung eines obrigkeitsstaatlichen Regulierungssystems dar, von dem die Verbraucher doch gerade durch Beendigung der Tarifaufsicht und Bedingungskontrolle durch die nationalen Behörden sowie die hier diskutierten Transparenzvorschriften erlöst werden sollen.

V.D. Kostentransparenz

1. Das Beispiel Axa E&L, Niederlande

Das folgende Beispiel ist ausgewählt worden, weil es die Problematik der Kostentransparenz besonders gut aufzeigt, und zwar ganz losgelöst von der in den beiden letzten Kapiteln geschilderten Produkttransparenz, welche ihrer Natur nach auch immer mit der Kostentransparenz verzahnt ist. Es handelt sich um das Angebot von Axa Equity & Law, Niederlande, namens "Verzekerd Groei-Fonds"[102]. Das von der Gesellschaft zur Verfügung gestellte Material bestand überwiegend aus losen Einlegeblätten, die in einen Prospekt[103] eingelegt waren. Das erste dieser Einlegeblätter ist ein Angebot auf der Basis einer entsprechenden Anforderung.

1. Abschlußkosten
   Die Monatsprämie wird 5 Jahre lang (!) um 76 Gulden reduziert. Bei insgesamt lediglich 180 Gulden Prämie bleiben insgesamt 76 x 12 x 5 = 4.560 Gulden "auf der Strecke". Zwar ist sehr klar, daß in den ersten 5 Jahren von 180 Gulden monatlicher Einzahlung nur 104 Gulden investiert werden. Dennoch sagt das Angebotsblatt [vgl. Anlage 15 im Anhang] nichts darüber aus, was mit diesem Geld geschieht.
   Darüber klärt eines der beigefügten Druckstücke indirekt auf.

---

102 Druckstücke AEN 132.8, 281.6, 327.7,123.5,134.5, 509.2, 197.3 und 203.4.

103 Druckstück Nr. AEN 132.8.

Druckstück AEN 281.6 trägt die Überschrift "Reglement Verzekerd Groei-fondsen". In Art. 1 "Omschrijvingen" wird unter "c" die Investition definiert:

"Die Investition ist der nicht zur Deckung des mitversicherten Risikos und der Kosten bestimmte Teil der Prämie. Bei Versicherungen gegen laufende Prämienzahlung wird das für das mitversicherte Risiko und Kosten Geschuldete nahezu ganz in dem ersten Drittel der Laufzeit verrechnet" [vgl. Anlage 16 im Anhang].

Bei der gewählten Formulierung "... Risiko und Kosten" könnte man meinen, die für das Todesfallrisiko aufzubringende monatliche Summe erreiche in den ersten fünf Jahren einen nennenswerten Betrag.

2. Von Versicherung kann jedoch wegen Geringfügigkeit eigentlich nicht gesprochen werden. Versichert ist lediglich eine auf einer jährlich 4%igen Wertsteigerungsprognose bzgl. des Verkaufspreises der Einheiten basierende Auszahlung[104], m.a.W.: Für AXA kaum ein Risiko!

   Damit dürften nahezu die gesamten 4.560 Gulden für Abschlußkosten ausgegeben werden.

3. Anschließend wird der jeweilige nach Abzug der Kosten und der Versicherungsprämie verbleibende Rest jeder Monatsprämie verwendet, um damit zum Verkaufspreis Fondseinheiten zu kaufen.

   Der Aufschlag, dies erfährt man bei sehr genauem Hinschauen aus dem "Reglement Verzekerd Groei-fondsen" [Anlage 16, Anhang, Art. 4], beträgt 3,093% auf den "Basisverkaufspreis", wobei immer noch eine "Abweichung bis zu 1% nach oben" zulässig sein soll.

4. Damit aber nicht genug: Es fallen noch mehr Kosten an:

   Der Basisverkaufspreis pro Einheit ist gleich dem Wert einer Einheit, erhöht um einen Aufschlag für Kosten, die direkt in Verbindung stehen mit dem Ankauf der Einheiten.[105]

---

104 Merkblatt ohne Druckstücknummer, überschrieben mit "Verzekerd Groei-Fonds Garandement: Beleggen met een Vangnet".

105 Vgl. Anlage 16, Anhang.

5. Selbstverständlich fallen auch bei Ankauf von Einheiten Kosten an: Art. 5 des zuletzt genannten Druckstücks [vgl. Anhang, Anlage 16] bestimmt: "Der Ankaufpreis pro Einheit soll mindestens gleich sein einem Betrag in Höhe des Basisankaufpreises, jeweils festgestellt mit einer Abweichung von nicht mehr als 1 Prozent nach unten.
6. Bei jedem Fondswechsel bedient sich AXA E&L in nun schon bekannter Weise recht kräftig: Ist der Verkaufswert der Einheiten, die man verkauft, um in einen anderen Fonds zu "switchen", (die man also AXA zurückgibt) größer als 50.000 Gulden, zahlt man:[106]
   1) 500 Gulden
   2) zusätzlich 0,25% des Werts der empfangenen Einheiten

   Ist der Verkaufswert unter 50.000 Gulden, zahlt man:
   1,25% des Wertes der empfangenen Einheiten, mindestens aber 200 Gulden.
7. Art. 9 des "Reglement Verzekerd Groei-fondsen" bestimmt: Wenn Anteile des Fonds entnommen werden, beispielsweise für Auszahlungen aus der Lebensversicherung, kann Axa E&L den Anteil der Einheiten so vermindern, daß er mit dem Quotienten übereinstimmt, der sich ergibt, wenn man den Entnahmebetrag durch den Basisankaufpreis der Einheiten zum Entnahmezeitpunkt teilt.[107] Es wird nicht beschrieben, was mit den Gewinnen aus der entsprechenden Reduktion des Anteilwerts geschieht.
8. AXA E&L dürfte auch an Wertstellungsdifferenzen verdienen:
   Erst am 8. Tag jeden Monats werden für seit dem vorigen Datum der Zuweisung empfangenen Investitionen Einheiten "zugewiesen".[108]
9. Und schließlich erfährt man, diesmal in Druckstück AEN 327.7, S.5, Art. 3, daß am letzten Tag jeden Monats ein

---

106 Vgl. Art. 7 der Anlage 18 im Anhang.

107 Art. 9, Druckstück AEN 281.6 (= Anlage 18, Anhang).

108 Vgl. Art. 6, Anlage 17, Anhang.

sechzehntel Prozent von dem in diesem Monat zuletzt festgestellten Wert des Fonds als Verwaltungsvergütung abgezogen wird.

10. Vorzeitiger Rückkauf:[109] Auf der Basis des jeweiligen Ankaufpreises der zu dem Zeitpunkt des Rückkaufs der Versicherung zugewiesenen Einheiten wird der Einbehalt (Stornoabzug) ermittelt:

Bei Rückkauf im ersten Drittel der Versicherungsdauer:

Dauer des ersten Drittels in Jahren:	Einbehalt in % des Ankaufpreises
1	48
2	24
3	15
4	12
5	10,5
6	9
7	7,5
8	6,75
9	6
10	6

Dieser %Satz wird multipliziert mit dem Unterschied zwischen der Dauer des ersten Drittels der Laufzeit in Jahren und der Anzahl der Jahre, für die bereits Prämie bezahlt ist ...

Der Einbehalt entspricht der Höhe des so ermittelten Prozentsatzes multipliziert mit der pro Versicherungsjahr geschuldeten Prämie.

Dies heißt übersetzt: Ein Kunde hat 15 Jahre Versicherungsdauer vereinbart und zahlt monatlich 180 Gulden. Er kauft nach 3 Jahren zurück.

Der entsprechende Prozentsatz nach obiger Tabelle (linke Spalte) ist: 10,5%, denn die "erste Periode" ist ein Drittel der Gesamtdauer 15 Jahre, also 5 Jahre. Der entsprechende Prozentsatz ist 10,5% .

Bis zum Ende des ersten Drittels der Laufzeit verbleiben noch 2 Jahre.

109 Druckstück AEN 134.5 bestimmt in Art. 8 die Stornoabzüge.

Es wird einbehalten: 2 mal 10,5% = 21 % des Ankaufpreises der Fondseinheiten.

Man beachte: Der tatsächliche Abzug ist um einiges höher, da AXA E&L die Anteile je bereits mit Gewinn (zum Verkaufspreis) an den Kunden veräußert hatte. Anschließend vereinnahmt der Versicherer noch einmal ganze 21% (!) des Werts der Anteile, nicht etwa der Wertsteigerung, sondern auf den vollen Bestandswert!

Sehr interessant ist im Beispiel AXA E&L, daß fast alle Kosten, bis auf die oben in Nr.1 beschriebenen Abschlußkosten, die in Nr.9 beschriebene Gebühr für die Fondsverwaltung und den Stornoabzug bei vorzeitiger Beendigung (Nr. 10 oben) auf ein und demselben Druckstück stehen. Damit muß das Produkt im Vergleich zu dem der Allied Dunbar im vorigen Kapitel als geradezu musterhaft transparent gelten. Wer die immensen oben erläuterten Gebühren bewußt wahrnimmt, der wird um den "Groei-Fonds" sicher einen großen Bogen machen. Das Produkt wird aber dennoch verkauft. Trotz relativ einfach aufzuspürender hoher, die Rendite mehr als nur geringfügig schmälernder Kosten, findet es Absatz. Der Grund: AXA E&L arbeitet stark mit unabhängigen Maklern zusammen. Diese sollten zwar im Interesse des Kunden handeln (auch die Niederlande haben die Versicherungsvermittlung nach dem Prinzip der Polarisation geregelt)[110]. Danach müssen sich sämtliche Vermittler staatlich registrieren lassen, und zwar entweder als "normaler" Agent oder als Makler.

2. Das Beispiel Natio-Vie der BNP, Frankreich

Daß es hinsichtlich der Transparenz auch problemloser geht, soll das Beispiel des "Plan Croissance Liberté" der BNP zeigen.

---

110 Seit 1952 ist die Versicherungsvermittlung in NL (durch das Wet assurantiebemiddeling) gesetzlich reguliert. Das Gesetz wurde durch eine moderne Version ersetzt (Wet assurantiebemiddelingsbedrijf vom 1.4.1991, Staatsblad 1991,78). Nach diesem Gesetz sind Makler alle jene Personen, die Versicherungen vermitteln, ohne in einem Beschäftigungsverhältnis gegen Lohn/Gehalt zu stehen.

Von dem Produkt Lebensversicherung ist hier nur noch der Name geblieben. Es handelt sich um einen reinen Sparvertrag. Damit die Prämien steuerbegünstigt sind, braucht lediglich eine Mindestlaufzeit (8 Jahre) eingehalten zu werden. Es gibt nur zwei Gebührenformen: die frais d'adhésion in Höhe von 5% und die frais de gestion annuels in Höhe von 0,7% [vgl. Anlage 21]. In den beigefügten Conditions Particulières sieht man, der gesetzlichen Vorschrift entsprechend, die Mindestrückkaufswerte der ersten 8 Jahre, die sich wohltuend von denen bei Allied Dunbar, Axa E&L oder Allianz unterscheiden [vgl. Anlage 19 im Anhang]. Die Recherchen bei weiteren französischen Anbietern ergaben, daß auch dort die Produkte im Normalfall ungebündelt, d.h. als mindestens achtjährige Sparverträge ohne angekoppelte Versicherungsprodukte und ohne nennenswerte "front-end loaded" Abschlußkosten angeboten werden. Natürlich bleibt auch beim o.g. Produkt die Frage, wo die 10% der Überschüsse bleiben, deren Ausschüttung den Vertragspartnern nicht zusteht und ob die genannten Kosten nicht als Gewinn des Unternehmens ausreichen. Gleichwohl: Von der Tansparenz her wirft das Produkt der Groupe BNP im Vergleich zu denen der oben untersuchten Anbieter keine nennenswerten Probleme auf.

VI. Informationspflichten der 3. RL Leben

Der Anhang II der RL unterscheidet zwischen Informationen, die
- vor Abschluß des Vertrages und solchen, die
- nach Abschluß des Vertrages

mitzuteilen sind.

VI.A. Informationen vor Abschluß des Vertrages

VI.A.1. Was bedeutet "vor Abschluß"?

Leider enthält weder die 3.RL Leben noch deren Erwägungsgründe eine Präzisierung, was unter "vor Abschluß" zu verstehen ist. Daher scheinen einige Überlegungen sinnvoll, was "vor Abschluß" in praxi bedeutet. Der Versicherungsvertrag wird durch übereinstimmende Willenserklärungen der beiden Vertragsparteien geschlossen, der des Versicherungsnehmers und des Versicherers. Die Willenserklärung des Versicherungsnehmers ist der Versicherungsantrag, die des Versicherers die Police. Da der Vertrag spätestens als geschlossen gelten kann, wenn der Versicherungsnehmer die Police erhält, bedeutet die Vorschrift "vor Abschluß", daß dem Versicherungsnehmer die vor Abschluß des Vertrages mitzuteilenden Informationen noch vor Eingang der Police bei ihm, also nicht zusammen mit ihr (!) zugehen müssen. Wann ein Vertrag als geschlossen gilt, regelt in Ermangelung eines gemeinschaftlichen das nationale Versicherungsvertragsrecht. In Deutschland würde das z.B. bedeuten, daß der Versicherungsnehmer nach Unterzeichnung des Antrags i.d.R. zunächst sechs Wochen[111] an den von ihm gestellten Antrag rechtlich gebunden ist. Geht ihm die Police innerhalb dieser sechs Wochen zu, so ist der Vertrag geschlossen. In Deutschland gibt es, anders als beispielsweise in Bel-

111 Diese sog. "Bindefrist" haben, bis auf einige Direktversicherer, fast alle deutschen Versicherer in ihren Antragsformularen verankert.

gien[112] oder Frankreich[113] keine versicherungsvertragsrechtliche Gesetzesregelung, die den Verbraucher von der durch Allgemeine Geschäftsbedingung (Klausel im Antragsformular) zustandegekommenen rechtlichen Gebundenheit an seinen Antrag befreien würde. Erhält nun der Verbraucher in der Zeit zwischen Antragstellung und Zugang der Annahmeerklärung des Versicherers bzw. der Police die im Anhang II der 3.RL Leben Teil A vorgesehenen Informationen, so wird er möglicherweise erkennen, daß z.B. die Aussagen des Vermittlers, die ihn zur Antragsunterschrift verleitet hatten, nicht korrekt waren, daß die Laufzeit des Vertrages zu lang ist usw. Er wird in einem solchen Fall den Wunsch haben, seinen Antrag zu widerrufen. Ein Antragswiderrufsrecht gibt es jedoch nicht. Da der Vertrag zudem auch noch nicht geschlossen ist, kann der Verbraucher sein Rücktrittsrecht noch nicht ausüben.[114] Das Ausübungsrecht steht ihm also erst bei Zusendung einer Annahmeerklärung oder der Police zu. Der Versicherungsnehmer muß anschließend binnen 14 Tagen nach Policenerhalt die erhaltenen Unterlagen geprüft haben, um von seinem Rücktrittsrecht Gebrauch machen zu können. Wenn die Police bzw. Annahmeerklärung mit Einschreiben/Rückschein zugestellt wird, ist die Gefahr groß, daß er bei Abwesenheit nicht rechtzeitig widerruft. Ein weiterer beachtenswerter Punkt ist der folgende: Werden die vor Abschluß des Vertrages geforderten Informationen schon bei der Gelegenheit des Abschlußgesprächs geliefert, z.B. über den portablen PC des Vertreters, so entfällt der spätere vom Vertreter ungestörte Erhalt der Informationen, der ein erneuter Anlaß wäre, die Angelegenheit nochmals zu überdenken.

---

112 Art. 4 § 1 des Gesetzes vom 25.6.1992, Moniteur v. 20.8.1992. Diese Vorschrift bestimmt, daß der Versicherungsantrag weder Versicherungsnehmer noch Versicherer bindet.

113 Vgl. oben unter IV.B.1.

114 Erst bei Vertragsabschluß hat der Verbraucher ein Rücktrittsrecht gem. Art. 15 (1) der 2.RL, geänd. durch Art. 30 (1) 3.RL Leben.

VI.A.1.a Große (und "richtige") Lösung

Die RL weist also im diskutierten Punkt Nachbesserungsbedarf auf. Richtig wäre eine rechtsdogmatisch saubere Klarstellung, daß ein Lebensversicherungsvertrag zustandekommt zustandekommt durch:

- schriftlichen und auf dem Postwege zugestellten[115] Versicherungsvorschlag des Versicherers mit sämtlichen Vertragsunterlagen [116], die (mindestens) die im Anhang II A. der 3.RL Leben vorgesehenen Informationen enthalten müßten,
- Antragstellung des Verbrauchers auf der Basis des Vorschlags und des Vorhandenseins der für den Vertragsabschluß wesentlichen Informationen, welche zunächst weder Verbraucher noch Versicherer bindet und
- Eingang der Police beim Verbraucher.

Das Widerrufsrecht sollte dem Verbraucher ab Antragstellung zustehen, die Ausübungsfrist aber frühestens einen Monat nach Zahlung der ersten Beitragsrate erlöschen. Damit wäre gewährleistet, daß der Verbraucher seine Unterschrift erst dann leistet, wenn er die für die Produktbeurteilung wesentlichen Informationen hat. Das Rücktrittsrecht sollte sich wie oben geschildert an das französische Modell anlehnen, d.h. noch bis einen Monat der nach Vertragsabschluß erfolgten ersten Prämienzahlung ausübbar sein. Durch eine solche Konstruktion wäre gewährleistet, daß der Vertragsabschluß eine bewußte Willensentscheidung des Verbrauchers statt die Folge einer "Übertölpelung" durch Abschlußvermittler ist.

---

115 Der Verbraucher sollte Ruhe vor dem Drängen des Vertreters haben.

116 D.h. Police, Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen, sowie Individualvereinarungen, welche in der Police aufgeführt und besonders kenntlich gemacht werden müßten.

VI.A.1.b Kleine (und schlechtere) Lösung

Völlig unverständlich ist es, daß derzeit keine gemeinschaftsrechtliche Verpflichtung besteht, dem Verbraucher mit Zusendung der vor Vertragsabschluß zu liefernden Informationen ein sofort ausübbares Rücktrittsrecht zuzugestehen, bzw. den Verbraucher mit Zusendung der Police erneut über das Rücktrittsrecht zu informieren. Dies ist zwar verständlich, denn es muß davon ausgegangen werden, daß große Teile der in die 3. RL Leben aufgenommenen Informationspflichten sich am Beispiel der in Großbritannien bestehenden Informationspflichten von FIMBRA- und LAUTRO-Mitgliedern orientieren. Nach dem Lautro Rule Book muß das Lautro-Mitglied dem Versicherungsnehmer die "product particulars" spätestens mit der "cancellation notice" aushändigen.[117] Daneben muß der "Buyer's Guide" schon vor Antragsunterzeichnunung ausgehändigt werden.[118] Die cancellation notice muß der Vermittler, wenn er einen PC hat und die product particulars an Ort und Stelle ausgedruckt werden, schon am point of sale vor Antragsunterzeichnung durch den Verbraucher übergeben. Der Verbraucher ist auch mündlich über sein ihm nun zustehendes 14-tägiges Rücktrittsrecht (die Ausübungsfrist beginnt mit Übergabe der cancellation notice) zu unterrichten. Werden die product particulars erst nach Antragsunterzeichnung zugesandt, muß die cancellation notice zusammen mit ihnen beim Verbraucher eingehen.

Gleichwohl ist die britische Regelung völlig unbefriedigend, weil sie, wie die britische Erfahrung gezeigt hat, nicht verhindern kann, daß es in Großbritannien hohe Erst- und Zweitjahresstornoraten gibt[119]. Der Richtliniengeber sollte im diskutierten Punkt also nachbessern. Als Vorbild könnte hierbei die französische Regelung dienen: In Frankreich muß nämlich schon der Lebensversi-

---

117 Lautro Rule Book 5.10 (3).

118 Fimbra Rule Book Vol.3, B.29.3.2.

119 Vgl. oben unter III.C.

cherungsantrag einen Briefentwurf enthalten, der dazu dient, die Ausübung des Rücktrittsrechts zu erleichtern, das dem Versicherungsnehmer (jeder natürlichen Person) **bis 30 Tage nach Zahlung der ersten Prämie** zusteht. Darüber hinaus muß schon der Antrag mindestens die Rückkaufswerte der ersten acht Jahre ausweisen. Ferner muß das Versicherungs- oder Capitalisations-Unternehmen gegen Einschreiben/Rückschein eine Information über die wesentlichen Vertragsbestimmungen, die Bedingungen der Ausübung der Rücktrittsmöglichkeit sowie über die Art des Todesfallschutzes im Fall der Ausübung des Rücktrittsrechts zurücksenden.[120] Dagegen sieht die 2. RL Leben[121] lediglich vor, daß die Mitgliedsstaaten dem Versicherungsnehmer eine Rücktrittsfrist von zwischen 14 Tagen bis 30 Tagen **ab dem Datum der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über die Vertragsschließung** (i.d.R. also ab Zusendung der Police) einzuräumen haben.

VI.A.1.c Empfehlung zur kleinen Lösung

EU-weit sollte zumindest eine Klarstellung erfolgen, daß der Versicherungsnehmer gleichzeitig mit Erhalt der vor Vertragsabschluß zu liefernden Informationen in auffälliger Weise über sein Rücktrittsrecht zu informieren ist und es schon vor sowie nach Erhalt der Police ausüben kann. Die Ausübungsfrist sollte bis einen Monat nach der ersten Prämienzahlung beginnen, aber nicht vor dem Erhalt der Police und sämtlicher Produktinformationen.

VI.A.1.d Empfehlung zur großen Lösung

Es bleibt festzuhalten, daß die "große" Lösung vorzuziehen ist, weil mit ihr gewährleistet ist, daß der Verbraucher - ohne dem Abschlußdruck des Vermittlers ausgesetzt zu sein - Kopien des Ange-

120 Art. L 132-5-1 C.ass., a.a.O.

121 90/619/EWG v. 8.11.1990, ABl. L 330 v. 29.11.1990, S.50 geändert durch Artikel 30 Abs. 1 der 3.RL Leben.

bots mit der Bitte um Zusendung eines Gegenangebots an andere Versicherer schicken kann. Außerdem würde durch sie verhindert, daß die Informationen bei Antragstellung durch unwahre oder fehlleitende mündliche Begleit"informationen" des Vermittlers an Gewicht verlieren.

VI.A.2 Vorvertragliche Informationspflichten des Versicherers in der 3. Richtlinie Leben

Die in der 3. RL Leben genannten und bezüglich des Versicherungsprodukts zu erbringenden vorvertraglichen Informationspflichten sind:

Informationen über die Versicherungspolicen

a.4 Beschreibung jeder Garantie und jeder Option (s. unten 1.)

a.5 Laufzeit der Police

a.6 Einzelheiten der Vertragsbeendigung

a.7 Prämienzahlungsweise und Prämienzahlungsdauer

a.8 Methoden der Gewinnberechnung und Gewinnbeteiligung

a.9 Angabe der Rückkaufswerte und beitragsfreien Leistungen und das Ausmaß, in dem diese Leistungen garantiert sind

a.10 Information über die Prämien für jede Leistung, und zwar sowohl Haupt- als auch Nebenleistungen, wenn sich derartige Informationen als sinnvoll erweisen

a.11 Für fondsgebundene Policen: Angabe der Fonds (in Rechnungseinheiten), an die die Leistungen gekoppelt sind

a.12 Angabe der Art der den fondsgebundenen Policen zugrundeliegenden Vermögenswerte

a.13 Modalitäten der Ausübung des Widerrufs und Rücktrittsrechts

a.14 Allgemeine Angaben zu der auf die Policenart anwendbaren Steuerregelung

a.15 Bestimmungen zur Bearbeitung von den Vertrag betreffenden Beschwerden der Versicherungsnehmer, der Versicherten oder der Begünstigten des Vertrags,

gegebenenfalls einschließlich des Hinweises auf eine Beschwerdestelle; dies gilt unbeschadet der Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten

a.16 Das auf den Vertrag anwendbare Recht für den Fall, daß die Parteien keine Wahlfreiheit haben oder, wenn die Parteien das anwendbare Recht frei wählen können, das von dem Versicherungsunternehmen vorgeschlagene Recht

Nachvertragliche Informationspflichten

b.1 Jede Änderung des Namens der Gesellschaft, ihrer Rechtsform und der Anschrift ihres Hauptsitzes oder gegebenenfalls der Agentur oder Zweigniederlassung, die die Police ausgestellt hat,

b.2 alle Angaben gemäß a.4 bis a.12 des Teils A im Falle eines Zusatzvertrages oder einer Änderung der für den Vertrag geltenden Rechtsvorschriften,

b.3 Alljährlich Informationen über den Stand der Gewinnbeteiligung.

VI.A.2.a Beschreibung jeder Garantie und jeder Option

Es ist zu vermuten, daß der Richtliniengeber mit der Informationspflicht a.4 dafür sorgen wollte, daß dem Verbraucher zumindest alle Hauptleistungen der Police bekannt sein sollen, bevor er rechtlich an den Vertrag gebunden ist. Zu der Beschreibung gehören sicherlich auch alle Restriktionen bzw. Ausschlüsse, die der Versicherer für die jeweilige Haupt- oder Nebenleistung bzw. Option festgelegt hat. Sicher gehören zu den entsprechenden Informationen auch:

- Garantie eines bestimmten Mindestzinses auf die Sparanteile der Prämie bzw. Garantie einer bestimmten Mindestauszahlung bei Erleben des Vertragsablaufs,
- Informationen über eingeschlossene Zusatzversicherungen, wobei innerhalb der jeweiligen Garantie oder Opton jeweils wiederum die Informationen a.6, a.7, a.8, a.10, und ggf. a.12 zu erteilen sind,
- Informationen über Umwandlungsrechte, wie z.B.
- bei Lebensversicherungen das Recht innerhalb einer bestimmten Frist oder bei Eintritt bestimmter Vor-

aussetzungen wie Hochzeit, Geburt eines Kindes usw. die Versicherungssumme ohne Gesundheitsprüfung aufstocken zu können,

- bei sog. unit-linked Produkten (fondsgebundene Versicherungsprodukte) Recht auf Wechsel des Fonds

usw.

Schaut man sich das oben besprochene Produkt von Allied Dunbar (unter V.B.) an, so wird man konstatieren müssen, daß in der Tat "jede Garantie und jede Option" dargestellt wird. Allerdings fehlt sowohl in der "schedule" als auch in den "product particulars" die Darstellung, wie die einzelnen Garantien und Optionen zusammenhängen und sich wechselseitig beeinflussen. Durch das bloße Nennen der Garantien und Optionen versteht der Verbraucher noch lange nicht, welchen Zielen das Produkt durch seinen speziellen Zuschnitt dient. Genau dies sollten Produktinformationen aber zuallererst bewirken: Sie sollten "bedarfstransparent" i.S. der Ausführungen in Teil I, IV.A. sein. Damit bekäme der Verbraucher die Chance, die Vermittleraussagen mit dem schriftlichen Angebotsmaterial zu vergleichen, wobei dies nur dann klappt, wenn das Material auf dem Postweg übersandt wird.

VI.A.2.b Laufzeit der Police

Zu diesem Punkt gibt es nur wenige Anmerkungen zu machen:

1. Daß die Unternehmen lediglich die Laufzeit "der Police" anzugeben haben, ist unverständlich. Denn selbstverständlich sollte der Versicherungsnehmer nicht nur über die Laufzeit der Hauptleistung bzw. Hauptversicherung informiert werden, sondern auch über die Laufzeit der "Nebenleistungen"/Zusatzversicherungen, Garantien und Optionen.
2. Vermißt wird bzgl. der Laufzeitangabe auch eine Verpflichtung des Versicherers, die Gründe zu nennen, wenn in einem Versicherungsvorschlag oder einer Police die Versicherungsdauer einer "Nebenleistung" (Zusatzpolice) früher endet als die Hauptpolice.

   Deutsche Versicherer versuchen z.B. in letzter Zeit verstärkt, die Versicherungsdauer bei Berufsunfähigkeitszusatzversiche-

rungen auf 55 Jahre Endalter zu begrenzen, während die Hauptversicherung z.B. erst mit 60 oder 65 oder gar 85 Jahren endet.

Dies geschieht vor dem Hintergrund, daß das Invalidisierungsrisiko ab diesem Alter erheblich zunimmt. Da der Verbraucher jedoch möglicherweise ein Interesse daran hat, daß sein Berufsunfähigkeitsschutz bis zum Rentenalter bestehen bleibt, sollte er auf das Auseinanderklaffen der Versicherungsdauern in der Hauptpolice (Lebensversicherung) und der Zusatzpolice (Berufsunfähigkeitsversicherung) hingewiesen werden müssen.

3. In Deutschland gibt es Berufsunfähigkeitspolicen, die nur dann bis zum vorgesehenen Ende der Leistungsdauer die vereinbarte Rente zahlen, wenn die Berufsunfähigkeit in den entsprechend vereinbarten ersten Jahren der Laufzeit, nämlich während der sog. "Versicherungsdauer" eintritt.

   Ferner spielt die sog. "Karenzzeit" eine für den Verbraucher im Leistungsfall existenzbedrohende Rolle. Während die Mehrzahl der Versicherer ab dem Zeitpunkt leistet, in welchem nach ärztlicher Prognose feststeht, daß der Versicherte voraussichtlich dauerhaft berufsunfähig sein wird, spätestens aber nach sechsmonatiger ununterbrochener Berufsunfähigkeit, leisten andere Versicherer erst nach 12 oder gar 24 Monaten.

   Ein solcher Fall wäre allerdings durch Informationspflicht a.4 gedeckt.

   Langlaufende Policen mit mehr als 30 Jahren Laufzeit und insbesondere lebenslange Policen, wie z.B. die britische flexible whole of life policy, die französische vie entière und die deutsche Sterbegeldversicherung sind i.d.R. schon durch die Produktgestaltung nicht bedarfsgerecht. Deshalb sollten Versicherer verpflichtet sein, auf den Dokumenten und Werbeunterlagen solcher Policen entweder entsprechende Warnhinweise abzudrucken oder in den "key features" bzw. "product particulars" Erläuterungen darüber abzugeben, welchen Bedarf das Produkt jeweils decken soll.

Zu kritisieren an der Informationspflicht a.5 ist also, daß die Angabe der Laufzeit der Police nur dann genügt, wenn die Lauf-

zeiten der "Nebenleistungen" nicht von der der Hauptleistung abweichen.

VI.A.2.c Einzelheiten der Vertragsbeendigung (a.6)

Möglicherweise hat der Richtliniengeber hier die Kündigungsrechte beider Vertragsparteien im Auge gehabt. Es gibt jedoch auch Versicherungsprodukte, deren "Nebenleistungen" enden, wenn der Versicherungsfall in der Hauptleistung eintritt, z.B. die Risikolebensversicherung auf zwei verbundene Leben mit Einschluß einer Berufsunfähigkeitsversicherung für eine der beiden versicherten Personen. Bei einer solchen Police muß der Versicherungsnehmer auch darüber aufgeklärt werden, daß der Berufsunfähigkeitsschutz der überlebenden Person bei Tod des Erststerbenden endet. M.a.W.: Auch hier wird nicht unterschieden zwischen der Vertragsbeendigung bzgl. der Hauptleistung und derjenigen bzgl. der Nebenleistung.

VI.A.2.d Prämienzahlungsweise und Prämienzahlungsdauer (a.7)

Die gleiche Kritik wie im letzten Satz des vorigen Gliederungspunkts ist auch hier vorzubringen. Zumindest die Prämienzahlungsdauer kann in Haupt- und Nebenleistung unterschiedlich sein. Daß dies nicht berücksichtigt wurde, verwundert angesichts der Tatsache, daß die Informationspflicht a.10 zwischen diesen verschiedenen Leistungen hinsichtlich der Höhe der Prämie differenziert.

VI.A.2.e Methoden der Gewinnberechnung und Gewinnbeteiligung (a.8)

Daß dieser Punkt in den Katalog der Informationspflichten aufgenommen wurde, ist sehr hilfreich. Dennoch hilft allein die An-

gabe der bei der Gewinnbeteiligungsdarstellung zugrundegelegten Annahmen nicht sehr viel weiter, wie oben gezeigt wurde. Wichtig wäre hier z.B., daß angegeben wird, wie der Versicherungsnehmer später überprüfen kann bzw. überprüfen lassen kann, ob das Unternehmen alles in seiner Macht stehende getan hat, die vor Vertragsabschluß in Aussicht gestellte Gewinnbeteiligung auch tatsächlich zu erreichen.

VI.A.2.f Angabe der Rückkaufswerte und der beitragsfreien Leistungen (a.9)

Für viele Verbraucher bringt die Regelung, daß die Rückkaufswerte vor Vertragsabschluß anzugeben sind, eine Verbesserung. In Deutschland beispielsweise, aber auch in Großbritannien, mußten diese Werte bisher erst mit Zusendung der Police zur Verfügung gestellt werden, zu einem Zeitpunkt also, in dem sich der Verbraucher mit seiner Unterschrift unter den Versicherungsantrag schon für den Vertragsabschluß entschieden hatte. Dennoch wird sich durch die neue Informationspflicht voraussichtlich nicht viel ändern. Die Verbesserungen, die in Großbritannien geplant und in Frankreich bereits Gesetz sind, schaffen für den Verbraucher wesentlich größere Transparenz als die hier diskutierte Informationspflicht (vgl. oben unter III.D.3. und unter IV.B.2.). Sehr bedauerlich ist, daß der Richtliniengeber nicht auch eine Angabe sämtlicher Kosten und deren Einfluß auf das Ergebnis der Investition und der Rückkaufswerte in den ersten Vertragsjahren vorgeschrieben hat. In diesem Punkt besteht erheblicher Nachbesserungsbedarf i.S. der obigen Ausführungen (oben unter III.D.3.).

VI.A.2.g Information über die Prämien für jede Leistung (a.10)

Leider enthalten die Erwägungsgründe zur 3. RL Leben keinen Hinweis darauf, was unter der Einschränkung "wenn sich derartige

Informationen als sinnvoll erweisen" zu verstehen ist. Man wird jedoch davon ausgehen können, daß bei der Beurteilung, ob die Informationen im Einzelfall sinnvoll sind, auf die Interessen dessen abzustellen ist, an den sie gerichtet sind, nämlich auf die des Versicherungsnehmers. Immer dann, wenn dieser möglicherweise Interesse an den Informationen haben könnte, sind diese auch zu erteilen. Ein Hinweis an den Antragsteller in der Art, daß ihm die entsprechenden Teilbeiträge bei Bedarf mitgeteilt werden, erscheint daher als nicht ausreichend, um der Informationsverpflichtung a.10 zu genügen.

VI.A.2.h Für Fondspolicen: Angabe der Fonds (a.11)/Art der Vermögenswerte (a.12)

Bei der Werbung für Fondspolicen wird von Versicherungsvertretern gern mit Performance-Werten der Vergangenheit gearbeitet. Leider enthält die Richtlinie hierzu keine Regelungen. Dies ist bedauerlich, weil in der Vergangenheit zumindest in Deutschland zu beobachten war, daß Beispiels-Wertentwicklungsrechnungen für Aktienfonds oft auf einen Investitionszeitraum der Vergangenheit abstellten, der mit dem Jahr einer Börsenhausse endete. Die sich so ergebenden Durchschnitts-Jahresrenditen werden von Vermittlern gern genutzt, um Verbraucher zur Kündigung ihrer Kapital-Lebensversicherung und zum Einstieg in eine fondsgebundene Lebensversicherung (mit neuen, hohen Abschlußkosten) zu veranlassen. Vermißt wird ferner die in Frankreich obligatorische[122] Pflicht zur Angabe:

- der Daten, an denen die gezahlten Prämien in Fondseinheiten umgetauscht werden,
- der wiederkehrenden Zeitpunkte, die zur Bestimmung Werte der Fondseinheiten im Lauf des Jahres vorgesehen sind, und
- der Methoden der Bewertung und des Umtauschs.

122 Vgl. oben unter IV.B.4.

Und schließlich wäre es hilfreich gewesen, auf "europäischer" Ebene zu verlangen, daß vor Vertragsabschluß ein Prospekt über den in Rede stehenden Fonds zur Verfügung gestellt werden muß, damit sich der Verbraucher ein genaues Bild des Investments machen kann. Dies erscheint nötig, weil er das alleinige Investitionsrisiko trägt.

VI.A.2.i Modalitäten der Ausübung des Widerrufs- und Rücktrittsrechts

Auf Seite 123 waren bereits die wesentlichen Kritikpunkte an dem neuen "europäischen" Rücktrittsrecht dargestellt worden. Hinsichtlich der Belehrung des Versicherungsnehmers über sein Widerrufs- und Rücktrittsrechts wäre jedoch zudem eine Regelung sinnvoll gewesen, wonach (nach französischem Vorbild[123]) schon der Versicherungsantrag einen Briefentwurf zur Ausübung des Rücktritts- und zusätzlich des Antragswiderrufsrechts - enthalten soll.

VI.A.2.j Sonstige Informationspflichten (a.14 bis a.16)

Da die Steuerregelung in den meisten europäischen Ländern für die Abschlußentscheidung des Verbrauchers sehr wichtig ist, ist die Pflicht (a.14) zur Angabe der auf die Policenart anzuwendenden Steuerregelung zu begrüßen. Die anderen beiden Informationspflichten (a.15 und a.16) sind m.E. Selbstverständlichkeiten und sollen daher hier nicht kommentiert werden.

---

123 Vgl. ebenda.

VI.B Informationspflichten während der Vertragsdauer

VI.B.1 Jede Änderung des Namens (b.1)

Die Vorschrift ist zu begrüßen. In der Vergangenheit gab es z.B. in Deutschland des öfteren Verbraucher, die nach einer Bestandsübertragung insbesondere bei beitragsfreien Versicherungen nicht wußten, an wen sie sich wenden sollten um den Rückkaufswert ihrer Sterbegeldversicherung ausgezahlt zu bekommen.

VI.B.2 Angaben gemäß a.4 bis a.12 im Falle einer Änderung der Rechtsvorschriften (b.2)

Die Regelung ist zwar zu begrüßen, greift aber zu kurz. Sofern Klauseln, die Vertragsbestandteil sind, von der (höchstrichterlichen) Rechtsprechung für unwirksam erklärt werden, sollten die Versicherungsnehmer ebenfalls darüber informiert werden, damit sie sich (z.B. im "Schadenfall" oder bei einem Kündigungswunsch) nicht an diese unwirksame Vertragsbestimmung gebunden wähnen.

VI.B.3 Alljährlich Informationen über den Stand der Gewinnbeteiligung (b.3)

Leider hat auch diese Informationspflicht einen "Haken". Nach dem Wortlaut der Vorschrift können z.B. deutsche Lebensversicherer[124] dabei bleiben, in ihren jährlichen Mitteilungen lediglich den Stand der Versicherungssumme und der Überschußbeteiligung, nicht aber den Stand des Deckungskapitals bzw. des Rückkaufswerts (= um den Stornoabzug gemindertes Deckungskapital) mitzuteilen. Dadurch wird verhindert, daß der Verbraucher merkt, wie gering die auf seine Sparbeiträge entfallende Verzinsung ist.

---

124 Wie z.B. Hamburg-Mannheimer und Cosmos.

VI.C Nachbesserungsbedarf und Lösungsvorschläge

Die o.g. und besprochenen Informationspflichten sind zwar zu begrüßen, stellen jedoch lediglich Mindestregelungen dar. Andererseits begrenzt Art. 31 Abs. 3 der Richtlinie den Handlungsspielraum der nationalen Gestzgeber, weitere Informationen zu verlangen. Danach können zusätzliche Auskünfte nur gefordert werden, "wenn diese für das tatsächliche Verständnis der wesentlichen Bestandteile der Versicherungspolice notwendig sind". Diese Vorschrift ist insofern verwunderlich, als dies bedeutet, daß der Richtliniengeber einräumt, daß unter den o.g. Informationen möglicherweise noch solche fehlen, die notwendig sind, damit der Versicherungsnehmer die wesentlichen Bestandteile der Police verstehen kann. In der Tat gibt es, wie oben gezeigt, solche Informationen. Hierzu gehört insbesondere die Angabe der mit der Vertragschließung und -durchführung verbundenen Kosten. Ob eine Prospektaushändigungspflicht bei fondsgebundenen Verträgen durch nationale Vorschriften zu rechtfertigen ist, ist schon zweifelhaft. Eine nationale Rechtsvorschrift, wonach die in der Richtlinie verlangten Informationen in eine bestimmte Form oder Reihenfolge zu bringen sind, scheitert jedoch ebenso an Art. 31 Abs. 3 der Richtlinie wie eine nationale Vorschrift, "key features" zu liefern und diese in einer bestimmten Reihenfolge anzuordnen. Damit werden den nationalen Gesetzgebern ohne Not Transparenzchancen verbaut, die eigentlich möglich sein sollten. Vorläufig bleibt jedoch die Möglichkeit, solche branchenweit bzw. in großen Teilen der Branche gleich strukturierte Informationen auf freiwilliger Basis zu entwickeln und bereitzustellen. Die Versicherer, die "sich nicht zu verstecken brauchen" dürften sicher bereit sein, an einem solchen Vorhaben mitzuwirken. Im Gegenzug könnten die europäischen bzw. nationalen Verbraucherverbände entsprechende "Gütesiegel" vergeben, mit denen die Anbieter, die ihre Produkte transparent gestalten, werben könnten. Als ein erster Einstieg in diese Diskussion kann möglicherweise das folgende Beispiel zur Gestaltung ei-

ner Kerndateninformation für eine Kapital-Lebensversicherungs-Police dienen.[125]

125 Die Darstellung einer Kerndatenliste bedeutet kein Abrücken von der oben geäußerten Ansicht, daß das Produkt Kapital-Lebensversicherung strukturell intransparent ist, vgl. oben unter V.C.2.

VI.C.1 Kerndatenblatt für Kapital-Lebensversicherungs- und Fonds-LV - Angebote

I. Vertragsbeteiligte

1. Name der Gesellschaft, Rechtsform, Sitz, Telefon
2. Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

II. Vertragsüberblick

1. Widerrufs und Rücktrittsrecht
2. Beschwerdestelle und Vertragsbearbeitung
3. Beginn und Ende des Vertrags, ggf. des Versicherungsschutzes
4. Beginn und Ende der Beitragszahlung
5. Tarifbezeichnung
6. Tarifbeschreibung
7. Welche Zusatzversicherungen sind eingeschlossen?
8. versicherte Person(en)
9. Bezugsberechtigte(r)
10. Art des Bezugsrechts, Bezugsrechtsänderung
11. Steuerregelung bzgl. des Vertrages

III. Beitrag

1. Gesamtbeitrag pro Zahlungsabschnitt
2. Effektivzins auf Ratenzahlungszuschlag
3. Beitragsteil für Todesfallrisiko
4. Beitragsteil für Sparen
5. Beitragsteil für Kosten

IV. Kosten

1. gesamte "rechnungsmäßige" Abschlußkosten
2. außerrechnungsmäßige Abschlußkosten des letzten Geschäftsjahres
3. Gesamtverlust durch Abschlußkosten (aufgezinst)
4. Kosten der ersten 5 Jahre
5. Rückkaufsverluste in den ersten 5 Jahren
6. Stornoabzugsregelung
7. kalkulierter Verwaltungskostensatz
8. tatsächlicher Verwaltungskostensatz des letzten Geschäftsjahrs
9. Stornoquote im Durchschnitt der letzten drei Jahre
10. Stornoquote des letzten Geschäftsjahres

V. Versicherer

1. Verflechtungen
2. Gab es Gewinnabführungen an eine andere Konzerngesellschaft?
3. Sind solche vorgesehen/zu erwarten?

VI. Sparen

1. Garantierte Erlebensfallsumme nach 1 Jahr
2. Garantierte Erlebensfallsumme nach 1/10 der Laufzeit
3. Deckungskapital nach 1 Jahr
4. Deckungskapital nach 1/10 der Laufzeit
5. Garantierte Erlebensfallsumme Vertragsende
6. Voraussichtliche Gewinnbeteiligung
   6.a Davon aus Sterblichkeitsergebnis
   6.b Davon Schlußbonus
7. Gesamte Ablaufleistung
8. das entspricht Zins auf Gesamtprämie minus Todesfall- und Zusatzversicherungsbeiträge von....pa.
9. zum Vergleich: Durchschnittliche Nettokapitalrendite der letzten 5 Jahre
10. Bezeichnung des Abrechnungsverbands
11. Gibt es Abrechnungsverbände bzw. Tarife mit besserer Gewinnbeteiligung?

VII. Vertragsänderungen

1. Was gilt bei Zahlungsschwierigkeiten?
2. Können Beitragszahlungen ausgesetzt werden?
3. Kosten bei Versicherungssummenreduzierung auf halbe Summe
4. Kosten bei Beitragsfreistellung
5. Kalkulation und Überschußbeteiligung bei Beitragsfreiheit
6. Teikündigungsrecht
7. Recht auf Laufzeitverkürzung
8. Kosten bei Laufzeitverkürzung

VIII. Versicherungsleistungen

A. Todesfallsumme

1. wann fällig?
2. Karenzzeit/Wartezeit bis zur Auszahlung
3. Leistungen aus Hauptversicherung bei sonstigem Ereignis
4. Änderungen der Versicherungssumme/ Dynamische Anpassungen? Regelung
5. Vertragsänderungsoptionen des Versicherungsnehmers

B. Zusatzversicherung(en)....

Bei dem Angebot über eine fondsgebundene Lebensversicherung müssen die obigen Angaben wie folgt ergänzt werden:

Zu I.: Fondsverwaltungsgesellschaft

Zu IV.: Abschlußkosten

Ausgabeaufschlag/-aufschläge

sonstige Abschläge auf Verkaufspreis(e)

Abschläge auf Rücknahmepreis(e)

Managementgebühren

Fondswechselkosten

Gesamtverlust durch Kosten der ersten 5 Jahre (aufgezinst)

Stornoabzüge
sonstige Gebühren/Kosten
Stornoquote im Durchschnitt der letzten drei Jahre
Stornoquote des letzten Geschäftsjahres
Ergebnisprognose
Gesamteffekt aller Kosten am Vertragsende

zu VI.: Bezeichnung der Fondseinheiten
Art der Fondseinheiten
Hinweis auf Chancen-/Risiken in den key-features/product particulars
Hinweis auf detaillierte Begründung der Zukunftsprognose durch das Fondsmanagement
Volatilitätsmaß/"Anlegerstreßfaktor" etc.
Vergangenheitsperformance (Kosten eingerechnet) im Durchschnitt
- der letzten 2 Jahre
- des viert- und drittletzten Jahres
- des rückgerechneten Investitionszeitraums, wenn dieser
  - vor zwei Jahren
  - in diesem Jahr

geendet hätte.
Wertentwicklungsgarantie
Bewertungszeitpunkte
Beitragsumtausch in Fondseinheuten
  - Modalitäten
  - jeweiliges Datum
  - Datum der jeweiligen Prämienzahlung

zu VII.: Fondswechseloptionen / -modalitäten
Entnahmeoptionen / -modalitäten

VI.C.2 Gestaltung eines Kapital-Lebensversicherungs-Angebots

Ein konkretes Angebot könnte wie folgt aussehen, daß nämlich bei Unterbreitung des Angebots drei verschiedene Unterlagen bereitgestellt werden:

1.: Paket 1, bestehend aus:

A key-features / product particulars (zur Gewährleistung der "Dummen"transparenz)

B Verlaufsplan mit mindesten folgenden Angaben:

1. Erste 5 Jahre: Werte für jedes Jahr, separate Darstellung der
- Rückkaufswerte
- Gewinnbeteiligung
- Gesamtleistung bei Rückkauf
- Alle Kosten des jew. Jahres
- mit der Berechnung der Ablaufleistung zugrundegelegtem Zins aufgezinste kumulierte Kosten der ersten 5 Jahre

2. Gesamtlaufzeit: Darstellung mit mindestens:
- obigen Werten der ersten fünf Jahre,
- anschließend gleiche Werte mindestens in 5-Jahres-Schritten
- alle o.g. Werte der letzten 5 Jahre.

2.: Paket 2, bestehend aus:

C Kerndaten gem. obiger Aufstellung (Angaben zu I. bis VIII.)

D Erläuterung zu den einzelnen o.g. Ziffern I. bis VIII.

3.: Versicherungsbedingungen (bei Fonds zusätzlich: Verkaufsprospekt)

In der obigen Aufstellung mit den Ziffern I. bis VIII. befinden sich viele Positionen, die im "key-features"-Blatt wegfallen würden, da sie nicht benötigt werden. Bei einem konkreten Angebot

müßten die Daten in der o.g. Reihenfolge mit der obigen Numerierung versehen präsentiert werden, so daß Angebotsvergleiche ermöglicht werden. Ein zusätzliches "Paket 2" wäre zwar für einen unbedarften Verbraucher nicht allzu aussagekräftig, für den Makler und noch mehr für den gegen Gebühr arbeitenden echten Berater jedoch eine sehr wertvolle Arbeitserleichterung. Darüber hinaus könnten aufgrund einer solchen, im ganzen Markt anzutreffenden Numerierung der Kerndaten Publikationsorgane und PC-Beratungsprogramme den Verbrauchern unabhängige Hilfe bei der Auswahl des "richtigen" Versicherers anbieten. Die key-features haben dagegen in erster Linie die Funktion eines Übertölpelungsschutzes für Unbedarfte. Deren Nachfrageverhalten werden sie vermutlich jedoch nicht ändern.

Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse

Die anliegenden Untersuchungsergebnisse gliedern sich in drei Teile:

1. einen einführenden Teil, der definiert, was unter dem Begriff Transparenz zu verstehen ist;
2. eine Teilstudie zu Transparenzbedingungen für die chattel bzw. household insurance;
3. eine Teilstudie zur Lebensversicherung.

Einführungsteil

Im einführenden Teil wird ausgehend von einem rationalen Entscheidungsprozeß über den Abschluß eines Versicherungsvertrages gezeigt, daß die derzeitigen nationalen Versicherungsvertragsrechte nicht realitätsgerecht sind. Sie gehen nämlich davon aus, daß der Versicherungsvertrag durch den Antrag des Verbrauchers und die Annahme dieses Antrags durch den Versicherer zustandekommen. Dabei blenden sie das aus, was vor der Antragstellung geschieht.

Transparenzzerstörende Wirkung des Vertreters

Die Diskussion in Großbritannien und die entsprechende Gesetzgebung in Frankreich, wie auch die disclosure-Regeln im Anhang II der 3. Richtlinie Lebensversicherung (92/96/EWG)[126] betreffen allesamt nur die Lebensversicherung. Dies liegt nicht daran, daß das Produkt "with profit endowment" oder das Produkt "pension plan" besonders kompliziert wäre - im Gegenteil! Der zweite Teil der Studie zeigt nämlich, daß das Produkt Hausratversicherung viel komplizierter als die Lebensversicherung ist. Es liegt daran, daß in Großbritannien mit Informationspflichten gegen ein die Verbraucher jedes Jahr in Milliarden Pfund Höhe schädigendes Provisionssystem gekämpft wird. Diese Symptombekämp-

126 ABl. L. 360 v. 9.12.1992, S. 1.

fung hat sich offenbar die Kommission der EU - sicherlich in guter Absicht - zu eigen gemacht, als sie die Versicherer auf die Einhaltung von vor Abschluß eines Lebensversicherungsvertrages zu erfüllenden Informationspflichten verpflichtete. Der Einführungsteil zu den beiden Teilstudien zeigt indes, daß das, was für alle Mitgliedsstaaten schon eine echte Verbesserung der Verbraucherschutzstandards der Mitgliedsstaaten ist, unbefriedigend bleibt. Es macht das Produkt Kapital-Lebensversicherung, with profit endowment, assurance combinée usw. für den einzelnen Versicherungsinteressenten nicht wesentlich transparenter. Das Hauptübel auf den europäischen Versicherungsmärkten, nämlich die "front-end loaded" Abschlußprovision, wird dadurch wohl kaum bekämpft werden können. Die Einführung macht ferner deutlich, daß die den Versicherungsnehmern übermittelten Informationen nicht viel bewirken können, wenn sie im Beisein eines provisionhungrigen Vermittlers gegeben werden, der sie möglicherweise noch "übersetzt" oder "interpretiert". Daher regt sie an, das Zustandekommen des Versicherungsvertrages gesetzlich so zu regeln, daß der Verbraucher in Ruhe seine Entscheidung treffen kann:

Vorschlag für eine Änderung des Versicherungsvertragsrechts

Danach kommt ein Versicherungsvertrag nicht allein durch Antragstellung des Verbrauchers und Annahme des Antrags durch den Versicherer (Police) zustande, sondern durch

- postalisch zuzustellendes schriftliches Angebot des Versicherers (Vorschlag),
- anschließende Antragstellung durch den Verbraucher (Antrag)
- und schließlich Annahme des Antrags durch den Versicherer (Police).

zustande.

Diese Regelung scheint nötig, um dem Verbraucher einen von Vertreterdrängen freien Entscheidungsprozeß zu ermöglichen, in welchem er z.B. auch Konkurrenzangebote einholen kann. Der Vorschlag muß bereits alle für den wesentlichen Informationen enthalten und zwar:

- sowohl das Angebot in einer verdichteten Form (key features), ferner die entsprechenden, knapp erläuterten Informationen in einem beigefügten weiteren Druckstück (client's guide),
- entweder die nach einem brancheneinheitlichen Gliederungskonzept entweder mit gleicher Numerierung geordneten Versicherungsbedingungen (vgl. Teilstudie Hausratversicherung),
- oder die im Bereich der Lebensversicherung mit zumindest teilweisem Sparcharakter in Form von Kerndaten angeordneten Informationen. Diese Kerndaten sollten wesentlich aussagekräftiger und umfassender als die o.e. key features sein und ebenfalls brancheneinheitlich numeriert und gegliedert sein.

Darüber hinaus sollten alle für den Vertrag relevanten Informationen (incl. Versicherungsbedingungen) dem Angebot beiliegen. Das Rücktrittsrecht sollte nach französischem Vorbild geregelt sein und noch bis einen Monat nach der ersten Prämienzahlung bestehen. Die Ausarbeitung von brancheneinheitlichen Gliederungen für die wichtigsten Versicherungszweige sollte zumindest unter Beteiligung der europäischen Verbraucherverbände geschehen.

"Dummentransparenz" und "Schlaumeiertransparenz"

Die Untersuchung zeigt auf, daß man nicht von "der Transparenz" sprechen kann, sondern daß es Transparenz in mindestens zwei Formen gibt, der "Dummen-Transparenz" und der "Schlaumeier-Transparenz". Das Konzept der "Dummen-Transparenz" soll den Verbraucher vor den allergrößten Torheiten und Übertölpelungen schützen. Dieses Konzept findet derzeit vor allem in Großbritannien zahlreiche Befürworter. Das der "Schlaumeier-Transparenz" soll jedoch dazu dienen, die Vergleichbarkeit von Versicherungsprodukten zu verbessern. Übersetzt in die beiden untersuchten Versicherungssparten heißt das:

Haushalt-Police:

Der Schlaumeier wird sich ein oder mehrere Vergleichsangebote einholen. Da die beim Übersenden des o.e. Versicherungs-

vorschlags die Versicherungsbedingungen (auch) in einer brancheneinheitlichen Gliederung und Numerierung vorliegen, kann er das jeweilige Gegenangebot eines anderen Versicherers ohne Suchaufwand vergleichen. Dem "Dummen" wird dieser Aufwand möglicherweise schon zu "dumm" sein. Er will lediglich ein Produkt, da zwar nicht die absoluten Spitzenleistungen zum Niedrigpreis bietet, sondern ein Produkt, bei dem man nicht viel falsch machen kan. Für beide Verbraucher sollte es akzeptable Bedingungen geben. Der Schlaumeier wird durch die (zunächst erst von einigen wenigen preiswerten Anbietern brancheneinheitliche) Modellpolice in die Lage versetzt, Produkte und Prämien unterschiedlicher Anbieter zu bewerten und sich anschließen für den besseren zu entscheiden. Wichtig: Dieser "Schlaumeier" kann auch ein wirklich unabhängiger Berater sein, der gegen Honorar tätig wird und durch die brancheneinheitliche Anordnung der Bedingungen effektiver arbeiten kann. Der "Dumme", in diesem Fall der Bequeme wird das Produkt mit dem Gütesiegel einer Verbraucher-Organisation auswählen, da er so zumindest nicht viel falsch machen kann.

Lebensversicherung:

Der "Dumme" wird sich lediglich mit den key features und dem client's guide befassen. Den "Schlauen" interessieren alle wesentlichen betriebswirtschaftlichen Kennzahlen, er ist durch Testberichte in Verbrauchermagazinen informiert, wie er damit umzugehen hat. Der "schlaue" Berater sieht sofort die Stärken und Schwächen des Angebots, u.a. durch Zahlen, die ersich sonst mühsam aus der letzten Bilanz des Unternehmens besorgen müßte.

Teilstudie Hausratversicherung

Die Teilstudie zur Hausratversicherung offenbarte eine weitgehende Übereinstimmung europäischer Haushaltspolicen. Sie orientiert sich jeweils an den versicherungsnehmerfreundlichsten Klauseln und entwickelt daraus die Idee eines Optimal-Pakets, das alle

dem versicherten Hausrat drohenden Gefahren abdeckt. Dabei konzentriert sich das in Grundzügen herausgearbeitete Versicherungsbedingungswerk, welches zunächst zur Schaffung von "Schlaumeiertransparenz" dienen soll, vor allem auf den Kern des Versicherungsschutzes, nämlich die Fragen nach den versicherten Gefahren, Gütern und Personen. Dieses hypothetische Produkt namens "Modellpolice" kann von Anbietern, die z.B. mit dem Gütesiegel der europäischen Verbraucherorganisationen werben wollen, benutzt werden, um ihre eigenen Versicherungsbedingungen den Optimalbedingungen synoptisch gegenüberzustellen, wobei die Abweichungen (Restriktionen und Ausschlüsse) deutlich gemacht werden müssen. Die in der Teilstudie in ihren wesentlichen Grundzügen skizzierte Modellpolice kann zugleich Ausgangspunkt für die Entwicklung einer "grünen" Police mit Gütesiegel für bequeme oder "dumme" Verbraucher.

Teilstudie Lebensversicherung

In der Teilstudie Lebensversicherung werden zunächst die Transparenzbemühungen in Großbritannien und Frankreich geschildert und bewertet. Es wird am Beispiel der deutschen Kapital-Lebensversicherung gezeigt. daß es ohne Trennung der Sparanteile der Prämien vom Unternehmensvermögen auch mit den in der 3. Richtlinie Lebensversicherung vorgesehenen Informationen zu keiner zutreffenden Beurteilung der Ertrags- und Sicherheitsaussichten bei der Auswahl eines bestimmten Lebensversicherers kommen kann. In dem Bereich der fondsgebundenen Lebensversicherung zeigt sich, daß es hier viel einfacher ist, versteckte Kosten aufzuspüren. Hier kann wesentlich leichter überprüft werden, ob Kundengelder in dunkle Kanäle abwandern, so daß der Kunde sich bei seiner Auswahlentscheidung im wesentlichen auf zwei Punkte beschränken kann: die Kosten und den jeweils angebotenen Fonds. Schließlich wird anhand der im Anhang II der 3. Richtlinie Lebensversicherung aufgeführten Informationspflichten der Lebensversicherungsunternehmen abgehandelt, ob sich durch die Mittei-

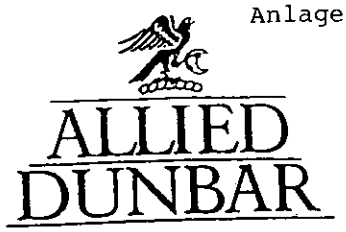
lung der dort genannten Informationen an die Versicherungsnehmer deren "Durchblick" bessern wird.

Verbesserungsvorschläge

Im einzelnen werden folgende Maßnahmen zur Steigerung der Transparenz vorgeschlagen:

Überblick über mögliche transparenzsteigernde Maßnahmen:

1. Ordnungspolitische Aufgaben
   Vertragsrechtliche Verankerung des 'Versicherungsvorschlags' und Pflicht zum schriftlichen Versicherungs-angebot.
   Aufgabe der Steuerbegünstigung für gebündelte Produkte
2. Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit von Angeboten
   Schaffung von Bedarfserfassungsbögen in den verschiedenen Versicherungssparten unter Beteiligung der Europäischen Verbraucherverbände.
3. Vergleichbarkeit von Angeboten
   Jeweils unter Beteiligung der europäischen Verbraucherverbände:
   Schaffung von Gliederungs- und Numerierungskonzepten in jedem Versicherungszweig;
   Schaffung einer "grünen" Police mit "Gütesiegel";
   Gestaltung von Kerndatenblättern für Lebensversicherungsangebote als Verwendungsmuster für Lebensversicherer.
4. Europäische Dokumentationsstelle
   Einrichtung einer Auskunftsstelle für Verbraucher, an die Versicherer, Vermittler, Verbände und Verbraucher freiwillige Mitteilungen geben können (Erstellung von Klauselübersichten, Angebotsvarianten usw. nach dem Motto "Wer macht was?").



Policy Schedule
Lifestyle Plus – Joint Life

Policy Number	:
Commencement Date	: 1 January 1994
Life Assured	:
Date of Birth	:
Life Assured	:
Date of Birth	:

Plan Details	
Lifestyle Plus Benefit	: £12,000 for 10 years, £8,013 thereafter
Death Benefit	: £12,000 for 10 years, £8,013 thereafter
Contribution	: £15.00 per month

Special Provisions
The Contribution is based on both Lives Assured being non-smokers.
The Permanent Total Disability (Own Occupation) Benefit does not apply.
The Additional Critical Conditions Benefit does not apply.
The Indexation Benefit does not apply.
The Waiver of Contribution Benefit does not apply.
The first Review Date for this Policy will be the 5th Policy Anniversary.
For details of subsequent Policy Reviews, refer to your Policy Provisions.

THE FOLLOWING PROVISIONS APPLY TO THIS SCHEDULE : 3734-1.

This Policy is issued by Allied Dunbar Assurance plc ('the Company') and is subject to the particulars contained in the Schedule, the Policy Provisions and any Endorsement hereto.

Keith Davies

Signed in Swindon on 30 December 1993

Product Particulars
Allied Dunbar Lifestyle Plus

ALLIED DUNBAR

1 Introduction to the Plan

Allied Dunbar Lifestyle Plus is a unit linked whole of life assurance policy.

In return for regular contributions the basic plan provides a Lifestyle Plus Benefit.

The Lifestyle Plus Benefit is payable if one of the conditions or operations covered by the Plan is diagnosed or undergone and the Life Assured then survives for 28 days (the "Deferred Period").

For Joint Life Plans, the Lifestyle Plus Benefit is payable if the first Life Assured to have one of these conditions diagnosed, or undergo one of these operations, survives for 28 days from the relevant diagnosis or operation.

2 Contributions

The initial contributions payable and the initial period applicable to them are set out in the attached statement.

After an initial period (during which contributions are not allocated to units) 100% of each contribution (excluding any contribution for Waiver of Contribution benefit or certain ratings) is allocated to units (normally at the offer price ruling on the day on which the contribution is due). For yearly paid Plans, a similar effect to the initial period is achieved by having an initial allocation percentage.

3 Indexation

If you have chosen this benefit, the Lifestyle Plus Benefit will be increased each year, currently in line with the increase in the Average Earnings Index. The increase in contributions will be at contribution rates, unit allocation rates and subject to initial periods determined at the time of the increase.

If you do not take up any indexation increase, the benefit will cease.

4 Lifestyle Plus Benefit

Lifestyle Plus Benefit is payable on survival for a 28 day Deferred Period after a Life Assured is diagnosed as suffering from one of the following illnesses or (for operations) on survival for 28 days from the relevant operation.

The relevant illnesses/operations are :

- ☐ Aorta Graft Surgery
- ☐ Benign Brain Tumour
- ☐ Blindness (This must be both total and irreversible)
- ☐ Cancer (There are a small number of exclusions but almost all life threatening cancers are covered)
- ☐ Coma
- ☐ Coronary Artery Surgery (or, in certain serious cases, balloon angioplasty)
- ☐ Heart Attack
- ☐ Heart Valve Replacement
- ☐ Kidney Failure
- ☐ Loss of Limbs
- ☐ Loss of Speech (This must be total and irreversible)
- ☐ Major Organ Transplant (transplants, as a recipient, of heart, lung, liver, kidney, bone marrow and pancreas are covered)
- ☐ Motor Neurone Disease
- ☐ Multiple Sclerosis
- ☐ Paralysis (of two or more limbs)
- ☐ Permanent and Total Disability from Performing Any Occupation (provided this benefit has not been excluded from the plan). The Life Assured must become permanently and totally disabled (i.e. able to follow no occupation) before age 65 (males) or 60 (females)
- ☐ Severe Burns
- ☐ Stroke
- ☐ Terminal Illness (i.e. a disease which means not being expected to survive for 12 months).

On payment of the Lifestyle Plus Benefit the Plan will terminate.

5 Life Cover

The Death Benefit on a basic Lifestyle Plus Plan is equal to one annualised Contribution at the date of the claim, or the cash value of the Plan if this is greater.

If "Full Life Cover" is included the Death Benefit is equal to the Lifestyle Plus Benefit.

The level of the Death Benefit on your Plan is shown on the attached Statement. Subject to the Company's agreement, "Full Life Cover" can also be added later.

If the Life Assured (or the first Life Assured to die for Joint Life Plans) dies before the Lifestyle Plus Benefit becomes payable, the appropriate Death Benefit will be paid out and the Plan will then end.

9 Exclusions

The Lifestyle Plus Benefit provided by the Plan is subject to certain exclusions. The cover in respect of Permanent Total Disability (whether the cover relates to the Life Assured's own occupation or to any occupation - see 7 and 4 above) excludes conditions arising from HIV/AIDS.

Unless, at the time a claim is made, "Full Life Cover" is included, so that the Death Benefit is equal to the Lifestyle Plus Benefit, Lifestyle Plus Benefit will not be paid on the basis of "Terminal Illness" where the Life Assured is suffering from HIV/AIDS.

The Company can refuse to pay a claim for Lifestyle Plus Benefit if the claim arises from a war, riot, civil disturbance or any similar cause. Claims arising from intentional self-inflicted injury are also excluded.

Claims for Children's Critical Illness Benefit arising from any deliberate injury by a claimant to the Child will not be paid.

10 Increasing Benefits

In addition to any indexation increases, you may, subject to the current minimum, apply to increase the benefits and contributions under the Plan.

The increases are usually subject to acceptance by the Company and will be at contribution rates, unit allocation rates and subject to initial periods determined at the time of the increase.

11 Stopping Contributions

If you stop paying contributions to your Plan, then, after a period of grace lasting 30 days, your Plan will normally lapse and your cover will be cancelled.

If your plan builds up a big enough cash value, (the minimum level will be set by the Company from time to time), then, if you stop paying contributions, your cover will not come to an end after 30 days. Instead, units will be cancelled to pay for your cover, and it will not end until the cash value of your plan runs out.

12 Funds and Investment Benefits

The Company can allocate Contributions to whichever Fund it considers appropriate, and change the Fund in which the Plan is invested at any time.

It is intended that Contributions will initially be allocated to the Fixed Interest Deposit Fund. This Fund seeks to provide capital security through interest bearing investments such as bank, local authority and building society deposits. It is designed to offer a high degree of security over the short term. (Accordingly, it is likely to show a lower rate of growth than might reasonably be expected over the longer term for the other funds)

Once the Plan attains a cash value, it is intended then to invest in the Managed Fund. This is invested in a spread of investments both by asset type (equity, property, fixed interest security and deposits) and by economy (primarily the United Kingdom but also globally).

The Lifestyle Plus Plan is intended to be a protection Plan. Therefore, cash values will not build up for some time. An indication of the Surrender Value you may expect to receive if you surrender your Plan within the first 5 years is shown on the attached statement.

It is important to remember that any cash value of a Plan is represented by units and that these may fall, as well as rise, in value.

If the Plan attains a big enough cash value, it will be possible to take partial surrenders. Units will be cancelled for their bid value. The minimum cash value and minimum partial surrender will be set by the Company from time to time.

13 Policy Reviews

Policy Reviews are held to ensure that the Plan is capable of providing the level of benefits which you have chosen throughout the life of the Plan.

The attached statement will tell you when your first review is going to take place.

If your first review is going to take place at your fifth Policy Anniversary, your Plan can be reviewed at each subsequent Policy Anniversary, up to and including the tenth, and can then be reviewed on every fifth Policy Anniversary.

Where the attached statement says that the first review will take place on the tenth Policy Anniversary, your Plan may be reviewed on this Policy Anniversary and on each fifth Policy Anniversary after that.

The above rules are subject to the fact that after the Life Assured, (or the older Life Assured in Joint Life cases), reaches the age of 70, reviews may take place on each Policy Anniversary.

A Policy Review may result in an increase to the Contributions or a reduction in the Lifestyle Plus Benefit.

Where "Full Life Cover" is included, if the Lifestyle Plus Benefit is reduced, the Death Benefit will be reduced to the same extent.

14 Waiver of Contribution Benefit

If this benefit applies, then if the relevant Life Assured is in a gainful occupation and becomes totally incapacitated and unable to carry out (for at least three months) a gainful occupation to which he or she is suited, the Plan will be maintained until he or she is fit to resume a gainful occupation.

Product Particulars Statement Lifestyle Plus – Joint Life (Extra Cover)

ALLIED DUNBAR

PRODUCT PARTICULARS Policy Number

Personal Details

Life Assured 1 : (Non-Smoker)
Date of Birth :

Life Assured 2 : (Non-Smoker)
Date of Birth :

Contributions

Initial monthly Contribution £15.00

The Initial Period for this plan is 28 months.

Benefits

Lifestyle Plus Benefit	£12,000 for 10 years, £8,013 thereafter
Death Benefit	£12,000 for 10 years, £8,013 thereafter

Policy Reviews
The first Review Date will be the 5th Policy Anniversary.

Illustrative Surrender Values

Rate of Return 7.5%	after 1 yr	2 yrs	3 yrs	4 yrs	5 yrs
	£0	£0	£0	£0	£42

ILLUSTRATIONS OF FUTURE RETURNS

Rate of Return	5%	10%
Projected Surrender Value (at 10 years)	£389	£319

These illustrations are based on an initial monthly contribution of £15.00.

NOTES

1 The plan commences on 1 January 1994.

Product Particulars Statement Notes

ALLIED DUNBAR

1 Introduction

These notes are required to be given to you by LAUTRO (the Regulatory Authority for the marketing of Life Assurance and Unit Trusts). General information about your plan will be found in the Product Particulars. The full contractual terms and conditions are set out in the Policy Provisions which are available from the Company on request.

2 Illustrations of future returns

In order to provide an indication of the possible benefits that might be paid under this plan, LAUTRO has made rules which lay down two bases on which future benefits may be illustrated. The figures quoted in the illustrations on the attached statement comply with the rates of return and other factors as set out in the LAUTRO bases, the higher illustration representing a future rate of return of 10% per annum and the lower illustration representing a future rate of return of 5% per annum.

These two amounts do not represent the upper and lower limits of the possible amount of the benefit. What is actually payable will depend on the future movement in unit prices which can go down as well as up and the effect of the charges applicable to your plan.

For plans with terms which do not exceed five years both illustrations assume that the charging structure applicable to your plan remains unchanged.

If your plan is subject to Policy Reviews (and this will be shown and explained in the Product Particulars) the effects of such reviews on these illustrations have not been taken into account.

These illustrations should not be used as a basis for comparing similar contracts by other providers.

3 Surrender values

The values set out on the Product Particulars Statement have been calculated according to rules prescribed by LAUTRO. Allied Dunbar Assurance plc does not guarantee that the amount to be paid if your plan is terminated at one of the durations specified will be as high as the amount indicated. The amount actually payable will be determined by the number of units allocated and the ruling bid price of the units to which the policy is linked (less any relevant charges).

4 The effect of inflation

Both the purchasing power of the ultimate benefit and the real cost of any future contributions payable will depend on the rate of inflation over the period of your plan. By way of illustration the following table shows what £1,000 will be worth in today's money at the end of the periods shown if the annual rate of inflation over the period is as shown :

Period (years)	4% Inflation	7% Inflation	10% Inflation
	£	£	£
1	962	935	909
2	925	873	826
3	889	816	751
4	855	763	683
5	822	713	621
10	676	508	386
15	555	362	239
20	456	258	149
25	375	184	92
30	308	131	57
35	253	94	36
40	208	67	22
45	171	48	14
50	141	34	9

Anlage 5

Allied Dunbar Assurance plc
Allied Dunbar Centre
Swindon SN1 1EL
Telephone: 0793 514514

ALLIED DUNBAR

IMPORTANT! YOU SHOULD READ THIS CAREFULLY

YOUR RIGHT TO CHANGE YOUR MIND

This notice relates to contract reference	Please quote this in any correspondence.

You have entered into the above contract with Allied Dunbar Assurance plc.

You have a legal right to consider the matter again and change your mind if you wish.

Points you should consider

Before you decide whether you want to change your mind, ask yourself :

☐ If you received personal advice on your investment, are you clear whether that advice was given by an independent adviser working on your behalf or by someone representing Allied Dunbar Assurance plc?

- In most cases you should have received a **Buyer's Guide**, telling you about your adviser and what to expect in the way of advice and information.

☐ Have you received all the information you want in order to understand your investment?

- You should have received **Product Particulars** describing the important features of your investment.

☐ Are you satisfied that the investment is suitable for your needs?

Do you, for example :

- Understand how much you will have to pay now and in the future?
- Understand what benefits will be paid under the contract, on your death or before you die, and to what extent these benefits are guaranteed and to what extent they depend on bonuses or on the changing values of the assets to which they are linked?
- Understand the charges, expenses and risks which will affect the value of the investment?
- Understand what happens if you stop your contract before it runs its full term?

If the answer to any of these questions is NO you should consult your adviser or the company as quickly as possible. There is no extension to the cancellation period if you ask for further information or if the reply is delayed.

Your right to withdraw from the transaction

If you wish to go ahead with the transaction you should do nothing with the attached cancellation form. If you wish to withdraw, you should send the cancellation form to the Life Servicing Controller, Allied Dunbar Assurance plc, Allied Dunbar Centre, Swindon SN1 1EL and you must post it on or before the 14th day after the day on which you received this notice.

Financial consequences of withdrawal

If you withdraw, you are entitled to have repaid to you any money you have paid the company. And you will, of course, have to repay any amounts already paid to you under the contract.

CANCELLATION FORM

(To be returned only if you wish to cancel the agreement)

To Life Servicing Division, Allied Dunbar Assurance plc, Allied Dunbar Centre, Swindon SN1 1EL

I hereby give notice that I have decided not to proceed with this agreement; and I require the return of any money paid to you or your agent in connection with it which I am entitled to have returned.

Signed :

Date :

APPENDIX A - THE FUNDS AND UNITS

1. The Funds

Each Fund is a separate and identifiable Fund forming part of the Company's Long Term Assurance Fund. The composition of the Funds and the proportions in which the constituent investments are maintained may be varied by the Company from time to time. Every Fund may invest in interest-bearing investments in any currency, whether as a long-term investment or pending investment in assets more specific to the Fund in question. Where appropriate, the investments may be held directly, or indirectly through unit trusts, investment trusts, mutual funds, property-holding companies, partnerships, joint ventures or otherwise.

2. Capital and Accumulation Units

Each Fund consists of two parts, each divided into shares called respectively Capital Units and Accumulation Units. There may be more than one series of Units of each type, and in each Fund Units of each type and series are of equal value to all other units of the same type and series. If the Actuary considers it desirable Units may be sub-divided but without reducing the current value of the benefits under this Policy except such as results from the continued application of all the provisions of the Policy including the rounding adjustments referred to in paragraph 6 below and Provision 14 above. Only Accumulation Units are relevant to this Policy.

3. Annual Charge

A charge appropriate to each type and series of Units expressed as a percentage of the value of each Fund as determined by the Actuary is deducted from the Fund at the Valuation Dates. The charge appropriate to the type and series of Units applicable to this Policy was set at the rate of one and one quarter per cent per annum with effect from 1 March 1990 and may be adjusted from time to time by the Company taking into account such factors as it in its absolute discretion considers appropriate.

Any adjustment may apply to both existing and/or new Units and to such of the types and series of Units of such Funds and from such dates as the Company determines without notice being given.

4. Income and Expenses

The income from the investments of the Funds accrues to and forms part of the Funds; and all direct or indirect expenses, interest charges and outgoings in respect of those investments (including costs arising out of the acquisition, management, maintenance, valuation and disposal of the investments included therein, and mortgage interest and any other costs of, or in connection with, borrowing) and deductions for tax are deducted from the Funds.

5. Valuation of the Funds

The offered and bid prices of the Accumulation Units of the Funds are determined by the Actuary at valuations of the Funds made on such dates ("Valuation Dates") and at such intervals as the Company decides.

In determining the Unit prices the Actuary will have regard to the values of the assets of the Funds, which in the case of real properties will have direct reference to the valuations prepared and certified by independent valuers appointed by the Company adjusted to take into account accumulated income and outgoings and (in consultation with the independent valuers) variations in property prices between such valuations; and in the case of the Stock Exchange Securities will have reference to the relevant quoted prices.

6. Offered and Bid Prices

The offered prices of Accumulation Units will be not more than those calculated by the Actuary on the basis of the value of the Fund with reference to the valuation of the assets of the Fund, increased by such amounts as the Actuary considers appropriate in respect of all acquisition costs of the investments of the Funds, and reduced by all relevant deductions; the result being multiplied by $\frac{100}{95}$

The offered prices are rounded up by not more than the lesser of 1% and 1p and any rounding-up adjustments accrue to the Company.

The bid prices of Accumulation Units will be not less than those calculated by the Actuary on the basis of the value of the Fund with reference to the valuation of the assets of the Fund, reduced by such amounts as the Actuary considers appropriate for all costs of realisation in respect of the investments, and reduced by all relevant deductions. The Company may maintain higher bid prices. The bid prices will be rounded down by not more than the lesser of 1% and 1p.

For the purposes of the two preceding paragraphs "relevant deductions" means all mortgages and charges on the investments and all liabilities and provisions in respect of the investments, or incurred by the Company in connection with or for the purpose of the purchase of the investments, including all those specified in paragraph 4 above.

Annex A

XYZ Company

ENDOWMENT ASSURANCE WITH PROFITS

KEY FEATURES

IMPORTANT	**Please read this.** It gives you important information about the key features of the XYZ With Profits Endowment Policy. *The figures given are only examples.* If you apply for a policy you will be sent more precise figures later. *But you can ask now for a personal quotation if you want one.* If there is anything which you do not understand, or if you would like more information about any aspect, just ask.

You pay a regular amount for a chosen period

For example you might pay:

£100 per month
for 25 years

What you would get in return for your payments

You would get paid a minimum guaranteed sum at the end of 25 years. The exact amount will depend on things like your age and sex. As an example, if you were a man (non-smoker) aged 35 next birthday when you start the policy you would get a minimum guaranteed sum of

£28,000*

* On top of this amount we would also pay any 'bonus additions' - these are explained later.

What if you die?

If you die at any time before the end of the 25 years we would still pay

£28,000*

* plus any 'bonus additions'.

Bonus additions

The type of insurance policy selected is called a 'with profits' policy. The money you pay in is invested by XYZ in a range of investments which may make profits. From those profits XYZ will add bonus additions from time to time to the minimum guaranteed sum of £28,000; so that the total sum paid in 25 years time might be more than £28,000. Of course we cannot say for certain how much the bonus additions will be - that will depend on how well the investments perform. Those investments may be in things like the shares of companies and property, the prices of which can go down as well as up over the years.

What if you stop the policy early on?

BE CAREFUL! You will probably get back less than you paid in if you stop the policy early on. You should get the best value from your policy if you keep it for the full 25 years. Don't buy unless you expect to go on paying the premiums. The box over shows how much you might get back if you cashed in the policy early on.

At end of year	Amount paid in £	What you might get back £
1	1,200	500
2	2,400	1,200
3	3,600	1,900
4	4,800	2,900
5	6,000	4,200
10	12,000	12,100

How do our expenses affect your benefits?

Not every penny you pay will be used to provide you with benefits under the policy. Some of your money will go to meeting our expenses. (Our expenses cover such things as marketing and administration costs and management of the investments from which profits are earned.) Apart from that, your money will be used to provide you with life assurance cover and a pay-out at the end of the policy.

The expenses are higher in the early years but if you held your policy for the full 25 years, and each year we achieved an investment return of 7%, then *on average* our current expenses would:

reduce what we pay you by 14p in every £1

Or to put it another way, our expenses would have the effect of reducing the investment return from 7% a year to 6% a year:

a reduction in the investment return of 1% each year

More detailed information

More information about bonus additions and other factors affecting what you get from this policy is given in our 'With Profits Guide'. If you would like a copy of the Guide, or if there is anything you do not understand, please ask your adviser.

ABC Independent Intermediaries

CLIENT'S GUIDE

This guide tells you what you should keep in mind when someone is giving you advice on life assurance, personal pensions or unit trust products. Issuing this guide is a requirement of SIB* (the Securities and Investments Board).

Do you know what sort of advice you are getting?

- People who offer these products are
  EITHER representatives of one [firm] [group]
  OR independent advisers.

  - **The person who gave you this guide is an independent adviser.**

Your adviser

- Your adviser, unlike a representative, can advise you on more than one brand of products. He will act on your behalf and he or his firm is responsible for the advice he gives you [for appointed representative explain that ABC company is responsible for the advice.]

Your adviser's duties to you

- Your adviser who is bound by the rules of SIB - designed for your protection - will:

  - ask you about your personal and financial circumstances in order to judge which products are suitable for you and

  - if there is a product that is suitable for you, explain the main points which you need to consider.

Who pays?

- Unless you come to some other arrangement with him, your adviser (or the company he works for) will normally receive commission by the company whose product you buy. Commission forms only part of the company's expenses.

- If you ask your adviser he will give you details of the commission. In any case, details of the amount of commission will be sent to you later from the company whose product you buy.

Further information

- If you would like any more information, or if anything is unclear to you, please ask your adviser.

  [Option for firm to include reference to non-polarised products.]

* SIB is the authority that regulates the UK investment industry. SIB, Gavrelle House, 2-14 Bunhill Row, London EC1Y 8RA. Tel: 071-638 1240

XYZ Co.

CLIENT'S GUIDE

This guide tells you what you should keep in mind when someone is giving you advice on life assurance, personal pensions or unit trust products. Issuing this guide is a requirement of SIB* (the Securities and Investments Board).

Do you know what sort of advice you are getting?

- People who offer these products are
  EITHER representatives of one [firm] [group]
  OR independent advisers.

  - **The person who gave you this guide is a representative of [XYZ company].**

Our representative

- Our representative, unlike an independent adviser, will advise you on only one brand of life assurance, pension and unit trust - the XYZ brand. XYZ company accepts responsibility for the advice our representative gives you about these products.

Our representative's duties to you

- Our representative who is bound by the rules of SIB - designed for your protection - will:

  - ask you about your personal and financial circumstances, in order to judge which products are suitable for you and

  - if there is a product that is suitable for you, explain the main points which you need to consider.

Who pays the representative?

- Our representative (or his firm) will be paid by us out of the total expenses of any product you may buy.

Further information

- If you would like any more information, or if anything is unclear to you, please ask our representative.

  [Option for firm to include reference to non-polarised products.]

* SIB is the authority that regulates the UK investment industry. SIB, Gavrelle House, 2-14 Bunhill Row, London EC1Y 8RA. *Tel:* 071-638 1240

Allianz Lebensversicherungs-AG

Allianz

Anlage 11

Vorschlag für eine Lebensversicherung

Persönliche Daten:

Name:	Wolfgang Scholl
Geburtsdatum:	25.09.1963

Versicherungsvorschlag:

Lebensversicherung mit Kapitalzahlung im Todes- und Erlebensfall

Tarif:	L2M
Versicherungsbeginn:	01.01.1994
Eintrittsalter:	30 Jahre
Versicherungsdauer:	15 Jahre
Versicherungssumme:	35039.00 DM
Ablaufleistung *):	51719.00 DM
Beitrag 1/12 jährlich:	180.00 DM

*) Die Gewinnbeteiligung kann nicht garantiert werden.
Bitte beachten Sie hierzu die beigefügten Hinweise!
(Gewinnsystem für die Stammversicherung Bonus)

Der angegebene Beitrag gilt bei normaler Aufnahme.

Hannover, den 17.12.1993
Versicherungstechnische Abteilung
H21VDE

ieb/M 44 1500.6.93 EDV L 124

Allianz Lebensversicherungs-AG

Allianz

Jahr	Rückkaufswerte am Ende des Versicherungsjahres aus Versich.	aus Gewinn	insgesamt
1	599.30	.00	599.30
2	2428.30	46.00	2474.30
3	4324.80	173.00	4497.80
4	6304.40	390.00	6694.40
5	8365.60	745.50	9111.10
6	10508.90	1233.30	11742.20
7	12736.30	1869.60	14605.90
8	15052.90	2672.10	17725.00
9	17461.60	3659.60	21121.20
10	19966.90	4853.80	24820.70
11	22573.70	6276.70	28850.40
12	25287.40	7954.50	33241.90
13	28113.30	9914.70	38028.00
14	31058.00	14066.60	45124.60
15	35039.00	16680.60	51719.60

Allianz Lebensversicherungs-AG

Allianz

Hinweise zur Gewinnbeteiligung

Die angegebenen Leistungen aus der Überschußbeteiligung können nicht garantiert werden. Sie gelten nur dann, wenn die für 1994 festgesetzten Überschußanteile während der gesamten Versicherungsdauer unverändert bleiben. Die Gutschriften aus der Überschußbeteiligung sind in den ersten Jahren deutlich geringer als in den letzten Jahren der Vertragslaufzeit. Weitere Informationen, insbesondere auch über den Verlauf der künftigen Überschußbeteiligung im Todes- und Rückkaufsfall, enthalten unsere Beispielrechnungen, die bei uns angefordert werden können.

Beitragszahlung

Der Beitrag ist zu zahlen bis zum Ende des Monats in dem der Versicherte stirbt, längstens bis zum Ablauf der Versicherungsdauer.

Erläuterungen zur Dynamischen Unfallversicherung

Zahlungsweise

Monatliche Beitragszahlung setzt voraus, daß die Beiträge aufgrund einer der Gesellschaft erteilten Einzugsermächtigung abgebucht werden können. Ist dies aus Gründen, die der Versicherer nicht zu vertreten hat, nicht möglich, so ist eine andere Zahlungsweise zu vereinbaren.

Dazu multiplizieren Sie den um 0,50 DM verminderten Monatsbeitrag bei vierteljährlicher ZW mit 2,97, bei halbjährlicher mit 5,83 und bei jährlicher mit 11.32; dazu 0.50 DM.

Beiträge, Nebengebühren, Teilzahlungszuschläge

Die Beiträge sind Endbeiträge und jeweils am Ersten des Monats fällig, in dem die Versicherungsperiode beginnt. Enthalten sind Versicherungsteuer (z. Z. 12 %), Kostenzuschlag sowie ggf. Teilzahlungszuschlag und Dauernachlaß.

Der Teilzahlungszuschlag beträgt

bei monatlicher Zahlungsweise	6 %
bei vierteljährlicher Zahlungsweise	5 %
bei halbjährlicher Zahlungsweise	3 %

Der Kostenzuschlag pro Beitragsfälligkeit beträgt 0,50 DM. Weitere Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben.

Gefahrengruppen

Bei gemeinsamer Versicherung von Ehepaaren bestimmen sich Beitrag und Versicherungssummen beider Partner allein nach der für den männlichen Partner maßgebenden Gefahrengruppe.

A

Männer mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst, leitend oder aufsichtführend im Betrieb oder auf Baustellen, tätig im Laden, Labor, im Gesundheitswesen (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker etc.) oder in der Schönheitspflege, auch Fotografen, Künstler, Optiker, Rechtsanwälte, Reporter, Schneider, Studenten und Uhrmacher.

B

Männer mit körperlicher oder handwerklicher Berufsarbeit oder beschäftigt mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen: Bergleute, Berufskraftfahrer und -beifahrer, Fahrlehrer, Kellner, Landwirte, Tänzer, Tierärzte, Turn- und Sportlehrer, Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit, Angehörige des Bundesgrenzschutzes und im Außendienst tätige Angehörige der Polizei, der Feuerwehr, der Post, Forst-, Steuer- und Zollverwaltung.

Bei männlichen Versicherten sind Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung unverzüglich anzuzeigen.

Familien-Vorsorge-Versicherung

Heiratet die versicherte Person vor Vollendung des 50. Lebensjahres, so ist der hinzukommende Ehegatte drei Monate lang mit den für die Familien-Vorsorge-Versicherung angegebenen Summen versichert. Den gleichen Versicherungsschutz haben hinzukommende leibliche Kinder der versicherten Person. Die Versicherung verlängert sich um weitere drei Monate, wenn der Versicherungsnehmer Heirat oder Geburt anzeigt.

Erhöhte Invaliditätsleistung

Wir zahlen eine vierfache Invaliditätsleistung für Invaliditätsgrade
ab 70 % bei Unfällen vor Vollendung des 25. Lebensjahres,
ab 80 % bei Unfällen vor Vollendung des 50. Lebensjahres,
ab 90 % bei Unfällen vor Vollendung des 65. Lebensjahres.
Die zusätzliche Leistung ist auf 1.500.000 DM begrenzt. Der Höchstbetrag gilt für alle gleichartigen Unfallversicherungen, die für den Versicherten bei den Allianz Gesellschaften bestehen.

Invaliditätssumme/Rente

Hat der Versicherte am Unfalltag das 65. Lebensjahr vollendet, so wird die Invaliditätsleistung als Rente gemäß § 14 Allianz-AUB 93 erbracht.

Beitragsgrundlage für gemeinsame Versicherung von Ehepartnern

Die angegebenen Beiträge gelten nur so lange, wie die gemeinsame Versicherung von Mann und Frau möglich ist; andernfalls wird die Versicherung nach den jeweils gültigen Einzeltarifen fortgeführt.

Fortführung des Vertrages nach dem 75. Lebensjahr

Über das 75. Lebensjahr des Versicherten hinaus kann die Versicherung in der Regel zu den vereinbarten Bedingungen und Beiträgen nicht fortgeführt werden.

Erläuterungen zur Lebensversicherung

Erläuterung der Tarifsymbole:

L2M, L2F: Lebensversicherung mit Kapitalzahlung im Todes- und Erlebensfall für Männer bzw. Frauen.

L2MA_, L2FA_: Wie L2M bzw. L2F, jedoch mit abnehmendem zusätzlichem Todesfallschutz, z.B. bei L2MA45 in Höhe von 45% der Versicherungssumme bei Beginn.

L6M, L6F: Wie L2M bzw. L2F, jedoch mit zwei Zahlungsterminen im Erlebensfall (ohne Zuwachs).

L6QM, L6QF: Wie L2M bzw. L2F, jedoch mit vier Zahlungsterminen im Erlebensfall und entsprechend fallender Todesfalleistung (ohne Zuwachs).

L2P: Lebensversicherung mit Kapitalzahlung im Todes- und Erlebensfall für zwei Partner, Fälligkeit der Versicherungssumme beim Tod der zuerst sterbenden Person, spätestens beim Ablauf.

L3M, L3F: Ausbildungsversicherung für Kinder.

L4M, L4F: Aussteuerversicherung für Kinder.

L8M, L8F: Lebensversicherung mit Kapitalzahlung zu einem festen Auszahlungszeitpunkt für Männer bzw. Frauen.

L_B: Mit Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit.

L_BR_: Mit Beitragsbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit, z.B. bei L2MBR12 in Höhe von jährlich 12% der Versicherungssumme.

L2_BPS: Wie L2M bzw. L2F mit Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit und lebenslange Pflegerente bei Pflegebedürftigkeit.

L2_BRPS: Wie L2M bzw. L2F mit Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente bei Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit und lebenslange Pflegerente bei Pflegebedürftigkeit.

L_Z: Lebensversicherung mit Kapitalzahlung und mit dynamischem Zuwachs von Leistung und Beitrag (Zuwachsversicherung). Bedingungsgemäß erhöht sich der Beitrag jährlich im selben Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten, mindestens jedoch um 4% des Vorjahresbeitrags. Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen.

L2MZA_, L2FZA_: Wie L2MA_ bzw. L2FA_, jedoch mit Zuwachs (siehe L_Z). Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistung aus der Hauptversicherung, der zusätzliche Todesfallschutz wird durch den Zuwachs nicht berührt.

L2MZA_BC, L2FZA_BC: Wie L2. ZA_BR, jedoch ohne Zuwachserhöhung der Berufsunfähigkeitsrente. Nach Einstellung des Zuwachses beträgt die jährliche Rente bei Berufsunfähigkeit höchstens 24% der erreichten Versicherungssumme.

L0M, L0F: Lebensversicherung mit Kapitalzahlung im Todesfall für Männer bzw. Frauen (ohne Zuwachs).

LS_, LG_: Tarife im Rahmen von Sammelvers.-Verträgen.

Abruftarif: Tarif L2_ mit in den letzten Jahren der Versicherungsdauer (= Abrufphase) steigender Versicherungssumme. Während der Abrufphase ist die erreichte Versicherungsleistung zu jedem Jahrestag abrufbar.

SJL: Allianz Sicherheitsplan für junge Leute (im Alter von 15 bis 25 Jahren): Tarif L2MZBR24, L2FZBR24, bis zum erreichten Alter 30 Umstellungsmöglichkeit auf Tarif L2MZB bzw. L2FZB bei gleichzeitiger Summenerhöhung. Umstellung erfolgt beim Alter 30 automatisch, sofern der Versicherungsnehmer nichts anderes gewünscht hat.

Allianz Aufbauplan: Tarif L0L2MZBR, L0L2FZBR, Lebensversicherung mit Kapitalzahlung im Todes- und Erlebensfall mit in der Anfangsphase reduzierten Beiträgen, mit Beitragsbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit sowie mit dynamischem Zuwachs von Leistung und Beitrag. Im Anschluß an die Anfangsphase erhöht sich der Beitrag.

Maßgebende Bedingungen:

Für alle Versicherungen nach den oben aufgeführten Tarifen – mit Ausnahme des Tarifes L0M, L0F – gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Lebensversicherung mit Kapitalzahlung (Druckstück E 1). Zusätzlich gelten für Versicherungen nach den Tarifen L3M, L3F und L4M, L4F Besondere Bedingungen (Druckstück E 4) und nach den Tarifen L6M, L6F und L8M, L8F Besondere Bedingungen (Druckstück E 4a).

Für Versicherungen nach Tarif L0M, L0F gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Lebensversicherung mit Kapitalzahlung im Todesfall (Druckstück E 7).

Zusätzlich gelten:

Bei Versicherungen mit Zuwachs die Besonderen Bedingungen für Versicherungen mit dynamischem Zuwachs von Leistung und Beitrag (Druckstück E 617).

Bei Versicherungen mit Zuwachs und mit zusätzlichem Todesfallschutz gelten darüber hinaus die Besonderen Bedingungen für den zusätzlichen Todesfallschutz (Druckstück E 617a).

Bei Einschluß des zusätzlichen Todesfallschutzes die Besonderen Bedingungen für den zusätzlichen Todesfallschutz (Druckstück E 627).

Bei Einschluß der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Druckstück E 5).

Bei Einschluß der Pflegerenten-Zusatzversicherung die Besonderen Bedingungen für die Pflegerenten-Zusatzversicherung (Druckstück E 10).

Bei Einschluß der Unfall-Zusatzversicherung die Besonderen Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung (Druckstück E 3).

Für den Allianz Sicherheitsplan für junge Leute die entsprechenden Vereinbarungen (Druckstück E 620).

ÜBERSCHUSSVERTEILUNGSPLAN

Auszug aus dem Geschäftsbericht 1988 der Westfälischen Provinzial-Versicherungen

Im Geschäftsjahr 1990 werden die nachstehend aufgeführten Überschußanteile gewährt.

Bei Veränderungen gegenüber der Vorjahresdeklaration sind die Vorjahressätze in ( ) angegeben.

Für die kapitalbildenden Versicherungen, die unter I. A., I. D. und II. aufgeführt sind, erfolgt eine Direktgutschrift von Überschußanteilen als unmittelbare Beteiligung am Überschuß des Geschäftsjahres. Diese Direktgutschrift, die auf die laufenden Überschußanteile angerechnet und in gleicher Weise wie diese verwendet wird, beträgt 2% des maßgebenden Versicherungsnehmerguthabens, wenn dem Tarif ein Rechnungszins von 3% zugrunde liegt; sie beläuft sich auf 1.5% des maßgebenden Guthabens, wenn der Tarif mit einem Rechnungszins von 3.5% kalkuliert wurde. Der über die Direktgutschrift hinausgehende Teil der nachstehend erklärten Gesamtüberschußbeteiligung wird der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Sofern laufende Überschußanteile verzinslich angesammelt werden, wird neben dem garantierten Zins von 3% ein Ansammlungsüberschußanteil in Höhe von 4.5 (4.35) % erklärt, so daß das Ansammlungsguthaben insgesamt mit 7.5 (7.35) % verzinst wird.

I. Beitragspflichtige kapitalbildende Versicherungen

A. Großleben-Einzelversicherungen und Firmen-Gruppenversicherungen

2. Schlußüberschußanteile

Am Schluß eines jeden Versicherungsjahres wird eine Anwartschaft auf Schlußüberschußanteile gebildet bzw. eine bereits bestehende Anwartschaft erhöht. Die Schlußüberschußanteile werden fällig bei Tod, Heirat (Tarif 5T) oder Ablauf, bei Teilablauf entsprechend der Teilablaufsumme.

Bei Rückkauf wird ein Barwert der bis dahin erreichten Anwartschaft gezahlt, sofern zum Zeitpunkt der Kündigung
- ein Drittel der vereinbarten Beitragszahlungsdauer abgelaufen ist oder
- die Versicherung mindestens 10 Jahre bestanden hat.

Der Schlußüberschußanteil beträgt für das in 1990 endende Versicherungsjahr 6‰ der Erlebensfallsumme. Darüber hinaus besteht Anwartschaft auf die Schlußüberschußanteile, die durch Zusagen in vorhergehenden Jahren begründet wurde.

3. Mindestüberschußbeteiligung im Todesfall

Bei Tod wird unter Einbeziehung des erreichten Gesamtbonus und der fälligen Schlußüberschußanteile ein Überschußanteil von mindestens 10% der Versicherungssumme gezahlt. Die Mindestüberschußbeteiligung entfällt, wenn Bardividende vereinbart ist.

b) Tarifwerke ab 1968

1. Laufende Überschußanteile

Am Ende eines jeden Versicherungsjahres, jedoch erstmals zum Ende des 2. Versicherungsjahres, wird ein Überschußanteil ausgeschüttet, der sich entsprechend seiner Entstehung zusammensetzt aus

- Zinsüberschußanteil (in % vom überschußberechtigten Deckungskapital)
- Risikoüberschußanteil (in % des rechnungsmäßigen Beitrages für das Todesfallrisiko)
- sonstigem Überschußanteil (in ‰ der Versicherungssumme).

Entsprechend der vereinbarten Überschußverwendung wird dieser jährliche Überschußanteil entweder mit dem Beitrag des folgenden Versicherungsjahres verrechnet (Bardividende) oder – unter Berücksichtigung der Mindestüberschußbeteiligung (siehe 3.) – zur Erhöhung der Versicherungsleistung bei Tod und Ablauf verwendet (Bonus). Die Bonussumme selbst ist in gleicher Weise wie beitragsfreie Versicherungen überschußberechtigt und rückkaufsfähig.

1.2 Tarifwerk 87

Für das in 1990 endende Versicherungsjahr werden die folgenden Überschußanteilsätze festgesetzt:

	Einzelkapitalversicherungen	Vermögensbildungsversicherungen	Sammelversicherungen und Gruppenkapitalversicherungen nach Einzeltarifen	Gruppenkapitalversicherungen versicherungen nach Sondertarifen
– Zinsüberschußanteil	4.25% (4.1%)	4.25% (4.1%)	4.25% (4.1%)	4.25% (4.1%)
– Risikoüberschußanteil*)	40.0%	25.0%	40.0%	40.0%
– sonstiger Überschußanteil				
a) beitragspflichtige Versicherungen	1.50‰ (1.0‰)	0.70‰	0.75‰ (0.5‰)	0.50‰
b) beitragsfreie Versicherungen und Bonus	0.75‰ (0.5‰)	0.50‰	0.50‰ (0.25‰)	0.25‰

*) Der Risikoüberschußanteil ist auf 6‰ der unter Risiko stehenden Summe begrenzt.

AXA EQUITY & LAW

Afdeling	: Regio Serviceteam	
Behandeld door	: J. Bloeming	
Offertenummer	: 151193411/0	Volgnummer : 01
Datum	: 15 november 1993	
Blad	: 01	

Cijfermatig voorstel aan :

Gegevens

Leeftijd van de verzekerde (mnl)	:	30 jaar
Verzekeringsvorm (tariefcode 504)	:	Bij leven met restitutie
Berekeningsdatum	:	28-11-1993
Einddatum van de verzekering	:	28-11-2008

Premie

Maandpremie	: f.	180,00

Investering

Maandinvestering tot 28-11-1998	: f.	104,00
daarna per maand	: f.	170,00

Voor de investering worden eenheden toegewezen van de fondsen naar uw keuze. Voor de diverse mogelijkheden hiertoe verwijzen wij u naar het bijgevoegde V.G.F. Bulletin.

Verwachte uitkering op de einddatum

Uitkering bij leven op prognosebasis 6,00 %	: f.	39.190,00
Uitkering bij leven op prognosebasis 10,00 %	: f.	52.945,00

Uitkering bij overlijden

De uitkering bij overlijden is gelijk aan de guldenswaarde van de aangekochte eenheden op het moment van overlijden, echter minimaal de betaalde premies.

Medische waarborgen

Voor deze verzekering zijn geen medische waarborgen vereist.

Bij dit cijfermatig voorstel hoort de brochure "Alles over het Verzekerd Groei-fonds van AXA Equity & Law" en het V.G.F. Bulletin.

AXA Equity & Law Levensverzekeringen N.V.

Reglement Verzekerd Groei-fondsen V.G.F.7

Omschrijvingen

Artikel 1

a Verzekerd Groei-fonds:
Een Verzekerd Groei-fonds is een als zodanig afgezonderd deel van de beleggingen van AXA Equity & Law Levensverzekeringen N.V.
Op basis van het betreffende Verzekerd Groei-fonds zullen de verzekerde uitkeringen worden berekend.
Het beheer van de in een Verzekerd Groei-fonds opgenomen belegging geschiedt door AXA Equity & Law.

b de eenheid:
De eenheid is de rekeneenheid waarin de deelneming in een Verzekerd Groei-fonds wordt uitgedrukt.

c de investering:
De investering is het, niet voor dekking van meeverzekerde risico's en kosten bestemde deel van de premie.
Bij verzekeringen tegen premiebetaling wordt het verschuldigde voor meeverzekerde risico's en kosten, nagenoeg geheel, verrekend in het eerste eenderde deel van de looptijd.

d de verkoopprijs:
De verkoopprijs is de prijs waartegen AXA Equity & Law eenheden aan verzekeringen toewijst.

e de aankoopprijs:
De aankoopprijs is de prijs waartegen AXA Equity & Law aan verzekeringen toegewezen eenheden terugneemt en waartegen de hoogte van de uitkeringen wordt bepaald. Zowel verkoopprijs als aankoopprijs zullen ten minste wekelijks worden bepaald.

f de waarde van een eenheid:
De waarde van een eenheid is de waarde die wordt verkregen door de waarde van het Verzekerd Groei-fonds zoals berekend in het bij deze polis behorend aanhangsel te delen door het op de dag van waardebepaling gecreëerde aantal eenheden.

Beleggingsopbrengsten

Artikel 2

Alle beleggingsopbrengsten komen na aftrek van kosten en belastingen ten gunste van het betreffende Verzekerd Groei-fonds.

Kosten

Artikel 3

Alle kosten gemaakt ten behoeve van een Verzekerd Groei-fonds, waaronder begrepen kosten verband houdend met aan- en verkoop van beleggingen, door een Verzekerd Groei-fonds verschuldigde interest en ten laste van een Verzekerd Groei-fonds geheven belastingen, worden op de waarde van het betreffende Verzekerd Groei-fonds in mindering gebracht.

Basisverkoopprijs en verkoopprijs

Artikel 4

De basisverkoopprijs per eenheid is gelijk aan de waarde van een eenheid verhoogd met een opslag voor kosten die direct verband houden met het aantrekken van beleggingen.
De verkoopprijs per eenheid zal ten hoogste gelijk zijn aan een bedrag ter grootte van de basisverkoopprijs vermenigvuldigd met honderd en gedeeld door zevenennegentig, een en ander vastgesteld met een afwijking van niet meer dan één procent naar boven.

Basisaankoopprijs en aankoopprijs

Artikel 5

De basisaankoopprijs per eenheid is gelijk aan de waarde van een eenheid verminderd met een aftrek voor kosten die direct verband houden met het afstoten van beleggingen.
De aankoopprijs per eenheid zal minimaal gelijk zijn aan een bedrag ter grootte van de basisaankoopprijs, een en ander vastgesteld met een afwijking van niet meer dan één procent naar beneden.

Toewijzing van eenheden

Artikel 6

Voor zowel een koopsom als de eerste premie worden eenheden toegewezen in het door de verzekeringnemer gekozen Verzekerd Groei-fonds of de door de verzekeringnemer gekozen Verzekerd Groei-fondsen op de datum van ontvangst door AXA Equity & Law van die koopsom of premie, met inachtneming van het bepaalde in het Aanhangsel Verzekerd Groei-fondsen, doch niet eerder dan nadat de keuze van het Verzekerd Groei-fonds of de

Verzekerd Groei-fondsen en de door de verzekeringnemer gewenste verhouding waarin eenheden van deze Verzekerd Groei-fondsen aan de verzekering moeten worden toegewezen aan AXA Equity & Law schriftelijk is meegedeeld.
Op de achtste dag van iedere maand worden eenheden toegewezen voor sinds de vorige datum van toewijzing ontvangen investeringen.
De datum van toewijzing kan niet liggen vóór de datum waarop de (volg)premie ingevolge de polisvoorwaarden is verschuldigd geworden.
Ten hoogste tweemaal per polisjaar heeft de verzekeringnemer het recht aan te geven, met inachtneming van het bepaalde in het Aanhangsel Verzekerd Groei-fondsen, in welk(e) Verzekerd Groei-fonds(en) - en in welke verhouding - de investeringen, die in de te betalen premies zijn begrepen, zullen worden toegewezen en wel met ingang van een door hem aan te geven premievervaldag. De aanwijzing hiervoor dient uiterlijk op de vijftiende van de maand waarin de desbetreffende premievervaldag valt, in het bezit van AXA Equity & Law te zijn.
Het aantal eenheden in een bepaald Verzekerd Groei-fonds dat op de datum van toewijzing aan individuele verzekeringen wordt toegewezen, wordt bepaald door het deel van de investering dat bestemd is voor toewijzing van eenheden in dat Verzekerd Groei-fonds te delen door de laatst berekende verkoopprijs per eenheid van het desbetreffende Verzekerd Groei-fonds per die datum.
Dit aantal wordt afgerond op twee decimalen.
Ten minste éénmaal per jaar wordt aan de verzekeringnemer het aantal van de aan zijn verzekering toegewezen eenheden per Verzekerd Groei-fonds opgegeven.

Verandering van Verzekerd Groei-fonds

Artikel 7

De verzekeringnemer heeft het recht gedurende de looptijd van de verzekering alle aan de verzekering toegewezen eenheden te vervangen door eenheden in één of meer andere Verzekerd Groei-fondsen, indien het bepaalde in het Aanhangsel Verzekerd Groei-fondsen dit toestaat.
Bij vervanging van een gedeelte van de aan de verzekering toegewezen eenheden in eenheden in een ander Verzekerd Groei-fonds of in andere Verzekerd Groei-fondsen dient evenwel de waarde van de te vervangen eenheden ten minste *f* 1.000,- te bedragen.
De datum waarop de verandering dient plaats te vinden, wordt door de verzekeringnemer zelf bepaald, met dien verstande dat deze datum nimmer eerder zal zijn dan twee werkdagen na de datum waarop AXA Equity & Law het verzoek om vervanging schriftelijk heeft bereikt.
De waarde van de te vervangen eenheden wordt op basis van de op de datum van verandering geldende verkoopprijs bepaald, met inachtneming van het bepaalde in het Aanhangsel Verzekerd Groei-fondsen.
Het gevonden bedrag wordt verminderd met de aan de vervanging verbonden kosten die worden berekend zoals hierna omschreven.
Indien de waarde van de te vervangen eenheden minder dan *f* 50.000,- bedraagt, bedragen de kosten 1,25% van deze waarde met een minimum van *f* 200,-.
Indien de waarde van de te vervangen eenheden *f* 50.000,- of meer bedraagt, bedragen de kosten *f* 500,- vermeerderd met 0,25% van de totale waarde van de te vervangen eenheden.
In geen geval zullen de in rekening te brengen kosten meer bedragen dan het verschil tussen de waarde van de te vervangen eenheden berekend tegen de verkoopprijs en die berekend tegen de aankoopprijs.
Het resterende bedrag wordt beschouwd als de nieuwe investering die op de hiervoor bedoelde datum van verandering volledig wordt omgezet in eenheden van het door de verzekeringnemer gekozen andere Verzekerd Groei-fonds of de door de verzekeringnemer gekozen andere Verzekerd Groei-fondsen tegen de dan voor die eenheden geldende verkoopprijs.
Wanneer wijzigingen in de hoogte van de kosten of marktomstandigheden haar hiertoe aanleiding geven, is AXA Equity & Law gerechtigd de in dit artikel omschreven berekening van de kosten te wijzigen.
Zij zal in dit geval de verzekeringnemer onverwijld schriftelijk op de hoogte brengen van deze wijziging.
Van het in dit artikel bedoelde recht kan de verzekeringnemer eenmalig gebruik maken zonder dat AXA Equity & Law kosten in rekening brengt:

a gedurende de laatste vijf jaren van de oorspronkelijk overeengekomen looptijd van de verzekering, dan wel;
b gedurende de periode waarmee de oorspronkelijke looptijd van de verzekering is verlengd overeenkomstig de bij de polis behorende Verlengingsclausule.

Vermeerdering van het aantal eenheden

Artikel 8

Door toevoeging van investeringen kan het aantal eenheden toenemen. Indien een toename van het aantal eenheden plaatsvindt, zal AXA Equity & Law een bedrag aan het Verzekerd Groei-fonds toevoegen dat gelijk is aan het aantal nieuw gecreëerde eenheden vermenigvuldigd met de dan geldende basisverkoopprijs.

Vermindering van het aantal eenheden

Artikel 9

Naar gelang er middelen aan een Verzekerd Groei-fonds worden onttrokken voor onder meer uitkeringen krachtens overeenkomsten van levensverzekering op basis van dat Verzekerd Groei-fonds, kan AXA Equity & Law het aantal eenheden zodanig verminderen als overeenkomt met het totale bedrag van de onttrekking gedeeld door de basisaankoopprijs van de eenheden ten tijde van de onttrekking.

Wijziging van belastingen en andere wetgeving

Artikel 10

Indien door wijzigingen van belasting- en/of andere wetgeving AXA Equity & Law dit reglement moet wijzigen, zal AXA Equity & Law alle vereiste wijzigingen in de bepalingen van dit reglement aanbrengen en deze wijzigingen aan de verzekeringnemer van deze polis mededelen.

Onvoorziene omstandigheden

Artikel 11

In alle gevallen waarin door dit reglement niet is voorzien, zal AXA Equity & Law naar redelijkheid handelen. Ingeval van geschil beslist de arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage.

NATIO-VIE

PLAN CROISSANCE LIBERTÉ

GROUPE BNP

Anlage 19

CONDITIONS PARTICULIÈRES

[redacted]

Les cotisations investies en 1993 bénéficient d'un taux de rendement minimum garanti (*).

Ce taux est fixé à 6 % pour l'exercice 1993 et à 120 % du taux du CODEVI pour les sept années suivantes jusqu'au terme du contrat (soit 5,40 % sur la base du taux du CODEVI au 1/9/1993).

[redacted]

L'adhérent peut, à tout moment, demander le rachat de son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception, adressée à son agence BNP (voir article 6).

	Valeur minimum de rachat (en F) après :							
	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans
Cotisation libre initiale de 4.211 F (1)	4.240	4.468	4.710	4.964	5.232	5.515	5.813	6.127

(1) Pour une cotisation investie en 1993, sur la base de la double garantie exprimée aux conditions particulières :
- 6 % en 1993 ;
- 120 % du taux du CODEVI jusqu'au terme (soit 5,40 % sur la base du dernier taux connu au 1-9-1993).

* Conditions valables à compter du 1/09/1993 et modifiables à tout moment sans préavis.

NATIO-VIE

PLAN CROISSANCE LIBERTÉ

GROUPE BNP

Anlage 20

Nous avons conçu NATIO-VIE PLAN CROISSANCE LIBERTÉ pour vous permettre de vous constituer progressivement une épargne tout en bénéficiant de réductions d'impôt et sans perdre la disponibilité de votre argent.

NATIO-VIE PLAN CROISSANCE LIBERTÉ est un contrat d'assurance-vie. Il vous suffit pour en bénéficier de verser au moins 351 F par mois (ou 4.211 F sur une année). Vous pouvez bien entendu verser davantage. Vous avez la possibilité de suspendre quand vous le souhaitez vos versements ou encore d'en modifier le montant.

Votre capital est investi pour l'essentiel en obligations.

NATIO-VIE vous garantit pour vos versements intervenus en 1993 un taux minimum de 6 % en 1993 et de 120 % du taux du CODEVI pour les années suivantes jusqu'au terme de votre contrat (8 ans), soit 5,40 % sur la base du taux du CODEVI au 1/9/1993.

En épargnant 351 F par mois, vous pouvez réduire votre impôt sur le revenu de 1.000 F. En renouvelant cet investissement chaque année, vous profitez tous les ans de cette réduction d'impôt.

A cet égard, le versement automatique vous évite tout risque d'oubli.

Et vous profitez également de tous les autres avantages de l'assurance-vie* : exonération d'impôt sur le revenu des plus-values et des intérêts au terme du contrat, exonération partielle ou totale des droits de succession.

Votre capital reste disponible en cas de besoin :

- vous pouvez, sur simple demande, bénéficier d'une avance jusqu'à 80 % du capital valorisé des intérêts en cours (à hauteur de 2.000 F minimum). Il vous suffit ensuite de rembourser cette avance, en une ou plusieurs fois, avant le terme de votre contrat ;
- vous pouvez aussi, à tout moment, demander le rachat partiel ou intégral de votre contrat.

Au terme de votre contrat, vous pouvez au choix :
- recevoir votre capital valorisé des intérêts produits, en une ou plusieurs fois,
- recevoir ce même capital sous forme de rente viagère,
- proroger votre contrat par tacite reconduction annuelle.

* En l'état actuel de la législation fiscale.

NATIO-VIE
PLAN CROISSANCE LIBERTÉ

Anlage 21

Contrat collectif d'assurance sur la vie
Dispositions générales valant note d'information

1. OBJET

PLAN CROISSANCE LIBERTÉ est un contrat collectif d'assurance sur la vie, souscrit par la Banque Nationale de Paris auprès de NATIO-VIE et régi par le Code des Assurances.

La qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques, titulaires d'un compte ouvert sur les livres de la Banque Nationale de Paris ou de ses filiales.

2. ADHÉSION - DATE D'EFFET - DURÉE RENONCIATION

Demande d'adhésion

Pour adhérer, l'intéressé remplit une Demande d'Adhésion, où il désigne les bénéficiaires des capitaux à verser en cas de vie au terme ou en cas de décès.

Date d'effet

L'Adhésion prend effet le lendemain de la date de signature de la Demande d'Adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation prévue et à condition que l'Adhérent soit alors en vie.

Durée

L'Adhésion a une durée de huit ans. Elle peut ensuite être prorogée par tacite reconduction annuelle.

Renonciation

L'Adhérent peut renoncer à son Adhésion dans les trente jours suivant la date d'encaissement de la première cotisation. Il doit pour cela le notifier à son agence BNP par lettre recommandée avec avis de réception :

« Je soussigné(e) (M., Mme, Mlle, Nom, Prénom, Adresse) déclare renoncer à mon Adhésion à NATIO-VIE PLAN CROISSANCE LIBERTÉ du (date de signature).
Le (date) Signature : »

NATIO-VIE remboursera l'Adhérent de l'intégralité des cotisations qu'il aura versées, dans un délai de trente jours à réception de la lettre de renonciation.

3. CONSTITUTION DU CAPITAL

L'Adhérent constitue son capital par des cotisations périodiques ou libres, augmentées le cas échéant d'une cotisation libre initiale, prélevées sur son compte de chèques.

Participation aux bénéfices

A la fin de chaque exercice, NATIO-VIE détermine les bénéfices de la gestion du contrat et en répartit au moins 90 % à l'ensemble des Adhérents. Les participations acquises aux Adhésions sont affectées avant le 31 mars. Elles sont alors capitalisées comme les cotisations.

Capital acquis

Il est égal à la somme des cotisations investies et des participations aux bénéfices, après retenue des éventuels impôts ou taxes à la charge de l'Adhérent, et des frais de gestion.

Taux minimum garanti

Les cotisations investies bénéficient d'un taux de rendement minimum garanti indiqué dans les conditions particulières.

4. DISPONIBILITÉ

L'Adhérent peut, à tout moment, demander une avance sur son adhésion, remboursable au plus tard à la fin de celle-ci, par imputation sur le capital à régler.

Les conditions des avances sont exposées au verso de la Demande d'Adhésion.

5. MODALITÉS DE RÈGLEMENT DU CAPITAL ACQUIS

Au terme du contrat, NATIO-VIE versera le capital acquis au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), dans un délai de trente jours à compter de la remise des pièces nécessaires au règlement. La production de ces pièces incombe au(x) bénéficiaire(s).

Si le bénéficiaire le désire, il peut opter pour le versement de ce capital sous forme de rente viagère.

6. RACHAT ET DÉCÈS

L'Adhérent peut, à tout moment, demander le rachat total ou partiel de son Adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à son agence BNP. La valeur de rachat est égale au capital acquis au jour de réception de la lettre recommandée.

En cas de décès de l'Adhérent, NATIO-VIE verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) le capital acquis au jour du décès.

Dans ces deux cas, le capital est réglé par NATIO-VIE dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de l'ensemble des pièces nécessaires au règlement (cf. verso de la Demande d'Adhésion).

La production des pièces nécessaires au règlement incombe à l'Adhérent en cas de rachat, et au(x) bénéficiaire(s) de l'assurance en cas de décès.

7. FRAIS

Les cotisations comprennent les frais d'adhésion fixés à 5 %. Les frais de gestion annuels sont fixés à 0,7 % du capital acquis (en fin d'exercice ou lors du règlement).

8. DATE D'EFFET - DURÉE RENOUVELLEMENT DU CONTRAT COLLECTIF

Le contrat entre la Banque Nationale de Paris et NATIO-VIE prend effet le 1er mars 1993. Il s'appliquera également aux Adhésions au contrat NATIO-VIE 4001 pour les dispositions plus favorables qu'il comprend, les Adhésions NATIO-VIE 4001 conservant par ailleurs leurs garanties initiales.

Il est souscrit pour une période prenant fin le 31 décembre de la même année et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée adressée au co-contractant au moins trois mois avant la date de renouvellement.

En cas de résiliation du présent contrat, quelle qu'en soit la cause, NATIO-VIE poursuivrait l'exécution du contrat, selon les présentes dispositions pour toutes les adhésions en cours à la date de résiliation du contrat collectif.

9. PRESCRIPTION

Toute action dérivant d'une Adhésion est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui lui a donné naissance. Cette durée est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire de l'assurance est différent de l'Adhérent. La prescription peut être interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à NATIO-VIE, en ce qui concerne le règlement des prestations.

AS0011 - Juillet 1993

CONDITIONS PROPRES A CHAQUE DIVISION

DIVISION A
INCENDIE ET PERILS CONNEXES

SUBDIVISION I - INCENDIE

Article 17:

Que garantissons-nous dans la subdivision Incendie?

Nous indemnisons l'assuré des **dommages matériels** qu'il subit et/ou des **dommages matériels** dont il est responsable.
Si l'assuré agit en qualité de locataire ou d'occupant, nous couvrons les dommages matériels dont il est responsable en vertu des articles 1732 à 1735 ou 1302 du Code Civil.

Article 18:

Quels périls assurons-nous?

Nous payons les dommages matériels provoqués aux biens assurés par:

1. **INCENDIE avec embrasement**

   Nous ne payons pas les dommages aux objets tombés, jetés ou déposés **dans** un foyer.

2. **EXPLOSION/IMPLOSION**

   Nous payons les dommages provoqués par l'action subite et violente de la pression ou de la dépression de gaz ou de vapeurs.

   Sont assurés également les dommages provoqués par:

   - toute explosion ou implosion sans relation directe avec le risque assuré;
   - l'explosion d'explosifs dont la présence à l'intérieur du risque assuré n'est pas inhérente à l'activité professionnelle qui s'y exerce;
   - l'implosion des tubes cathodiques d'appareils de télévision.

3. **FOUDRE**

   Nous payons les dommages occasionnés par la **chute directe** de la foudre sur les biens désignés, à condition que la chute de la foudre puisse être constatée matériellement.

   Si cette chute de la foudre est prouvée suffisamment, nous remboursons également les dommages électriques aux conduites et aux appareils, pour autant que ces dommages aient pris naissance **en même temps** que la chute de la foudre.

4. **HEURT**

   Nous payons les dommages occasionnés par le heurt:

   - de véhicules, grues, appareils de levage, appareils de navigation aérienne ou engins guidés, de leurs éléments et/ou leur chargement. Les engins précités ne peuvent être ni la propriété de l'assuré ni sous sa garde, ni davantage en possession d'un propriétaire, locataire ou occupant du bâtiment. Tous dommages, autres que les dommages d'incendie ou d'explosion, causés à tout véhicule par heurt avec un autre véhicule restent exclus. Sont exclus également de l'assurance les dommages subis par des animaux et qui résultent du heurt avec des véhicules;

   - d'objets projetés ou renversés à la suite d'un péril assuré par la présente division, le heurt y compris.

5. **ELECTROCUTION D'ANIMAUX**

6. **FUMEE OU SUIE**

   Nous payons les dommages causés par la fumée ou par la suie provenant d'un appareil de chauffage ou de cuisine relié à une cheminée à l'intérieur du bâtiment désigné. Les dommages doivent être la conséquence d'un brusque fonctionnement défectueux et anormal de cet appareil. Nous ne payons pas les dommages causés par la fumée ou par la suie expulsée par un foyer ouvert.

7. **VOL OU TENTATIVE DE VOL**

   Nous payons les dommages au bâtiment, qui est occupé de façon régulière, causés par le vol ou la tentative de vol, comme le définit la division E - Vol (articles 48, 50 et 52). Sont assurés également les dommages causés au bâtiment par des actes de vandalisme au cours du vol. Les bâtiments en construction ou en transformation ainsi que les matériaux de construction, amenés à pied d'œuvre et destinés à être incorporés au bâtiment, ne relèvent pas de cette assurance. La garantie ne couvre pas les dommages qui peuvent s'assurer dans les divisions Dégâts des Eaux et Bris de Vitrages.

Article 19:

Quels dommages assurons-nous également?

Nous payons les dommages matériels des biens assurés résultant d'un sinistre couvert, et causés par:

1. les **secours** portés de manière réfléchie et tous les **moyens d'extinction, de préservation ou de sauvetage** utilisés de manière réfléchie;

2. la **démolition** ordonnée par l'autorité afin d'arrêter l'extension des dommages;

3. l'**effondrement;**

4. la **fumée,** la **chaleur** ou les **vapeurs corrosives;**

5. le **changement de température** résultant d'un arrêt d'une installation de réfrigération;

6. des **précipitations atmosphériques** après des dommages préalablement provoqués au bâtiment par un péril assuré à l'article 18.

Article 20:

Quelles extensions de garantie assurons-nous lors d'un sinistre couvert?

I. Nous payons jusqu'à concurrence de 100% du montant total assuré (soit la somme des montants assurés pour le BATIMENT et le CONTENU)

- sans application de la règle de proportionnalité,

- dans l'ordre que vous aurez choisi,

l'ensemble des extensions de garantie mentionnées ci-après.

1. **Les frais:**

- d'**extinction** et de **sauvetage, de déblais, de démolition** et de **conservation** (gratifications exclues);

- d'**hébergement** dans un hôtel ou ailleurs, lorsque les locaux à usage privé sont devenus inutilisables.

  Nous accordons cette garantie pendant deux mois maximum; celle-ci se limite à 2% maximum du montant total assuré. Cette indemnité ne peut, pour une même période, être cumulée avec l'indemnité de chômage immobilier des locaux rendus inutilisables par le sinistre;

- de **remise en état du jardin.** Le remboursement des dommages apportés aux plantations se limite aux frais de remplacement des plantations par de jeunes pousses de la même espèce.

2. Le chômage immobilier (chômage commercial exclu) pendant la durée normale de reconstruction des locaux rendus inutilisables par le sinistre, à savoir:

- soit la **privation de jouissance** immobilière, estimée à la valeur locative de ces locaux;

- soit la **perte du loyer** majoré des charges, subie par le bailleur;

- soit la **responsabilité** contractuelle d'un assuré pour les dommages décrits ci-dessus.

3. La responsabilité pour des dommages matériels et des frais:

- du **bailleur** à l'égard des **locataires** à la suite d'un vice de construction ou d'un défaut d'entretien du bâtiment, en vertu de l'article 1721 alinéa 2 du Code Civil;

- du **propriétaire** à l'égard des **occupants.**

4. **Les frais de soins médicaux et de funérailles:**

- jusqu'à concurrence de **50.000 F** à l'indice 119,64 des prix à la consommation (décembre 1983) pour chaque victime: les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation pendant les 365 jours maximum qui suivent le sinistre si vous ou une personne vivant à votre foyer est blessé(e);

- jusqu'à concurrence de **100.000 F** à l'indice 119,64 des prix à la consommation (décembre 1983) pour chaque victime: les frais de funérailles, si vous ou une personne vivant à votre foyer décédez lors du sinistre, ou dans les 365 jours qui le suivent, des conséquences directes de celui-ci. Le paiement des frais de funérailles sera effectué entre les mains des personnes qui prouvent avoir pris ces frais à leur charge.

Ces garanties ne sont toutefois pas d'application si la police a été souscrite par ou pour compte d'associations de fait ou d'associations ayant une personnalité juridique.

Seuls les sinistres qui surviennent à l'adresse mentionnée sous «situation du risque» ou dans une «résidence de vacances» entrent en ligne de compte pour l'indemnisation.

1 COVER IN THE HOME

WHAT IS INSURED

You are insured for loss of or damage to the **Contents** by the following causes while they are in the **Buildings** or within the boundaries of the land belonging to **Your Home:**

a Fire, Explosion, Lightning, Earthquake

b Smoke

c Escape of water or oil from any fixed water or heating installation or domestic appliance

d Impact involving an aircraft, aerial device or anything falling from them, or by a vehicle, train or animal

e Falling trees or branches

f Falling aerials, satellite aerials, their fittings or masts

g Riot, Civil Commotion, Strike, Labour or Political Disturbance

h Malicious persons or vandals

i Storm or Flood

WHAT IS NOT INSURED

You are not insured for:

— The first £50 of each claim plus the **Excess** shown in the Schedule
— The "Exclusions which apply to the Whole Policy" shown on pages 25-27

— Damage to tanks, pipes or appliances
— Loss or damage occurring after **Your Home** has been **Unoccupied** for 35 consecutive days

— Damage caused by **You** or **Your Household**
— Damage occurring after **Your Home** has been **Unoccupied** for 35 consecutive days

— Loss of or damage to property in the open

WHAT IS INSURED

You are insured for loss of or damage to the **Contents** by the following causes while they are in the **Buildings** or within the boundaries of the land belonging to **Your Home:**

j Subsidence or Heave of the site beneath the **Buildings** or Landslip

k Theft or attempted theft

WHAT IS NOT INSURED

You are not insured for:

— Damage caused by bedding down of new structures
— Damage caused by river or coastal erosion
— Damage resulting from:
  — demolition or structural repairs or alterations to the **Buildings**
  — faulty workmanship, defective design or the use of defective materials

— Loss by deception, unless it is only entry that is gained by deception
— Loss or damage occurring after **Your Home** has been **Unoccupied** for 35 consecutive days
— Theft of credit, charge, cheque, debit or cash cards not reported to the Police and the issuing organisation within 24 hours of discovery

Anlage 3

EVENTS INSURED

(See corresponding Exclusions)
We cover you for loss or damage to your Buildings and Contents caused by any of the following —

1. Fire Explosion Lightning Earthquake.
2. Smoke.
3. Storm or Flood.
4. Falling Trees or Branches.
5. Falling Aerials Masts or Dishes including damage to these.
6. Aircraft or other aerial devices or anything dropped from them.
7. Collision by any road vehicle train or anything dropped from them or animal.
8. Subsidence or Heave of the site on which the Buildings stand or Landslip.
9. Escape of Water or Oil from, or the bursting of, any fixed Water or Heating Installation Washing Machine or Water Bed.
10. Stealing or attempted Stealing.
11. Riot Civil Commotion Labour Political Disturbances Strikes Vandalism or Malicious Acts.

This Section also provides insurance for —

12. **BREAKAGE OF GLASS**
Accidental breakage of fixed glass in windows, plate glass tops to and fixed glass in furniture, glass shelves mirrors and sanitary ware.

EXCLUSIONS

(Numbered to correspond to Events Insured)
The first £50 of any claim (except as shown below).

Loss or Damage —

2. By smog or any gradually operating cause or process agricultural or industrial operations.
3. By frost.
To fences and gates.
4. Due to tree felling or lopping operations.
Due to the cost of removing fallen trees or branches unless the cause of an admitted claim.
5. To aerials or masts over 8 metres in height or dishes over 1 metre diameter.
7. To Contents unless the Buildings are damaged.
8. Of the first £500 of any claim for damage to Buildings.
Due to the bedding down of any structures settlement of newly made up ground or coastal erosion.
To boundary walls fences gates footpaths driveways terraces tennis courts patios and swimming pools unless the Buildings are damaged at the same time by the same cause.
To solid floors caused by compaction of infill or the use of defective materials or faulty workmanship.
9. To the Buildings if unfurnished or unoccupied for more than 60 consecutive days.
To any fixed water or heating installation washing machine or water bed due to wear tear depreciation or deterioration.
10. If the Buildings are unfurnished or unoccupied for more than 60 consecutive days.
To money and stamps or while the Buildings are lent let or sub-let, occupied by paying guests, or part used as offices unless there is forcible entry or exit.
11. To boundary walls fences gates footpaths driveways terraces tennis courts patios and swimming pools.
If the Buildings are unfurnished or unoccupied for more than 60 consecutive days.
By vandalism or malicious acts committed by a person lawfully on the premises.
12. Hand mirrors.
When the Buildings are unfurnished.
Glass in television video audio or computer equipment.

articles

Garantie A « Incendie et Risques Annexes »

1 Événements concernés

— l'incendie,
— les explosions et implosions de toute nature,
— la chute de la foudre,
— les coups d'eau des appareils à vapeur,
— le choc ou la chute de tout ou partie d'appareils de navigation aérienne et d'engins spatiaux ou d'objets tombant de ceux-ci,
— le choc d'un véhicule terrestre contre le bâtiment et les clôtures, n'appartenant pas à l'Assuré et conduit par un Tiers,
— l'intervention des services publics de secours et de sauvetage consécutive aux événements ci-dessus.

2 Ce qui est garanti dans les limites et conditions du tableau de l'article 4.

a) Les dommages matériels directement causés :
- au bâtiment,
- au mobilier contenu à l'intérieur du bâtiment,
- au mobilier se trouvant à l'extérieur des locaux assurés pour autant qu'il se trouve dans l'enceinte de la propriété assurée,
- aux clôtures.

b) Les frais et pertes suivants, qui sont la conséquence d'un dommage matériel garanti :
- les frais de démolition et de déblais,
- les frais de déplacement et de replacement,
- les frais de relogement,
- les frais engagés et justifiés pour limiter l'importance du sinistre,
- les honoraires d'expert,
- la perte des loyers,
- la perte d'usage.

c) Les responsabilités suivantes pouvant vous incomber :
- le recours des locataires,
- le recours des voisins et des Tiers,
- les responsabilités locatives,
- la responsabilité perte des loyers ou d'usage.

3 Ce qui est exclu

— tous dommages subis par les appareils électriques et leur contenu, résultant de :
• la chute de la foudre,
• toute autre cause, lorsque ces dommages ont pris naissance à l'intérieur des appareils.
— les dommages dus à l'action directe et subite de la chaleur, ou au contact d'une substance incandescente, lorsqu'il n'y a pas incendie. Sont également exclues les brûlures causées par les fumeurs.
— les dommages subis par les animaux,
— en cas de voyages, villégiatures, les séjours dans des bâtiments ou locaux vous appartenant, tels que résidence secondaire,
— les dommages faisant l'objet des exclusions générales exposées à l'article 61.

Pour quels événements ?

Nous garantissons, selon mention aux Conditions Particulières, les **Dommages Matériels** subis par les biens assurés qui résultent directement des événements suivants :

L'Incendie, l'Explosion ou l'Implosion et les Risques Annexes :

- La chute directe de la foudre.
- L'enfumage, c'est-à-dire l'émission soudaine de fumées provenant du fonctionnement défectueux d'un appareil, ou de l'incendie d'un bâtiment voisin.
- Les effets du courant électrique ou de la foudre sur :
  - les canalisations électriques,

Mais ne sont pas garantis les appareils reliés à ces canalisations électriques.

  - les installations téléphoniques, d'alarme ou de chauffage.
- La chute d'avion ou d'engin spatial.
- Le choc d'un véhicule terrestre à moteur identifié et conduit par une personne autre que vous-même et dont vous n'êtes pas civilement responsable.

Les Événements Climatiques, uniquement pour les constructions entièrement closes et couvertes et le contenu qui s'y trouve :

- la tempête, c'est-à-dire l'action du vent mesuré à une vitesse supérieure à 100 km/h par la station météorologique la plus proche ;
- la chute de la grêle sur les toitures ;
- le poids de la neige ou de la glace sur les toitures, exceptionnel pour la région ;
- le gel des canalisations et des appareils de chauffage à l'intérieur des locaux ;

y compris les dommages causés par l'eau qui en résultent pendant 72 heures après l'événement.

Mais ne sont pas garantis :

- **les bâtiments ou parties de bâtiments clos ou couverts en tôles métalliques ou plastiques non tirefonnées, ainsi que leur contenu ;**
- **les clôtures, murs d'enceinte et abris de jardin ;**
- **les portes, stores, marquises, cheminées en tôles, antennes, panneaux solaires, à moins que le dommage ne résulte d'une destruction totale ou partielle des bâtiments.**

Sezione I
ASSICURAZIONE INCENDIO E RELATIVI RISCHI COMPLEMENTARI

"A" - DANNI DIRETTI E MATERIALI ALLE COSE ASSICURATE CAUSATI DA:

Se è indicata in polizza la combinazione 01

1. **Incendio**, compresi i guasti arrecati per ordine dell'Autorità allo scopo di impedire od arrestare l'incendio.

2. **Esplosione e scoppio**, anche se verificatisi all'esterno del fabbricato o causati da ordigni esplosivi.
Sono esclusi i danni ad apparecchi ed impianti nei quali si sia verificato uno scoppio se l'evento è determinato da usura, corrosione o difetto di materiali.

3. **Fulmine**, esclusi i danni elettrici ad apparecchi ed impianti elettrici ed elettronici che rientrano nel successivo punto 5.

4. **Caduta di aeromobili e veicoli spaziali**, loro parti e cose da essi trasportate.

Se è indicata in polizza la combinazione 02 l'assicurazione è estesa anche ai danni diretti e materiali alle cose assicurate causati da:

5. **Correnti, scariche od altri fenomeni elettrici** (compresa l'azione del fulmine e della elettricità atmosferica) esclusi i danni ai computers in genere ed i danni dovuti ad usura o manomissione degli apparecchi mobili elettrici, audio e audiovisivi. Sono inoltre escluse le prime L. 100.000 per sinistro.

6. **Onda sonica**, determinata da aeromobili od oggetti in genere in moto a velocità supersonica.

7. **Fumo, gas o vapori:**
- fuoriusciti a seguito di guasto improvviso ed accidentale agli impianti per la produzione di calore al servizio del fabbricato (o del maggior immobile di cui forma eventualmente parte), purchè detti impianti siano collegati mediante condutture ad appropriati camini;
- sviluppatisi a seguito di incendio (o di fulmine, esplosione o scoppio) che abbia colpito le cose assicurate oppure altri enti posti nell'ambito di 20 m. da esse.

8. **Rottura accidentale di specchi e lampadari**, appesi o fissati ai soffitti ed ai muri, a seguito di loro caduta, se assicurati gli effetti domestici.

9. **Urto di veicoli stradali** non appartenenti all'Assicurato nè al suo servizio, se assicurato il fabbricato.

10. **Acqua condotta fuoriuscita** a seguito di rottura accidentale degli impianti al servizio del fabbricato o del maggior immobile di cui forma eventualmente parte.
Sono esclusi i danni derivanti da infiltrazione di acqua piovana non conseguenti a rottura di tubazioni o condutture e quelli causati da traboccamenti o rigurgiti di fogna, nonchè quelli da gelo.

Sono inoltre escluse: Anlage 4
- le spese per demolizione e ripristino di parti del fabbricato e di impianti, sostenute allo scopo di ricercare ed eliminare la rottura che ha dato origine allo spargimento di acqua;
- le prime L. 100.000 per sinistro.

11. **Sovraccarico di neve sui tetti**, compresi i conseguenti danni di bagnamento che si verificassero all'interno del fabbricato ed al suo contenuto, purchè avvenuti a seguito di crollo totale o parziale del fabbricato direttamente provocato dal peso della neve.
Sono esclusi i danni:
- da valanghe e slavine;
- da gelo;
- ai fabbricati non conformi alle vigenti norme relative ai sovraccarichi di neve ed al loro contenuto;
- ai lucernari, alle vetrate e ai serramenti in genere.

Per ogni sinistro, il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato:
- con detrazione di L. 500.000;
- sino alla concorrenza del 50% della somma assicurata per ogni partita.

12. **Eventi socio-politici** e cioè da persone (dipendenti o non dell'Assicurato) che prendano parte a scioperi, tumulti popolari o sommosse o che compiano, individualmente o in associazione, atti vandalici o dolosi compresi quelli di terrorismo e sabotaggio, nonchè i vandalismi, i guasti e le rotture subiti dalle cose assicurate in occasione di furto o rapina.
Sono esclusi i danni:
- diversi da quelli di incendio, esplosione o scoppio arrecati dalle suddette persone che abbiano occupato i locali per oltre 5 giorni consecutivi;
- di furto, smarrimento, rapina, saccheggio od imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere;
- verificatisi nel corso di confisca, sequestro o requisizione delle cose assicurate per ordine di qualsiasi Autorità, di diritto o di fatto, od in occasione di serrata.

Per ogni sinistro, il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato:
- con detrazione di L. 300.000;
- sino alla concorrenza dell'80% della somma assicurata per ogni partita.

13. **Eventi atmosferici** e cioè da uragani, bufere, tempeste, grandine e trombe d'aria quando la violenza che caratterizza tali eventi atmosferici sia riscontrabile su una pluralità di enti, assicurati o non.
I danni di bagnatura che si verificassero all'interno del fabbricato sono compresi solo se causati direttamente da precipitazioni atmosferiche attraverso lesioni provocate al tetto, alle pareti od ai serramenti dalla violenza degli eventi atmosferici sopra descritti.