Einführung in die Inhalte des Moduls

Dieses Modul ist Teil des Ausbildungsrahmenlehrplans in deutscher und türkischer Sprache zur Ausbildung zur / zum Versicherungsfachfrau / mann in Deutschland, Österreich und in der Türkei. Zielgruppe sind Auszubildende in Versicherungsunternehmen, die in deutscher und türkischer Sprache arbeiten und Kunden betreuen. In der Regel richtet sich dieses Modul – in derselben Weise wie die anderen Module dieses Ausbildungsrahmenlehrplans auch – an Auszubildende mit Migrationshintergrund in Deutschland, Österreich und in der Türkei.

Grundlage des Ausbildungsrahmenlehrplans ist die in Österreich vorgegebene Ausbildung zur / zum Versicherungsfachfrau / mann im Rahmen einer innerbetrieblichen beruflichen Erstausbildung in Versicherungsunternehmen. Der Ausbildungsrahmenlehrplan in Österreich entspricht in vielen Bereichen den Vorschriften in der Bundesrepublik Deutschland.

In der Türkei gibt es keinen staatlichen oder offiziell zertifizierten Ausbildungsgang zur beruflichen Erstausbildung zur / zum Versicherungsfachfrau oder Versicherungsfachmann. Für die Türkei sind zwei Formen der Ausbildung im Versicherungsbereich zu unterscheiden: zum einen gibt es die Ausbildung in Form eines regulären, nicht versicherungsspezifischen betriebswirtschaftlichen Studienganges, der Absolventen den Einstieg auf Ebene des mittleren Managements bei Versicherungsunternehmen ermöglicht. Die versicherungsspezifischen Besonderheiten werden dann im Rahmen der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung erlernt. Die Aufgaben dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen entsprechen den Aufgaben eines Versicherungskaufmannes oder einer Versicherungskauffrau in Deutschland und Österreich. Zum zweiten gibt es in der Türkei die Ausbildung zum Versicherungsagent. Diese Ausbildung umfasst eine dreimonatige Grundausbildung in Versicherungsunternehmen und ist stark verkaufsorientiert. Nach drei Monaten folgt in der Regel eine einjährige Praxisphase, die von innerbetrieblicher Fort- und Weiterbildung begleitet wird.

Seit zwei Jahren arbeiten viele Versicherungsunternehmen aus der EU, die in der Türkei aktiv sind, mit aus Deutschland, Österreich oder Frankreich übernommenen Ausbildungscurricula. Diese Entwicklung bei transnationalen Großunternehmen der Versicherungsbranche hat zu einer Vereinheitlichung von Ausbildungsinhalten geführt, die unabhängig von der Bezeichnung der Ausbildung oder deren Eingliederung in das Regelsystem der beruflichen Erstausbildung bestehen.

Die im Rahmen der Ausbildungsverordnungen im deutschsprachigen Raum über die Berufsausbildung zum / zur Versicherungsfachmann / frau entwickelten Module in deutscher und türkischer Sprache befassen sich mit im deutschsprachig-türkischen Kontext besonders häufigen Versicherungsangeboten, grenzübergreifendem Vertragswesen und interkulturellen Kompetenzen im deutsch- und türkischsprachigen Kulturraum.

Auf dieser Grundlage wurden die Einzelmodule im Rahmen des Ausbildungsrahmenlehrplans in deutscher und türkischer Sprache zur Ausbildung

zur / zum Versicherungsfachfrau / -fachmann in Deutschland, Österreich und in der Türkei entwickelt und erprobt.

In Österreich werden die Module im Rahmen der innerbetrieblichen beruflichen Erstausbildung in Versicherungsunternehmen verwendet. Nach Abschluss der Module findet eine unternehmenseigene Prüfung statt, die im Anschluss berechtigt, an einer staatlichen Prüfung in Österreich teilzunehmen. Die Sonderqualifizierung „türkisch“ wird dabei erfasst, aber Stand April 2008 noch nicht gesondert ausgewiesen. Hierzu laufen ab Ende 2008 Maßnahmen zur Vorbereitung einer möglichen Zertifizierung an. Die Ergebnisse dieser Zertifizierungsevaluierung sind Grundlagen für eine entsprechende Antragstellung in Deutschland.

In der Türkei erfolgt eine Anerkennung der zweisprachigen Module durch das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Erziehung im Herbst 2008 / Frühjahr 2009.

Gemeinsamer Teil der Ausbildung, wie sie in Deutschland, Österreich und der Türkei angewandt werden kann, sind im ersten Ausbildungsabschnitt Grundzüge der Büropraxis und Büroorganisation, Grundlagen des Versicherungswesens in den drei Ländern, Kommunikationskultur und Vertragswesen.

Im zweiten und dritten Ausbildungsabschnitt folgen die Vermittlung von Kenntnissen spezifischer Einzelversicherungen im Bereich der Personen- und Sachversicherungen, interkulturelle Kompetenz und Wege in die Selbständigkeit.
Türkei.

Das vorliegende Modul befasst sich mit dem Versicherungswesen in Österreich, Deutschland und in der Türkei in deutscher und türkischer Sprache. Es ist als Grundlagenmodul zu verstehen.

Die Auszubildenden erhalten

- eine Einführung in die Grundzüge des Versicherungswesens in Österreich, Deutschland und in der Türkei
- eine Einführung in Strukturen der Versicherungsaufsicht
- eine Einführung in Abwicklung und Organisation von Versicherungen
- eine Einführung in Arten und Formen von Versicherungen
- eine Einführung in kulturelle Besonderheiten von Versicherungen innerhalb eines nationalen Bezugsrahmens
- Arbeitsmaterialien mit Übungen.

Das Modul liegt in deutscher und türkischer Fassung vor. Neben Unterlagen für AusbildnerInnen enthält das Modul einen Anhang mit Vokabular und sprachlichen Erläuterungen.

Das Modul eignet sich als Element des zusätzlichen Unterrichts in zweisprachigen Versicherungsagenturen und Versicherungsunternehmen in Deutschland, Österreich und in der Türkei. Das Modul ist ergänzend und komplementär zu bestehenden Elementen des Ausbildungsrahmenlehrplans in deutscher und türkischer Sprache zur Ausbildung zur / zum Versicherungsfachfrau / -fachmann in Deutschland, Österreich und in der Türkei gedacht.

Anwendung des Moduls als Teil des Rahmenlehrplanes

Das Modul ist Teil eines umfassenden Rahmenlehrplans zur Ausbildung zur / zum Versicherungsfachfrau / -fachmann mit deutsch-türkischem Hintergrund. Das Modul ersetzt nicht die bestehenden Ausbildungscurricula und Ausbildungsmaterialien, sondern ergänzt diese in vergleichender Sicht um deutsch-österreichisch-türkische Besonderheiten.

Das Modul ist Bestandteil von insgesamt 15 inhaltlichen Modulen zu ausgewählten Fachbereichen von besonderer Bedeutung in deutsch- und türkischsprachigen Versicherungsunternehmen. Das Modul kann in der Türkei, Österreich und in Deutschland eingesetzt werden.

Das vorliegende deutsch-türkische bilinguale Rahmencurriculum besteht aus folgenden Modulen:

- Modul 1: Versicherungswesen in Österreich, Deutschland und in der Türkei
- Modul 2: Büropraxis, Büroorganisation, Führung von Akten, Verfassen von Schriftstücken: Österreich - Türkei
- Modul 3: Kommunikation und Beratung im Versicherungswesen
- Modul 4: Interkulturelle Kompetenz im Versicherungswesen
- Modul 5: Korrespondenztraining für das Versicherungswesen
  Modul 6: Selbständigkeit und Existenzgründung im Versicherungswesen
- Modul 7: Schweigepflicht im Versicherungswesen
- Modul 8: Unfallversicherungen
- Modul 9: Telefontraining für das Versicherungswesen
- Modul 10: Haushalts- und Eigenheimversicherungen
- Modul 11: Krankenversicherungen
- Modul 12: Lebensversicherungen
- Modul 13: Sozialversicherungswesen
- Modul 14: Pensionsversicherungswesen
- Modul 15: KFZ-Versicherung

Die Module sind keine Sprachkurse, sondern berufliche Ausbildungsmodule. Ausgangsvoraussetzung ist eine Sprachbeherrschung der deutschen und der türkischen Sprache auf Niveau B1 des europäischen Referenzrahmens. Ein Spracheinstufungstest für die deutsche und die türkische Sprache ist im Rahmen dieses Curriculums verfügbar.

Das Modul ist zur direkten Anwendung in einem Versicherungsunternehmen konzipiert. Es ist auf eine Dauer von 90 Minuten angelegt und kann im Rahmen der Regelausbildungszeit als Lerneinheit genutzt werden. Innerhalb der 90-minütigen Dauer sind zwei Übungen vorgesehen. Das Modul kann bei Bedarf mehrfach wiederholt und im Bereich der Übungen variiert und dabei auch auf 45 Minuten verkürzt werden. Aufgrund des Lerninhalts, der Basiswissen vermittelt, haben mehrfache Erprobungen und Empfehlungen von Curricularentwicklern gezeigt, dass eine zweimalige Anwendung des Moduls ausreichend ist, um das Lernziel zu erreichen.

Ein Modul besteht jeweils aus:

- Einführung in das Thema mit Definition des Lerninhalts
- Hintergrundinformation zum Lerninhalt mit Lehrmaterialien
- Übungen
- Begleitende Materialien und Dokumente
- Literaturhinweise

Zur Vorbereitung empfehlen wir für AusbilderInnen:

- Für das Modul sollte mit den Auszubildenden eine feste Zeit vereinbart werden, während der für eine Dauer von 90 Minuten der Lerninhalt erarbeitet wird;
- Die AusbilderInnen können sich auf das Modul mit Hilfe der Daten unter „Lehrinhalte“ vorbereiten;
- Den Auszubildenden können Datenblätter (siehe Anhang) mit Grundlagen und Definitionen überreicht werden;
- Nach der Einführung in das Thema können ein bis zwei Übungen gemacht werden;
- Nach Abschluss der Übungen mit Auswertung folgt eine Zusammenfassung verbunden mit nochmaligen Hinweisen zur praktischen Anwendung im Arbeitsalltag.

An Arbeitsmaterialien sind Papier und Stifte, die Begleitmaterialien sowie eine Tafel oder Flipchart zu empfehlen.

Didaktische Informationen für Ausbilder

Das Modul ist zweisprachig angelegt und liegt in deutscher und türkischer Sprache vor. Ziel des Moduls ist neben den inhaltlichen Informationen zum Versicherungswesen in der Türkei, Österreich und Deutschland die Stärkung und der Ausbau des Fachvokabulars für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Versicherungswesen in zweisprachigen Agenturen in Österreich, Deutschland und in der Türkei.

Das Modul vermittelt sowohl deutschen als auch türkischen Fachwortschatz. Dieser Fachwortschatz kann in den aktiven Sprachstand beider Sprachen eingebaut werden. Ziel für Auszubildende mit deutsch-türkischem Hintergrund in Deutschland oder Österreich ist, das in der Regel unbekannte türkische Fachvokabular zu erwerben, für Auszubildende in der Türkei sollen die deutschen Fachbegriffe vermittelt werden.

Didaktisch folgt das Modul bei der Vermittlung des beruflichen Fachwissens für Versicherungsfachleute zunächst der klassischen Methode der Wissensvermittlung durch mündliche Erläuterungen durch den Ausbilder / die Ausbilderin. Es folgen praktische Übungen, die Überprüfung des Erlernten und eine Zusammenfassung.

Didaktisch folgt das Modul bei der Erweiterung der sprachlichen Fähigkeit bei zweisprachigen Auszubildenden der Methode des „task-based-learning“, also des „Aufgaben-orientierten Lernens“ eingebettet in ein einheitliches sprachliches Umfeld auf Grundlage der „Full immersion-Methode“.

Voraussetzung des Moduls ist, dass die ausbildende Person beide Zielsprachen, also Türkisch und Deutsch, ausreichend gut beherrscht. Empfohlen wird für Lehrende ein Sprachniveau von B2 oder C1 auf Grundlage des Europäischen Referenzrahmens.

Alternativ kann das Modul von zwei ausbildenden oder lehrenden Personen angewandt werden. In diesem Fall lehrt Person 1 in türkischer Sprache und Person 2 in deutscher Sprache.

Erfahrungen bei der Modulerprobung ergaben, dass die Zielsprachen NICHT vermischt werden sollten. Minimal müssen Satzstrukturen (vollständige Syntax mit einheitlicher Lexik einer Sprache) komplett in einer Sprache beendet werden, bevor ein Sprachwechsel erfolgt. WICHTIG ist, dass ein Vermischen von Sprachen auf jeden Fall zu vermeiden ist. Dies gilt auch für die Situation, dass einer Person ein Begriff in einer Sprache nicht bekannt ist und dieser Begriff dann aus der anderen Sprache übernommen wird. In diesem Falle sollte zunächst versucht werden, den Begriff in der Zielsprache zu umschreiben. Zusätzlich kann die Lehrperson das gesuchte Wort in der Zielsprache mündlich vorgeben und zugleich schriftlich auf einer Tafel oder Flipchart notieren.

Als idealen Ablauf des Ausbildungsmoduls empfehlen wir die Aufteilung nach Sinnabschnitten oder Lernabschnitten. Jeder dieser Abschnitte wird zunächst komplett in EINER Sprache vermittelt. Es folgt die Wiederholung des Abschnitts in der ZWEITEN Sprache. Sinnvoll ist, für Abschnitt eins die Sprache zu verwenden, mit der die Auszubildenden besser vertraut sind. In Deutschland und Österreich wird

dies in der Regel die deutsche Sprache, in der Türkei die türkische Sprache sein. Die Wiederholung erfolgt dann in der jeweils anderen Sprache. Bei dieser Wiederholung liegt ein zusätzlicher Schwerpunkt auf der Vermittlung von Fachbegriffen und Fachvokabular.

Fragen sind immer in der Sprache, die als Vermittlungssprache dient, zu stellen. Das bedeutet, findet ein Lernabschnitt in türkischer Sprache statt, sind auch Fragen in türkischer Sprache zu stellen. Auch die Antworten werden in türkischer Sprache sein, selbst dann, wenn sie sich auf explizit österreichische oder deutsche Versicherungsverhältnisse beziehen.

Vom Ablauf empfehlen wir:

- Einführung in den Lerninhalt in Sprache 1
- Einführung in den Lerninhalt in Sprache 2
- Beantwortung von Fragen zu Wortschatz und Lexik (Antworten immer in der Sprache, in der die Frage gestellt wird!)
- Vermittlung des fachlichen Lerninhalts in Sprache 1
- Vermittlung des fachlichen Lerninhalts in Sprache 2
- Beantwortung von Fragen zum fachlichen Lerninhalt (Antworten immer in der Sprache, in der die Frage gestellt wird!)
- Übung 1 in Sprache 1
- Übung 2 in Sprache 2
- Zusammenfassung / Bewertung in Sprache 1
- Zusammenfassung / Bewertung in Sprache 2
- Interne Notizen des Ausbilders / der Ausbilderin zu sprachlichen oder inhaltlichen Besonderheiten

Alternativ kann das Modul auch komplett an einem Termin in Sprache 1, an einem zweiten Termin in Sprache 2 eingesetzt werden. Erfahrungen zeigen jedoch, dass das Modul in der empfohlenen zweisprachigen Variante den größeren sprachlichen Lernerfolg und die direktere Aneignung von Fachwortschatz unmittelbar in der betrieblichen Praxis auf Grundlage der direkten Vergleichbarkeit beider Zielsprachen ermöglicht.

In Abhängigkeit von der sprachlichen Qualifikation der Lehrperson sollten – wenn möglich – entscheidende Grammatikfehler innerhalb des verbalen Ausdrucks der Auszubildenden sofort korrigiert werden. Dabei ist wichtig, stets in der Zielsprache zu verbleiben und NIE grammatische Strukturen einer Sprache mit Hilfe einer anderen Sprache zu erklären. Konkret heißt dies, dass im deutschen Sprachraum nie Fehler im Türkischen in deutscher Sprache erläutert, bzw. in der Türkei nie Fehler in der deutschen Sprache auf Türkisch erklärt werden.

Eine weitere Erfahrung aus der Erprobung zweisprachiger Ausbildungsmodule zeigt, dass im Falle von erheblichen sprachlichen Defiziten in einer der Zielsprachen die Module dieses Rahmenlehrplans bilinguale Auszubildende überfordern können. Ergibt ein Einstufungstest zum Beispiel eine Kompetenz von B2 in Sprache 1, aber nur A1 in Sprache 2, so ist von der Anwendung zweisprachiger Curricula abzusehen. Die Auszubildenden müssen zunächst klassische Sprachkurse besuchen, um in Sprache 2 ebenfalls ein B1 Niveau auf Grundlage des Europäischen

Referenzrahmens zu erreichen. Einstufungstests für Deutsch und Türkisch sind im Rahmen dieses Rahmenlehrplans zum / zur Kanzleifachangestellten verfügbar.

Lehrinhalte

Streifzug durch die Versicherungsgeschichte

Am Anfang stand eine Idee, und zwar die Idee des Gemeinsinns, der schon im Altertum zu Einrichtungen geführt hat, die dem Grundsatz der Abwehr gemeinsamer Gefahren entsprechen. Schon das Gesetzbuch des babylonischen Königs Hammurabi (1700 v. Chr.) enthält Bestimmungen, dass Schäden durch Raubüberfälle auf Karawanen auf alle gleichmäßig aufzuteilen sind. Auch die Eseltreiber in Palästina übernahmen die Idee. Sie versicherten sich für den Fall, dass ihre Lasttiere einer reißenden Bestie zum Opfer fielen. Ägyptens Pyramidenbauer gründeten auf der gleichen Grundlage einen Begräbnisverein. Er sollte jedem Mitglied eine angemessene Ausstattung für die Reise ins Jenseits sichern. In Milet beschloss die Bürgerversammlung, dass jeder 3.600 Drachmen oder auch mehr an die Stadtkasse zahlen und dafür lebenslänglich eine Jahresrente von 10 Prozent beziehen könne. Die, welche mitmachten, waren meist ganz junge Leute, die davon profitieren wollten, ihre Rente über möglichst lange Jahre hinweg zu beziehen. Um 200 v.Chr. entstand die nach der Insel Rhodos benannte gesetzliche Regelung der Gefahrengemeinschaft beim Seetransport „Lex Rhodia de iactu“. Danach mussten Schäden durch Überbordwerfen von Waren in Seenot von allen Beteiligten gemeinsam getragen werden. Der hellenische und römische Rechtskreis enthielt ebenfalls Bestimmungen über versicherungsähnliche Einrichtungen. Überspringen wir nun einige Jahrhunderte und kommen zum Mittelalter. Aufgrund des beginnenden regen Warenverkehrs und der Erweiterung der Handelsbeziehungen insbesondere des Seehandels kam es immer wieder zu Verlusten oder Beschädigungen der transportierten Waren. Zur Abgeltung der erlittenen Schäden entstanden die ersten Formen der entgeltlichen Versicherung. Eines der ältesten

Geschäfte dieser Art war das Seedarlehen (foenus nauticum): Wer eine Seereise unternahm oder Waren auf See zu verschiffen hatte, erhielt ein verzinsliches Darlehen auf die Dauer der Reise. Kam das Schiff ordnungsgemäß am Bestimmungshafen an, musste das Darlehen plus Zinsen zurückgezahlt werden. Ging das Schiff oder die Ladung z.B. wegen eines Sturms oder eines Überfalls durch Seeräuber verloren, so brauchte das Darlehen nicht zurückbezahlt zu werden und es wurden keine Zinsen fällig. Aufgrund des zunehmenden Zinswuchers wurde das Seedarlehen jedoch von Papst Gregor IX verboten und somit der Grundstein der Seeversicherung, wie wir sie heute kennen, gelegt. Aus dem Jahr 1347 ist uns der erste Versicherungsvertrag bekannt, der eine im Vorhinein zu bezahlende Prämie und eine bestimmte Versicherungsleistung enthielt, wenn das versicherte Schiff verloren ging. Schon im 14. Jahrhundert bürgerte sich bei der Abfassung dieser Verträge die Bezeichnung „Polizza“ ein, die sich bis heute im Versicherungswesen erhalten hat. Es folgten Seeversicherungsordnungen zunächst im mittelländischen Kulturkreis, dann in England. Aus den zunächst genossenschaftlich organisierten und räumlich beschränkten Brandgilden des frühen Mittelalters (Erste Feuerlöschordnung in Österreich von 1278) entstand durch große Brandkatastrophen, insbesondere nach dem verheerenden Großbrand von London 1666 die heutige Feuerversicherung. Auf österreichischem Boden gab es im Gegensatz zu Deutschland und England nur lokale Bauernassekuranzen als Elementarversicherer (z.B. Kremsmünster 1710). Erst Kaiserin Maria Theresia plante die Einführung einer Feuerversicherung nach ausländischem Vorbild. Tatsächlich umgesetzt wurde dieser Plan jedoch nur in den vorderösterreichischen Ländern („Vorderösterreichische Feuer-Societäts Ordnung“ von 1764). In weiten Teilen blieb es bei der indirekten Unterstützung durch den Staat. Wer bei einem Brand zu Schaden gekommen war, erhielt einen Brandbrief, mit dem er, wie ein Invalide, an das Mitleid seiner Mitbürger appellieren durfte (Kaiserliches Patent von 1750 zur staatlichen Autorisierung des Brandbettels). Verbreitet war auch das System der Bonifikation von Steuerleistungen an Untertanen, die von Brand und Hochwasser geschädigt wurden. Beiden Maßnahmen war aufgrund des großen Missbrauchs kein Erfolg beschieden. Erst im Jahre 1811 wurde in Österreich die erste Feuerversicherungsgesellschaft, die „Allgemeine Brandversicherungsanstalt“ gegründet. Ebenso wie die Brandversicherung dauerte es einige Jahre, bis die Lebensversicherung, ausgehend von England, in Österreich-Ungarn Verbreitung fand.

Die Lebensversicherung, wie wir sie heute kennen, basiert auf den Erkenntnissen der Mathematik. Grundlage ist die Wahrscheinlichkeitsrechnung – Leibnitz und Pascal hatten daran maßgeblichen Anteil – sowie detaillierte Aufzeichnungen über die Lebenserwartung der Menschen. Trotz der späten Einführung gelangte gerade die Lebensversicherung sehr bald zu großer Bedeutung und wurde zu einem wesentlichen Bestandteil der Versicherungswirtschaft. So wies die österreichische Lebensversicherung 1850 einen Bestand von 20 Millionen Gulden auf; 20 Jahre später waren es 338 Millionen Gulden.

Die Anfänge der Krankenversicherung liegen in Zünften, Gilden und Innungen des Mittelalters, die gemeinschaftlich organisierte Armen- und Bruderladen unterhielten. Diese Einrichtungen gewährten ihren Mitgliedern eine anfangs bescheidene Grundversorgung und bildeten die Grundlage unseres heutigen Gesundheitssystems. Im Zuge der industriellen Revolution – Erfindung der Dampfmaschine, Übergang zur industriellen Produktion und vermehrter Einsatz

elektrischer Energie – kam es zu einem nie geahnten wirtschaftlichen Aufschwung. So wurden allein in den Jahren 1867 bis 1873 1005 Aktiengesellschaften und 175 Banken gegründet. Dieses Wachstum stellte auch die damals junge Versicherungswirtschaft vor große Anforderungen. Immer größer werdende Risiken hatten die Gründung von Rückversicherungen zur Folge (1869 Wiener Rückversicherungsgesellschaft).

Im Jahre 1874 gab es in Österreich-Ungarn 81 Versicherungsunternehmen. Aufgrund der großen wirtschaftlichen Bedeutung der Versicherungswirtschaft begann sich der Staat sehr früh für diese Geschäfte zu interessieren. Bereits 1852 wurde mit dem „Vereinspatent“ der erste Schritt zur staatlichen Aufsicht gesetzt, die 1880 durch die Verordnung über die Konzessionierung der staatlichen Beaufsichtigung und der Schaffung eines versicherungstechnischen Büros im Innenministerium erweitert wurde. Bald wurde auch die Notwendigkeit erkannt, die Rechtsbeziehung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen. Nach dem Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB) aus dem Jahr 1811 und dem Handelsgesetzbuch (HGB) wurde 1917 das Gesetz über den Versicherungsvertrag eingeführt, das als Vorläufer des heutigen Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag in der Fassung von 1997 (VersVG) zu betrachten ist. Parallel mit der industriellen Revolution entstand der Bedarf nach weiteren Versicherungsmöglichkeiten.

Der Übergang vom kleinen Gewerbe zur Fabrikation im großen Stil begünstigte die Entwicklung der Sozialversicherung, die zum Ziel hatte, dem – im Gegensatz zum früheren selbständigen Gewerbetreibenden – unselbständig und meist vermögenslosen Arbeiter eine Grundversorgung bei Arbeitsunfähigkeit und Krankheit zu sichern. Der Grundstein zur europäischen gesetzlichen Sozialversicherung ist die auf Bismarck zurückgehende „Kaiserliche Botschaft“ vom 1. November 1881. In Österreich folgten im Jahr 1887 das Gesetz über die Unfallversicherung der Arbeiter, im Jahre 1888 das Gesetz über die Krankenversicherung. Auf diesen bescheidenen Grundlagen entwickelte sich die österreichische Sozialversicherung. Schließlich kam es 1955 zur Zusammenfassung des Sozialversicherungsrechts im Bundesgesetz über die Allgemeine Sozialversicherung (ASVG). Rechtlich und wirtschaftlich geht die Entwicklung dieser zwei großen Gruppen nicht parallel. Die Sozialversicherung ist charakterisiert durch standardisierte und begrenzte Leistungen, die eine sozialpolitisch erwünschte Mindestsicherung breiter Massen garantiert. Darüber hinaus gehender Schutz wird von den Vertragsversicherungen angeboten, die nicht in Konkurrenz zu den Sozialversicherungsträgern stehen, sondern eine sinnvolle Ergänzung zu den staatlichen Leistungen bieten. Die Privatversicherung betreibt aber nicht nur Personen-, sondern alle Arten der Sach- und Vermögensversicherung. Ohne sie wäre eine moderne Wirtschaft nicht denkbar.

Die wirtschaftliche Bedeutung der Vertragsversicherung

Die Versicherungswirtschaft ist ein wichtiger Wirtschaftsfaktor in unserem Land und bildet einen erheblichen Anteil an der gesamten Volkswirtschaft. So erwirtschaftet sie mit mehr als 27.000 Beschäftigten, bei mehr als 42 Mio. versicherten Risiken, jährlich 13 Mrd. Euro an Prämieneinnahmen, leistet etwa 9 Mrd. Euro aus Versicherungsfällen, und tritt als Anbieter für unterschiedlichste Produkte und Dienstleistungen auf. Die Vertragsversicherung nimmt aber auch sowohl dem

Einzelnen wie auch dem Wirtschaftsbetrieb – gleich ob multinationalem Konzern oder kleinem Gewerbebetrieb, Landwirt oder Handwerker – die finanzielle Vorsorge für Schadenfälle mannigfacher Art ab. Sie finanziert ihre Versicherungsleistungen aus den Beiträgen der einzelnen Mitglieder der Gefahrengemeinschaft, die diese für ihren eigenen Versicherungsvertrag leisten, und teilt das vom Einzelnen getragene Risiko auf die Gemeinschaft auf. Der Einzelne tauscht sein Risiko mit der Verpflichtung zur Zahlung der Prämie, und erhält dafür das Gefühl der Sicherheit, im Schadenfall nicht vor dem wirtschaftlichen Ruin zu stehen. Da weniger Geld als Reserve zur Schadenabdeckung zurückbehalten werden muss, wird durch die Risikoträgerfunktion der Versicherungen automatisch die Liquidität des Versicherungsnehmers erhöht. Das freiwerdende Kapital steht neuen Investitionen zur Verfügung. Die moderne Wirtschaft wäre ohne Versicherungsschutz unvorstellbar. Denken wir nur an Kreditbeziehungen oder Leasinggeschäfte, die ohne Abschluss einer Lebensversicherung oder Sachversicherung nur eingeschränkt möglich wären, oder Import/Export-Geschäfte, die ohne Transport- und Kreditversicherung nicht den derzeitigen Stellenwert hätten. Aber auch die „persönlichen“ Versicherungen wie Kranken-, Lebens- und Unfallversicherung leisten durch ihren Vorsorgecharakter einen beträchtlichen Anteil an der sozialen Absicherung des Einzelnen und führen zu einer Entlastung des Staatshaushalts. So groß der Wunsch des Einzelnen nach Absicherung aller nur denkbaren Gefahren auch sein mag, ein jede Eventualität erfassender Schutz ist nicht möglich. Ein wichtiger Grundsatz der Versicherungswirtschaft lautet: Der Versicherungsbeitrag muss wirtschaftlich tragbar sein! Der Preis für den Versicherungsschutz kann nur günstig sein, wenn nicht alles und jedes mitversichert ist. Ein Sengschaden beim Bügeln, ein zerbrochenes Weinglas oder ein im Backofen verbrannter Kuchen sind alltägliche Missgeschicke, die häufig Leichtsinn oder Sorglosigkeit zur Ursache haben. Grundsätzlich ist auch die Versicherung derartiger Schäden denkbar, die zu bezahlenden Prämien wären jedoch sehr hoch, käme der Ersatz der Gefahrengemeinschaft doch sehr teuer. Die höheren Beiträge müssten auch die zahlen, die aufpassen. Mit der fortschreitenden Globalisierung der Wirtschaft, zunehmender Industrialisierung, und dem scheinbar unbegrenzten technischen Fortschritt werden auch die Anforderungen, die an den Versicherer gestellt werden, größer.

Um in der Lage zu sein, vollen Deckungsschutz auch für Fälle zu gewähren, die nach den Grundsätzen eines ordentlichen Kaufmanns von einem Einzelnen nicht mehr getragen werden können, schließen sich die Versicherungen ihrerseits zu Gefahrengemeinschaften zusammen. Denken wir an Hochwasserkatastrophen, den Absturz von Passagierflugzeugen oder die fast jährlichen Wirbelstürme in den USA, die allein Schäden in Milliardenhöhe verursachen. Einige derartige Großschäden würden die wirtschaftliche Existenz eines einzelnen Versicherers ernsthaft gefährden. Im Wesentlichen haben sich zwei Varianten für eine Verteilung größerer Risiken herausgebildet: die Mitversicherung und die Rückversicherung.

Bei der Mitversicherung wird das Risiko auf mehrere Versicherer anteilig übertragen. Diese Aufteilung wird auch in der Polizze dokumentiert. Der Versicherungsnehmer hat im Versicherungsfall Ansprüche gegen die einzelnen Versicherer entsprechend deren übernommenen Anteil. Bei der Rückversicherung trägt nur ein Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer die volle Haftung. Einen Teil seines Risikos gibt er jedoch, samt dem darauf entfallenen Prämienanteil an einen Rückversicherer weiter. Mit anderen Worten es handelt sich um die Versicherung des Versicherers.

Aber selbst der Rückversicherer versichert sein Risiko mittels so genannter Retrozession bei einem weiteren Rückversicherer. Die Funktion der Versicherungswirtschaft beschränkt sich nicht allein auf die Tätigkeit als Risikoträger. Die Versicherungen sammeln durch die Vorauszahlung der Prämien eine beträchtliche Menge an Kapital an (Kapitalsammelbecken). Ein Teil dieser Einnahmen wird der Wirtschaft für Investitionen zur Verfügung gestellt. Dies ist deshalb möglich, da für später eintretende Versicherungsfälle Reserven gebildet werden müssen. Solange das Geld für Schadenfälle nicht benötigt wird, kann es gegen Zinsen der Wirtschaft und staatlichen Stellen geliehen werden. Diese Gelder stellen einen bedeutenden volkswirtschaftlichen Faktor dar und unterstützen die Wirtschaft in vielfacher Weise. Das gilt nicht zuletzt für den Bau von Wohnungen und Schulen. Da sich Liegenschaften als besonders sichere Kapitalanlage erwiesen haben, wird ein Gutteil der Rücklagen in Immobilien investiert. So sind zahlreiche Bürogebäude in bester Lage im Eigentum von Versicherungsunternehmen und tragen somit durch Mieteinnahmen zur finanziellen Stärkung der Gefahrengemeinschaft bei.

Eine weitere wichtige volkswirtschaftliche Aufgabe ist die immer besser werdende Organisation der Schadenverhütung. Schon im eigenen Interesse sind die Versicherungsunternehmen daran interessiert, die Schäden möglichst gering zu halten. Letztlich führen wenig Schadenfälle zu einer niedrigen Prämie. In diesem Zusammenhang sei an die Brandverhütungsstellen, die Verkehrserziehung und die Unfallverhütung sowie an den vorbeugenden Gesundheitsdienst der Lebens- und Krankenversicherung erinnert. Damit sind die drei wichtigsten Funktionen der Versicherungswirtschaft geschildert: Risikoausgleich, Kapitalsammelbecken und Schadenverhütung. Die Assekuranz ist damit ein Wirtschaftszweig, der auf alle Lebensbereiche Einfluss nimmt. Die Kontrolle durch den Staat ist die logische Konsequenz. In Österreich fungiert die Finanzmarktaufsichtsbehörde als Versicherungsaufsichtsbehörde. Sie überwacht die Geschäftstätigkeit jedes einzelnen Versicherungsunternehmens bis ins kleinste Detail und sichert die gesetzmäßige Geschäftsgebarung.

Versichert zu sein, ein gutes Gefühl? Oder eine Pflicht?

Jeder von uns ist täglich einer Vielzahl von Gefahren ausgesetzt. Denken wir etwa an den Straßenverkehr oder an eine heimtückische Viruserkrankung, an eine Verletzung beim Turnen oder an Schifahren. Die Zeitungen sind voll von Berichten über Diebstähle, Raubüberfälle und Wohnungseinbrüche und aus dem Fernsehen erfährt man fast jeden Abend von Sturmschäden oder verheerenden Bränden.

Solange immer nur „die anderen“ von einem Unglück betroffen werden, solange neigen wir dazu, diese Gefahren nicht allzu ernst zu nehmen. Das ändert sich aber sofort, wenn ein naher Verwandter oder auch nur der Nachbar durch ein unvorhergesehenes Ereignis Schaden erleidet. Wir fragen uns dann meist, warum gerade dieser oder jener, warum nicht jemand anderer? Es ist müßig, darauf eine Antwort zu suchen. Jedem kann eben ein Unglück zustoßen. Wir alle bilden sozusagen eine Gemeinschaft von Menschen, die von gleichartigen Gefahren bedroht sind.

Wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass einen von uns ein Auto niederfährt, ein Gauner die Wohnung ausräumt oder ein Sturm das Dach überm Kopf wegbläst, kann uns die Statistik sagen. Sie beobachtet eine exakt festgelegte Zahl von der gleichen Gefahr bedrohter Personen, Güter oder Sachwerte und registriert Menge und Höhe der innerhalb einer gewissen Zeitspanne eingetretenen Schäden.

Je größer die Zahl der zugrunde gelegenen Beobachtungen ist, desto verlässlicher sind die Vorhersagen über künftige Schadenereignisse. Oder anders ausgedrückt: Der Einfluss des Zufalls auf die Wahrscheinlichkeit eines bestimmten Ereignisses wird immer geringer, je größer die Anzahl der untersuchten Fälle ist. Damit haben wir mit den Worten Jakob Bernoullis (1654–1705) bereits eine der wesentlichen Grundlagen für die Messbarkeit einer Gefahr formuliert: Das Gesetz der Großen Zahlen. Allerdings sagt uns dieses Gesetz der Großen Zahlen nicht, wer, sondern nur dass und wie viele unter uns im Durchschnitt von einem ganz bestimmten Unglücksfall getroffen werden. Der Eintritt des Schadens bleibt also für jedes Mitglied der Gefahrengemeinschaft weiter ungewiss.

Mit den erstaunlich präzisen Vorhersagen der Statistik über Zahl und Höhe der künftigen Schäden ist nun aber auch die Berechnung jenes materiellen Wertes möglich, der durch die eingetretenen Schäden theoretisch jedem Mitglied der Gefahrengemeinschaft im Schnitt verloren geht. Wenn also jeder einzelne davon diesen exakt berechenbaren Beitrag in eine gemeinsame Kasse einzahlt, dann steht denjenigen, die das Unglück trifft, genau die Summe zur Verfügung, die zur Wiedergutmachung des Schadens erforderlich ist. Der Gedanke, diese Gemeinschaft daher als einen einzigen Gefahrenträger zu organisieren und das finanzielle Wagnis dieses Unternehmens auf alle gleichmäßig aufzuteilen, liegt also nahe. Natürlich existieren solche organisierten Gefahrengemeinschaften in der Praxis längst. Vor allem im ländlichen Bereich gibt es versicherungsähnliche Einrichtungen – etwa Feuerkassen oder z. B. auch Winzergenossenschaften. Da diese kleinen Vereine aber naturgemäß nur wenige Mitglieder haben, kann ein einzelner Großschaden die finanzielle Leistungskraft einer solchen Gefahrengemeinschaft leicht überfordern. Das Gesetz der Großen Zahlen muss eben auch hier erfüllt werden.

Die modernen Vertragsversicherer mit ihrer nach oben hin gesetzlich nicht limitierten Zahl von Vertragspartnern können dieser Voraussetzung schon eher entsprechen. Aber auch sie schließen sich selbst wieder zu Gefahrengemeinschaften gegen solche Unglücksfälle (Großschäden) zusammen, die ihre eigene wirtschaftliche Existenz bedrohen.

In der Vertragsversicherung werden die Beziehungen zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer – wie der Name besagt – durch einen Vertrag geregelt, der die wechselseitigen Rechte und Pflichten beider genau festlegt. (Siehe dazu auch die Ausführungen im Abschnitt „Streifzug durch die Versicherungsgeschichte“.) Der Vertrag kommt zustande, indem der Versicherungsnehmer bei einem – frei gewählten – Versicherer einen Antrag stellt und dieser Antrag vom Versicherer angenommen wird. Der Versicherungsnehmer kann damit auf den Umfang des Versicherungsschutzes weitgehend Einfluss nehmen. Darin besteht auch der wesentliche Unterschied zur Sozialversicherung. Zwar orientiert sich auch die Sozialversicherung am Gedanken der Gefahrengemeinschaft; ein weiteres wichtiges Element ist aber das soziale Prinzip:

Jeder soll zu den Mitteln, die die Sozialversicherung zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt, nach Maßgabe seiner Leistungsfähigkeit beitragen. Die Beiträge sind daher nach dem Einkommen gestaffelt: Wer mehr verdient, muss auch mehr in den gemeinsamen Topf beitragen, obwohl er im Versicherungsfall die gleichen Leistungen erhält. Reicht der Zufluss an Mitteln für die Leistungen trotzdem nicht aus, dann muss die Differenz von der Allgemeinheit in Form von Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt ausgeglichen werden. Zweck der Sozialversicherung ist, einer möglichst breiten Bevölkerungsschicht die Grundversorgung für den Fall des Alters, der Krankheit, der Arbeitslosigkeit und eines Arbeitsunfalls zu sichern. Darüber hinaus umfasst der von ihr gebotene Versicherungsschutz die Witwen- und Waisenversicherung sowie Wochenhilfe
und Sterbegelder.

Rechtliche Grundlagen

Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen des Versicherungswesens sind:

- Versicherungsvertragsgesetz
- Versicherungsaufsichtsgesetz
- Bundesgesetzblatt Versicherungskaufmann/-kauffrau
- Allgemeine Versicherungsbedingungen
- Allgemeines Bürgerliches Gesetzesbuch (in Österreich ABGB, in Deutschland BGB)

Im öffentlichen Interesse und zum Schutz des Versicherungsnehmers wurden die Versicherungsunternehmen (nicht die Sozialversicherung) unter Versicherungsaufsicht gestellt. Für Privatversicherungen gelten das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und das Versicherungsvertragsgesetz (VVG), sowohl in Deutschland als auch in Österreich. Die betreffenden gesetzlichen Bestimmungen werden in der Türkei unter einem eigenen Versicherungsgesetz geregelt (Sigortacılık Kanunu).

Der Vertrag zwischen der Versicherungsgesellschaft und dem Versicherungsnehmer (Versicherungsvertrag) kann nach dem VVG formlos geschlossen werden, der Versicherer muss dem Versicherungsnehmer eine Urkunde über den Versicherungsvertrag (Police, Versicherungsschein), seine allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) oder eine Verbraucherinformation aushändigen. Der Versicherungsnehmer hat die vertraglich bestimmte einmalige oder laufende Prämie zu zahlen. Er muss Gefahrenerhöhungen anzeigen und unverzüglich den Eintritt des Versicherungsfalles melden.

In Österreich ist die Privatversicherung im Versicherungsvertragsgesetz geregelt. Vereinzelt (z. B. Kraftfahrtversicherung) besteht Versicherungszwang. Einzelne Versicherungssparten werden staatlich gefördert. Die öffentlichen (z. B. für Brandschaden) und privaten Versicherungsanstalten unterliegen der Versicherungsaufsicht.
In Österreich:
Aufgaben der Versicherungs- und Pensionskassenaufsicht

Zur Versicherungsaufsicht zählt die Wahrnehmung der behördlichen Aufgaben und Befugnisse, die im Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG, BGBl. Nr. 569/1978, und im Kraftfahrzeug- Haftpflichtversicherungsgesetz 1994, BGBl. Nr. 651/1994 in den jeweils geltenden Fassungen und in den dazugehörigen Verordnungen in den jeweils geltenden Fassungen geregelt und der FMA zugewiesen sind. Zur Pensionskassenaufsicht zählt die Wahrnehmung der behördlichen Aufgaben und Befugnisse, die im Pensionskassengesetz – PKG, BGBl. Nr. 281/1990, und im Betriebspensionsgesetz – BPG, BGBl. Nr. 282/1990 in den jeweils geltenden Fassungen und in den dazugehörigen Verordnungen in den jeweils geltenden Fassungen geregelt und der FMA zugewiesen sind.

Zum Bereich Versicherungsaufsicht und Pensionskassenaufsicht gehören insbesondere die laufende Überwachung des gesamten Geschäftsbetriebes von Versicherungsunternehmen und Pensionskassen einschließlich Prüfungen vor Ort, Vorschläge für die versicherungsaufsichtsspezifische und pensionskassenaufsichtsspezifische Rechtsweiterentwicklung, die Beschickung internationaler Gremien im Rahmen des Bereiches sowie Konzessionsangelegenheiten und Rechtsaufsicht.

Dieser Bereich gliedert sich in die Abteilungen "Pensionskassenaufsicht und aktuarielle Analyse", "Behördliche Aufsicht über Versicherungsunternehmen", "Finanzaufsicht Lebensversicherung" und "Finanzaufsicht Nicht-Lebensversicherung".

Die Abteilung "Pensionskassenaufsicht und aktuarielle Analyse" ist zuständig für die Beaufsichtigung der Pensionskassen (insbesondere für die Prüfung der Geschäftspläne, Angelegenheiten der Prüfaktuare, für die laufende Überwachung der Geschäftsgebarung, Prüfung der Jahresabschlüsse, Rechenschaftsberichte und Kapitalveranlagung) sowie für versicherungstechnische Angelegenheiten im Allgemeinen (insbesondere versicherungsmathematische Grundlagen, Prüfung und Analyse von Lebens- und Krankenversicherungsprodukten, Beschwerden, Aktuare und Gewinnbeteiligungssysteme).

Die Abteilung "Behördliche Aufsicht über Versicherungsunternehmen" ist insbesondere zuständig für die Konzessions-, Bewilligungs- und Notifikationsverfahren, Liquidationen, Bestandübertragungen, für Anzeigen, Meldungen und aufsichtsbehördliche Verfahren hinsichtlich sämtlicher der Aufsicht des Bereiches unterliegenden Unternehmen sowie für die Rechtsauslegung in diesem Aufgabenbereich.

Die Abteilung "Finanzaufsicht Lebensversicherung" ist insbesondere zuständig für die Finanzaufsicht über Versicherungsunternehmen mit dem Schwerpunkt Personenversicherungen, die laufende Überwachung des Geschäftsbetriebes einschließlich Maßnahmen, Kennzahlenanalyse, Prüfungen vor Ort, die Kapitalanlagen der Versicherungsunternehmen, den Deckungsstock, die Bedeckung der versicherungstechnischen Rückstellungen und für Treuhänderangelegenheiten.

Die Abteilung "Finanzaufsicht Nicht-Lebensversicherung" ist insbesondere zuständig für die Finanzaufsicht über Versicherungsunternehmen mit dem Schwerpunkt Schadenversicherung, die laufende Überwachung des Geschäftsbetriebes einschließlich Maßnahmen, für Kennzahlenanalyse, Prüfungen vor Ort, die

Eigenmittelausstattung, Gruppensolvabilität, die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen und für deren interne Revision.

In Deutschland:
Alle privaten und öffentlich-rechtlichen Versicherungsunternehmen, die im Geltungsbereich des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) die Privatversicherung betreiben und ihren Sitz in Deutschland haben, stehen entweder unter der Aufsicht der BaFin oder der Länderaufsichtsbehörden. Seit Anfang 2002 unterliegen auch Pensionsfonds und seit Dezember 2004 inländische Rückversicherer der Versicherungsaufsicht nach dem VAG, die durch die BaFin wahrgenommen wird.

Die Versicherungsaufsicht ist auf Bund und Länder aufgeteilt - entsprechend dem föderalistischen System der Bundesrepublik Deutschland.

Die BaFin beaufsichtigt für den Bund diejenigen in Deutschland tätigen privaten Versicherungsunternehmen, die wirtschaftlich von erheblicher Bedeutung sind und die öffentlich-rechtlichen Wettbewerbsversicherer, die über die Grenzen eines Bundeslandes hinaus tätig sind.

Die Aufsichtsbehörden der Länder beaufsichtigen vor allem die öffentlich-rechtlichen Versicherer, deren Tätigkeit auf das jeweilige Bundesland beschränkt ist und diejenigen privatrechtlichen Versicherer, die wirtschaftlich von geringerer Bedeutung sind.

Das Versicherungsgeschäft basiert in besonderem Maß auf Vertrauen. Kunden erwarten von ihrem privaten Versicherer, dass er ein verlässlicher Vertragspartner ist - und das oftmals über einen sehr langen Zeitraum. Mit ihrer Aufsicht über Versicherungsunternehmen erfüllt die BaFin daher wichtige soziale und wirtschaftliche Aufgaben und trägt zur langfristigen Stabilität des gesamten Finanzsektors bei. Gesetzliche Grundlage der Versicherungsaufsicht ist das VAG.

Die beiden Hauptziele der Versicherungsaufsicht bestehen gemäß § 81 VAG darin,

- die Belange der Versicherten ausreichend zu wahren und
- sicherzustellen, dass die Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen jederzeit erfüllbar sind.

Besondere Bedeutung kommt dabei der Solvenzaufsicht zu. Die Versicherer haben insbesondere ausreichende versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden, die Vermögenswerte sicher und rentabel anzulegen und die kaufmännischen Grundsätze einzuhalten.

In der Türkei:
Die Aufgaben der Versicherungsaufsicht werden von „Sigorta Denetleme Kurulu“ wahrgenommen, der türkischen Versicherungsaufsicht. Die rechtlichen Bedingungen sind in einer eigenen Versicherungsaufsichtsverordnung zu finden (Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Denetleme Kurulu Yönetmeliği).

Versicherungsbedingungen

Versicherungsbedingungen sind die Vereinbarungen eines Versicherungsvertrages und regeln den Vertragsinhalt.

Da eine Versicherung kein gegenständliches sondern ein abstraktes, allein durch die rechtlichen Bestimmungen des Vertrages dargestelltes Produkt ist, haben die Versicherungsbedingungen gegenüber normalen Vertragsvereinbarungen eine besondere Bedeutung. Durch die Versicherungsbedingungen entsteht der Vertragsgegenstand erst. In einem normalen Kaufvertrag werden hingegen nur die Abwicklungsmodalitäten des Eigentumsübergangs eines dort nur bezeichneten Gegenstandes geregelt. Daher erhalten die Vereinbarungen eines Versicherungsvertrages eine besondere Bezeichnung.

Da Versicherung ein kollektives Geschäft ist, bei dem große Zahlen gleichartiger Risiken gemeinschaftlich ausgeglichen werden, müssen die Versicherungsverträge der Versicherer möglichst einheitlich sein. Zu diesem Zweck verwenden die Versicherer möglichst für alle Verträge die gleichen Versicherungsbedingungen. Es gibt nur in sehr eingeschränktem Umfang die Möglichkeit, davon im Einzelfall abzuweichen. Daher werden die Vereinbarungen der Versicherungsverträge als Bedingungen bezeichnet, da die Versicherer nur unter diesen Bedingungen Versicherungsschutz gewähren.

Der Inhalt eines Versicherungsvertrages bestimmt sich nicht ausschließlich aus den Versicherungsbedingungen, die vereinbart wurden. Wie bei jedem Vertrag sind die Regelungen des bürgerlichen Gesetzesbuches – wie in Deutschland und in Österreich - und anderer gesetzlicher Vorschriften zu beachten. Insbesondere regelt das Versicherungsvertragsgesetz den Inhalt eines Versicherungsvertrages.

Innerhalb der Versicherungsbedingungen unterscheidet man zwischen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und den Besonderen Versicherungsbedingungen. Allgemeine Versicherungsbedingungen, sind diejenigen Versicherungsbedingungen, die den Charakter von Allgemeinen Geschäftsbedingungen haben, die also für eine Vielzahl von Verträgen verwendet werden. Besondere Versicherungsbedingungen sind diejenigen Versicherungsbedingungen, die im Einzelfall konkret zwischen den Vertragsparteien vereinbart wurden.

Allerdings entspricht der Sprachgebrauch in der Praxis nicht dem gesetzlichen. In der Praxis wird nur ein Teil der AVB tatsächlich auch unter dem Titel Allgemeine Versicherungsbedingungen in der Vertragsurkunde, dem Versicherungsschein, aufgeführt. Tatsächlich sind häufig die unter dem Titel „Besondere Versicherungsbedingungen“ aufgeführten Bestimmungen des Vertrages auch AVB. Auch die meisten übrigen, oft über die restlichen Teile der Vertragsurkunde verteilten Bestimmungen sind AVB, ggf. auch Bestimmungen im Antrag oder in Informationen, die äußerlich nicht Teil der Vertragsurkunde sind. Besondere, also individuell vereinbarte Versicherungsbedingungen werden oft handschriftlich oder in einem Anhang zur Vertragsurkunde hinzugefügt.

Was ist eine „Versicherung“?

Deckung eines durch zufällige Ereignisse hervorgerufenen schätzbaren Bedarfs unter (organisierter) Verteilung auf zahlreiche, gleichartig bedrohte Wirtschaftseinheiten oder Personen (Atomisierung des Risikos). Der Eintritt und die Höhe der Bedarfsfälle (z. B. der Schäden) lassen sich umso sicherer berechnen, je größer die Zahl der zu einer Gefahrengemeinschaft vereinigten Einheiten ist (Gesetz der großen Zahlen).

Wann ist man Konsument (Verbraucher)?

Man gilt als Konsument (Verbraucher), wenn man für den eigenen Privatbedarf Verträge abschließt. Beispiel: Sie schließen für Ihre Privatwohnung eine Haushaltsversicherung ab.

Wann sind Sie Unternehmer?

Ein Unternehmen ist jede auf Dauer angelegte Organisation selbständiger wirtschaftlicher Tätigkeit, auch wenn sie nicht auf Gewinn ausgerichtet ist. Sie sind Unternehmer, wenn für Sie der VertragsAbschluss zum Betrieb Ihres Unternehmens gehört. Beispiel: Sie schließen für Ihr Unternehmen eine Betriebsunterbrechungsversicherung ab.

Was ist ein Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag ist ein besonderer Schuldvertrag. Der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz (die Gefahr) für ein Risiko gegen Prämienzahlung.
Ein Versicherungsvertrag ist ein Vertrag, der ein Versicherungsverhältnis, also die Gewährung von Versicherungsschutz, zum Gegenstand hat. Bei den den Vertrag schließenden Parteien unterscheidet man daher zwischen dem Versicherungsnehmer, der den Versicherungsschutz erhält, und dem Versicherer, der ihn gewährt. Versicherungsverträge unterliegen in vielen Ländern, so auch in Deutschland, Österreich und der Schweiz, einem besonderen Versicherungsvertragsrecht. Wer durch Gewährung von Versicherungsschutz einen Versicherungsvertrag abschließt, betreibt das Versicherungsgeschäft und unterliegt damit als Versicherer besonderen aufsichtsrechtlichen, handelsrechtlichen und gesellschaftsrechtlichen Vorschriften.

Welche Rechtsquellen liegen dem Versicherungsvertrag zugrunde?

Die wichtigsten Rechtsquellen sind das Versicherungsvertragsgesetz die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) Darüber hinaus gelten noch eine Reihe von Rechtsvorschriften, wie das Allgemeine Bürgerliche Gesetzbuch (in Österreich ABGB und in Deutschland BGB), das Handelsgesetzbuch (HGB).

Die Definition der Risiken

Der Versicherungsschutz ist im privaten und beruflichen Bereich ein Grundbedürfnis, das sich allerdings nicht einfach definieren lässt. Um die entsprechenden Maßnahmen treffen zu können, müssen Risken erkannt und drohende Schäden in Zahlen ausgedrückt werden.

Der Einzelne vermag sehr oft nur ungefähr die Gefahren zu erkennen, denen er persönlich, seine Familie oder sein Unternehmen ausgesetzt sind. Und selbst bei guter Abschätzung der Risken ist es nicht leicht, den entsprechenden Versicherungsschutz zu finden.

Versicherungsverträge, die nicht die tatsächlichen Risken abdecken, sorgen nur für einen scheinbaren Schutz, der sich im Schadenfall als wertlos erweist.

Die erste Aufgabe des Versicherungsmaklers besteht in der Einschätzung der Risken und in der Bestimmung der notwendigen Versicherung.

Die beste Versicherung ....
zu den günstigsten Konditionen

Die Versicherungsunternehmen sind mit einer unüberschaubaren Vielfalt von Versicherungen auf dem Markt aktiv. Die Vielfalt bedeutet, dass unter einer Bezeichnung unterschiedliche Risken abgedeckt werden, sodass nur der Experte erkennen kann, welcher Versicherungsschutz tatsächlich geboten wird. Die Vielfalt bedeutet auch, dass die unterschiedlichsten Preise genannt werden, ohne dass auch die dazugehörige Leistung leicht zu erkennen ist.

Der Versicherungsmakler, der den Bedarf seines Kunden bestimmt hat, wählt aus den zahlreichen Varianten die günstigste aus. Allerdings ist günstig nicht gleichbedeutend mit billig. Entscheidend ist, dass das Preis Leistungsverhältnis stimmt, dass der Kunde den bestmöglichen Versicherungsschutz für die niedrigstmögliche Prämie erhält.

Der Makler vertritt somit die Interessen seines Kunden gegenüber den Versicherungsunternehmen. Solide Versicherungsgesellschaften wissen die Arbeit des Maklers zu schätzen, der dafür sorgt, dass beim Versicherten und Versicherer Klarheit über den Versicherungsvertrag herrscht, über das Ausmaß der Deckung und die Höhe der Prämie.

Spitzenleistung ohne Mehrkosten

Der Versicherungsmakler bietet Spitzenleistungen ohne Mehrkosten. Eine derartige Behauptung klingt wenig glaubwürdig. Der Kostenvorteil für den Versicherten ergibt sich allerdings aus der Besonderheit der Versicherungswirtschaft. In den Prämien sind Provisionen auf jeden Fall einkalkuliert, wie auch immer der Abschluss eines Versicherungsvertrages zustande kommt. Die Provisionen fallen an, gleichgültig, ob beispielsweise der Abschluss über den Vertreter einer bestimmten Gesellschaft

erfolgt, der naturgemäß nur die Angebote seines Unternehmens vertreibt, oder über einen Makler, der aus der Vielfalt des Marktes die günstigsten Varianten auswählt.

Aus den Provisionen deckt der Versicherungsmakler seine Kosten. Somit können tatsächlich Spitzenleistungen ohne Mehrkosten erbracht werden. Die Definition der Risken, der beste Versicherungsschutz zu den günstigsten Konditionen und die Betreuung der Versicherten bei der Abwicklung der Schadenfälle bedeuten also keine zusätzliche Belastung für die Versicherten.

Der Versicherungsmakler bürgt ....
für Qualität

Der Versicherungsmakler muss bestimmte Voraussetzung erfüllen. Die Tätigkeit des Maklers stellt ein Gewerbe dar, das man nur mit dem erforderlichen Befähigungsnachweis ausüben darf, der aufgrund einer offiziellen Prüfung erteilt wird.

Allerdings: Die Vermittlung eines Versicherungsvertrages zwischen einem Kunden und einem Versicherungsunternehmen ist an keine besonderen Bedingungen gebunden. Somit tritt oft der Fall ein, dass die Versicherten zwar die gleichen Kosten wie bei einem Makler haben, aber keine qualifizierte Betreuung genießen.

Die Unterstützung ...
bei der Abwicklung eines Schadens

Die Bewährungsprobe für einen Versicherungsvertrag ist immer der Schadenfall. Der Schadenfall ist aber auch die Bewährungsprobe für den Versicherungsmakler.

Der Versicherungsmakler stellt sich dieser Bewährungsprobe: Er ist im Schadenfall der Betreuer der Versicherten, genau wie beim Abschluss der Versicherung.

Der Makler übernimmt die gesamte Abwicklung des Schadens, sodass der Versicherte sich nicht mit dem Versicherungsunternehmen auseinandersetzen muss. Der Schaden wird dem Makler mitgeteilt, der die Meldung an die Versicherungsgesellschaft vornimmt und sich um die weitere Abwicklung kümmert.

Die Feststellung des Schadens und die Vereinbarung über die Höhe der Entschädigung kann der Makler als Versicherungsexperte besser besorgen als der Kunde. In vielen Fällen wird es darum gehen, eine rasche Akontierung durchzusetzen, um die unmittelbaren Folgen eines Schadens zu beheben und beispielsweise die Arbeit eines Betriebes sicherzustellen.

Der Makler vertritt die Interessen des Kunden gegenüber der Versicherungsgesellschaft und sichert eine maximale Leistung.

Im Schadensfall

Grundsätzlich hat der Versicherer seine Leistung zu erbringen, sobald feststeht, dass der Versicherungsfall tatsächlich eingetreten ist und in welchem Umfang der Versicherer leistungspflichtig ist.

Unabhängig davon besteht die Möglichkeit, sollten die Erhebungen länger als einen Monat dauern, eine Abschlagszahlung - gewissermaßen als Akonto - zu verlangen. Voraussetzung dafür ist, dass die Leistungspflicht dem Grunde nach besteht und nur mehr die Höhe der Summe strittig ist. Die Abschlagszahlung kann maximal jenen Betrag erreichen, der bereits außer Streit steht. Wenn also bei einem Diebstahl aus Ihrer Wohnung ein wertvolles Schmuckstück gestohlen wird, der genaue Wert aber erst durch einen Sachverständigen ermittelt werden muss, so hat der Versicherer auf Ihren Antrag hin jedenfalls vorerst einmal jene Summe zu bezahlen, die das Schmuckstück mindestens wert ist.

Wie wird der Schaden bei der Versicherung gemeldet?

Ist ein Schadensfall aufgetreten, so ist dieser unverzüglich der Versicherung zu melden. Geht der Schaden auf eine strafbare Handlung zurück (z.B. Diebstahl oder Einbruch), dann ist diese Handlung bei der Polizei anzuzeigen, denn später muss die Anzeige gegenüber der Versicherung nachgewiesen werden!

Sie sind in jedem Fall verpflichtet eine Begrenzung des Schadens anzustreben. Geben Sie gegenüber der Versicherung die wahre Schadenshöhe an und reichen Sie gegebenenfalls die notwendigen Belege ein. Beachten Sie: Kann Ihnen die Versicherung nachweisen, dass Sie vorsätzlich eine überhöhte Schadenshöhe angegeben haben, wird die Versicherung von jeglicher Leistung freigestellt.

Wovon hängt die Schadensleistung ab?

Zwischen Versicherungsunternehmen und Versichertem gibt es häufig Unstimmigkeiten in Bezug auf die Höhe der Schadensleistung. Dabei können insbesondere folgende Probleme auftreten:

Die Versicherung erkennt Schäden nicht an, da Sie angeblich vom Versicherten nicht belegt werden können.

Schäden werden nicht ersetzt, weil Sie laut Versicherung nicht vom Versicherungsvertrag umfasst werden.

Die Versicherung setzt die Schadensleistung zu niedrig an, da sie die Schäden anders bewertet als der Versicherte.
Die Versicherung zahlt nicht oder nur teilweise, da Sie dem Versicherten Schuld an der Ursache des Schadens oder der Schadenshöhe unterstellt.

Um solchen Problemen entgegenzutreten, ist es ratsam Belege bezüglich des Schadens (Rechnungen) oder des Schadenshergangs sorgfältig zu sammeln und

möglichst vollständig bei der Versicherung einzureichen. Fertigen Sie für sich - für den Fall des Verlusts der Originalbelege - Kopien an!

Bei einer Autokaskoversicherung wird vielleicht die Zahlung verweigert, weil der Fahrer bei "Rot" eine Ampel überfahren hat oder zu seinem Vordermann einen zu niedrigen Sicherheitsabstand hatte. Hier helfen Ratgeber, in denen Urteile zu Versicherungen abgedruckt sind. Reklamationen von Versicherten, deren Fundiertheit sich mit einem Urteil in einem ähnlich gelagerten Fall belegen lässt, haben immer einen anderen Stellenwert als das vorsichtige Nachfragen.

Der Beruf: Versicherungskaufmann/-frau

Synonyme:
VersicherungsagentIn
VersicherungsangestellteR
Versicherungsfachmann, Versicherungsfachfrau
Versicherungskaufleute
Versicherungskaufmann, Versicherungskauffrau
VersicherungsmaklerIn
VersicherungsvertreterIn

Haupttätigkeit:
Versicherungskaufleute arbeiten in Betrieben der Versicherungswirtschaft in den Bereichen Verwaltung und Organisation, Rechnungswesen, Akquisition und KundInnenberatung, Verwaltung der Versicherungsverträge und Schadenabwicklung.

Beschäftigungsmöglichkeiten:
Versicherungskaufleute werden im Innen- und Außendienst in der Versicherungswirtschaft bei Versicherungsunternehmen, Versicherungsvereinen, bei VersicherungsmaklerInnen, VersicherungsagentInnen und BeraterInnen in Versicherungsangelegenheiten beschäftigt.

Arbeitsumfeld:
Außendienst, Sehr unregelmäßige Arbeitszeiten, Stressbelastung, Ständiger KundInnenkontakt

Aus- und Weiterbildung in Österreich:

BHS - Kaufmännische, wirtschaftliche Berufe:
Handelsakademie für Berufstätige (schiefsemestrig), Handelsakademie für Berufstätige unter Einbeziehung von Formen des Fernunterrichts, Handelsakademie für Weinbau und Agrarmanagement, Handelsakademie für Wirtschaftsinformatik - Digital Business, Handelsakademie mit Arbeitssprache Englisch in berufsbezogenen Gegenständen, Handelsakademie mit Kolloquiensystem, Handelsakademie mit landwirtschaftlichem Zusatzunterricht - AGRAR-HAK, Handelsakademie mit sportlichem Zusatzunterricht - SPORT-HAK, Handelsakademie, Ausbildungsschwerpunkt Controlling und Jahresabschluss, Handelsakademie, Ausbildungsschwerpunkt Informationstechnologie, Handelsakademie,

Ausbildungsschwerpunkt Internet-Marketing, Handelsakademie, Ausbildungsschwerpunkt Kommunikations-, Informations- und Datentechnik, Handelsakademie, Ausbildungsschwerpunkt Marketing und internationale Geschäftstätigkeit, Handelsakademie, Ausbildungsschwerpunkt Medien und Journalismus, Handelsakademie, Ausbildungsschwerpunkt Total Quality Management (Arbeitssprache Englisch), Handelsakademie, Ausbildungsschwerpunkt Unternehmensgründung und Unternehmensführung, Handelsakademie, Ausbildungsschwerpunkt Wirtschaftsinformatik und betriebliche Organisation, Handelsakademie, Ausbildungsschwerpunkt ökologisch orientierte Unternehmensführung, Handelsakademie, Fachrichtung Auhof Business Course, Handelsakademie, Fachrichtung Entrepreneurship (Unternehmensgründung und -führung), Handelsakademie, Fachrichtung Entrepreneurship und Management mit Ausbildungsschwerpunkt Digital Business (Geschäftsfeldkompetenz), Handelsakademie, Fachrichtung EURO (Sprachen), Handelsakademie, Fachrichtung Internationale Wirtschaft, Handelsakademie, Fachrichtung Internationale Wirtschaft und Marketing, Handelsakademie, Fachrichtung Management, Controlling und Bilanzierung, Handelsakademie, Fachrichtung Unternehmensführung und betriebliche Informationswirtschaft, Handelsakademie: Cooperatives Offenes Lernen COOL, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe mit Kolloquiensystem, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Angewandtes Informationsmanagement, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Betriebliches Projektmanagement, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Drei Fremdsprachen und Internationale Wirtschaft, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Dritte lebende Fremdsprache mit Englisch als Arbeitssprache, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Ernährung und Wellness, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Ernährung und Wirtschaft, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Ernährung, Gesundheit und Medizin, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Ernährungs- und Gesundheitsmanagement, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Gesundheit und Freizeitmanagement, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Gesundheit und Wellness, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Gesundheitsmanagement, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Humanmanagement, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt International Relations, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Internationale Kommunikation in der Wirtschaft, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt IT Creativ, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Kommunikations- und Mediendesign, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Kultur und Freizeitmanagement, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Kulturtourismus und Projekt-Management, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Soziales, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Technologie-Wirtschaft-Umwelt, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Umwelt und Freizeitmanagement, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Umwelt und Wirtschaft, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe, Ausbildungsschwerpunkt Vitalmanagement, Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe,

Ausbildungsschwerpunkt Wirtschaftsinformatik, Schulkooperation zwischen Bundeshandelsakademie und Landwirtschaftlicher Fachschule Eisenstadt, Schulkooperation zwischen Bundeshandelsakademie und Landwirtschaftlicher Lehranstalt Imst

BMS - Kaufmännische, wirtschaftliche Berufe:
Handelsschule für Informationstechnologie und Präsentationstechnik, Handelsschule mit Schwerpunkt Angewandte Datenverarbeitung, Handelsschule mit Schwerpunkt Ballsport, Handelsschule mit Schwerpunkt Kommunikation und Organisation, Handelsschule mit Schwerpunkt Office Management, Handelsschule, Fachrichtung Customer Care, Handelsschule, Fachrichtung E-Commerce und Webdesign, Handelsschule, Fachrichtung Informationstechnologie und E-Business, Handelsschule, Fachrichtung Ioffice-Management und Betriebspraxis, Skihandelsschule, Skihandelsschule, Ausbildungsschwerpunkt Alpiner Skilauf, Skihandelsschule, Ausbildungsschwerpunkt Nordischer Skilauf, Skihandelsschule, Ausbildungsschwerpunkt Snowboard

Fachhochschul-Studiengang:
Bank- und Versicherungswirtschaft

Lehre:
Versicherungskaufmann/Versicherungskauffrau

Spezielle Ausbildungslehrgänge:
Facheinschlägiges Kursangebot an Weiterbildungseinrichtungen wie WIFI oder bfi

Universitätsstudium:
Versicherungsmathematik

Fachqualifikationen:
Grundlegende Büroarbeitskenntnisse; insbesondere: Durchführen einfacher Bürotätigkeiten (Ablage, Postverwaltung)
IT-Grundkenntnisse; insbesondere: MS Office, Internet-Kenntnisse
Juristisches Fachwissen; insbesondere: Privatrecht (Handelsrecht, Konsumentenschutzgesetz)
KundInnenbetreuungskenntnisse; insbesondere: Maklerbetreuung
Rechnungswesen-Kenntnisse; insbesondere: Kostenrechnung, Zahlungsverkehr, Buchhaltung (Lohnverrechnung), Controlling- und Finanzplanung (Controlling)
Versicherungskenntnisse; insbesondere: Polizzenausstellung, Schadensbearbeitung, Versicherungsprodukte, Erstellung von Versicherungsangeboten, Risikoanalyse, Sachbearbeitung im Bereich Versicherung, Vertragsverwaltung im Bereich Versicherungen
Vertriebskenntnisse; insbesondere: Angebotserstellung, KundInnenberatung im Vertrieb, Neukundenakquisition

Überfachliche Qualifikationen:

Diskretion
Gutes Auftreten
KundInnenorientierung
Verkaufsstärke

Berufsinformationen:
Berufliche Zukunft - Weiterbildung, Büro / Handel, Berufslexika, AMS-Berufslexikon Band 1 - Lehrberufe, Berufslexika, AMS-Berufslexikon Band 2 - Berufe nach Abschluss berufsbildender Schulen, Jobs mit Zukunft, Handel, Marketing, E-Commerce

Lehrlingsausbildung

Der Weg zum(r) Versicherungskaufmann/-kauffrau

Voraussetzung:
Abschluss des 9. Schuljahres

Dauer:
3 Jahre (für AbsolventInnen bestimmter Schultypen verkürzt sich die Lehrzeit je nach Art der Schule)

Umsetzung im dualen System:
Mit dem dualen System wird eine ideale Kombination von Ausbildung und Praxis, Lernen und Anwenden bis zur vollen Berufstätigkeit erreicht.
Der Lehrling steigt mit dem Lehrvertrag ins Berufsleben ein. Gleichzeitig wird die Weiterbildung in der Berufsschule ermöglicht:

Ausbildung in der Berufsschule:
Es gibt zwei Formen des Berufsschulbesuches:

1. Die ganzjährige Berufsschule:
Der Schulbesuch erfolgt für Versicherungslehrlinge während eines Schuljahres an eineinhalb Tagen pro Woche.

BS Wien für Lehrlinge aus dem Bundesland Wien	Lehrplan Wien
BS Linz für Lehrlinge aus dem Bundesland OÖ	Lehrplan Linz

2. Die lehrgangsmäßige Berufsschule:
Der Unterricht findet für Versicherungslehrlinge in Blockform statt (drei Monate während eines Schuljahres). Die Unterbringung der Lehrlinge erfolgt zumeist in einem der Schule angeschlossenen Internat.

BS St. Johann für die Bundesländer Sbg., Tirol., Vlbg.	Lehrplan St. Johann
BS Feldbach für die Bundesländer Bgld., NÖ., Ktn. und Stmk.	Lehrplan Feldbach

Ausbildung im Betrieb:
Das Berufsbild beschreibt jene Kenntnisse und Fertigkeiten, die unter anderem vom Lehrbetrieb zu vermitteln sind (Verordnung vom 19. Januar 2004).

Lehrabschluss für Erwachsene (2. Bildungsweg)

Zielgruppen:
1. AbsolventInnen verwandter Lehrberufe bzw. bestimmter Schultypen (Verwandte Schiene)

2. Erwachsene ab 18 Jahre mit einer mindestens 2-jährigen Berufspraxis in der Versicherungswirtschaft (Erwachsenenschiene)

Ausbildung:
Die Ausbildung erfolgt entweder betriebsintern oder in Vorbereitungskursen.

Vorbereitungskurse:
1) Durchführung in Wien: BÖV in Kooperation mit WIFI - Wien
2) Durchführung in den anderen Bundesländern: BÖV Landesstellen - bei Bedarf in Zusammenarbeit mit bfis, WiFis und VHS:

bfi - Burgenland	bfi - Kärnten	bfi - Niederösterreich
bfi - Oberösterreich	WIFI - Salzburg	bfi - Salzburg
WIFI - Steiermark	bfi - Tirol	VHS Götzis – Vorarlberg

Prüfung

Prüfung zur/zum Versicherungskauffrau/-kaufmann:

Die Lehrabschlussprüfung (LAP) wird von den Wirtschaftskammern in Kooperation mit der Bildungsakademie durchgeführt. Sie besteht aus zwei Teilen:

1. Theoretische Prüfung

Kaufmännisches Rechnen (schriftlich, Dauer: 90 - max. 120 Minuten)
Wirtschaftskunde (schriftlich, Dauer: 60 - max. 75 Minuten)

2. Praktische Prüfung,
schriftlich:
Büro, Kommunikation und Organisation (Dauer: 60 - max. 75 Minuten)
Versicherungs-Geschäftsfall (Dauer: 75 - max. 90 Minuten)

mündlich:
Nachfragen zu allen Themen von BKO im Zuge des Fachgesprächs (Dauer: mind. 10 Minuten, max. 20 Minuten)
Nachfragen zu allen Themen des schriftlichen Versicherungs-Geschäftsfalls im Zuge des Fachgesprächs (Dauer: mind. 10 Minuten, max. 15 Minuten)
Fachgespräch (Dauer: mind. 10 Minuten, max. 20 Minuten, Verlängerung um 10 Minuten möglich)

„Geprüfte/r Versicherungsfachfrau/-fachmann“

Nach einer Prüfung im Rahmen der BÖV, die nach mindestens 18 Monaten im Beruf absolviert werden kann, erfolgt die Verleihung des Titels "geprüfte/r Versicherungsfachmann/frau". Absolvent/innen der BÖV-Prüfung haben durch ihre Qualifikation jedenfalls einen Startvorteil.

Ausbildung:

Die Ausbildung erfolgt grundsätzlich in den Unternehmen. Daneben bietet die Bildungsakademie Kurse in verschiedenen Bundesländern an.

Vorbereitungskurse:
Die Anmeldung in Wien erfolgt beim WIFI-Wien. Für die Anmeldung in den anderen Bundesländern erhalten Sie die Auskünfte bei den BÖV-Landesstellen.

Skripten:
Für die Kursinhalte hat die Bildungsakademie in Zusammenarbeit mit Experten aus der Versicherungswirtschaft spezielle Skripten entwickelt, die bei der Bildungsakademie bestellt werden können:

Allgemeine Themenbereiche
Lebensversicherung
Krankenversicherung
Unfallversicherung
Sozialversicherung
Steuern
Kfz-Versicherung
Sachversicherung
Allgemeine Haftpflichtversicherung
Rechtsschutzversicherung
Verkauf und Kommunikation
Handel, Gewerbe- und Landwirtschaft

Prüfung:
Die Grundlagen für die BÖV-Prüfung (Außendienst-Prüfung) sind in den Leitlinien und der Prüfungsordnung der Bildungsakademie festgelegt.
Die Prüfungen finden in jedem Quartal in allen Bundesländern zum selben Zeitpunkt statt. Die Prüfung besteht aus einem schriftlichen und einem mündlichen Teil.

Schriftlicher Teil (Single Choice Fragen):
Wissensbereich 1 (WB 1) Recht u. allgemeine Versicherungskunde:
- 25 Fragen, Dauer: 25 Minuten
Wissensbereich 2 (WB 2) Steuer, Sozial- und Personenversicherung:
- 35 Fragen, Dauer: 30 Minuten
Wissensbereich 3 (WB 3) Kfz-, Sach- und Vermögensversicherung, Gewerbe- und Landwirtschaftsversicherung:
- 45 Fragen, Dauer: 40 Minuten
Zwischen den einzelnen Bereichen gibt es eine Pause von 10 Minuten.

Mündlicher (Verkaufspraktischer) Teil:
Ablauf:
Kandidat/in zieht 2 Fallbeispiele (1 Fallbeispiel aus WB 2 mit eingearbeitetem WB 1 und 1 Fallbeispiel aus WB 3 mit eingearbeitetem WB 1)
Muster-Fallbeispiel_Personensparten
Muster-Fallbeispiel_Sachsparten

Form der Prüfung:
Kundengespräch
Vorbereitungszeit: ca. 30 Minuten

Prüfungszeit: ca. 30 Minuten
Prüfer: 3er Kommission (Experten aus der Versicherungsbranche)
Beurteilungskriterien:
Kundenorientierung
Gesprächsverhalten
Fachliche Richtigkeit

Anrechnung:
Versicherungskauffrau/-kaufmann: nur die mündliche Prüfung muss absolviert werden. Akademische/r Versicherungskauffrau/-kaufmann: gänzliche Anrechnung der Prüfung.

Zertifikat:
Nach positiver Ablegung der BÖV-Prüfung (Außendienst-Prüfung) erfolgt die Ausstellung eines Zertifikates. Der/Die Kandidat/in ist nun berechtigt die Berufsbezeichnung „Geprüfte/r Versicherungsfachfrau/-fachmann“ zu verwenden.

Universitätslehrgänge

Die Universitätslehrgänge für Versicherungswirtschaft richten sich grundsätzlich an Personen mit Berufserfahrung oder Branchenkenntnissen in der Versicherungswirtschaft, die eine berufsbegleitende Aus- und Weiterbildung anstreben. Darüber hinaus kann das Angebot auch von nicht berufstätigen Studierenden sowie Maturanten genutzt werden.

Akademische(r) Versicherungskauffrau/-kaufmann
Die dreisemestrigen Universitätslehrgänge für Versicherungswirtschaft werden an der Wirtschaftsuniversität Wien sowie an der Universität Graz und an der Universität Linz durchgeführt.
Die Absolvent/innen der Lehrgänge tragen die Berufsbezeichnung „Akademische(r) Versicherungskaufmann/-kauffrau“.

VersicherungsberaterIn

Was müssen Sie mitbringen, um als Versicherungsberater/in erfolgreich zu sein?

Vielfältig wie die Kunden.
Von ihrem persönlichen und beruflichen Hintergrund sind Versicherungsberater/innen genauso vielfältig wie ihre Kunden. Sie kommen aus allen Lebensbereichen und haben unterschiedliche Ausbildungs- und Karrierewege hinter sich: Arbeiter/innen, Handwerker/innen, Ex-Angestellte, Ex-Selbstständige, Akademiker/innen ... Viele von ihnen sind Quereinsteiger/innen aus anderen Berufen.

Gleiche Chancen.
Frauen haben in diesem Beruf nicht nur die gleichen (Verdienst-)Chancen wie Männer - sie sind sogar besonders gesucht. Näheres dazu erfahren Sie hier.

Zuwanderer/innen benötigt.
Das gleiche gilt für Menschen mit Migrationshintergrund, von denen bereits viele erfolgreich als Versicherungsberater/innen arbeiten, aber noch mehr gebraucht würden.

Lebenserfahrung nützlich.
Als vorteilhaft hat sich auch eine gewisse Lebenserfahrung erwiesen. Das ideale Alter für den Berufseinstieg ist erfahrungsgemäß ca. 25-45 Jahre, wobei es aber kein Alterslimit gibt.

Verkäuferisches Talent.
Ganz wesentlich ist natürlich die Freude am Kontakt mit Menschen und - wie schon an anderer Stelle bemerkt - am Verkaufen.

Weitere Voraussetzungen.
Was Sie sonst noch an Persönlichkeitsmerkmalen mitbringen sollten:

- Fleiß, Erfolgswillen und ein gesundes Maß an Ehrgeiz;
- Eigeninitiative sowie die Fähigkeit zu Eigenorganisation und eigenverantwortlichem Arbeiten;
- Eloquenz und Kommunikationsfähigkeit;
- Ausdauer, Zielstrebigkeit, Durchhaltevermögen - und auch Toleranz gegenüber Misserfolgen;
- Flexibilität, Lernbereitschaft und aktives Herangehen an neue Herausforderungen;
- gutes Allgemeinwissen, Intelligenz und Fähigkeit zu Analyse;
- und nicht zuletzt Seriosität, Engagement und Einfühlungsvermögen.

Solider Charakter. Das hochwertige Produkt "Sicherheit" - und seine Bedeutung für den Kunden - erfordert schließlich einen gefestigten Charakter und ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein.

Was Sie nicht brauchen, sind Vorkenntnisse im Beruf. Versicherungsunternehmen sind auf Quereinsteiger/innen eingestellt und bieten optimale Rahmenbedingungen für den Einstieg neuer Mitarbeiter/innen: eine intensive Betreuung speziell zu Beginn durch Profis, die Sie auf Ihren Anfangsschritten begleiten, Hilfestellung und Unterstützung in Teams gemeinsam mit erfahrenen Kolleg/innen - und natürlich eine fundierte Ausbildung.

Was tun Versicherungsberater/innen eigentlich?

Die Aufgaben von Versicherungsberater/innen sind überaus vielfältig.
Bedarfserhebung.
In der Anfangsphase - speziell bei neuen Kunden - gilt es, die Lebens- und Risikosituation des Betreffenden zu analysieren, um seinen Versicherungsbedarf festzustellen. Da fast jeder Mensch bereits Versicherungen hat, ermitteln Sie den aktuellen Status dieser Verträge sowie fehlende und ggf. überschneidende Abdeckungen. Dabei erkennen und berücksichtigen sie individuelle Wünsche und

Bedürfnisse des Kunden und erarbeiten auf dieser Basis Vorschläge für neue oder bessere Alternativen.

Verkauf.
Sobald der Bedarf feststeht, unterbreiten Sie dem Kunden Ihre Vorschläge und besprechen sie mit ihm. Da die Bedürfnisse der Menschen sehr verschieden sind und die Kunden auch immer höhere Ansprüche an hochwertige Dienstleistungen wie Versicherungsprodukte stellen, gilt es hier, individuelle Wünsche zu berücksichtigen und oft auch kreative Lösungen zu finden, um den Kunden zufrieden zu stellen. Mit Hilfe des Laptops, den Sie immer dabei haben, können Sie Fragen unmittelbar beantworten und flexibel auf den/die Kunden eingehen. Wenn das gut gelingt, folgt darauf in der Regel der Vertragsabschluss.

Betreuung.
Der Begriff "Abschluss" bedeutet hier jedoch keinesfalls das Ende Ihrer Bemühungen - im Gegenteil: Jetzt beginnt die laufende Betreuung. Sie unterstützen Ihre Kunden im Schadensfall, aktualisieren bestehende Verträge und pflegen regelmäßigen Kontakt zu Ihren Kunden, um sicherzustellen, dass sie rundum gut versorgt sind und bleiben. Oder, anders formuliert: Versicherungsberater/innen sichern die Existenz ihrer Kunden ab, wahren ihren Besitz und vermehren ihr Vermögen. Für diese wertvolle Dienstleistung revanchieren zufriedene Kunden sich bei Ihnen mit neuen Abschlüssen und - nicht zuletzt - mit Weiterempfehlungen.

Durch die laufende Betreuung - persönlich, unaufdringlich und effektiv - entsteht längerfristig eine dauerhafte Kundenbeziehung: die Geschäftsgrundlage aller erfolgreichen Versicherungsberater/innen. Denn zufriedene Kunden werden auch ihren künftigen Versicherungsbedarf immer wieder bei Ihnen decken, womit Sie sich einen soliden, stetig wachsenden Kundenstock aufbauen können.

Versicherungsmaklerln:

Die Inhalte:
- Allgemeine Rechtskunde und Schadensersatzrecht
- Die Tätigkeit des Versicherungsmaklers
- Grundlagen des VersVG
- Haftpflichtversicherung
- Rechtsschutz
- Risk Management
- Versicherungsvertrag
- Grundlagen der Sachversicherung
- Feuer-, Sturm, Leitungswasser-, Einbruch/Diebstahl- und Glasversicherung
- Haushaltsversicherung
- Vertragsarten
- Kfz-Haftpflichtversicherung
- Kfz-Kaskoversicherung
- Kfz-Insassenversicherung
- Kfz-Rechtsschutzversicherung
- Luftfahrthaftpflichtversicherung
- Bootsversicherung
- Transportversicherung

- Kreditversicherung
- Maschinenbruchbetriebsunterbrechungsversicherung
- Elektronik- und Elektronikbetriebsunterbrechungsversicherung
- Bauwesenversicherung
- Montageversicherung
- Steuer- und Sozialversicherungsrecht
- Lebensversicherung
- Unfall- und Krankenversicherung
- Betriebliche Altersvorsorge
- Betriebsunterbrechungsversicherung für Freiberuflich Tätige

Die TeilnehmerInnen:
- VersicherungsmaklerInnen und deren MitarbeiterInnen
- Personen, die sich auf die Befähigungsnachweisprüfung vorbereiten möchten

Die Gewerbeausübung:
Die Voraussetzungen für die Gewerbeausübung sind in der nachfolgenden Verordnung geregelt.
97. Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit über die Zugangsvoraussetzungen für das verbundene Gewerbe Versicherungsmakler; Berater in Versicherungsangelegenheiten (Versicherungsmakler und -berater-Verordnung).
Auf Grund des § 18 Abs. 1 der Gewerbeordnung 1994, BGBl. Nr. 194, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 111/2002, wird verordnet:

Zugangsvoraussetzungen:
§ 1. (1) Durch die im Folgenden angeführten Belege ist die fachliche Qualifikation zum Antritt des verbundenen Gewerbes der Versicherungsmakler und der Berater in Versicherungsangelegenheiten (§ 94 Z 77 GewO 1994) als erfüllt anzusehen:

1. Zeugnis über die erfolgreich abgelegte Befähigungsprüfung für das unbeschränkte reglementierte Gewerbe der Versicherungsmakler oder

2. Zeugnis über die erfolgreich abgelegte Prüfung für das unbeschränkte reglementierte Gewerbe der Berater in Versicherungsangelegenheiten oder

3. Belege über eine ununterbrochene vierjährige einschlägige Tätigkeit als Selbstständiger oder in leitender Stellung oder

4. Belege über eine ununterbrochene zweijährige einschlägige Tätigkeit als Selbstständiger oder in leitender Stellung und dreijährige einschlägige Tätigkeit als Unselbstständiger oder

5. Belege über eine einjährige einschlägige Tätigkeit als Selbstständiger oder in leitender Stellung, nachdem eine staatlich anerkannte Ausbildung für das Versicherungsmaklergewerbe erfolgreich absolviert wurde.

(2) Die in Abs. 1 Z 3 bis 5 genannten Tätigkeiten müssen Kenntnisse in der Vermittlung oder Beratung sowie der Abwicklung von Sach-, Personen- und Haftpflichtversicherungsverträgen in einem der Befähigungsprüfung entsprechenden ausreichenden Ausmaß mit sich bringen.

(3) Die im Abs. 1 Z 3 bis 5 geregelten Tätigkeiten dürfen vom Zeitpunkt der Gewerbeanmeldung an gerechnet nicht vor mehr als zehn Jahren beendet worden sein.

(4) Eine Tätigkeit in leitender Stellung in einem einschlägigen Unternehmen im Sinne von Abs. 1 Z 3 bis 5 übt aus, wer in dem entsprechenden Tätigkeitsbereich in folgenden Positionen beschäftigt oder mit folgenden Aufgaben betraut war:

1. als Leiter des Unternehmens oder als Leiter einer Zweigniederlassung oder

2. als Stellvertreter des Leiters des Unternehmens oder als Bevollmächtigter, wenn mit dieser Stellung eine Verantwortung verbunden ist, die der des vertretenen Leiters des Unternehmens entspricht, oder

3. bei einem Versicherungsunternehmen mit Aufgaben der Anleitung oder Überwachung von Versicherungsagenten.

(5) Staatlich anerkannte Ausbildungen im Sinne von Abs. 1 Z 5 sind die Folgenden: rechts-, sozial- oder wirtschaftswissenschaftliche Studienrichtungen; Lehrgang für den akademisch geprüften Versicherungskaufmann oder sonstiger facheinschlägiger Universitätslehrgang; Lehrabschlussprüfung im Lehrberuf Versicherungskaufmann; andere als die genannten Schulen und Ausbildungen, durch die die Lehrabschlussprüfung

in diesem Lehrberuf nach den Vorschriften des Berufsausbildungsgesetzes, BGBl.

Nr. 142/1969, ersetzt wird; sonstige staatlich anerkannte Ausbildungen mit gleichwertiger Schwerpunktsetzung.

<u>Die Befähigungsprüfung:</u>
Die Befähigungsprüfung besteht aus 3 Modulen:

- Modul 1: Mündliche Prüfung in Fachkunde, Spartenkunde und Rechtskunde
- Modul 2: Ausbilderprüfung (entfällt bei erfolgreich abgelegter Unternehmerprüfung oder absolviertem Ausbildertraining, Kursnr. 0110).
- Modul 3: Unternehmerprüfung (unterschiedliche Befreiungsgründe, zB Absolvierung bestimmter Ausbildungen und Schulen)

Einzige Voraussetzung für den Prüfungsantritt ist die Vollendung des 18. Lebensjahres.

<u>Die Unternehmerprüfung:</u>
Einzige Voraussetzung für den Prüfungsantritt ist die Vollendung des 18. Lebensjahres.

Entfall des Prüfungsteiles Unternehmerprüfung (mit 1.4.2004):
Der Prüfungsteil Unternehmerprüfung entfällt bei Nachweis folgender Voraussetzungen:
1. Erfolgreich abgelegte Prüfungen:
    - Unternehmerprüfung als Einzelprüfung

- Prüfungsteil Unternehmerprüfung im Rahmen einer Meisterprüfung oder einer Prüfung zum Nachweis der Befähigung für ein gebundenes Gewerbe oder für ein reglementiertes Gewerbe
- Kaufmännisch-rechtskundlicher Teil im Rahmen einer Meisterprüfung
- Eine dem land- und forstwirtschaftlichen Berufsausbildungsgesetz entsprechende Meisterprüfung
- Bis zum Ablauf des 30. Juni 1993 im Rahmen der Erbringung des Befähigungsnachweises für ein konzessioniertes Gewerbe oder bis zum Ablauf des 30. Juni 1993 oder nach diesem Zeitpunkt im Rahmen der Erbringung des Befähigungsnachweises für ein gebundenes Gewerbe oder für ein nicht als Handwerk eingestuftes reglementiertes Gewerbe oder ein konzessioniertes Verkehrsgewerbe auf andere Art als durch die erfolgreiche Ablegung des Prüfungsteiles Unternehmerprüfung nachgewiesene unternehmerische Kenntnisse in vergleichbarem Umfang
- Lehrabschlussprüfung in einem kaufmännischen Lehrberuf

2. Eine ununterbrochene dreijährige Tätigkeit als Selbständiger oder in kaufmännisch leitender Stellung in einem Unternehmen

3. Erfolgreicher Abschluss einer der nachfolgenden Schulen, Ausbildungen oder Lehrgänge:

- Handelsakademie sowie deren Sonderformen
- Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe und deren Sonderformen
- Höhere technische und gewerbliche Lehranstalten sowie deren Sonderformen
- Berufsbildende höhere Schulen einschließlich der höheren land- und forstwirtschaftlichen Lehranstalten, sofern nachgewiesen wird, dass Unterricht im Ausmaß von mindestens 160 Unterrichtseinheiten in den Themenbereichen erteilt wurde, die Gegenstand der Unternehmerprüfung sind
- Dem Schulorganisationsgesetz unterliegende Speziallehrgänge, sofern durch Zeugnis nachgewiesen wird, dass Unterricht im Ausmaß von mindestens 160 Unterrichtseinheiten in den Themenbereichen erteilt wurde, die Gegenstand der Unternehmerprüfung sind
- Dreijährige Handelsschule oder eine mindestens dreijährige Privatschule mit Öffentlichkeitsrecht, in der eine der Handelsschule entsprechende betriebswirtschaftlich-kaufmännische Ausbildung vermittelt wird
- Dreijährige Fachschule für wirtschaftliche Berufe
- Hotelfachschule, Gastgewerbefachschule und Tourismusfachschule
- Hotelfachlehrgang für Erwachsene der Salzburger Tourismusschule Bischofshofen
- Mindestens dreijährige gewerbliche, technische und kunstgewerbliche Fachschulen
- Mindestens dreijährige berufsbildende mittlere Schulen einschließlich der mindestens dreijährigen land- und forstwirtschaftlichen Fachschulen, sofern nachgewiesen wird, dass Unterricht im Ausmaß von mindestens 160 Unterrichtseinheiten in den Themenbereichen erteilt wurde, die Gegenstand der Unternehmerprüfung sind
- Werkmeisterschulen oder Bauhandwerkerschulen, sofern durch Zeugnis nachgewiesen wird, dass Unterricht im Ausmaß von mindestens 160

Unterrichtseinheiten in den Themenbereichen erteilt wurde, die Gegenstand der Unternehmerprüfung sind oder ein Zusatzlehrgang im Ausmaß von mindestens 80 Stunden erfolgreich besucht wurde, in dem die zur selbständigen Ausübung eines Gewerbes notwendigen unternehmerischen Kenntnisse vermittelt werden
- Fachakademie, sofern durch Zeugnis nachgewiesen wird, dass Unterricht im Ausmaß von mindestens 160 Unterrichtseinheiten in den Themenbereichen erteilt wurde, die Gegenstand der Unternehmerprüfung sind
- Meisterschule oder Meisterklasse, sofern durch Zeugnis nachgewiesen wird, dass Unterricht im Ausmaß von mindestens 160 Unterrichtseinheiten in den Themenbereichen erteilt wurde, die Gegenstand der Unternehmerprüfung sind
- Betriebswirtschaftliche Intensivlehrgänge der Wirtschaftsförderungsinstitute der Wirtschaftskammern
- Unternehmerführerschein
- Universitätslehrgänge und Lehrgänge universitären Charakters (siehe Pkt. 4)

4. Erfolgreicher Abschluss einer der folgenden Studienrichtungen an einer inländischen Universität:

- Hochschule für Welthandel in Wien
- Studienversuch Angewandte Betriebswirtschaft
- Studienrichtung Betriebswirtschaft
- Studienrichtung Handelswissenschaft,
- Studienversuch Internationale Betriebswirtschaft
- Studienrichtung Volkswirtschaft
- Studienrichtung Wirtschaftsinformatik
- Studienrichtung Wirtschaftspädagogik
- Studienrichtung Rechtswissenschaften
- Aufbaustudium Betriebs-, Rechts- und Wirtschaftswissenschaften
- Ingenieurwissenschaftliche oder naturwissenschaftliche Studienrichtung, sofern durch Zeugnis nachgewiesen wird, dass Unterricht im Ausmaß von mindestens 160 Unterrichtseinheiten in den Themenbereichen erteilt wurde, die Gegenstand der Unternehmerprüfung sind,
- Universitätslehrgänge und Lehrgänge universitären Charakters, sofern durch Zeugnis nachgewiesen wird, dass Unterricht im Ausmaß von mindestens 160 Unterrichtseinheiten in den Themenbereichen erteilt wurde, die Gegenstand der Unternehmerprüfung sind.

5. Erfolgreicher Abschluss eines Fachhochschul-Studiengangs, in dem Lehrinhalte im Ausmaß von mindestens 160 Unterrichtseinheiten in den Themenbereichen vermittelt wurden, die Gegenstand der Unternehmerprüfung sind.

Lernziele des Moduls

Ziel des Moduls zum Versicherungswesen in Österreich, Deutschland und in der Türkei ist ….

Lernziele sind:

- Wissen um die Geschichte des Versicherungswesens in Europa
- Wissen um Aufbau und Abwicklung von Versicherungen
- Wissen um rechtliche Rahmenbedingungen im Versicherungswesen
- Wissen um nationale und europäische Regelungen
- Wissen um Verbraucherschutz und Konsumentenrechte im Versicherungswesen
- Wortschatz Deutsch-Türkisch zum Versicherungswesen.

Die Lernziele dieses Moduls sind deckungsgleich mit den Lernzielen der in Deutschland und in Österreich bestehenden Rahmencurricula und den in den begleitenden Lehrmaterialien enthaltenen Abschnitten zur Geschichte und zum Aufbau des Versicherungswesens in beiden Ländern. Neu ist bei diesem Modul die Ergänzung um die Regelungen und Strukturen in der Türkei. Der Versicherungsmarkt in der Türkei wurde und wird sehr stark durch europäische Unternehmen geprägt. Migration und Mobilität der Kunden führten zudem zu einer starken Angleichung von Versicherungsprodukten an EU-Vorgaben in der Türkei. Lernziel ist, dass die Auszubildenden die geschichtlichen, strukturellen und kulturellen Grundlagen des Versicherungswesens in seiner nationalen und europäischen Tradition erlernen und verstehen.

Zeitplan

Dieses Modul besteht aus einer Lerneinheit von 90 Minuten Dauer. Das Modul kann wiederholt und im Abschnitt der Übungen variiert werden.

Dauer in Minuten	Lerninhalt	Material
1-2	Begrüßung in deutscher und türkischer Sprache	
3-8	Einleitung in das Thema Versicherungswesen in deutscher Sprache	- Informationsmaterial für Ausbilder in dieser Lerneinheit
9-13	Einleitung in das Thema Versicherungswesen in türkischer Sprache	- Informationsmaterial für Ausbilder in dieser Lerneinheit
14-20	Erläuterung der inhaltlichen Details zum Versicherungswesen in deutscher Sprache	- Informationsmaterial für Ausbilder in dieser Lerneinheit
21-28	Erläuterung der inhaltlichen Details zum Versicherungswesen in türkischer Sprache	- Informationsmaterial für Ausbilder in dieser Lerneinheit
29-40	Fragen und Antworten jeweils in deutscher und türkischer Sprache	
41-60	Übungen am Fallbeispiel in deutscher Sprache	- Gruppenarbeit oder Einzelarbeit
61-75	Übungen am Fallbeispiel in türkischer Sprache	- Gruppenarbeit oder Einzelarbeit
76-80	Besprechen der Übungsergebnisse in EINER Sprache (Auswahl durch Ausbilder)	
81-90	Kurze Abschlussdiskussion, Bewertung, Zusammenfassung (in EINER Sprache, Auswahl durch Ausbilder)	

Anhang 1: Bundesgesetzesblatt Versicherungskaufmann/frau

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2004 **Ausgegeben am 16. Jänner 2004** **Teil II**

15. Verordnung: Erlassung der Ausbildungsvorschriften für den Lehrberuf Versicherungskaufmann/Versicherungskauffrau

15. Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit, mit der Ausbildungsvorschriften für den Lehrberuf Versicherungskaufmann/Versicherungskauffrau erlassen werden

Auf Grund des § 8 des Berufsausbildungsgesetzes, BGBl. Nr. 142/1969, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 79/2003, wird verordnet:

Lehrberuf Versicherungskaufmann/Versicherungskauffrau

§ 1. Der Lehrberuf Versicherungskaufmann/Versicherungskauffrau ist mit einer Lehrzeit von drei Jahren eingerichtet.

Berufsprofil

§ 2. Durch die Berufsausbildung im Lehrbetrieb und in der Berufsschule soll der ausgebildete Lehrling befähigt werden, die nachfolgenden Tätigkeiten fachgerecht, selbstständig und eigenverantwortlich auszuführen:

1. Kunden in Versicherungsangelegenheiten beraten und betreuen,
2. Arbeiten im Zusammenhang mit Mahnung, Klage und Inkasso durchführen,
3. an der Schadenaufnahme und Schadenprüfung mitwirken, Arbeiten in der Schadensabwicklung durchführen,
4. bei der Antragsannahme, -bearbeitung und Polizzenerstellung mitwirken,
5. Offerte ausarbeiten und berechnen,
6. Reklamationen bearbeiten,
7. Administrative Arbeiten mit Hilfe der betrieblichen Informations- und Kommunikationssysteme durchführen,
8. an der betrieblichen Buchführung und Kostenrechnung mitwirken,
9. Statistiken, Dateien und Karteien anlegen, warten und auswerten.

Berufsbild

§ 3. (1) Für die Ausbildung wird folgendes Berufsbild festgelegt. Die angeführten Fertigkeiten und Kenntnisse sind spätestens in dem jeweils angeführten Lehrjahr beginnend derart zu vermitteln, dass der Lehrling zur Ausübung qualifizierter Tätigkeiten im Sinne des Berufsprofils befähigt wird, die insbesondere selbstständiges Planen, Durchführen, Kontrollieren und Optimieren einschließt.

Pos.	1. Lehrjahr	2. Lehrjahr	3. Lehrjahr
1		**Der Lehrbetrieb**	

1.1	**Wirtschaftliche Stellung des Lehrbetriebes**	
1.1.1	Grundkenntnisse über die Organisation, die Kommunikation, die Aufgaben und das Leistungsangebot, die sich aus der Stellung des Betriebes im jeweiligen Wirtschaftsbereich ergeben	Kenntnis der Organisation, der Kommunikation, der Aufgaben und des Leistungsangebotes, die sich aus der Stellung des Betriebes im jeweiligen Wirtschaftsbereich ergeben

www.ris.bka.gv.at

Pos.	1. Lehrjahr	2. Lehrjahr	3. Lehrjahr
1.1.2	Grundkenntnisse über die Branchenstellung und ihre Beziehungen zur übrigen Wirtschaft	–	–
1.1.3	–	Kenntnis der Marktposition, der betriebsspezifischen Kontakte zu den jeweiligen Auftraggebern, Auftragnehmern, Kunden, Parteien, Patienten oder Klienten und deren Verhalten	
1.1.4	–	Kenntnis der für den Betrieb maßgeblichen Standorteinflüsse und des Kundenverhaltens	
1.1.5	–	Kenntnis der Rechtsform und Grundkenntnisse über die spezifischen Rechtsvorschriften, sowie über die sich daraus ergebenden Aufgaben des Lehrbetriebs	
1.2	**Einrichtungen, Arbeitssicherheit, Unfallverhütung und Umweltschutz**		
1.2.1	Kenntnis und funktionsgerechte Anwendung der betrieblichen Einrichtungen und der technischen Betriebsmittel und Hilfsmittel		
1.2.2	Kenntnis der Unfallgefahren, über Erste-Hilfe-Maßnahmen, sowie der einschlägigen Sicherheitsvorschriften und der sonstigen in Betracht kommenden Vorschriften zum Schutze des Lebens und der Gesundheit		
1.2.3	Grundkenntnisse der behördlichen Aufsichtsorgane, Sozialversicherungen und Interessenvertretungen, sowie der aushangpflichtigen arbeitsrechtlichen Vorschriften		
1.2.4	Kenntnis der ergonomischen Gestaltung des Arbeitsplatzes		
1.2.5	Kenntnis der Vermeidung, umweltgerechten Trennung und Entsorgung von im Betrieb anfallenden Abfall- und Reststoffen		
1.2.6	Kenntnis und Anwendung der betrieblichen Vorschriften über Hygiene und Brandverhütung	–	–
1.3	**Ausbildung im dualen System**		
1.3.1	Kenntnis der sich aus dem Lehrvertrag ergebenden Verpflichtungen (§§ 9 und 10 des Berufsausbildungsgesetzes)		
1.3.2	Kenntnis über Inhalt und Ziel der Ausbildung sowie über wesentliche einschlägige Weiterbildungsmöglichkeiten		
2	**Verwaltung, Organisation, Kommunikation und EDV**		
2.1	**Verwaltung**		
2.1.1	Kenntnis des organisatorischen Aufbaus, der Aufgaben, Zuständigkeiten und Zusammenhänge der einzelnen Betriebsbereiche und der Beziehungen zu außerbetrieblichen einschlägigen Unternehmen		
2.1.2	Kenntnis der betrieblichen Arbeitsabläufe		
2.1.3	Anlegen, Führen und Archivieren von Dateien, Statistiken, Karteien und Akten		
2.1.4	–	Auswerten von betriebsspezifischen Statistiken und Berichten und entscheidungsorientierte Bewertung der Ergebnisse	
2.2	**Organisation und Qualität**		
2.2.1	Fach- und funktionsgerechte Verwendung und Pflege der betrieblichen, bürotechnischen Organisations-, Arbeits- und Kommunikationsmittel		
2.2.2	–	–	Kenntnis der Risken, die sich aus dem Arbeitsumfeld ergeben, deren Versicherungsmöglichkeiten sowie Verhalten im Schadensfall
2.2.3	–	Kenntnis der betriebsüblichen Behandlung und des Verhaltens bei Reklamationen oder Beschwerden	Mitwirken beim Behandeln von Reklamationen oder Beschwerden
2.2.4	–	Grundkenntnisse über das Leistungsangebot von Bahn, Post, anderen Verkehrsträgern und Kommunikationseinrichtungen	
2.2.5	Administration und Organisation von Terminen und/oder Dienstreisen sowie Vor- und Nachbereiten von Verhandlungen und Besprechungen		

Pos.	1. Lehrjahr	2. Lehrjahr	3. Lehrjahr
2.2.6	Grundkenntnisse des Qualitätswesens	Kenntnis des betriebsüblichen Qualitätsmanagements	
2.2.7	Kenntnis über Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung		–
2.3	**Kommunikation**		
2.3.1	Schreiben nach konkreter Vorgabe und allgemeinen Angaben, Schreiben von Standardbriefen		
2.3.2	Arbeiten mit Formularen und Vordrucken		
2.3.3	Sprach- und fachgerechte Ausdrucksweise (deutsch- und fremdsprachig)		
2.3.4	Führen von zielgerichteten Gesprächen (deutsch- und fremdsprachig)		
2.3.5	Kunden-, Patienten- und mitarbeiterorientierte Kommunikation		
2.3.6	Kenntnis des fachgerechten Verhaltens gegenüber Auftraggebern, Auftragnehmern, Kunden, Parteien, Klienten oder Lieferanten		
2.3.7	Einschlägige Schriftverkehrsarbeiten, Arbeiten bei Postein- und –ausgang, Ablage, Evidenz und Registratur		
2.3.8	–	Kenntnis der facheinschlägigen fremdsprachigen Fachausdrücke	
2.3.9	–	Grundkenntnisse über die branchen- und betriebsüblichen Mittel und Möglichkeiten von Marketing, Werbung und Öffentlichkeitsarbeit	Kenntnis der branchen- und betriebsüblichen Mittel und Möglichkeiten von Marketing, Werbung und Öffentlichkeitsarbeit
2.3.10	–	Mitwirken bei der Betreuung und Beratung von Kunden, Klienten, Patienten oder Parteien	
2.4	**EDV**		
2.4.1	Grundkenntnisse über die Struktur der betrieblichen EDV (Anwendung und Aufgabe der EDV in der Betriebsorganisation wie Textverarbeitung, Kalkulation, Bestellwesen, Buchhaltung und Lagerhaltung)	Kenntnis der Struktur der betrieblichen EDV (Anwendung und Aufgabe der EDV in der Betriebsorganisation wie Textverarbeitung, Kalkulation, Bestellwesen, Buchhaltung und Lagerhaltung)	–
2.4.2	–	Kenntnis und Anwendung der betrieblichen Einrichtungen der EDV (Hardware, Software und Betriebssysteme)	
2.4.3	–	Durchführen arbeitsplatzspezifischer EDV-Anwendungen (wie Textverarbeitung, Kalkulation, Internet, e-mail, Buchhaltung, Terminüberwachung und Ablage)	
2.4.4	Grundkenntnisse über den Stand und die Entwicklung neuer arbeitsplatzspezifischer Anwendungen der EDV		
2.4.5	Grundkenntnisse über den Datenschutz		
2.4.6	Erstellen und Warten von Textbausteinen und Adressdateien		
3	**Beschaffung und Angebot (Arbeitsmittel, Material, Waren, Dienstleistungen)**		
3.1		**Beschaffung**	
3.1.1	Grundkenntnisse über die branchen- und betriebsspezifischen Beschaffungsmöglichkeiten und über die Ermittlung des Bedarfs	Kenntnis der branchen- und betriebsspezifischen Beschaffungsmöglichkeiten und der organisatorischen Durchführung der Beschaffung	–
3.1.2	–	–	Mitwirken bei der Ermittlung des Bedarfs
3.1.3	–	Vorbereitung von und Mitwirken bei Bestellungen	Durchführen von Bestellungen
3.1.4	–	Einholen, Bearbeiten und Prüfen von Angeboten, Prüfen von Auftragsbestätigungen	
3.1.5	–	Überwachen der Liefertermine	Maßnahmen bei Lieferverzug
3.2	**Anbot**		
3.2.1	Kenntnis der betrieblichen Leistungen (Waren, Produkte, Dienstleistungen)		
3.2.2	Kenntnis der branchenspezifischen Warenkennzeichnung, Normen und Produktdeklaration und/oder Rahmenbedingungen für die betriebliche Leistung		

www.ris.bka.gv.at

Pos.	1. Lehrjahr	2. Lehrjahr	3. Lehrjahr
3.2.3	–	Mitwirken bei der Erstellung von Anboten und/oder Informationen über die betrieblichen Leistungen	
4	**Betriebliches Rechnungswesen**		
4.1	**Kostenrechnung und Kalkulation**		
4.1.1	–	Grundkenntnisse über die betrieblichen Kosten, deren Beeinflussbarkeit und deren Auswirkung auf die Rentabilität und/oder Effizienz	
4.1.2	–	Grundkenntnisse über die Kostenrechnung, Kalkulation und/oder Budgeterstellung	–
4.1.3	–	Mitwirken bei Kalkulationsarbeiten und/oder Budgeterstellung	
4.2	**Steuern, Abgaben und Lohnverrechnung**		
4.2.1	–	Grundkenntnisse über die betriebsspezifischen Steuern und Abgaben	
4.2.2	–	Grundkenntnisse über die Information der Lohn- und Gehaltsverrechnung	
4.3	**Rechnungswesen**		
4.3.1	Grundkenntnisse über Aufgaben und Funktion des betrieblichen Rechnungswesens	Kenntnis der Aufgaben und Funktion des betrieblichen Rechnungswesens	
4.3.2	–	Grundkenntnisse über rechnergestützte Abläufe im betrieblichen Rechnungswesen	Kenntnis der rechnergestützten Abläufe im betrieblichen Rechnungswesen
4.3.3	–	Grundkenntnisse über Bedeutung und Aufgabe der Inventur und Bestandsaufnahme	
4.3.4	–	Mitarbeit bei der Inventur oder Bestandsaufnahme	
4.3.5	Durchführen von betrieblichen Rechnungsarten, Erfassen, Prüfen und Kontrollieren von Daten		
4.3.6	Vorbereiten von Unterlagen für die Verrechnung		–
4.4	**Zahlungsverkehr**		
4.4.1	Grundkenntnisse über den Zahlungsverkehr mit Lieferanten, Kunden, Behörden, Post, Geld- und Kreditinstituten	Kenntnis des betriebsspezifischen Zahlungsverkehrs mit Lieferanten, Kunden, Behörden, Post, Geld- und Kreditinstituten	
4.4.2	Grundkenntnisse über Kassaführung und Kassabuch	Kenntnis der Kassaführung	
4.4.3	–	–	Mitwirken beim Zahlungsverkehr
4.4.4	–	–	Kenntnis des betriebsüblichen Verfahrens bei Zahlungsverzug, Mahnwesen
4.5	**Buchführung**		
4.5.1	Grundkenntnisse über die betriebliche Buchführung und die betrieblichen Buchungsunterlagen	–	–
4.5.2	Grundkenntnisse über Buchungen und Kontierungen, Durchführen einfacher, einschlägiger Arbeiten	Betriebliche Buchungsarbeiten und Erstellen von Auswertungen und Statistiken	
4.5.3	–	Kenntnis des Einheitskontenrahmens	
5	**Erweiterte Grundkenntnisse**		
5.1	–	–	Kenntnis der betriebsspezifischen Kostenrechnung und Kalkulation
5.2	–	Grundkenntnisse über das Controlling	

Pos.	1. Lehrjahr	2. Lehrjahr	3. Lehrjahr
5.3	–	Kenntnis und Mitwirken im Mahnwesen, Inkasso und Klageverfahren allgemein und spezifisch im Versicherungswesen	
6	**Versicherungswesen**		
6.1	Kenntnis der rechtlichen Grundlagen der Versicherungswirtschaft (wie Gesellschaftsrecht, Handelsrecht, Konsumentenschutz)		–
6.2	Kenntnis des Versicherungsvertragsrechts (VersVG), des Versicherungsaufsichtsrechts (VAG) sowie der anderen versicherungsrechtlichen Grundlagen		
6.3	Kenntnis des Aufbaus von Tarifen und der Tarifgestaltung		
6.4	Überblick über die einzelnen Versicherungssparten		
6.5	Antragsannahme, Bearbeitung und Polizzenerstellung		
6.6	–	–	Grundkenntnisse über Rückversicherung und Mitversicherung
6.7	Kenntnis über das Zusammenwirken von Innen- und Außenorganisation in den verschiedenen Versicherungsbereichen sowie mit anderen Unternehmen der Versicherungswirtschaft		
6.8	Kenntnis und Anwendung einschlägiger fremdsprachiger Fachausdrücke		
6.9	Kenntnis der versicherungsrelevanten Steuern und Abgaben		
6.10	–	Kenntnis der verschiedenen Vertriebsformen und Vertriebsorganisationen	
6.11	–	Kenntnis und Mitwirken beim Verkauf (Akquisition) von Versicherungsverträgen	
6.12	–	Beratung in Versicherungsangelegenheiten	
6.13	–	Ausarbeiten und Berechnen von Offerten	
6.14	–	–	Bestandspflege und Änderungsdienst
6.15	–	–	Auflösen von Versicherungsverträgen
6.16	–	Kenntnis über das Leistungsrecht	
6.17	–	Schadenaufnahme und Schadenprüfung	
6.18	–	–	Schadenabwicklung, Fachgerechtes Verhalten bei unberechtigten Ansprüchen

(2) Bei der Ausbildung in den fachlichen Kenntnissen und Fertigkeiten ist fi unter besonderer Beachtung der betrieblichen Erfordernisse und Vorgaben fi auf die Persönlichkeitsbildung des Lehrlings zu achten, um ihm die für eine Fachkraft erforderlichen Schlüsselqualifikationen bezüglich Sozialkompetenz (wie Offenheit, Teamfähigkeit, Konfliktfähigkeit), Selbstkompetenz (wie Selbsteinschätzung, Selbstvertrauen, Eigenständigkeit, Belastbarkeit), Methodenkompetenz (wie Präsentationsfähigkeit, Rhetorik in deutscher Sprache, Verständigungsfähigkeit in den Grundzügen der englischen Sprache) und Kompetenz für das selbstgesteuerte Lernen (wie Bereitschaft, Kenntnis über Methoden, Fähigkeit zur Auswahl geeigneter Medien und Materialien) zu vermitteln.

In-Kraft-Treten

§ 4. Diese Verordnung tritt mit 1. Jänner 2004 in Kraft.

Übergangsbestimmungen

§ 5. (1) Die Ausbildungsvorschriften für den Lehrberuf Versicherungskaufmann, BGBl. II Nr. 344/1990, treten mit Ablauf des 31. Dezember 2003 außer Kraft.

(2) Lehrlinge, die am 31. Dezember 2003 im Lehrberuf Versicherungskaufmann ausgebildet werden, können entsprechend den in Abs. 1 angeführten Ausbildungsvorschriften weiter ausgebildet werden.

(3) Die Lehrzeiten, die im Lehrberuf Versicherungskaufmann entsprechend den in Abs. 1 angeführten Ausbildungsvorschriften zurückgelegt wurden, sind auf die Lehrzeit im Lehrberuf Versicherungskaufmann/Versicherungskauffrau voll anzurechnen.

Bartenstein

www.ris.bka.gv.at

Anhang 2: Musterbrief Versicherungskündigung

Musterbrief „Kündigung einer Versicherung“

Hans Muster
Glückstraße 1
6020 Innsbruck

Innsbruck, Datum

EINSCHREIBEN
XY Versicherungs-AG
Schicksalstrasse 1
6020 Innsbruck

Betrifft: Kündigung Rechtsschutzversicherung; Polizzennummer: RS 1357 HV

Sehr geehrte Damen und Herren!

Hiermit kündige ich den Versicherungsvertrag zu oben angeführten Polizzennummer zum nächstmöglichen Termin auf.

Ich ersuche Sie um schriftliche Bestätigung dieser Kündigung sowie um Bekanntgabe des genauen Beendigungstermins des Vertrages.

Mit freundlichen Grüßen

Hans Muster (=eigenhändige Unterschrift)

Wichtige Informationen zum Musterbrief

Vorzeitige Kündigung: Verträge die für eine Dauer von mehr als drei Jahren abgeschlossen wurden (z.B. Zehnjahresvertrag) können Konsumenten zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat schriftlich kündigen (§ 8 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz). Aus Beweisgründen sollte die Kündigung mit eingeschriebenem Brief erfolgen.

ACHTUNG: Wird die Versicherung vorzeitig gekündigt, kann der Versicherer einen für die lange Vertragsdauer bei der Prämie gewährten Dauerrabatt zurückfordern.

Vertragsende, Verlängerungsklausel:
Als Grundsatz gilt, dass befristete Verträge durch Zeitablauf enden (z.B. Vertragslaufzeit 1.1.2000-1.1.2010; Vertragende 1.1.2010).
Verlängerungsklausel: Versicherungsbedingungen sehen aber häufig vor, dass sich der Vertrag nach Ablauf automatisch um ein Jahr verlängert, wenn der Konsument nicht binnen einem bzw. drei Monaten vor Ende kündigt. In der Praxis scheitern diese Vertragsverlängerungen aber zumeist an der Schutzbestimmung des § 6/1/2 Konsumentenschutzgesetz. Wenn Sie daher mit der Verlängerung des Vertrages nicht einverstanden sind, aber laut Versicherung „zu spät“ gekündigt haben, fordern Sie von

der Versicherung unter Hinweis auf § 6/1/2 Konsumentenschutzgesetz die Beendigung des Vertrages zum vereinbarten Ablaufszeitpunkt.
Sonderfall Kfz-Haftpflichtversicherung: Bei dieser verlängert sich der Vertrag von Gesetzes wegen um ein weiteres Jahr, wenn Sie ihn nicht unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ende des Versicherungsjahres kündigen.

Unbefristete Verträge können von beiden Teilen unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist aufgekündigt werden. Das Gesetz steckt nur den Rahmen zulässiger Kündigungsvereinbarungen ab. Danach kann jeder Vertragsteil zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist muss zwischen ein und drei Monate betragen. Ein Kündigungsverzicht ist nur für die Dauer von zwei Jahren und nur für beide Vertragspartner gleichermaßen möglich. Für den Konsumenten günstigere Bestimmungen sind zulässig. Gibt es im Vertrag keine Regelung, kann zum Ende jeder Versicherungsperiode mit einmonatiger Frist gekündigt werden. Sonderfall Lebensversicherung: Der Vertrag kann für den Fall der Zahlung laufender Prämien zum Ende jeder Versicherungsperiode (= Versicherungsjahr) gekündigt werden (§ 165 Versicherungsvertragsgesetz).
Tipp: Vor Kündigung Rückkaufswert erfragen.

Rechtzeitigkeit der Kündigung: Die Kündigung muss unter Einhaltung der Kündigungsfrist rechtzeitig beim Versicherer einlangen (rechtzeitiges Absenden der Kündigung reicht daher nicht aus).

Weitere Kündigungsrechte: Neben weiteren gesetzlichen Kündigungsrechten gibt es insbesondere auch vertragliche Kündigungsrechte, die Sie Ihren Versicherungsbedingungen entnehmen können.

Anhang 3: Glossar

Glossar

Hier finden Sie die wichtigsten Fachbegriffe leicht erklärt.

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

A

Abgegrenzte Prämien
Verrechnete Prämien, gekürzt um den Prämienübertrag am Schluss des Geschäftsjahres, vermehrt um den Prämienübertrag zu Beginn des Geschäftsjahres unter Berücksichtigung von Stornorückstellungen bzw. Aktivposten für noch nicht verrechnete Prämien.

AIDA (Association Internationale de Droit des Assurances)
1960 gegründete Internationale Vereinigung für Versicherungsrecht. Zweck: Entwicklung und Förderung der internationalen Zusammenarbeit im Bereich des Rechts der Versicherung jeder Art und jeden Charakters. Die Vereinigung veranstaltet in einem regelmäßigen Turnus von vier Jahren Weltkongresse mit Referaten und Diskussionen zu international bedeutsamen Themen.

AISAM (Association Internationale des Sociétés d'Assurance Mutuelle)
Internationale Vereinigung der Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit mit Sitz in Paris.

Assekuranz
Traditioneller Ausdruck für Versicherungswirtschaft (Individualversicherung).

Assistance
Assistance ist eine aus Frankreich stammende Dienstleistung, deren Hauptziel es ist, dem Kunden in Notsituationen rund um die Uhr rasch und unbürokratisch, ohne Rücksicht auf Wochenende oder Feiertage zu helfen (z.B. medizinische
Hilfsdienste, Hilfestellung bei Verlust oder Diebstahl von Reisedokumenten, etc.).

B

Baukostenindex/Teilindex Baumeisterarbeiten
Der Index der Baumeisterarbeiten (ÖSTAT), der auch als Baukostenindex (OeNB) bezeichnet wird, ergibt sich aus der Summe der Aufwendungen für Arbeit und für Baustoffe inklusive MwSt für eine 50 m2 Einheit eines Wohnungsrohbaues für
Wien mit einem umbauten Raum von 300 m3. Er wird von der Bundesinnung Baugewerbe erstellt (1945 = 100,0) und trägt auch den Namen "Maculan-Index". 1991 erfolgte eine Modifizierung und Umbasierung des "Maculan-Index" auf
Basis 1990 = 100,0. Um die Kontinuität zu wahren, wurde an der Systematik der Indexberechnung, das heißt der Errechnung des Indexwertes "Baumeister" bzw. "Gesamtbau", prinzipiell festgehalten. Um den Vergleich mit anderen
Preisindizes zu erleichtern, wird er im Statistikteil auf Basis 1986 = 100,0, ab dem Jahr 2001 auf Basis 2000 = 100,0 wiedergegeben.

Begünstigte Person oder Bezugsberechtigte Person
Diese Person erhält im Rahmen der Lebensversicherung die Versicherungssumme bei Ableben des Versicherungsnehmers.

Besitzwechselkündigung
Bei einem Hausverkauf werden zunächst die dafür abgeschlossenen Versicherungen vom Hauskäufer übernommen. Dieser hat nun die Möglichkeit, die Versicherung zu kündigen (=Besitzwechselkündigung). Die Kündigung muss innerhalb eines
Monats ab Kauf schriftlich an den Versicherer geschickt werden. Auch das Versicherungsunternehmen kann bei einem Besitzwechsel von ihrem Kündigungsrecht Gebrauch machen.

Beteiligungen
Beteiligungen sind Anteile oder Stimmrechte an anderen Unternehmen, die bestimmt sind, dem eigenen Geschäftsbetrieb durch eine dauernde Verbindung zu diesem Unternehmen zu dienen. Dabei ist es unerheblich, ob die Anteile in Wertpapieren verbrieft sind oder nicht. Dies gilt in gleicher Weise für Anteile an Unternehmen, deren wesentlichstes Ziel die Venture-Finanzierung darstellt. Als Beteiligung gelten im Zweifel Anteile an einer Kapitalgesellschaft oder an einer Genossenschaft, deren Nennbeträge insgesamt 25 % des Nennkapitals dieser Gesellschaft erreichen.
Die Beteiligung als persönlich haftender Gesellschafter an einer Personengesellschaft des Handelsrechts gilt stets als Beteiligung; für andere Beteiligungen an Personengesellschaften des Handelsrechts gilt der erste Absatz sinngemäß.

Beteiligungsunternehmen
Beteiligungsunternehmen sind Unternehmen, an denen das bilanzierende Versicherungsunternehmen eine Beteiligung hält oder Unternehmen, die am bilanzierenden Versicherungsunternehmen eine Beteiligung halten (s.a.: Beteiligungen).

Betriebliche Kollektivversicherung
Die "Betriebliche Kollektivversicherung" ist seit September 2005 als Alternative zur Veranlagung bei Pensionskassen möglich und wurde zur Stärkung der "zweiten Säule" eingeführt. Die Betriebliche Kollektivversicherung ist als
Lebensversicherung mit Zinsgarantie eine besonders sichere Form der Altersvorsorge und kann von Betrieben daher besonders gut als weiteres Instrument der Mitarbeitermotivation benützt werden.

Bildungsakademie der Österreichischen Versicherungswirtschaft (BÖV)
Das Bildungsakademie ist satzungsgemäß ein Verein mit Sitz in Wien. Der Tätigkeitsbereich erstreckt sich über das gesamte Bundesgebiet. Die Errichtung von Landesstellen, die Gründung von regionalen und überregionalen Institutionen, Vereinen usw., die eine vergleichbare Zielsetzung haben, ist möglich. Als Geschäftsjahr gilt das Kalenderjahr (§ 1).
Der Zweck des Vereins ist
- Die Aus- und Weiterbildung der in der österreichischen Versicherungswirtschaft tätigen Menschen
- Die Umschulung Erwachsener, die nach anderweitiger Berufsausbildung erst in späteren Lebensjahren in der Versicherungswirtschaft tätig werden möchten
- Die Ausbildung von Fachleuten, die in der Wirtschaft und im Bildungswesen mit Versicherungsfragen befasst sind (§ 2)

Die Mitglieder des Vereines gliedern sich in ordentliche, außerordentliche, korrespondierende und Ehrenmitglieder (§ 4 Z 1; Definition siehe § 4 Z 2 bis Z 6)

Bonus-Malus-System
Bei einem Bonus-Malus-System richtet sich die Prämienbemessung nach dem Schadenverlauf während einer Beobachtungsperiode. Bei Schadenfreiheit sinkt die zu leistende Prämienzahlung stufenweise bis zu einem festgelegten Bruchteil der Tarifprämie; bei Schäden steigt die zu leistende Prämienzahlung nach und nach zu einem festgelegten Vielfachen der Tarifprämie. Zum Bonus-Malus-System siehe auch: § 10 KHVG 1987 (BGBl. 296/1987) und VO d. BMF vom 27.7.1987 (BGBl. 369/88) idF BGBl. 108/1988, sowie Baran, P./Braumüller, P: Die Kraftfahrzeug-
Haftpflichtversicherung. - Wien 1991.- 436 S.

BÖV
Siehe Bildungsakademie der Österreichischen Versicherungswirtschaft

Bruttoinlandsprodukt zu Marktpreisen
Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) umfasst alle im Inland erstellten, zur Endverwendung (privater und öffentlicher Konsum, Lagerveränderung, Brutto-Anlageinvestitionen usw.) bestimmten Güter und Dienstleistungen, gleichgültig, ob von Produzenten mit Sitz im In- oder Ausland erzeugt. Näheres zum Begriff des BIP siehe auch: Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hg.): Österreichs Volkseinkommen 1970-1980. - Wien 1979. (Beiträge zur österreichischen Statistik; Heft 635).

C

Captive Insurance Company
(= "gefangene" Versicherungsgesellschaft). Es handelt sich dabei um ein Versicherungsunternehmen, das im Eigentum oder überwiegenden Eigentum eines Industrieunternehmens oder -konzerns steht und ausschließlich oder überwiegend
dessen Risken deckt. Ursprünglich führten steuerliche Überlegungen zur Schaffung von Captive Insurance Companies in Steueroasenländern. Die Dienstleistungsfreiheit der Versicherungsunternehmen bedeutet einen Anreiz für Captive Insurance Companies von Unternehmen oder Konzernen, die ihrerseits in mehreren Ländern arbeiten.

Comité Européen des Assurances (CEA)
Das CEA ist die Vereinigung der nationalen Versicherungsverbände in Europa mit Sitz in Brüssel.

Die Aufgaben des CEA umfassen
- die Vertretung der europäischen Versicherer
- die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den nationalen Mitgliedsverbänden, usw.

Mitglieder des CEA sind die nationalen Versicherungsverbände. Als neue Mitglieder können die nationalen Versicherungsverbände aus noch nicht im CEA vertretenen Ländern zugelassen werden, wenn sie, in Übereinstimmung mit Art. I der Geschäftsordnung, Versicherungsunternehmen umfassen, die in ihrem Markt in freiem Wettbewerb miteinander arbeiten. Pro Land kann nur ein nationaler Verband zugelassen werden. Link: www.cea.assur.org

D

Dauerrabatt
Für langjährige Versicherungsverträge wird von der Versicherung häufig ein Prämiennachlass gewährt (sog. „Dauerrabatt“). Wird der Vertrag vor der vertraglich vereinbarten Laufzeit gekündigt (Konsumenten haben die Möglichkeit, den Vertrag unabhängig von der vereinbarten Laufzeit nach drei Jahren zu kündigen), muss der vereinbarte Dauerrabatt für die in Anspruch genommenen versicherten Jahre anteilig zurückgezahlt werden.

Deckungsrückstellung
Versicherungstechnische Rückstellung zur Sicherung künftiger Leistungsansprüche in Versicherungszweigen, soweit diese nach Art der Lebensversicherung betrieben werden.

Deckungsstock (Deckungskapital)
In der Höhe des Deckungserfordernisses mit Ausnahme des in der Rückversicherung übernommenen Geschäfts ist ein Deckungsstock zu bilden, der gesondert vom übrigen Vermögen zu verwalten ist (§ 20 Abs. 1 VAG).

Deflator (des Bruttoinlandsprodukts)
Kennziffer zur Inflationsbereinigung. Der Deflator des Bruttoinlandsprodukts ist der implizite Preisindex des Bruttoinlandsprodukts; er repräsentiert daher im Unterschied zum Verbraucherpreisindex alle in Österreich erzeugten Waren. Siehe auch: Reale Größe, Verbraucherpreisindex.

Direktversicherer/direktes Geschäft
Diejenige Versicherungsgesellschaft, welche in einem direkten Vertragsverhältnis zum Versicherungsnehmer steht. Die Unterscheidung folgt aus dem Haftungsverhältnis zwischen Versichertem und Versicherungsunternehmen. Haftet das Versicherungsunternehmen dem Versicherten unmittelbar aus dem abgeschlossenen Versicherungsvertrag (der Polizze), so heißt das Geschäft direkt. Das direkte Geschäft gliedert sich in eigenes und Beteiligungsgeschäft. Dem direkten Geschäft steht das Rückversicherungsgeschäft gegenüber. (Im Gegensatz zu den anderen Statistiken beziehen die Angaben zur Wertschöpfung der Privatversicherungen die zusammengefassten Bilanzen und die zusammengefassten Gewinn- und Verlustrechnungen der Versicherungsunternehmen die Rückversicherung mit ein. Siehe auch: Rückversicherung).

E

EC-Versicherung
Siehe: Extended Coverage

Einbruchdiebstahl
Einbruchdiebstahl liegt dann vor, wenn Täter in die versicherten Räumlichkeiten durch Eindrücken oder Aufbrechen von Türen, Fenstern oder anderen Gebäudeteilen einbricht oder unter Überwindung erschwerender Hindernisse durch Öffnungen, die nicht zum Eintritt bestimmt sind, einsteigt.

Einmalerlag
Besondere Prämienzahlungsart in der Lebensversicherung. Ein (hoher) Betrag wird zu Beginn als Einmalprämie einbezahlt.

Entwicklungsstand der Versicherungswirtschaft
Kennzahlen des versicherungswirtschaftlichen Entwicklungsstandes sind u.a. das Prämienaufkommen in Prozent des Bruttoinlandsprodukts, Prämienaufkommen pro Kopf, aber auch das Verhältnis von Personen- zu Sachversicherungen (Personenversicherung: Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung). Allgemein wird davon ausgegangen, dass mit steigendem Wohlstand, vermehrter wirtschaftlicher Aktivität und fortschreitender Arbeitsteilung der Bedarf an Versicherungsschutz zunimmt. Siehe auch: Versicherungsdichte, Versicherungsdurchdringung

Er- und Ablebensversicherung
Die Er- und Ablebensversicherung bietet zahlreiche Möglichkeiten und gilt als wichtigste Form der Lebensversicherung. Mit der Kombination von Versicherungsschutz und Kapitalaufbau ist für die Zukunft bestens vorgesorgt. Eine Auszahlung der Versicherungssumme erfolgt
- bei Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer oder
- bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Laufzeit an die Hinterbliebenen.

Das Kapital kann dabei monatlich als Pension oder einmalig ausbezahlt werden.

Erstrisikoversicherung (Versicherung auf erstes Risiko)
Wenn bestimmte Gefahren nach dem Vertrag bis zu einer bestimmten Versicherungssumme ohne Rücksicht auf den tatsächlichen Versicherungswert zu entschädigen sind, nennt man dies eine Erstrisikoversicherung. Es gibt keinen Einwand der Unterversicherung.
Versicherung auf Erstes Risiko: Viele Versicherungen bieten fixe Pauschalsummen an, bis zu denen jeder Schaden (bei Einbruchdiebstahl und Beraubung bis zu den angegebenen Wertgrenzen) voll ersetzt wird. Dies, um die Gefahr einer Unter- bzw. Überversicherung zu vermeiden.

Erstversicherer
Siehe: Direktversicherer

Extended Coverage ("EC")
Darunter versteht man die Versicherung zusätzlicher Gefahren (z.B. böswillige Beschädigung, Streik etc.). Zumeist stellt die EC eine Ergänzung zur Feuer- und Feuer-BU-Versicherung für Industrie- und Handelsbetriebe dar.

F

Feuerschutzsteuer
Die Feuerschutzsteuer ist eine spezielle Versicherungssteuer auf Feuerversicherungen für im Inland versicherte Gegenstände. Sie ist eine ausschließliche Landesabgabe, wird jedoch nach § 16 Abs. 1 FAG vom Bund eingehoben und auf die Länder nach § 16 Abs. 2 FAG aufgeteilt.

Finanzmarktaufsicht (FMA)
Die Finanzmarktaufsicht ist die gemeinsame Aufsicht von Banken, Versicherungen und Pensionskassen. Sie ist seit 1.4.2002 eingerichtet.

Fondsgebundene Lebensversicherung
Die Höhe der Leistungen dieser Lebensversicherung hängt in erster Linie von der Wertentwicklung der in einem Fonds zusammengefassten Vermögensanlagen ab. Der Versicherungsnehmer ist gleichermaßen am Gewinn und am Verlust dieser Vermögensanlage beteiligt.

Fremdenverkehrsabgaben
Die Interessentenbeiträge (auch Fremdenverkehrsförderungsbeiträge, Tourismusabgaben, etc. genannt) werden generell von den Unternehmern erhoben, die unmittelbar oder mittelbar Nutzen aus dem Fremdenverkehr ziehen. Die landesrechtlichen Bestimmungen enthalten idR Rechtsvermutungen hinsichtlich des Fremdenverkehrsnutzens bestimmter Berufsgruppen, die jedoch widerlegbar sind. Bemessungsgrundlage ist i.d.R der (auf den Fremdenverkehr zurückzuführende) Umsatz des Betriebes.

G

Garantiezinssatz
Garantierte Verzinsung in der Lebensversicherung, wird von der Finanzmarktaufsicht (FMA) festgelegt (Mindestzinssatz).

Gefahrengemeinschaft
Basis des Versicherungswesens. Eine Gruppe von Personen fühlt sich von gleichartigen Gefahren bedroht und möchte sich vor den Risiken des Eintritts schützen. Die Versicherung übernimmt gegen Bezahlung von Beiträgen die Absicherung dieser Risiken. Die Gemeinschaft wird daher als ein einziger Gefahrenträger organisiert und das finanzielle Risiko auf alle, aufgeteilt.

Generationenvertrag
Der Generationenvertrag ist kein Vertrag im rechtlichen Sinn. Er besagt, dass die aktiv im Berufsleben Stehenden mit ihren Beiträgen für den Unterhalt (=Pensionen) der Rentner sorgen. Sie tun dies im Vertrauen darauf, dass später in gleicher Weise für sie gesorgt wird.

Gewinnbeteiligung
Vertraglich vereinbarte Beteiligung des Versicherungsnehmers am Überschuss des Direktversicherers. Sie setzt voraus, dass der Versicherer in dem betreffenden Versicherungszweig einen Überschuss erzielt hat. Gerade bei kapitalbildenden Versicherungen (Lebensversicherung) ist der Überschuss zu einem guten Teil von den auf den Finanzmärkten erzielbaren Renditen abhängig. Der Versicherungsnehmer hat laut § 18b Abs 1 Z 6 VAG idF der VAG Novelle 1996 das Recht über die Berechnung der Gewinnbeteiligung informiert zu werden.

Geschäft insgesamt
Ein Versicherungsunternehmen kann im Inland (inl. Geschäft) und im Ausland (ausl. Geschäft) zeichnen. Dieses Geschäft kann direktes oder indirektes Geschäft (= Rückversicherung) sein.

Gliedertaxe
In der Unfallversicherung wird der Invaliditätsgrad nach Verlust oder bei Gebrauchunfähigkeit bzw. Einschränkung von Gliedmaßen nach der Gliedertaxe bewertet. Die Gliedertaxe bildet einen Vertragsbestandteil in der privaten Unfallversicherung und ist Bemessungsgrundlage für den Invaliditätsgrad einer Person nach einem Unfall.

Grüne Karte
Das System der Grünen Karte oder offiziell "Internationale Versicherungskarte für den Kraftverkehr" wurde 1949 mit dem "Londoner Abkommen" ins Leben gerufen. Die Grüne Karte bescheinigt bei Auslandsreisen mit dem Kraftfahrzeug Versicherungsschutz in der Haftpflichtversicherung nach den Bestimmungen des jeweiligen Gastlandes. Auf der Rückseite der Grünen Karte sind die Adressen und Telefonnummern aller Grüne Karte Büros angeführt, wobei der Geschädigte sich mit seinen Schadenersatzansprüchen an das Grüne Karte Büro des Unfalllandes wenden kann.
1973 wurde das "Londoner Abkommen" durch das sog. "Kennzeichenabkommen" ergänzt, welches besagt, dass für Kraftfahrzeuge aus den Unterzeichnerländern bei der Einreise in ein anderes Unterzeichnerland keine Grüne Karte mehr erforderlich ist.
Seit dem 01.07.2003 gelten die sog. "Internal Regulations", mit welchem das "Londoner Abkommen" und das "Kennzeichenabkommen" (seit 15.03.1991 "Multilaterales Garantieabkommen") zusammengefasst wurden. Dem System der Grünen Karte gehören derzeit 44 Staaten an, wobei österreichische Fahrzeuge für die Einreise in Staaten der EU, Kroatien, Island, Norwegen, Schweiz und Andorra keine Grüne Karte benötigen. Grundsätzlich wird aber empfohlen, die Grüne Karte mitzuführen und diese ist beim eigenen Kfz-Haftpflichtversicherer erhältlich.

I

IAS
International Accounting Standards – Internationale Rechnungslegungsvorschriften.

IFRS
International Financial Reporting Standards (Internationale Grundsätze zur Finanzberichterstattung). Seit 2002 gilt die Bezeichnung IFRS für das Gesamtkonzept der vom International Accounting Standards

Board verabschiedeten Standards. Bereits verabschiedete Standards werden weiter als International Accounting Standards (IAS) zitiert.

Indirektes Geschäft
Siehe: Rückversicherung

Internationale Versicherungskarte für den Kraftverkehr
Siehe: Grüne Karte

K

Kammerumlagen
Unter Kammerumlagen versteht man von den Mitgliedern der Wirtschaftskammern nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit der Inanspruchnahme eingehobenen Umlagen, welche zur Bedeckung der in den genehmigten Jahresvoranschlägen vorgesehenen und durch sonstige Erträge nicht gedeckten Aufwendungen der Landeskammern und der Bundeskammer dienen (siehe § 122 Abs. 1 Wirtschaftskammergesetz 1998).
Für Versicherungsunternehmen ist das Prämienvolumen des direkten inländischen Geschäftes abzüglich eines Abschlages von 80 vH des Prämienvolumens aus Versicherungsgeschäften im Sinne des § 6 Abs. 1 Z 1 Versicherungssteuergesetz 1953, BGBl. Nr. 133/1953, heranzuziehen. Um die Verhältnismäßigkeit der Inanspruchnahme dieser Kammermitglieder im Vergleich zu anderen Kammermitgliedern zu gewährleisten, darf der für diese Bemessungsgrundlage vom Kammertag der Bundeskammer festzulegende Tausendsatz höchstens 0,55 vT betragen (vgl. § 122 Abs. 2 Z 2 Wirtschaftskammergesetz 1998).

Kapitalversicherung
Versicherung, bei der die Versicherungsleistung zu einem vertraglich festgelegten Zeitpunkt erfolgt.

Konsolidierte Bilanz
Saldierung der Bilanzen von zu einer Unternehmensgruppe oder einer Branche (Wirtschaftszweig) gehörenden Unternehmen. Im Gegensatz dazu: Zusammengefasste Bilanz.

Konsolidierte Erfolgsrechnung
Saldierung der Gewinn- und Verlustrechnungen von zu einer Unternehmensgruppe oder einer Branche (Wirtschaftszweig) gehörenden Unternehmen. Im Gegensatz dazu: Zusammengefasste Gewinn- und Verlustrechnung.

Krankengeldversicherung
Die Krankengeldversicherung hilft bei Arbeitsunfähigkeit. Man erhält für jeden Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit einen vorab vereinbarten Betrag bis zu einer Maximaldauer von 364 Tagen innerhalb von drei Versicherungsjahren.

Krankenhaus-Taggeldversicherung
Bei Abschluss einer Krankenhaus-Taggeldversicherung bekommt man für jeden Tag Krankenhausaufenthalt einen vorher vereinbarten Betrag. Die tatsächlich entstandenen Kosten sind für die Abrechnung nicht relevant.

Kündigung
Kündigung ist eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung und kann vom Versicherungsnehmer und vom Versicherer ausgesprochen werden. Das Ziel ist, den Versicherungsvertrag sofort oder mit Wirkung zu einem bestimmten Zeitpunkt aufzulösen.

Kündigungsfrist
Ist ein bestimmter Zeitraum, der zwischen der Kündigung und dem Ablaufdatum liegen muss. Die Kündigungsfristen betragen in der Regel 3 Monate; in der Kfz-Haftpflichtversicherung immer 1 Monat.

Kulanz
Entgegenkommende Behandlung eines Geschäftspartners aus kaufmännischen Erwägungen, z.B. entgegenkommende Regulierung von Schäden (volle Entschädigung auch bei Unterversicherung, etc.).

Kumulierung, Kumul
Anhäufung von Risken findet statt, wenn Risken statt einander im Portefeuille auszugleichen, gleichzeitig schlagend werden.

L

Leibrente
Eine Leibrente ist eine Zahlung (Rente), die bis zu einem bestimmten Ereignis (üblicherweise dem Tod des Empfängers der Rente) gezahlt wird.

Leistungen
Versicherungsleistungen sind Aufwendungen auf Grund des Eintrittes des Versicherungsfalles (eines Schadens bzw. des Erreichens des Vertragszieles wie z.B. in der Lebensversicherung). Siehe dazu auch: Verordnung des Bundesministers für Finanzen über die Rechnungslegung von Unternehmen der Vertragsversicherung - RLVVU vom 4. Dezember 1992, BGBl. 757/1992 idF der Verordnung vom 7. Februar 1995, BGBl. Nr. 97/1995. Von den Leistungen sind die abgegrenzten Leistungen zu unterscheiden. Das sind jene Aufwendungen für Leistungen, welche dem jeweiligen Rechnungsjahr zuzurechnen sind: also unter Berücksichtigung der Rechnungsabgrenzung für noch nicht erledigte Schäden.
In den Statistiken werden die im direkten inländischen Geschäft erbrachten sowie die abgegrenzten Leistungen aller in Österreich tätigen Versicherungsunternehmen ausgewiesen.

M

Mitversicherung
Beteiligung mehrerer Direktversicherer am gleichen Risiko.

Monatliches Bruttoeinkommen je unselbständig Erwerbstätigem
Es handelt sich dabei um die Brutto-Einkünfte der Arbeiter und Angestellten aus ihrem Arbeitsverhältnis, einschließlich Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung. Familienbeihilfen und die betreffenden Fondsbeiträge gehören nicht dazu.

N

Neuwert
Begriff in der Sachversicherung. Es wird jener Betrag ersetzt, der aufgewendet werden muss, um eine versicherte Sache neu zu beschaffen.

Nichtversicherungstechnische Rechnung
Siehe: Versicherungstechnische Rechnung

O

Obliegenheiten
Bestimmte, festgelegte Pflichten von Versicherungsnehmern gegenüber dem Versicherer. Sie sind zum Teil im Versicherungsvertragsgesetz geregelt, aber auch in den relevanten Versicherungsbedingungen des Versicherungsvertrages genau angeführt.

Österreichische Gesellschaft für Versicherungsfachwissen
Die Gesellschaft hat satzungsgemäß ihren Sitz in Wien (§ 1). Sie hat den Zweck, das Fachwissen in allen Zweigen der öffentlichen und privaten Versicherung zu pflegen, den Versicherungsunterricht zu fördern, den in der Versicherungspraxis Stehenden Gelegenheit zur Vertiefung ihrer Fachkenntnisse zu bieten und das Verständnis für die Grundlagen des Versicherungswesens in der Öffentlichkeit zu verbreiten, um auf diese Weise eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis auf dem Gebiete der Versicherung herbeizuführen (§ 2).
Die Gesellschaft besteht aus ordentlichen, außerordentlichen, beitragenden, korrespondierenden und Ehrenmitgliedern (§ 5 lit. a bis e)

P

Personenversicherung
Umfasst die Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung.

Pflegegeldversicherung
Für anfallende Pflegekosten kann man privat Vorsorge treffen.
Pflegerentenzusatzversicherung bieten Versicherungsunternehmen an. Es werden unterschiedliche Leistungen bei verschiedenen Pflegestufen angeboten.

Portefeuille
Zwei Bedeutungen: Entweder Gesamtheit der vom Direkt- bzw. Rückversicherer übernommenen Risiken oder Gesamtheit der Veranlagungstitel (Wertpapiere, Liegenschaften usw.).

Prämien
Prämien (Erst- und Folgeprämien) sind die Preise für den Versicherungsschutz und daher (versicherungstechnische) Erträge.
Zu den Prämien zählt auch das Entgelt, welches Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit erheben (Umlagen, Eintrittsgeld usw.). Siehe dazu auch: Verordnung des Bundesministers für Finanzen über die Rechnungslegung von Unternehmen der Vertragsversicherung - RLVVU vom 4. Dezember 1992, BGBl. 757/1992, idF der Verordnung vom 7. Februar 1995, BGBl. Nr. 97/1995. Von den vereinnahmten (verrechneten) Prämien sind die abgegrenzten bzw. verdienten Prämien zu unterscheiden. In den Statistiken werden die im direkten inländischen Geschäft vereinnahmten sowie die abgegrenzten Prämien aller in Österreich tätigen Versicherungsunternehmen ausgewiesen.
Genaue Erläuterung der Prämien: Siehe Verrechnete Prämien und Abgegrenzte Prämien.

Prämien in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (Versicherungsdurchdringung)
Prämien in Prozent des Bruttoinlandsprodukts sind ein Indikator des versicherungswirtschaftlichen Entwicklungsstandes.
Die Sachlogik dieser Kennzahl folgt aus dem Zusammenhang: Prämien/Bruttoinlandsprodukt = Prämien pro Kopf/Bruttoinlandsprodukt pro Kopf.

Prämienüberträge
Die Teile der verrechneten Prämien, die über den Jahresabschlussstichtag vorgeschrieben wurden und somit nicht Ertrag des Geschäftsjahres sind. Sie dienen zur Deckung von Verpflichtungen, die nach dem Bilanzstichtag entstehen.

Preisindex für Kraftfahrzeughaftpflicht-Versicherungsleistungen (PI-KHL)
Der Preisindex KH-Versicherungsleistungen 1986 (PI-KHL 1986) ist ein Gesamtindex, der sich entsprechend der Aufgliederung der Entschädigungsleistungen der Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung zusammensetzt. Die wichtigsten Positionen sind: Kfz-Reparaturkosten, Schmerzengelder und Regress von Sozialversicherungsträgern. Für die Jahre 1976 bis 1986 wurde der Index mit dem PI-KHL auf Basis 1976 verkettet, wobei überdies ab 1986 eine Aktualisierung der Gewichtungen vorgenommen wurde. Näheres zum PI-KHL: Fels, W./Karsch, Ch.: Die Kfz-Haftpflichtversicherung in Österreich (Teil 1, Kap. 4 "Indices und Prognosen"). - Wien, 1989. - S. 4/6-4/12, Loseblattsammlung.

Privatversicherung
Laut Grundsystematik der Wirtschaftstätigkeiten (Wien 1968), umfasst die Privatversicherung sämtliche Privatversicherungsanstalten sowie kleine Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und sonstige private Versicherungseinrichtungen (die Sozialversicherung ist ein Teil des öffentlichen Dienstes).

Provision
Vergütung des Direktversicherers an seine Vertreter, an Makler oder andere Vermittler oder andere Versicherungsunternehmen für deren Kosten im Zusammenhang mit dem Abschluss und der Verwaltung von Versicherungsverträgen.

R

Rating
Rating ist die Beurteilung von Versicherungsunternehmen oder -produkten durch eine Ratingagentur. Die Beurteilung erfolgt mittels Vergabe einer Art Benotung. Diese wird durch Symbole dargestellt und enthält mehrere Klassen. Sie ist dem Schulnotensystem sehr ähnlich.

Reale Größe
Eine reale Größe ist eine um die volkswirtschaftliche Inflation (= Geldentwertung) bereinigte Größe (im Gegensatz dazu:

nominelle Größe). Die Veränderung des Deflators (Kennziffer zur Inflationsbereinigung) des Bruttoinlandsprodukts gibt die volkswirtschaftliche Inflationsrate an. Ein anderes gebräuchliches Inflationsmaß ist die Veränderung des Verbraucherpreisindex. Siehe auch: Deflator, Verbraucherpreisindex.

Rententafeln
Rententafeln gelten als wichtigste Kalkulationsgrundlage in der Lebens- und Krankenversicherung. Die Rententafeln der Versicherer basieren auf den Sterbetafeln aus der Volkszählung (diese werden alle zehn Jahre überarbeitet, da sich die Rahmenbedingungen zur Berechnung ändern - zum Beispiel wegen medizinischem Fortschritt, verbesserten Lebensumständen...). Die neuesten Rententafeln, die der gestiegenen Lebenserwartung der Bevölkerung Rechnung tragen, kommen für neue Verträge ab 01.01.2006 zum Einsatz.

Rentenversicherung
Mit der Rentenversicherung sorgt man für die Pension vor. Bei Fälligkeit des Vertrags erhält man monatlich eine Rente ausgezahlt. Die Dauer der Rentenzahlung kann zudem individuell vereinbart werden.

Risiken (oder Risken)
Versicherte Gegenstände, Gefahren oder Interessen. Die Möglichkeit eines Schadens wird als Risiko bezeichnet.

Risikogemeinschaft
Eine möglichst große Zahl an Personen/Risiken schließt sich zur Deckung genau definierter Gefahren zusammen. Die Risikogemeinschaft oder Gefahrengemeinschaft ist Grundlage der Versicherungswirtschaft.

Risikolebensversicherung
Risikolebensversicherungen werden zur Besicherung von Krediten oder zur Absicherung Hinterbliebener abgeschlossen.
Einziger Versicherungsfall ist das Ableben des Versicherten. Mit Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer erlischt die Versicherung vollständig.

Risikomanagement
Laufende, systematische und kontinuierliche Identifikation, Analyse, Bewertung und Steuerung von potenziellen Risiken, welche die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage eines Unternehmens mittel- und langfristig gefährden könnten. Ziel: den Fortbestand eines Unternehmens sichern, die Unternehmensziele mit Hilfe geeigneter Maßnahmen gegen störende Ereignisse absichern und den Unternehmenswert steigern.

Rückkaufswert
In der kapitalbildenden Lebensversicherung gibt der Rückkaufswert die Höhe des an den Versicherungsnehmer zurückzuzahlenden Betrages bei vorzeitiger Vertragsauflösung an.

Rücktritt
Durch einen Rücktritt wird der Versicherungsvertrag rückwirkend aufgelöst bzw. annulliert.

Rückversicherung
Rückversicherung ist die Versicherung der vom Versicherer (eines Versicherungsunternehmens) abgedeckten Gefahr.
Der Versicherungsnehmer (des Erstversicherers) erwirbt keinen Anspruch gegen den Rückversicherer.
Das Rückversicherungsgeschäft zerfällt in das aktive (= übernommene) und in das passive (= das zur Rückversicherung abgegebene) Geschäft. Aus diesen Größen lässt sich das Geschäft im Eigenbehalt ermitteln: eigenes Geschäft zuzüglich übernommenes Beteiligungsgeschäft und aktives Rückversicherungsgeschäft abzüglich abgegebenes Beteiligungsgeschäft sowie passives Rückversicherungsgeschäft.

S

Schadenabwicklung
Behandlung bzw. Bezahlung von Schäden von deren Eintritt bis zur abschließenden Erledigung.

Schadenaufwand

Gesamtheit der Schadenzahlungen vor der Veränderung der Schadenrückstellung eines Geschäftsjahres.

Schadenbedarf
Es handelt sich dabei um einen Begriff aus der Beitragskalkulation.
1. Durchschnittlicher Schadenaufwand pro Risiko in einem Jahr
2. Zahl der Schäden mal Schadendurchschnitt für eine Versicherungssparte in einem Jahr

Schadendurchschnitt
Darunter versteht man den durchschnittlichen Schadenaufwand (bezahlt oder zurückgestellt) je Schadenfall.

Schadenfälle
a) Angemeldete Schadenfälle:
Die Anzahl der im laufenden Kalenderjahr gemeldeten Schäden ohne Rücksicht auf das Jahr, in dem sich der Schaden ereignet hat (auch wenn keine Zahlung zu erwarten war bzw. erfolgt ist). Bei dieser Begriffsbestimmung muss das übernommene Beteiligungsgeschäft außer Betracht bleiben.
b) Angefallene Schäden:
Die Anzahl der für das Kalenderjahr als Ereignisjahr gemeldeten Schäden unter Berücksichtigung der Spätschadenreserve entsprechenden Anzahl von Schadenfällen (auch wenn keine Zahlung zu erwarten war bzw. erfolgt ist). Bei dieser Begriffsbestimmung muss das übernommene Beteiligungsgeschäft außer Betracht bleiben.

Schadenhäufigkeit
Darunter versteht man die Anzahl der Schäden innerhalb eines Jahres auf tausend versicherte Risken (Angabe in Promille).

Schadenrückstellung

Rückstellung für bereits eingetretene, aber noch nicht erledigte Schäden.

Schadensatz
Versicherungsleistungen in der Schaden- und Unfallversicherung im Verhältnis zur abgegrenzten Prämie.

Schwankungsrückstellung
Sie wird auch "Reserve zum Ausgleich des schwankenden Jahresbedarfs" genannt. Diese Reserve dient in Jahren überdurchschnittlich hohen Schadenanfalles dem Ergebnisausgleich der betroffenen Sparten.

Selbstbehalt
Jener Teil, den der Versicherungsnehmer im Schadenfall auf jeden Fall selber zu tragen hat (Prozentsatz oder fixer Betrag).

Solvabilität (Solvency)
Eigenmittelausstattung eines Versicherungsunternehmens

Sozialversicherung - Pensionsanpassung
Der Anpassungsfaktor dient in erster Linie dazu, schon angefallene Pensionen aufzuwerten. Die Höhe der Anpassung hängt von der so genannten Richtzahl, der Höhe der Arbeitslosenrate und anderen volkswirtschaftlich maßgebenden Einflussgrößen ab. Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hg.): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung.

Sparquote
Anteil des privaten Sparens am verfügbaren persönlichen Einkommen.

Spätschäden
Schäden, die im Abschlussjahr gemeldet wurden, sich aber im Vorjahr ereignet haben. Jährlich zum Bilanzstichtag wird eine Reserve für Schäden gebildet (= Spätschadenreserve), die das Abschlussjahr betreffen, aber erst im Folgejahr gemeldet werden.

Spitalskostenversicherung
Im Rahmen der Spitalskostenversicherung ist man gegen sämtliche Aufwendungen, die mit einem Krankenhausaufenthalt zusammenhängen, gesichert: Die Aufenthalts- und Behandlungskosten im Krankenhaus, sämtliche Nebenkosten, die Transportkosten zum und vom Krankenhaus und auch die Kosten für eine Unterbringung in einem Sonderklassezimmer werden von der Versicherung übernommen.

Steuerähnliche Abgaben
Feuerschutzsteuer: 8,00 %. Der Versicherer ist berechtigt, die Steuer bis zur Höhe von 4,00 % des Versicherungsentgeltes neben der Prämie vom Versicherungsnehmer gesondert anzufordern.

Sonstige Sachversicherung: In jenen Fällen, in denen der Versicherungsvertrag auch Feuerrisiken deckt und das Versicherungsentgelt nur in einem Gesamtbetrag angegeben ist, ist das für die Berechnung der Feuerschutzsteuer heranzuziehende Versicherungsentgelt der auf die Feuerversicherung entfallende Teil des Gesamtbetrags.

Stresstest
Bei Stresstests handelt es sich um eine spezielle Form der Szenarioanalyse. Ziel ist es, eine quantitative Aussage über das Verlustpotenzial von Portfolios bei extremen Marktschwankungen treffen zu können.

T

Tariflohnindex
Der Tariflohnindex (1986 = 100,0) zeigt die Entwicklung der durch Gesetz oder Kollektivvertrag festgelegten Mindestlöhne und Mindestgehälter (Bruttobezüge vor Abzug von Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträgen) an. Näheres zum Tariflohnindex siehe auch: Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hg.): Tariflohnindex 1986. - Wien 1988. (Beiträge zur österreichischen Statistik; Heft 899).

Tarifprämien (vereinnahmte Prämien, verrechnete Prämien)
Siehe Prämien bzw. Verrechnete Prämien

Technische Rückstellungen/Technische Reserven
Gesamtheit der Prämienüberträge und Schadenrückstellungen, in der Lebensversicherung auch des Deckungskapitals (Deckungsstocks). Die technischen Reserven sind Verbindlichkeiten, welche aus der Risikokomponente des Versicherungsgeschäfts erwachsen. Die versicherungstechnischen Rückstellungen setzen sich aus Deckungsrückstellungen und den sonstigen versicherungstechnischen Rückstellungen zusammen. Die erforderlichen Deckungsrückstellungen (Deckungserfordernis) sind ein nach aktuarischen (= versicherungsmathematischen) Grundsätzen ermittelter Betrag, über den der (Lebens-)Versicherer verfügen muss, um seine Leistungsverpflichtungen erfüllen zu können; bei Ermittlung des Deckungserfordernisses spielen Komponenten wie Zusammensetzung des Versicherungsbestandes (u.a. Lebensalter der Versicherten), Versicherungsdauer, Art der Versicherung usw. eine bedeutende Rolle. Siehe dazu auch §§ 19-21, 77 und 78 VAG (auf der Website der Finanzmarktaufsicht).
Die für die Lebensversicherung ausgewiesenen technischen Reserven umfassen:
Deckungsrückstellungen (ohne Rückstellungen für Gewinnbeteiligungen), Prämienüberträge, Rückstellungen für Gewinnbeteiligungen, soweit sie dem Versicherungsnehmer gutgeschrieben sind, Rückstellungen für erklärte, aber noch nicht gutgeschriebene, Gewinnbeteiligungen, Rückstellungen für künftige Gewinnbeteiligungen, Rückstellungen für schwebende Versicherungsleistungen und Rückkaufreserve.

Technisches Ergebnis
Versicherungstechnisches Ergebnis unter Berücksichtigung der vereinnahmten Prämien, Provisionen und Gewinnanteile sowie des Schadenaufwandes.

Termfix-Versicherung
Bei der Termfix-Versicherung wird die Versicherungssumme zu einem vereinbarten Termin ausbezahlt. Dies ist auch dann der Fall, wenn der Versicherte vorher stirbt. Bis zur Fälligkeit müssen dann keine Prämien mehr bezahlt werden. Eine Termfix-Versicherung wird vor allem für die Finanzierung des Studiums und der Hochzeit abgeschlossen.

U

Unterversicherung
Sollte die im Versicherungsvertrag vereinbarte Versicherungssumme zum Schadenzeitpunkt geringer sein als der tatsächliche Wert der versicherten Sache, liegt eine Unterversicherung vor. Die Schadenleistung durch den Versicherer verringert sich im Verhältnis des tatsächlichen Wertes zur Versicherungssumme.

Überversicherung
Eine Versicherungssumme über dem Gesamtwert des Wohnungsinhaltes hat keinerlei Vorteile, da im Schadenfall höchstens der Neuwert der versicherten Sache ersetzt wird.

V

Value-at-Risk
Methode, Marktrisiken zu messen. Hierbei wird der Erwartungswert eines Verlustes, welcher bei einer ungünstigen Marktentwicklung mit einer vorgegebenen Wahrscheinlichkeit innerhalb eines definierten Zeitraumes auftreten kann, errechnet.

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO)
Der Verband ist ein Verein und hat satzungsgemäß (Auflage 2006 idF v. 15.12.2004) seinen Sitz in Wien (§ 1 Z 1). Sein Zweck ist die Wahrung und Förderung der gemeinsamen Interessen seiner Mitglieder im Rahmen der österreichischen Volkswirtschaft (§ 2).

Die ordentliche Mitgliedschaft des Verbandes können die in Österreich gem. § 4 VAG konzessionierten Vertragsversicherungsunternehmen, auf die Vermögensverwaltung beschränkten Versicherungsvereine, die ihren Geschäftsbetrieb in eine Aktiengesellschaft eingebracht haben (§§ 61a ff VAG) sowie sonstige österreichische Versicherungsholdings und Versicherungsvermögensverwaltungsunternehmen mit Sitz in einem EWR-Vertragsstaat, die eine Zweigniederlassung zum Betrieb der Vertragsversicherung in Österreich gem. § 7 VAG besitzen, sowie Pensionskassen erwerben. Kleine Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit im Sinne des § 62 VAG können nicht Mitglieder des Verbandes sein (§ 3 Z 1).

Die außerordentliche Mitgliedschaft des Verbandes können Versicherungsunternehmen mit Sitz in einem EWR-Vertragsstaat erwerben, die das Versicherungsgeschäft im Rahmen des freien Dienstleistungsverkehrs gem. § 14 VAG in Österreich oder das Rückversicherungsgeschäft betreiben, ohne dass eine Zweigniederlassung in Österreich besteht (§ 3 Z 2).

Verbraucherpreisindex (VPI)
Der Verbraucherpreisindex (1996 = 100,0) zeigt das Preisniveau der Waren und Dienstleistungen des privaten Konsums an. Er ist ein aus Teilindizes (Messziffern) zusammengewichteter Gesamtindex. Die Veränderung des VPI ist neben der Veränderung des Deflators des Bruttoinlandsprodukts ein Inflationsmaß. Siehe auch: Deflator; Reale Größe.

Verbundene Unternehmen
Verbundene Unternehmen sind solche Unternehmen, die nach den Vorschriften über die vollständige Zusammenfassung der Jahresabschlüsse verbundener Unternehmen (Vollkonsolidierung) in den Konzernabschluss eines Mutterunternehmens gemäß § 244 HGB einzubeziehen sind, das als oberstes Mutterunternehmen den am weitestgehenden Konzernabschluss gemäß §§ 244 bis 267 HGB aufzustellen hat, auch wenn die Aufstellung unterbleibt.
Dies gilt sinngemäß, wenn das oberste Mutterunternehmen seinen Sitz im Ausland hat.
Tochterunternehmen, die gemäß §§ 248 oder 249 HGB nicht einbezogen werden, sind ebenfalls verbundene Unternehmen.

Verfügbares persönliches Einkommen
Das verfügbare persönliche Einkommen ist ein Saldo aus Zugängen und Minderungen der Brutto-Entgelte.

Verfügbares Einkommen unselbständig Erwerbstätiger und Pensionisten
Das verfügbare Einkommen unselbständig Erwerbstätiger und Pensionisten ist das so genannte Netto-Masseneinkommen, welches sich aus der Lohn- und Gehaltssumme plus der Transferzahlungen (Pensionen, Beihilfen usw.) abzüglich der Lohnsteuer und abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer zusammensetzt.

Vermögensanlagen
Die Veranlagung der den Versicherungsunternehmen anvertrauten finanziellen Mittel ist im vierten Hauptstück des Versicherungsaufsichtsgesetzes 1992 im Abschnitt über die Kapitalausstattung und die Kapitalanlage geregelt (§§ 73a-78 VAG idF der Novelle 1994). § 74 (1) legt die allgemeinen Grundsätze fest: Bei der Kapitalanlage ist auf Sicherheit, Rentabilität und auf den Bedarf an flüssigen Mitteln sowie auf eine angemessene Mischung und Streuung Bedacht zu nehmen. Die §§ 77 und 78 führen aus,

welche Anlageformen für den Deckungsstock bzw. für technische Verbindlichkeiten gewählt werden dürfen.

Verrechnete Prämien
Die den Versicherungsnehmern vorgeschriebenen Prämien exkl. Versicherungs- und Feuerschutzsteuer inkl. Nebenleistungen der Versicherungsnehmer.

Versicherung der Kosten ambulanter ärztlicher Betreuung
Diese Versicherung begleicht sämtliche Kosten für die ambulante ärztliche Behandlung. Darunter fallen auch Honorare für Ärzte, Medikamente und Heilbehelfe (wie zum Beispiel elastische Binden, orthopädische Schuheinlagen oder Bruchbänder).

Versicherung der Kosten von konservierender Zahnbehandlung und Zahnersatz
Diese Versicherung kommt für die Kosten einer Zahnbehandlung und eines Zahnersatzes auf, wobei meist ein Selbstbehalt vorgesehen ist.

Versicherungsaufsicht, Versicherungsaufsichtsbehörde
Die Versicherungsaufsichtsbehörde (VAB) ist Teil der Finanzmarktaufsicht (FMA), die seit April 2002 als unabhängige Behörde eingerichtet worden ist. Die Beaufsichtigung erstreckt sich über private Versicherungsunternehmen mit Sitz in Österreich. Die wichtigsten Aufgaben sind: Prüfung der Voraussetzungen für die Aufnahme des Geschäftsbetriebs, laufende rechtliche Beaufsichtigung der allgemeinen und finanziellen Geschäftstätigkeit, ordentliche und außerordentliche Prüfung von Unternehmen, nachträgliche Kontrolle der Versicherungsbedingungen, Bearbeitung von Beschwerden. Die laufende Aufsicht erstreckt sich auf Geschäftsplanänderungen, die Kontrolle der Rechnungslegung, der Kapitalanlagen und der Solvabilität, die Mitwirkung bei Bestandsübertragungen und Fusionen.

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) Bundesgesetz vom 18. Oktober 1978 (BGBl. 569/1978) über den Betrieb und die Beaufsichtigung derVertragsversicherung (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG). Siehe Website der Fianzmarktaufsicht

Versicherungsdarlehen
Darlehen der Vertragsversicherungen an den Bund.

Versicherungsdichte
Prämienaufkommen pro Kopf. Siehe auch: Entwicklungsstand der Versicherungswirtschaft.

Versicherungsdurchdringung
Siehe: Prämien in Prozent des Bruttoinlandsprodukts; Entwicklungsstand der Versicherungswirtschaft.

Versicherungsnehmer
Vertragspartner der Versicherung.

Versicherungssumme
Vertraglich vereinbarter Versicherungsschutz in Geldeinheiten.

Versicherungssteuer
Leben: 4,00 %. Bei Kapitalversicherungen (fondsgebundene Lebensversicherungen) auf den Erlebensfall oder auf den Er- und Ablebensfall erhöht sich die Versicherungssteuer auf 11,00 %, wenn die genannten Verträge eine Höchstlaufzeit von weniger als 10 Jahren aufweisen. Weiter erhöht sich die Versicherungssteuer auf 11,00 % für Einmalerlagsversicherung, wenn im Fall einer Kapitalversicherung (fondsgebundene Lebensversicherung) oder einer Rentenversicherung vor Ablauf von 10 Jahren ab Vertragsabschluss ein Rückkauf erfolgt und die Versicherung dem Steuersatz von 4,00 % unterlegen hat sowie im Fall einer Rentenversicherung, bei der der Beginn der Rentenzahlungen vor Ablauf von 10 Jahren ab Vertragsabschluss vereinbart ist und diese mit einer Kapitalzahlung abgefunden wird.
Die Zusatzrentenversicherung ist eine staatlich geförderte Versicherung und unterliegt den besonderen Bestimmungen des Artikels 108b des Einkommensteuergesetzes von 1988 (ab 1. Jänner 2000).

Kranken: 1,00 %

Unfall: 4,00 %

Kraftfahrzeug-Haftpflicht: 11,00 % + motorbezogene Versicherungssteuer. Dieser Steuer unterliegen Personenkraftwagen, Kombinationskraftwagen und Krafträder, für die nach österreichischem Recht Versicherungspflicht besteht. Für Kraftfahrzeuge (ausgenommen Dieselfahrzeuge), die vor dem 1.1.1987 erstmals in Österreich zum Verkehr zugelassen wurden und die bestimmte Schadstoffgrenzwerte nicht einhalten, hat sich die motorbezogene Versicherungssteuer seit 1.1.1995 um 20,00 % erhöht. Weiters bestimmt das Versicherungssteuergesetz eine Reihe von Ausnahmen von der motorbezogenen Versicherungssteuer: Kraftfahrzeuge, die auf Körperbehinderte zugelassen sind, Rettungs- und Feuerwehrkraftfahrzeuge, Mietwagen, Taxis, Krafträder unter 100 ccm3, etc. Daneben unterliegen ab 1.1.1997 auch alle anderen Kraftfahrzeuge (ausgenommen Zugmaschinen und Motorkarren) mit einem höchstens zulässigen Gesamtgewicht bis 3,5 Tonnen der motorbezogenen Versicherungssteuer.

Hagel (einschließlich der im Betrieb der Landwirtschaft oder Gärtnerei genommenen Versicherung von Glasdeckungen über Bodenerzeugnissen gegen Hagelschaden): 0,2 %o) der Versicherungssumme pro Jahr Feuer: 11,00 %

Sonstige Sachversicherung: 11,00 %. Prämien für eine Viehversicherung von Vieh aus kleiner Viehhaltung sind von der Steuer befreit, wenn die Versicherungssumme 3.650 Euro nicht übersteigt.

Grenzüberschreitende Transportgüterversicherungen: Seit 1.6.1996 befreit

Exportkreditversicherung: Befreit

Rückversicherung: Befreit

Sonstige Risken: 11,00 %

Versicherungstechnische Rechnung § 81 b (3) VAG: Für jede Bilanzabteilung ist eine gesonderte versicherungstechnische Rechnung zu erstellen. Die nichtversicherungstechnische Rechnung gemäß § 81 e Abs. 5 VAG ist bis einschließlich Posten 7 gesondert für jede Bilanzabteilung aufzustellen. Ab Posten 8 sind jeweils nur die Gesamtbeträge aller Bilanzabteilungen anzuführen.

Versicherungstechnische Rückstellungen
Diese bestehen aus der Schadenrückstellung, der Deckungsrückstellung, dem Prämienübertrag, den Rückstellungen für die erfolgsabhängige und die erfolgsunabhängige Prämienrückerstattung, der Schwankungsrückstellung sowie den sonstigenversicherungstechnischen Rückstellungen.

Versicherungsvertragsgesetz
Bundesgesetz vom 2. Dezember 1958 (BGBl. 2/1959) über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz 1958).

Volatilität
Darunter ist die Schwankung von Zinssätzen, Devisen und Wertpapierkursen zu verstehen.

Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR)
Die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR), Teil des volkswirtschaftlichen (im Gegensatz zum betrieblichen) Rechnungswesens, stellt das Sozialprodukt

1. aus dem Blickwinkel seiner Entstehung (als BIP), aufgeschlüsselt nach der Wertschöpfung der einzelnen Wirtschaftszweige,

2. aus dem Blickwinkel seiner Verwendung (verfügbares Güter- und Leistungsvolumen) für privaten Konsum, öffentlichen Konsum, Brutto-Anlageinvestitionen und Lageraufbau und

3. unter dem Blickwinkel seiner Verteilung (Volkseinkommen) auf Löhne und Gehälter, Einkommen der privaten Haushalte und Institutionen ohne Erwerbscharakter aus Besitz und selbständiger Erwerbstätigkeit, unverteilter Gewinne aus Kapitalgesellschaften und Einkommen der öffentlichen Haushalte aus Besitz und Unternehmung dar.

W

Wertschöpfung der Privatversicherung
Gemäß den Konventionen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung wird die Wertschöpfung der

Privatversicherung folgendermaßen abgeleitet (siehe dazu auch: Österr. Stat. Zentralamt (Hg.): Österreichs Volkseinkommen 1964-1977, Neuberechnung op. cit., S. 151): Brutto-Produktionswert, bereinigt (so genannte "Dienstleistungsprämie"), minus Sachaufwendungen (Vorleistungen) ist gleich Netto-Produktionswert (= Beitrag zum BIP). Die Dienstleistungsprämie ist der Saldo aus unbereinigtem Brutto-Produktionswert minus Schadenzahlung (= die Versicherungsleistungen). Der unbereinigte Brutto-Produktionswert ist die Summe aus Nettoprämien (darunter sind die Prämien im Eigenbehalt zu verstehen) plus indirekte Steuern plus Nebenleistungen plus Netto-Kapitalerträge minus Zuwachs der Reserven des Deckungsstocks in der Lebensversicherung (so genannte Sparprämie). Die Sachaufwendungen setzen sich aus laufenden Verwaltungskosten plus den Provisionen und sonstigen Organisationskosten minus dem Personalaufwand zusammen. Demgemäss sind im Netto-Produktionswert (das ist die Wertschöpfung = Beitrag zum BIP) die in der Versicherungswirtschaft gezahlten Brutto-Entgelte für unselbständige Arbeit, der Betriebsüberschuss, die Abschreibungen und der Saldo aus indirekten Steuern und Subventionen enthalten. Mit ihrer Wertschöpfung tragen die privaten Versicherungsunternehmen zum Bruttoinlandsprodukt zu Marktpreisen bei. Abweichungen vom langjährigen Durchschnitt der Wachstumsrate der Wertschöpfung erklären sich vor allem durch unstetiges Auslaufen von Lebensversicherungsverträgen, den daraufhin einsetzenden Bemühungen um Neuabschlüsse und durch die Tarifdynamik der Kfz-Haftpflichtversicherung.

Wiederbeschaffungswert
Der Versicherer leistet den Beitrag, der aufgewendet werden muss, um eine versicherte Sache gleicher Art im gleichen Abnützungszustand zur Zeit des Versicherungsfalles wiederzubeschaffen.

Z

Zeitwert
§ 81 h (4) VAG: Die einzelnen Kapitalanlagen gemäß Posten B. des § 81 c Abs. 2 sind für die Angaben im Anhang und im Konzernanhang mit den Zeitwerten anzuführen.

Anhang 4: Versicherungsvertragsgesetz Österreich

Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Versicherungsvertragsgesetz 1958

Langtitel Bundesgesetz vom 2. Dezember 1958 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz 1958). StF: BGBl. Nr. 2/1959 Änderung

idf: BGBl. Nr. 90/1993 (NR: GP XVIII RV 641 AB 721 S. 101.

BR: AB 4466 S. 564.)

(EWR/Anh. IX: 390L0619, 388L0357,

387L0344)

BGBl. Nr. 437/1993 (DFB)

BGBl. Nr. 917/1993 (K über Idat)

BGBl. Nr. 509/1994 (NR: GP XVIII RV 1553 AB 1722 S. 169.

BR: 4812 AB 4825 S. 588.)

BGBl. Nr. 652/1994 (NR: GP XVIII RV 1682 AB 1810 S. 172.

BR: AB 4848 S. 589.)

(EWR/Anh. IX: 391L0674, 392L0049,

392L0096)

BGBl. Nr. 447/1996 (NR: GP XX RV 109 AB 260 S. 36.

BR: AB 5245 S. 616.)

(CELEX-Nr.: 395L0026)

BGBl. I Nr. 6/1997 (NR: GP XX RV 311 AB 449 S. 53.

BR: 5379 AB 5357 S. 620.)

(CELEX-Nr.: 387L0102, 390L0088, 393L0013,

390L0619, 392L0096)

BGBl. I Nr. 140/1997 (NR: GP XX RV 898 AB 1002 S. 104.

BR: AB 5602 S. 634.)

BGBl. I Nr. 150/1999 (NR: GP XX AB 2029 S. 179.

BR: 5998 AB 6035 S. 657.)

BGBl. I Nr. 48/2001 (NR: GP XXI RV 422 AB 522 S. 62.

BR: AB 6348 S. 676.)

[CELEX-Nr.: 399L0044]

BGBl. I Nr. 98/2001 (NR: GP XXI RV 621 AB 704 S. 75.

BR: 6398 AB 6424 S. 679.)

BGBl. I Nr. 33/2003 (NR: GP XXII RV 27 AB 68 S. 12.

BR: AB 6786 S. 696.)

[CELEX-Nr.: 32002L0013, 32002L0083]

BGBl. I Nr. 62/2004 (NR: GP XXII RV 467 AB 490 S. 62.

BR: AB 7047 S. 710.)

[CELEX-Nr.: 32002L0065]

BGBl. I Nr. 131/2004 (NR: GP XXII RV 616 AB 629 S. 78.

BR: AB 7143 S. 714.)

[CELEX-Nr.: 32002L0092, 31996L0061,

31996L0082]

BGBl. I Nr. 95/2006 (NR: GP XXII RV 1428 AB 1521 S. 153.

BR: AB 7570 S. 735.)

[CELEX-Nr.: 32004L0113]

Text

ERSTER ABSCHNITT

Vorschriften für sämtliche Versicherungszweige.

Erstes Kapitel.

Allgemeine Vorschriften.

§ 1. (1) Bei der Schadensversicherung ist der Versicherer verpflichtet, dem Versicherungsnehmer den durch den Eintritt des Versicherungsfalles verursachten Vermögensschaden nach Maßgabe des Vertrages zu ersetzen. Bei der Lebensversicherung und der Unfallversicherung sowie bei anderen Arten der Personenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, nach dem Eintritt des Versicherungsfalles den vereinbarten Betrag an Kapital oder Rente zu zahlen oder die sonst vereinbarte Leistung zu bewirken.

(2) Der Versicherungsnehmer hat die vereinbarte Prämie zu entrichten. Als Prämien im Sinne dieses Bundesgesetzes gelten auch die bei Versicherungsunternehmungen auf Gegenseitigkeit zu entrichtenden Beiträge.

§ 1a. (1) Stellt der Versicherungsnehmer seinen Antrag auf Schließung eines Versicherungsvertrags auf einem vom Versicherer verwendeten Formblatt, so ist eine Erklärung, während einer bestimmten Frist an den Antrag gebunden zu bleiben, insoweit unwirksam, als diese Frist sechs Wochen übersteigt. Die Vereinbarung einer längeren Bindungsfrist ist nur rechtswirksam, wenn sie im Einzelnen ausgehandelt worden ist.

(2) Stellt der Versicherungsnehmer seinen Antrag auf Schließung eines Versicherungsvertrags auf einem vom Versicherer verwendeten Formblatt, so ist er - soweit nicht vorläufige Deckung gewährt worden ist - darauf hinzuweisen, dass der Versicherungsvertrag erst mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustande kommt und vor diesem Zeitpunkt kein Versicherungsschutz besteht. Kann der Versicherer einen solchen Hinweis nicht beweisen, so hat er den beantragten Versicherungsschutz ab Zugang des Antrags an ihn selbst oder an seinen Versicherungsagenten bis zum Zustandekommen des Vertrags zu gewähren, es sei denn, dass er dieses Risiko nach den für seinen Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen überhaupt nicht versichert; ist ein späterer Beginn der Versicherung beantragt, so besteht diese Deckungspflicht frühestens ab diesem Zeitpunkt. Kommt der Vertrag nicht zustande, so endet die Deckungspflicht, sobald der Versicherungsnehmer nicht mehr an seinen Antrag gebunden ist. Dem Versicherer gebührt für diese Deckungspflicht die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

§ 2. (1) Die Versicherung kann in der Weise genommen werden, dass sie in einem vor dem Abschluss des Vertrages liegenden Zeitpunkt beginnt.

(2) Weiß in diesem Fall der Versicherer beim Abschluss des Vertrages, dass die Möglichkeit des Eintrittes des Versicherungsfalles schon ausgeschlossen ist, so hat er keinen Anspruch auf die Prämie. Weiß der Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrages, dass der Versicherungsfall schon eingetreten ist, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) Wird der Vertrag durch einen Bevollmächtigten oder einen Vertreter ohne Vertretungsmacht geschlossen, so kommt in den Fällen des Abs. 2 nicht nur die Kenntnis des Vertreters, sondern auch die des Vertretenen in Betracht.

§ 3. (1) Der Versicherer ist verpflichtet, eine von ihm unterzeichnete Urkunde über den Versicherungsvertrag (Versicherungsschein) dem Versicherungsnehmer auszuhändigen. Eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift genügt.

(2) Ist ein Versicherungsschein abhanden gekommen oder vernichtet, so kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer die Ausstellung einer Ersatzurkunde verlangen. Unterliegt der Versicherungsschein der Kraftloserklärung, so ist der Versicherer erst nach der Kraftloserklärung zur Ausstellung verpflichtet.

(3) Der Versicherungsnehmer kann jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat.

Der Versicherer hat ihn bei der Aushändigung des Versicherungsscheines auf dieses Recht aufmerksam zu machen. Braucht der Versicherungsnehmer die Abschriften für die Vornahme von Handlungen gegenüber dem Versicherer, die an eine bestimmte Frist gebunden sind, und sind sie ihm nicht schon früher vom Versicherer ausgehändigt worden, so ist der Lauf der Frist von der Stellung des Begehrens bis zum Einlangen der Abschriften gehemmt.

(4) Die Kosten der Ersatzurkunde und der Abschriften hat der Versicherungsnehmer zu tragen und auf Verlangen vorzuschießen.

§ 4. (1) Wird ein Versicherungsschein auf den Inhaber ausgestellt, so kann der Versicherer gleichwohl die Leistung an den Inhaber verweigern, wenn dessen Berechtigung nicht nachgewiesen ist. Der gutgläubige Versicherer wird durch die Leistung an den Inhaber oder Überbringer befreit. Der Versicherer ist nur gegen Aushändigung der Urkunde zur Leistung verpflichtet.

(2) Ist im Vertrag bestimmt, dass der Versicherer nur gegen Rückgabe des Versicherungsscheines zu leisten hat, so genügt, wenn der Versicherungsnehmer behauptet, zur Rückgabe außerstande zu sein, das gerichtlich oder notariell beglaubigte Anerkenntnis, dass die Schuld erloschen sei. Diese Vorschrift ist nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsschein auf den Inhaber oder an Order lautet.

§ 5. (1) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheines vom Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monates nach Empfang des Versicherungsscheines schriftlich widerspricht.

(2) Diese Genehmigung ist jedoch nur dann anzunehmen, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheines darauf hingewiesen hat, dass Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monates nach Empfang des Versicherungsscheines schriftlich widerspricht. Der Hinweis hat durch besondere schriftliche Mitteilung oder durch einen auffälligen Vermerk im Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheines hervorzuheben ist, zu geschehen; auf die einzelnen Abweichungen ist besonders aufmerksam zu machen.

(3) Hat der Versicherer den Vorschriften des Abs. 2 nicht entsprochen, so ist die Abweichung für den Versicherungsnehmer unverbindlich und der Inhalt des Versicherungsantrages insoweit als vereinbart anzusehen.

(4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.

§ 5b. (1) Gibt der Versicherungsnehmer seine schriftliche Vertragserklärung dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich ab, so hat dieser ihm unverzüglich eine Kopie dieser Vertragserklärung auszuhändigen.

(2) Der Versicherungsnehmer kann binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten, sofern er

1. entgegen Abs. 1 keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten hat,

2. die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung erhalten hat oder

3. die in den §§ 9a und 18b VAG und, sofern die Vermittlung durch einen Versicherungsvermittler in der Form "Versicherungsagent" erfolgte, die in den §§ 137f Abs. 7 bis 8 und 137g GewO 1994 unter Beachtung des § 137h GewO 1994 vorgesehenen Mitteilungen nicht erhalten hat.

(3) Dem Versicherer obliegt der Beweis, dass die in Abs. 2 Z 1 und 2 angeführten Urkunden rechtzeitig ausgefolgt und die in Abs. 2 Z 3 angeführten Mitteilungspflichten rechtzeitig erfüllt worden sind.

(4) Die Frist zum Rücktritt nach Abs. 2 beginnt erst zu laufen, wenn die in Abs. 2 Z 3 angeführten Mitteilungspflichten erfüllt worden sind, dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist.

(5) Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtwirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hiefür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(6) Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.

§ 6. (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monates, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monates nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt

die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt.

Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

(5) Der Versicherer kann aus einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 7. Ist die Dauer der Versicherung nach Tagen, Wochen, Monaten oder nach einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum bestimmt, so beginnt die Haftung des Versicherers am Mittag des Tages, an welchem der Vertrag abgeschlossen wird. Sie endet am Mittag des letzten Tages der Frist.

§ 8. (1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert gilt, wenn es nicht vor dem Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstreckt.

(2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden.

Die Kündigungsfrist muss für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. Auf das Kündigungsrecht können die Parteien einverständlich bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.

(3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum Ersatz von Vorteilen, besonders Prämiennachlässen, die ihm wegen einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrags gewährt worden sind, bleibt unberührt.

§ 9. Als Versicherungsperiode im Sinne dieses Bundesgesetzes gilt, falls nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten bemessen ist, der Zeitraum eines Jahres.

§ 10. (1) Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Wohnung. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so sind bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Vorschriften des Abs. 1 entsprechend anzuwenden.

§ 11. (1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

(2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monates seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

(3) Der Lauf der Frist des Abs. 2 ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

(4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

§ 11a. (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies

1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder

2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder

3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Das Verbot der Ermittlung genanalytischer Daten gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.

(2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder

2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder

3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen oder

4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene dem ausdrücklich schriftlich zugestimmt und dies im Einzelfall nicht untersagt hat, oder

5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß § 28 Datenschutzgesetz 2000 zu.

(3) Soweit eine ausdrückliche, den einzelnen Übermittlungsfall betreffende Zustimmung des Betroffenen nicht vorliegt, dürfen Versicherer Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur an folgende Empfänger übermitteln:

1. untersuchende oder behandelnde Ärzte, Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge oder

2. Sozialversicherungsträger, Rückversicherer oder Mitversicherer oder

3. andere Versicherer, die bei Abwicklung von Ansprüchen aus einem Versicherungsfall mitwirken, oder

4. vom Versicherer herangezogene befugte Sachverständige oder

5. gewillkürte oder gesetzliche Vertreter des Betroffenen oder

6. Gerichte, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen und sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe, einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

(4) Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person der Auskunfterteilung beziehungsweise der Einsichtgewährung zustimmt.

(5) Gemäß Abs. 1 und 2 erhobene Gesundheitsdaten unterliegen dem besonderen Geheimnisschutz des § 108a VAG mit der Maßgabe, dass das Vorliegen eines berechtigten privaten Interesses an der Weitergabe außerhalb der Fälle der Abs. 1 und 3 ausgeschlossen ist. Derartige Daten sind umgehend zu löschen, sobald sie nicht mehr für einen rechtlich zulässigen Zweck aufbewahrt werden; dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten, die in Vorbereitung eines nicht zustande gekommenen Versicherungsvertrags erhoben wurden.

§ 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 13. Wird über das Vermögen des Versicherers der Konkurs eröffnet, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Ablauf eines Monates seit der Konkurseröffnung; bis zu diesem Zeitpunkt bleibt es der Konkursmasse gegenüber wirksam. Soweit die gesetzlichen Bestimmungen über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungsunternehmungen besondere Vorschriften über die Wirkungen der Konkurseröffnung enthalten, hat es bei diesen Vorschriften sein Bewenden.

§ 14. (1) Der Versicherer kann sich für den Fall der Eröffnung des Konkurses oder des Ausgleichsverfahrens über das Vermögen des Versicherungsnehmers die Befugnis ausbedingen, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(2) Das gleiche gilt für den Fall, dass die Zwangsverwaltung der versicherten Liegenschaft bewilligt wird.

§ 15. Soweit sich die Versicherung auf unpfändbare Sachen bezieht, kann die Forderung aus der Versicherung nur an solche Gläubiger des Versicherungsnehmers übertragen werden, die diesem zum Ersatz der zerstörten oder beschädigten Sachen andere Sachen geliefert haben.

Die Zwangsvollstreckung in die Forderung aus der Versicherung unterliegt denselben Beschränkungen.

§ 15a. Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften des § 1a,

§ 3 Abs. 3, § 5 Abs. 1 bis 3, § 5a, § 5b, § 6 Abs. 1 bis 3 und Abs. 5, § 8 Abs. 2 und 3, § 11, § 11a, § 12 und § 14 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

Beachte

Nach Art. XXXII Z 8 WGN 1997, BGBl. I Nr. 140/1997, ist die Neufassung auf Verfahren anzuwenden, in denen die Klagen oder verfahrenseinleitenden Anträge bei Gericht nach dem 31. Dezember 1997 angebracht werden.

Inländische Gerichtsbarkeit

§ 15b. (1) Eine Vereinbarung der inländischen Gerichtsbarkeit nach

§ 104 Abs. 1 JN ist nur für bereits entstandene Streitigkeiten wirksam; das Fehlen der inländischen Gerichtsbarkeit heilt jedoch nach § 104 Abs. 3 JN.

(2) Der Abs. 1 ist insoweit zur Gänze oder zum Teil nicht anzuwenden, als nach Völkerrecht oder besonderen gesetzlichen Anordnungen ausdrücklich anderes bestimmt ist.

Zweites Kapitel.

Anzeigepflicht. Erhöhung der Gefahr.

§ 16. (1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluss des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§ 17. (1) Der Versicherer kann vom Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblich Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18. Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an der Hand schriftlicher, vom Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19. Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20. (1) Der Rücktritt ist nur innerhalb eines Monates zulässig.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt ist gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären. Im Falle des Rücktrittes sind, soweit dieses Bundesgesetz nicht in Ansehung der Prämie etwas anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von dem Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen.

§ 21. Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 22. Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.

*

§ 23. (1) Nach Abschluss des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.

(2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 24. (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muss dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monates gegen sich gelten lassen.

(2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monates von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25. (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, dass ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26. Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 sind nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für das der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlasst wird.

§ 27. (1) Tritt nach dem Abschluss des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der

Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

(2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

(3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28. (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 29. Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.

§ 30. Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

§ 31. (1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Kapitels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, dass für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bestimmungen nicht geschlossen hätte.

(2) Macht der Versicherer von dem Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für einen Teil der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis für den übrigen Teil zu kündigen; die Kündigung kann jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt des Versicherers oder seine Kündigung wirksam wird.

(3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Erhöhung der Gefahr von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die

Versicherung bezieht, so ist die Vorschrift des Abs. 1 auf die Befreiung entsprechend anzuwenden.

§ 32. Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherungsnehmer bestimmte Obliegenheiten zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder zum Zweck der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr übernimmt, wird durch die Vorschriften dieses Kapitels nicht berührt.

§ 33. (1) Der Versicherungsnehmer hat den Eintritt des Versicherungsfalles, nachdem er von ihm Kenntnis erlangt hat, unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen.

(2) Auf eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn der Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalles nicht genügt wird, kann sich der Versicherer nicht berufen, sofern er in anderer Weise von dem Eintritt des Versicherungsfalles rechtzeitig Kenntnis erlangt hat.

§ 34. (1) Der Versicherer kann nach dem Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass der Versicherungsnehmer jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfanges der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist.

(2) Belege kann der Versicherer insoweit fordern, als die Beschaffung dem Versicherungsnehmer billigerweise zugemutet werden kann.

§ 34a. Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften der §§ 16 bis 30 und des § 34 Abs. 2 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen. Jedoch kann für die dem Versicherungsnehmer obliegenden Anzeigen die Schriftform ausbedungen werden.

Drittes Kapitel.

Prämie.

§ 35. Der Versicherungsnehmer hat die Prämie und, wenn laufende Prämien bedungen sind, die erste Prämie sofort nach dem Abschluss des Vertrages zu zahlen. Er ist zur Zahlung nur gegen Aushändigung des Versicherungsscheines verpflichtet, es sei denn, dass die Ausstellung eines Versicherungsscheines ausgeschlossen ist.

§ 35a. (1) Der Versicherer muss fällige Prämien oder sonstige ihm auf Grund des Vertrages gebührende Zahlungen bei der Versicherung für fremde Rechnung auch vom Versicherten annehmen, ferner vom Bezugsberechtigten, der ein Recht auf die Leistung des Versicherers erworben hat, sowie vom Pfandgläubiger, und zwar selbst dann, wenn er ansonsten die Zahlung nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechtes zurückweisen könnte.

(2) Ein Pfandrecht an der Versicherungsforderung kann auch wegen der Beträge und ihrer Zinsen geltend gemacht werden, die der Pfandgläubiger zur Entrichtung von Prämien oder sonstigen dem Versicherer auf Grund des Vertrages gebührenden Zahlungen verwendet hat.

§ 35b. Der Versicherer kann den Betrag einer fälligen Prämienforderung oder einer anderen ihm aus dem Vertrag zustehenden Forderung von der ihm nach diesem Vertrag obliegenden Leistung abziehen, auch wenn er die Leistung nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem Dritten schuldet.

§ 36. (1) Erfüllungsort für die Entrichtung der Prämie ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers; der Versicherungsnehmer hat jedoch die Prämie auf seine Gefahr und seine Kosten dem Versicherer zu übermitteln.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so tritt, wenn er seine gewerbliche Niederlassung an einem anderen Ort hat, der Ort der Niederlassung an die Stelle des Wohnsitzes.

§ 37. Ist die Prämie regelmäßig beim Versicherungsnehmer eingehoben worden, so ist dieser zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn ihm schriftlich angezeigt wird, dass die Übermittlung verlangt wird.

§ 38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39. (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist.

Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monates nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monates nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a. Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 40. Wird der Versicherungsvertrag während der Versicherungsperiode oder sonst vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer die Prämie nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit, soweit nicht Sonderbestimmungen anderes vorsehen.

Die Möglichkeit für den Versicherer, sich für diesen Fall die Zahlung einer angemessenen Konventionalstrafe (Geschäftsgebühr) auszubedingen (§ 1336 ABGB), bleibt unberührt.

§ 41. (1) Ist die dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, das Rücktrittsrecht des Versicherers aber ausgeschlossen, weil dem anderen Teil kein Verschulden zur Last fällt, so kann der Versicherer vom Beginn der laufenden Versicherungsperiode an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf die höhere Gefahr angemessen ist. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluss des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem anderen Teil nicht bekannt war.

(2) Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.

(3) Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monates von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt. Das gleicht gilt von dem Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraumes ausgeübt wird.

§ 41a. (1) Ist wegen bestimmter, die Gefahr erhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Antrages oder nach Abschluss des

Vertrages wegfallen oder ihre Bedeutung verlieren, verlangen, dass die Prämie für die künftigen Versicherungsperioden angemessen herabgesetzt wird.

(2) Das gleiche gilt, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch irrtümliche Angaben des Versicherungsnehmers über einen solchen Umstand veranlasst worden ist.

§ 41b. Der Versicherer darf neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlasst worden sind; die Vereinbarung anderer Nebengebühren ist unwirksam.

§ 42. Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften der §§ 37 bis 41a zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

Viertes Kapitel.

Versicherungsagenten.

§ 43. (1) Versicherungsagent ist, wer von einem Versicherer ständig damit betraut ist, für diesen Versicherungsverträge zu vermitteln oder zu schließen. Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gelten überdies für den, der auch nur im Einzelfall vom Versicherer betraut ist, sowie für den, der mit nach den Umständen anzunehmender Billigung des Versicherers als Versicherungsagent auftritt.

(2) Ein Versicherungsagent gilt, auch wenn er nur mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betraut ist, als bevollmächtigt in dem Versicherungszweig, für den er bestellt ist:

1. Anträge auf Abschluss, Verlängerung oder Änderung eines Versicherungsvertrages sowie den Widerruf solcher Anträge entgegenzunehmen;

2. die Anzeigen, welche während der Dauer des Versicherungsverhältnisses zu machen sind, sowie Kündigungs- und Rücktrittserklärungen oder sonstige das Versicherungsverhältnis betreffende Erklärungen vom Versicherungsnehmer entgegenzunehmen;

3. die vom Versicherer ausgefertigten Versicherungsscheine oder Verlängerungsscheine auszuhändigen;

4. Prämien nebst Zinsen und Kosten anzunehmen, sofern er sich im Besitz einer vom Versicherer unterzeichneten Prämienrechnung befindet; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift.

(3) Hat ein Versicherungskunde dem Versicherungsagenten einen für den Versicherer bestimmten Geldbetrag gezahlt, so gilt die Zahlung als direkt an den Versicherer erfolgt. Geldbeträge, die der Versicherer dem Versicherungsagenten zur

Weiterleitung an den Versicherungsnehmer zahlt, gelten erst dann als an den Versicherungsnehmer gezahlt, wenn dieser sie tatsächlich erhält.

(4) Der Versicherungsagent hat gegenüber dem Versicherungskunden die Pflicht, die Informationen gemäß § 137f Abs. 7 bis 8 und § 137g der GewO 1994 unter Beachtung des § 137h der GewO 1994 zu erteilen.

(5) Vom Versicherungskunden für den Versicherer oder vom Versicherer für den Versicherungskunden bestimmte Geldbeträge sind stets über streng getrennte Kundenkonten (offene Treuhandkonten, Anderkonten) weiterzuleiten. Für diese Konten gelten zugunsten der berechtigten Versicherungskunden das Widerspruchsrecht gemäß § 37 EO sowie das Aussonderungsrecht gemäß § 44 KO und § 21 AO.

§ 43a. Fällt ein Vermittler zwar nicht unter § 43 Abs. 1, steht er aber zum Versicherer in einem solchen wirtschaftlichen Naheverhältnis, das es zweifelhaft erscheinen lässt, ob er in der Lage ist, überwiegend die Interessen des Versicherungsnehmers zu wahren, so haftet der Versicherer dem Versicherungsnehmer für das Verschulden eines solchen Vermittlers wie für sein eigenes.

§ 44. Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis des Versicherers erheblich ist, steht die Kenntnis eines nur mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Agenten der Kenntnis des Versicherers nicht gleich. Dies gilt nicht für Erklärungen des Versicherungsnehmers, zu deren Entgegennahme für den Versicherer er gemäß § 43 bevollmächtigt ist.

§ 45. Ist ein Versicherungsagent zum Abschluss von Versicherungsverträgen bevollmächtigt, so ist er auch befugt, die Änderung oder Verlängerung solcher Verträge zu vereinbaren sowie Kündigungs- und Rücktrittserklärungen abzugeben.

§ 46. Ist der Versicherungsagent ausdrücklich für einen bestimmten Bezirk bestellt, so beschränkt sich seine Vertretungsmacht auf Geschäfte und Rechtshandlungen, welche sich auf Versicherungsverträge über die in dem Bezirk befindlichen Sachen oder mit den im Bezirk sich gewöhnlich aufhaltenden Personen beziehen. In Ansehnung (Anm.: richtig: Ansehung) der von ihm vermittelten oder abgeschlossenen Verträge bleibt der Agent ohne Rücksicht auf diese Beschränkung zur Vornahme von Geschäften und Rechtshandlungen ermächtigt.

§ 47. Eine Beschränkung der dem Versicherungsagenten nach den Vorschriften der §§ 43 bis 46 zustehenden Vertretungsmacht braucht ein Dritter nur dann gegen sich gelten zu lassen, wenn er die Beschränkung bei der Vornahme des Geschäftes oder der Rechtshandlung kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte. Auf eine abweichende Vereinbarung kann sich der Versicherer nicht berufen.

§ 10 KSchG bleibt unberührt.

§ 48. (1) Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt oder abgeschlossen, so ist für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer das Gericht zuständig, in dessen Sprengel der Agent zur Zeit der Vermittlung oder des

Abschlusses des Vertrages seine gewerbliche Niederlassung oder in deren Ermanglung seinen Wohnsitz hatte.

(2) Die nach Abs. 1 begründete Zuständigkeit kann durch Vereinbarung nicht ausgeschlossen werden.

ZWEITER ABSCHNITT.

Schadensversicherung.

Erstes Kapitel.

Vorschriften für die gesamte Schadensversicherung.

I. Inhalt des Vertrages.

§ 49. Der Versicherer hat den Schadenersatz in Geld zu leisten.

§ 50. Der Versicherer haftet nur bis zur Höhe der Versicherungssumme.

§ 51. (1) Wenn die Versicherungssumme den Wert des versicherten Interesses (Versicherungswert) erheblich übersteigt, kann sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer verlangen, dass zur Beseitigung der Überversicherung die Versicherungssumme unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie mit sofortiger Wirkung herabgesetzt wird.

(2) Ist die Überversicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlass eines Krieges verursacht oder ist sie die unvermeidliche Folge eines Krieges, so kann der Versicherungsnehmer das Verlangen nach Abs. 1 mit Wirkung vom Eintritt der Überversicherung ab stellen.

(3) In den Fällen der Abs. 1 und 2 sind die dem Versicherungsnehmer zurückzuerstattenden Prämienteile erst am Schluss der Versicherungsperiode zu zahlen.

(4) Schließt der Versicherungsnehmer den Vertrag in der Absicht ab, sich aus der Überversicherung einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Vertrag nichtig.

(5) Das Recht des Versicherungsnehmers, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.

§ 52. Bezieht sich die Versicherung auf eine Sache, so gilt, soweit sich nicht aus den Umständen etwas anderes ergibt, der Wert der Sache als Versicherungswert.

§ 53. Die Versicherung umfasst den durch den Eintritt des Versicherungsfalles entgehenden Gewinn nur, soweit dies besonders vereinbart ist.

§ 54. Ist die Versicherung für einen Inbegriff von Sachen genommen, so umfasst sie die jeweils zu dem Inbegriff gehörigen Sachen.

§ 55. Der Versicherer ist, auch wenn die Versicherungssumme höher ist als der Versicherungswert zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles, nicht verpflichtet, dem Versicherungsnehmer mehr als den Betrag des Schadens zu ersetzen.

§ 56. Ist die Versicherungssumme niedriger als der Versicherungswert zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles (Unterversicherung), so haftet der Versicherer für den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zu diesem Wert.

§ 57. Der Versicherungswert kann durch Vereinbarung auf einen bestimmten Betrag (Taxe) festgesetzt werden. Die Taxe gilt auch als der Wert, den das versicherte Interesse zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles hat, es sei denn, dass sie den wirklichen Versicherungswert in diesem Zeitpunkt erheblich übersteigt. Ist die Versicherungssumme niedriger als die Taxe, so haftet der Versicherer, auch wenn die Taxe den Versicherungswert erheblich übersteigt, für den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zur Taxe.

§ 58. (1) Wer für ein Interesse gegen dieselbe Gefahr bei mehreren Versicherern Versicherung nimmt, hat jedem Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich Mitteilung zu machen.

(2) In der Mitteilung ist der Versicherer, bei welchem die andere Versicherung genommen worden ist, zu bezeichnen und die Versicherungssumme anzugeben.

§ 59. (1) Ist ein Interesse gegen dieselbe Gefahr bei mehreren Versicherern versichert und übersteigen die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert oder übersteigt aus anderen Gründen die Summe der Entschädigungen, die von jedem einzelnen Versicherer ohne Bestehen der anderen Versicherung zu zahlen wären, den Gesamtschaden (Doppelversicherung), so sind die Versicherer in der Weise zur ungeteilten Hand verpflichtet, dass dem Versicherungsnehmer jeder Versicherer für den Betrag haftet, dessen Zahlung ihm nach seinem Vertrag obliegt, der Versicherungsnehmer aber im ganzen nicht mehr als den Betrag des Schadens verlangen kann.

(2) Die Versicherer sind nach Maßgabe der Beträge, deren Zahlung ihnen dem Versicherungsnehmer gegenüber vertragsmäßig obliegt, untereinander zum Ersatz verpflichtet. Ist auf eine der Versicherungen ausländisches Recht anzuwenden, so kann der Versicherer, für den das ausländische Recht gilt, vom anderen Versicherer, für den das ausländische Recht gilt, vom anderen Versicherer nur dann Ersatz verlangen, wenn er selbst nach dem für ihn maßgebenden Recht zum Ersatz verpflichtet ist.

(3) Hat der Versicherungsnehmer eine Doppelversicherung in der Absicht genommen, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig.

§ 60. (1) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag, durch welchen die Doppelversicherung entstanden ist, ohne Kenntnis von dem Entstehen der Doppelversicherung abgeschlossen, so kann er verlangen, dass der später

abgeschlossenen Vertrag aufgehoben oder die Versicherungssumme, unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie, auf den Teilbetrag herabgesetzt wird, der durch die frühere Versicherung nicht gedeckt ist.

(2) Das gleiche gilt, wenn die Doppelversicherung dadurch entstanden ist, dass nach Abschluss der mehreren Versicherungsverträge der Versicherungswert gesunken ist. Sind jedoch in diesem Fall die mehreren Versicherungsverträge gleichzeitig oder im Einvernehmen der Versicherer abgeschlossen worden, so kann der Versicherungsnehmer nur die verhältnismäßige Herabsetzung der Versicherungssummen und der Prämien verlangen.

(3) Die Aufhebung oder Herabsetzung wird erst mit dem Ablauf der Versicherungsperiode wirksam, in der sie verlangt wird. Das Recht, die Aufhebung oder die Herabsetzung zu verlangen, erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht unverzüglich geltend macht, nachdem er von der Doppelversicherung Kenntnis erlangt hat.

§ 61. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeiführt.

§ 62. (1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, beim Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; er hat, wenn die Umstände es gestatten, solche Weisungen einzuholen. Sind mehrere Versicherer beteiligt und haben diese entgegenstehende Weisungen gegeben, so hat der Versicherungsnehmer nach eigenem pflichtgemäßen Ermessen zu handeln.

(2) Hat der Versicherungsnehmer diese Verpflichtungen verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als der Umfang des Schadens auch bei gehöriger Erfüllung der Verpflichtungen nicht geringer gewesen wäre.

§ 63. (1) Aufwendungen, die der Versicherungsnehmer gemäß § 62 macht, fallen, auch wenn sie erfolglos bleiben, dem Versicherer zur Last, soweit der Versicherungsnehmer sie den Umständen nach für geboten halten durfte. Der Versicherer hat Aufwendungen, die den von ihm gegebenen Weisungen gemäß gemacht worden sind, auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen. Er hat den für die Aufwendungen erforderlichen Betrag auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen.

(2) Bei einer Unterversicherung sind die Aufwendungen nur nach dem in den §§ 56 und 57 bezeichneten Verhältnis zu ersetzen.

§ 64. (1) Eine Vereinbarung, dass einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder die Höhe des Schadens in einem Schiedsgutachterverfahren durch Sachverständige festgestellt werden sollen, ist nur wirksam, wenn vorgesehen ist, dass der Sachverständige oder die Sachverständigen von einem unbeteiligten

Dritten oder jeweils in gleicher Anzahl vom Versicherer und vom Versicherungsnehmer namhaft gemacht werden, wobei vorgesehen werden kann, dass diese Sachverständigen oder ein unbeteiligter Dritter einen Vorsitzenden zu bestimmen haben.

(2) Die von dem oder den Sachverständigen getroffene Feststellung ist nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(3) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so ist für die Bestellung das Bezirksgericht zuständig, in dessen Sprengel der Schaden entstanden ist. Durch eine ausdrückliche Vereinbarung der Beteiligten kann die Zuständigkeit eines anderen Bezirksgerichtes begründet werden. Der Beschluss, durch den dem Antrag auf Bestellung der Sachverständigen stattgegeben wird, ist nicht anfechtbar.

(4) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

§ 65. Der Versicherer kann sich auf eine Vereinbarung nicht berufen, nach der sich der Versicherungsnehmer bei den Verhandlungen zur Ermittlung und Feststellung des Schadens nicht durch einen Bevollmächtigten vertreten lassen darf.

§ 66. (1) Der Versicherer hat die Kosten, welche durch die Ermittlung und Feststellung des ihm zur Last fallenden Schadens entstehen, dem Versicherungsnehmer insoweit zu ersetzen, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war.

(2) Die Kosten, welche dem Versicherungsnehmer durch die Zuziehung eines Sachverständigen oder eines Beistandes entstehen, hat der Versicherer nicht zu ersetzten, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer nach dem Vertrag zur Zuziehung verpflichtet war.

(3) Bei einer Unterversicherung sind die dem Versicherer zur Last fallenden Kosten nur nach dem in den §§ 56 und 57 bezeichneten Verhältnis zu ersetzen.

§ 67. (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Schadenersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

(2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

§ 68. (1) Besteht das versicherte Interesse beim Beginn der Versicherung nicht oder gelangt, falls die Versicherung für ein künftiges Unternehmen oder sonst für ein künftiges Interesse genommen ist, das Interesse nicht zur Entstehung, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Zahlung der Prämie frei; der Versicherer kann eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, so gebührt dem Versicherer die Prämie, die er hätte erheben können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, in welchem der Versicherer vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt.

(3) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlass eines Krieges weg oder ist der Wegfall des Interesses die unvermeidliche Folge eines Krieges, so gebührt dem Versicherer nur der Teil der Prämie, welcher der Dauer der Gefahrtragung entspricht.

(4) In den Fällen der Abs. 2 und 3 sind die dem Versicherungsnehmer zurückzuerstattenden Prämienteile erst nach Kriegsende zu zahlen.

(5) (Anm.: aufgehoben durch BGBl. Nr. 509/1994)

§ 68a. Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften des § 51 Abs. 1 und 2, des § 58 und der §§ 62, 67 und 68 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

II. Veräußerung der versicherten Sache.

§ 69. (1) Wird die versicherte Sache vom Versicherungsnehmer veräußert, so tritt an Stelle des Veräußerers der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein.

(2) Für die Prämie, welche auf die zur Zeit des Eintrittes laufende Versicherungsperiode entfällt, haften der Veräußerer und der Erwerber zur ungeteilten Hand.

(3) Der Versicherer hat die Veräußerung in Ansehung der durch das Versicherungsverhältnis gegen ihn begründeten Forderungen erst dann gegen sich gelten zu lassen, wenn er von ihr Kenntnis erlangt; die Vorschriften der §§ 1394 bis 1396 des Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches sind entsprechend anzuwenden.

§ 70. (1) Der Versicherer ist berechtigt, dem Erwerber das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn der Versicherer es nicht innerhalb eines Monates von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er von der Veräußerung Kenntnis erlangt hat.

(2) Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen; die Kündigung kann nur mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode erfolgen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monates nach dem Erwerb ausgeübt wird; hatte der Erwerber von der Versicherung keine Kenntnis, so bleibt das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monates von dem Zeitpunkt an bestehen, in welchem der Erwerber von der Versicherung Kenntnis erlangt hat.

(3) Wird das Versicherungsverhältnis auf Grund dieser Vorschriften gekündigt, so hat der Veräußerer dem Versicherer die Prämie zu zahlen; der Erwerber haftet in diesen Fällen für die Prämie nicht.

§ 71. (1) Die Veräußerung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Wird die Anzeige weder vom Erwerber noch vom Veräußerer unverzüglich erstattet, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt bestehen, wenn ihm die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen, oder wenn die Anzeige nicht vorsätzlich unterlassen worden ist und die Veräußerung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist.

§ 72. Auf eine Bestimmung des Versicherungsvertrages, die von den Vorschriften der §§ 69 bis 71 zum Nachteil des Erwerbers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen. Jedoch kann für die Kündigung, zu der nach § 70 Abs. 2 der Erwerber berechtigt ist, und für die Anzeige der Veräußerung Schriftform ausbedungen werden.

§ 73. Bei einer Veräußerung im Weg der Zwangsvollstreckung der versicherten Sache sind die Vorschriften der §§ 69 bis 72 entsprechend anzuwenden.

III. Versicherung für fremde Rechnung.

§ 74. (1) Die Versicherung kann von demjenigen, welcher den Vertrag mit dem Versicherer abschließt, im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, genommen werden (Versicherung für fremde Rechnung).

(2) Wird die Versicherung für einen anderen genommen, so ist, auch wenn der andere benannt wird, im Zweifel anzunehmen, dass der Vertragschließende nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.

§ 75. (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Aushändigung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 76. (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.

(2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.

(3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, dass der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77. Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten der Konkurs eröffnet ist, der Konkursmasse den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§ 78. Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht.

§ 79. (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.

(2) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluss das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.

§ 80. (1) Ergibt sich aus den Umständen nicht, dass die Versicherung für einen anderen genommen werden soll, so gilt sie als für eigene Rechnung genommen.

(2) Ist die Versicherung für Rechnung ,,wen es angeht" genommen oder ist sonst aus dem Vertrag zu entnehmen, dass unbestimmt gelassen werden soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so sind die Vorschriften der §§ 75 bis 79 anzuwenden, wenn sich ergibt, dass fremdes Interesse versichert ist.

Zweites Kapitel.

Feuerversicherung.

§ 81. (1) Bei der Feuerversicherung erlischt ein dem Versicherer gemachter Antrag auf Abschließung, Verlängerung oder Änderung des Vertrages, wenn er nicht binnen zwei Wochen angenommen wird. Die Vorschriften des § 862a des Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches bleiben unberührt.

(2) Wird der Antrag einem Abwesenden gemacht, so beginnt die Frist mit der Absendung des Antrages.

(3) Abweichende Bestimmungen sind nichtig. An die Stelle der Frist von zwei Wochen kann jedoch eine andere festbestimmte Frist gesetzt werden.

§ 82. Der Versicherer haftet für den durch Brand, Explosion oder Blitzschlag entstehenden Schaden.

§ 83. (1) Im Falle eines Brandes hat der Versicherer den durch die Zerstörung oder die Beschädigung der versicherten Sachen entstehenden Schaden zu ersetzen, soweit die Zerstörung oder die Beschädigung auf der Einwirkung des Feuers beruht oder die unvermeidliche Folge des Brandereignisses ist. Der Versicherer hat auch den Schaden zu ersetzen, der bei dem Brand durch Löschen, Niederreißen oder Ausräumen verursacht wird; das gleiche gilt von einem Schaden, der dadurch entsteht, dass versicherte Sachen beim Brand abhanden kommen.

(2) Diese Vorschriften sind auf die Haftung des Versicherers für den durch Explosion oder Blitzschlag entstehenden Schaden entsprechend anzuwenden.

§ 84. Der Versicherer haftet nicht, wenn der Brand oder die Explosion durch ein Erdbeben oder durch Maßregeln verursacht wurde, die im Krieg oder nach Erklärung des Kriegszustandes von einem militärischen Befehlshaber angeordnet worden sind.

§ 85. Ist die Versicherung für einen Inbegriff von Sachen genommen worden, so erstreckt sie sich auf die Sachen der zur Familie des Versicherungsnehmers gehörenden sowie der in einem Dienstverhältnis zu ihm stehenden Personen, sofern diese Personen mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben oder an dem Ort, für den die Versicherung gilt, ihren Beruf ausüben. Die Versicherung gilt insoweit als für fremde Rechnung genommen.

§ 86. Als Versicherungswert gilt bei Haushalts- und sonstigen Gebrauchsgegenständen, bei Arbeitsgerätschaften und Maschinen derjenige Betrag, welcher erforderlich ist, um Sachen gleicher Art anzuschaffen, unter Berücksichtigung des aus dem Unterschied zwischen alt und neu sich ergebenden Minderwertes.

§ 87. Ist bei der Versicherung beweglicher Sachen eine Taxe vereinbart, so gilt die Taxe als der Wert, den das versicherte Interesse zur Zeit des Abschlusses des Vertrages hat, es sei denn, dass sie den wirklichen Versicherungswert in diesem Zeitpunkt erheblich übersteigt. Eine Vereinbarung, nach welcher die Taxe als der

Wert gelten soll, den das versicherte Interesse zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles hat, ist nichtig.

§ 88. Als Versicherungswert gilt bei Gebäuden der ortsübliche Bauwert unter Abzug eines dem Zustand des Gebäudes, insbesondere dem Alter und der Abnützung entsprechenden Betrages.

§ 89. (1) Bei der Versicherung des durch den Eintritt des Versicherungsfalles entgehenden Gewinnes kann eine Taxe nicht vereinbart werden.

(2) Mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde können in den Versicherungsbedingungen Bestimmungen über die Berechnung des entgehenden Gewinnes getroffen werden. Übersteigt das Ergebnis der Berechnung den der wirklichen Sachlage entsprechenden Betrag, so hat der Versicherer nur diesen Betrag zu ersetzen.

§ 90. (1) Wer in Ansehung derselben Sache bei einem Versicherer für entgehenden Gewinn, bei einem anderen Versicherer für sonstigen Schaden Versicherung nimmt, hat jedem Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich Mitteilung zu machen.

(2) In der Mitteilung ist der Versicherer, bei welchem die andere Versicherung genommen worden ist, zu bezeichnen und die Versicherungssumme anzugeben.

§ 91. Bei der Gebäudeversicherung muss die im Falle einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Prämie nach § 39 zu bestimmende Zahlungsfrist mindestens einen Monat betragen.

§ 92. (1) Der Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalles wird genügt, wenn die Anzeige binnen drei Tagen nach dem Eintritt des Versicherungsfalles erfolgt. Durch die Absendung der Anzeige wird die Frist gewahrt.

(2) Der Versicherer kann sich auf eine Vereinbarung, welche die Dauer oder die Berechnung der Frist zum Nachteil des Versicherungsnehmers anders bestimmt, nicht berufen.

§ 93. Der Versicherungsnehmer darf bis zur Feststellung des an einem Gebäude entstehenden Schadens ohne Einwilligung des Versicherers nur solche Änderungen vornehmen, welche zur Erfüllung der ihm nach § 62 obliegenden Pflicht oder im öffentlichen Interesse geboten sind.

§ 94. (1) Die Entschädigung ist nach Ablauf eines Monates seit der Anzeige des Versicherungsfalles mit vier vom Hundert für das Jahr zu verzinsen, soweit nicht aus besonderen Gründen eine weitergehende Zinspflicht besteht.

(2) Der Lauf der im Abs. 1 bezeichneten Frist ist gehemmt, solange infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers der Schaden nicht festgesetzt werden kann.

§ 95. Der Versicherer haftet nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles für den durch einen späteren Versicherungsfall verursachten Schaden nur bis zur Höhe des

Restbetrages der Versicherungssumme. Für die künftigen Versicherungsperioden gebührt ihm nur ein verhältnismäßiger Teil der Prämie.

§ 96. (1) Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen.

(2) Die Kündigung ist nur bis zum Ablauf eines Monates seit dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

(3) (Anm.: aufgehoben durch BGBl. Nr. 509/1994)

§ 97. Ist der Versicherer nach den Versicherungsbestimmungen nur verpflichtet, die Entschädigungssumme zur Wiederherstellung des versicherten Gebäudes zu zahlen, so kann der Versicherungsnehmer die Zahlung erst verlangen, wenn die bestimmungsgemäße Verwendung des Geldes gesichert ist.

§ 98. Im Falle des § 97 kann die Forderung des Versicherungsnehmers auf die Entschädigungssumme vor der Wiederherstellung des Gebäudes nur an den Erwerber der Liegenschaft oder an solche Gläubiger des Versicherungsnehmers übertragen werden, die Arbeiten oder Lieferungen zur Wiederherstellung des Gebäudes übernommen oder bewirkt haben.

Eine Übertragung an Gläubiger des Versicherungsnehmers, die bare Vorschüsse zur Wiederherstellung gegeben haben, ist wirksam, wenn die Vorschüsse zur Wiederherstellung verwendet werden. Die Zwangsvollstreckung in die Entschädigungsforderung unterliegt denselben Beschränkungen.

§ 99. (1) Im Falle des § 97 ist eine Zahlung, welche ohne die Sicherung der bestimmungsgemäßen Verwendung des Geldes geleistet wird, dem Hypothekargläubiger gegenüber nur wirksam, wenn ihm der Versicherer oder der Versicherungsnehmer angezeigt hat, dass ohne Sicherung geleistet werden soll und seit dem Empfang der Anzeige ein Monat verstrichen ist.

(2) Soweit die Entschädigungssumme nicht zu einer den Versicherungsbestimmungen entsprechenden Wiederherstellung verwendet werden soll, kann der Versicherer mit Wirkung gegen den Hypothekargläubiger erst zahlen, wenn er oder der Versicherungsnehmer die Absicht, von der bestimmungsgemäßen Verwendung abzuweichen, dem Hypothekargläubiger angezeigt hat und seit dem Empfang der Anzeige ein Monat verstrichen ist.

(3) Der Hypothekargläubiger kann bis zum Ablauf der Frist dem Versicherer gegenüber der Zahlung widersprechen. Die Anzeige darf unterbleiben, wenn sie untunlich ist; in diesem Fall wird der Monat von dem Zeitpunkt an berechnet, in welchem die Entschädigungssumme fällig wird.

§ 100. (1) Das Pfandrecht an einem versicherten Gebäude erstreckt sich auch auf die Entschädigungsforderung gegen den Versicherer. Das Pfandrecht an der Entschädigungsforderung erlischt, wenn das versicherte Gebäude wiederhergestellt

oder dafür Ersatz beschafft ist. Der Versicherer kann die Entschädigungssumme mit Wirkung gegen den Pfandgläubiger an den Versicherungsnehmer erst dann zahlen, wenn er oder der Versicherungsnehmer den Eintritt des Schadens dem Pfandgläubiger angezeigt hat und seit dem Empfang der Anzeige ein Monat verstrichen ist. Der Pfandgläubiger kann bis zum Ablauf der Frist dem Versicherer gegenüber der Zahlung widersprechen. Die Anzeige darf unterbleiben, wenn sie untunlich ist; in diesem Fall wird der Monat von dem Zeitpunkt an gerechnet, in welchem die Entschädigungssumme fällig wird. Erhebt der Pfandgläubiger rechtzeitig Widerspruch, so ist der Versicherer befugt, den Entschädigungsbetrag bei dem Bezirksgericht, in dessen Sprengel das versicherte Gebäude gelegen ist, zu hinterlegen. Das Gericht hat mit der Verteilung des hinterlegten Entschädigungsbetrages auf Antrag und unter entsprechender Anwendung der Vorschriften der Exekutionsordnung über die Verteilung des bei der Zwangsversteigerung von Liegenschaften erzielten Meistbotes vorzugehen, wobei dem Versicherungsnehmer die Stellung des Verpflichteten zukommt.

(2) Hat der Hypothekargläubiger seine Hypothek dem Versicherer angemeldet, so kann der Versicherer mit Wirkung gegen den Hypothekargläubiger an den Versicherungsnehmer nur dann zahlen, wenn der Hypothekargläubiger der Zahlung schriftlich zugestimmt hat. Hat im Falle des § 97 der Hypothekargläubiger seine Hypothek dem Versicherer angemeldet, so ist eine Zahlung, die ohne die Sicherung der bestimmungsgemäßen Verwendung des Geldes geleistet wird, dem Hypothekargläubiger gegenüber nur dann wirksam, wenn dieser schriftlich der Zahlung zugestimmt hat.

(3) Abs. 1 und 2 gelten sinngemäß für ein nach den Vorschriften der Exekutionsordnung erworbenes Befriedigungsrecht und für das Fruchtnießungsrecht an einem versicherten Gebäude.

§ 101. (1) Bei der Gebäudeversicherung hat der Versicherer einem Hypothekargläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, unverzüglich schriftlich Mitteilung zu machen, wenn dem Versicherungsnehmer für die Zahlung einer Folgeprämie eine Frist bestimmt wird. Das gleiche gilt, wenn das Versicherungsverhältnis nach dem Ablauf der Frist wegen unterbliebener Prämienzahlung gekündigt wird.

(2) Der Versicherer hat binnen einer Woche nach Kenntnis vom Eintritt eines Versicherungsfalles dem Hypothekargläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, schriftlich Mitteilung zu machen, es sei denn, dass der Schaden unbedeutend ist.

§ 102. (1) Ist bei der Gebäudeversicherung der Versicherer wegen des Verhaltens des Versicherungsnehmers von der Verpflichtung zur Leistung frei, so bleibt gleichwohl seine Verpflichtung gegenüber einem Hypothekargläubiger bestehen. Das gleiche gilt, wenn der Versicherer nach dem Eintritt des Versicherungsfalles von dem Vertrag zurücktritt oder den Vertrag anficht.

(2) Abs. 1 Satz 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Versicherer leistungsfrei ist, weil die Prämie nicht gezahlt worden ist. Hat jedoch der Hypothekargläubiger seine Hypothek dem Versicherer angemeldet, so bleibt im Fall der nicht rechtzeitigen Zahlung einer Folgeprämie die Verpflichtung des Versicherers gegenüber dem Hypothekargläubiger bis zum Ablauf eines Monates von dem Zeitpunkt bestehen, in

welchem dem Hypothekargläubiger die Bestimmung der Zahlungsfrist oder, wenn diese Mitteilung unterblieben ist, die Kündigung mitgeteilt worden ist.

§ 103. (1) Hat im Fall der Gebäudeversicherung ein Hypothekargläubiger seine Hypothek dem Versicherer angemeldet, so wirkt eine Kündigung, ein Rücktritt, ein Fristablauf oder eine sonstige Tatsache, welche die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zur Folge hat, gegenüber dem Hypothekargläubiger erst mit dem Ablauf von drei Monaten, nachdem ihm die Beendigung und, sofern diese noch nicht eingetreten war, der Zeitpunkt der Beendigung durch den Versicherer mitgeteilt worden oder in anderer Weise zu seiner Kenntnis gelangt ist. Dies gilt jedoch nicht, wenn das Versicherungsverhältnis wegen unterbliebener Prämienzahlung durch Rücktritt oder Kündigung des Versicherers endet oder wenn es mit Zustimmung des Hypothekargläubigers vom Versicherungsnehmer gekündigt wird.

(2) Abs. 1 Satz 1 gilt sinngemäß für die Wirksamkeit einer Vereinbarung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer, durch welche die Versicherungssumme oder der Umfang der versicherten Gefahr gemindert wird, sowie für die Wirksamkeit einer Vereinbarung, nach welcher der Versicherer nur verpflichtet ist, die Entschädigungssumme zur Wiederherstellung des versicherten Gebäudes zu zahlen.

(3) Die Nichtigkeit des Versicherungsvertrages kann gegenüber einem Hypothekargläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, nicht geltend gemacht werden. Das Versicherungsverhältnis endet jedoch ihm gegenüber mit dem Ablauf von drei Monaten, nachdem ihm die Nichtigkeit durch den Versicherer mitgeteilt worden oder in anderer Weise zu seiner Kenntnis gelangt ist.

§ 104. Soweit der Versicherer auf Grund der Vorschriften der §§ 102 und 103 den Hypothekargläubiger befriedigt, geht die Hypothek auf ihn über. Der Übergang kann nicht zum Nachteil eines gleich- oder nachstehenden Hypothekargläubigers geltend gemacht werden, dem gegenüber die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bestehen geblieben ist.

§ 105. Im Fall des § 102 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 2 und des

§ 103 ist der Versicherer verpflichtet, bis zur anderweitigen Versicherung der Gebäude mit dem Hypothekargläubiger, für dessen Interesse eine Gebäudeversicherung abzuschließen oder die Versicherung fortzusetzen, wenn der Hypothekargläubiger dies bis zum Ablauf der in diesen Vorschriften bezeichneten Fristen schriftlich beim Versicherer beantragt und sich zur Zahlung der Prämie verpflichtet. Die Versicherung muss das berechtigte Interesse des Hypothekargläubigers gewährleisten.

§ 106. (1) Hat im Fall der Gebäudeversicherung ein Hypothekargläubiger seine Hypothek dem Versicherer angemeldet, so ist die Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer, unbeschadet der Vorschriften des § 70 Abs. 2 und des § 96 nur wirksam, wenn dieser mindestens einen Monat vor Ablauf des Versicherungsvertrages nachgewiesen hat, dass in dem Zeitpunkt, in welchem die Kündigung spätestens zulässig war, das Grundstück nicht mit der Hypothek belastet

war oder dass der Hypothekargläubiger der Kündigung der Versicherung zugestimmt hat.

(2) Die Zustimmung darf nicht ohne ausreichenden Grund verweigert werden.

§ 107. Der Versicherer ist verpflichtet, einem Hypothekargläubiger, der seine Hypothek angemeldet hat, die Anmeldung zu bestätigen und auf Verlangen Auskunft über das Bestehen von Versicherungsschutz sowie über die Höhe der Versicherungssumme zu erteilen.

§ 107a. Hat der Hypothekargläubiger seine Wohnung geändert, die Änderung dem Versicherer aber nicht mitgeteilt, so genügt für eine Mitteilung der in den §§ 101 bis 103 bezeichneten Art die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Wohnung. Die Mitteilung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Hypothekargläubiger zugegangen sein würde.

§ 107b. Ist das Grundstück mit einer Reallast oder einem nach den Vorschriften der Exekutionsordnung erworbenen Befriedigungsrecht belastet, so sind die Vorschriften der §§ 99 bis 107a, ist es mit einem Fruchtnießungsrecht belastet, so sind die Vorschriften der §§ 99 bis 103 und der §§ 105 bis 107a entsprechend anzuwenden.

§ 108. (1) Von § 96 darf durch Vereinbarung nur in der Weise abgewichen werden, dass das Kündigungsrecht für beide Teile gleich ist.

(2) Die durch die Vorschriften der §§ 101 bis 107b begründeten Rechte können nicht zugunsten solcher Hypotheken geltend gemacht werden, die dem Versicherungsnehmer zustehen.

Drittes Kapitel.

Hagelversicherung.

§ 109. Bei der Hagelversicherung haftet der Versicherer für den Schaden, der an den versicherten Bodenerzeugnissen durch die Einwirkung des Hagelschlages entsteht.

§ 110. Der Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalles wird genügt, wenn die Anzeige binnen vier Tagen nach dem Eintritt des Versicherungsfalles erfolgt. Durch die Absendung der Anzeige wird die Frist gewahrt.

§ 111. Bis zur Feststellung des Schadens darf der Versicherungsnehmer an den vom Hagelschlag betroffenen Bodenerzeugnissen ohne Einwilligung des Versicherers nur solche Änderungen vornehmen, welche nach den Regeln einer ordnungsgemäßen Wirtschaft nicht aufgeschoben werden können.

§ 112. Tritt nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles in derselben Versicherungsperiode ein neuer Versicherungsfall ein, so haftet der Versicherer für

den dadurch verursachten Schaden nur bis zur Höhe des Restbetrages der Versicherungssumme.

§ 113. Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen, der Versicherer nur für den Schluss der Versicherungsperiode, in welcher der Versicherungsfall eingetreten ist, der Versicherungsnehmer spätestens für diesen Zeitpunkt.

§ 114. (1) Im Fall der freiwilligen Veräußerung oder der Veräußerung im Weg der Zwangsvollstreckung der versicherten Bodenerzeugnisse kann der Versicherer dem Erwerber das Versicherungsverhältnis nur für den Schluss der Versicherungsperiode kündigen, in welcher er von dem Eigentumsübergang Kenntnis erlangt;

die im § 70 Abs. 1 vorgesehenen Beschränkungen des Kündigungsrechtes sind nicht anzuwenden.

(2) Wird der Eigentumsübergang dem Versicherer nicht rechtzeitig angezeigt, so ist der Versicherer, wenn der Versicherungsfall nach dem Schluss der Versicherungsperiode eintritt, in welcher ihm die Anzeige hätte zugehen müssen, von der Verpflichtung zur Leistung frei. Die Verpflichtung bleibt jedoch bestehen, wenn der Versicherer von dem Eigentumswechsel so früh Kenntnis erlangt hat, dass er zum Schluss der Versicherungsperiode kündigen konnte.

§ 115. Erwirbt jemand auf Grund eines Fruchtnießungsrechtes, eines Pachtvertrages oder eines ähnlichen Verhältnisses die Berechtigung die versicherten Bodenerzeugnisse zu beziehen, so sind die im Fall einer freiwilligen Veräußerung oder einer Veräußerung im Wege der Zwangsvollstreckung der Bodenerzeugnisse geltenden Vorschriften entsprechend anzuwenden.

§ 115a. (1) Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften des

§ 110 zum Nachteil des Versicherungsnehmers, der §§ 114 und 115 zum Nachteil des Erwerbers oder der im § 115 genannten Personen abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

(2) Die Frist zur Erhebung des Widerspruches nach § 5 Abs. 1 kann herabgesetzt werden; sie darf jedoch nicht weniger als eine Woche betragen.

(3) Von § 113 darf durch Vereinbarung nur in der Weise abgewichen werden, dass das Kündigungsrecht für beide Teile gleich ist.

Viertes Kapitel.

Tierversicherung.

§ 116. (1) Bei der Tierversicherung haftet der Versicherer für den Schaden, der durch den Tod (Verenden, Nottötung) des versicherten Tieres entsteht. Wird der Tod durch eine Krankheit oder einen Unfall herbeigeführt, so gilt als Betrag des Schadens

der Wert, den das Tier unmittelbar vor Eintritt der Erkrankung oder des Unfalles gehabt hat.

(2) Die Versicherung kann auch für den Schaden genommen werden, der durch eine Krankheit oder einen Unfall entsteht, ohne dass der Tod des Tieres eintritt.

§ 117. Die Versicherung umfasst nicht:

1. den infolge einer Seuche oder Krankheit entstehenden Schaden, soweit dem Versicherungsnehmer nach gesetzlicher Vorschrift ein Anspruch auf eine Entschädigung aus öffentlichen Mitteln zusteht oder zustehen würde, wenn der Anspruch nicht durch eine Zuwiderhandlung gegen seuchenpolizeiliche Vorschriften verwirkt worden wäre;

2. den Schaden, welcher durch Maßregeln verursacht wird, die im Kriege oder nach der Erklärung des Kriegszustandes von einem militärischen Befehlshaber angeordnet worden sind.

§ 118. Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Gewährleistung wegen eines Mangels des versicherten Tieres gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Geht ein Anspruch auf Gewährleistung durch Verschulden des Versicherungsnehmers verloren oder gibt dieser den Anspruch auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch Ersatz hätte erlangen können.

§ 119. Der Versicherer haftet nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles für den durch einen späteren Versicherungsfall verursachten Schaden nur bis zur Höhe des Restbetrages der Versicherungssumme. Für die künftigen Versicherungsperioden gebührt ihm nur ein verhältnismäßiger Teil der Prämie.

§ 120. Der Versicherer ist befugt, jederzeit auf seine Kosten eine Besichtigung und Untersuchung der versicherten Tiere vorzunehmen.

§ 121. Dem Versicherer ist außer dem Tod auch jede erhebliche Erkrankung sowie jeder erhebliche Unfall eines versicherten Tieres unverzüglich anzuzeigen. Auf die Anzeige der Erkrankung oder des Unfalles sind, auch wenn die Versicherung nur gegen den Schaden genommen ist, der durch den Tod des Tieres entsteht, die für die Anzeige des Versicherungsfalles geltenden Vorschriften entsprechend anzuwenden.

§ 122. Erkrankt das versicherte Tier oder erleidet es einen Unfall, so hat der Versicherungsnehmer, sofern nicht die Erkrankung oder der Unfall unerheblich ist, unverzüglich einen Tierarzt oder, wenn dies untunlich ist, einen Sachkundigen zuzuziehen.

§ 123. (1) Die Kosten der Fütterung und der Pflege sowie die Kosten der tierärztlichen Untersuchung und Behandlung gehören nicht zu den nach § 63 vom Versicherer zu ersetzenden Aufwendungen.

(2) Die Kosten der ersten tierärztlichen Untersuchung bei Erkrankung eines versicherten Tieres haben der Versicherungsnehmer und der Versicherer zu gleichen Teilen zu tragen.

§ 124. Die Verzinsung der Entschädigungsforderung des Versicherungsnehmers bestimmt sich nach § 94.

§ 125. Hat der Versicherungsnehmer das Tier vorsätzlich oder aus grober Fahrlässigkeit schwer misshandelt oder schwer vernachlässigt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Schaden nicht durch die Misshandlung oder die Vernachlässigung entstanden ist. Als schwere Vernachlässigung gilt es insbesondere, wenn bei einer Erkrankung oder einem Unfall die Zuziehung eines Tierarztes oder eines Sachkundigen der Vorschrift des

§ 122 zuwider unterlassen worden ist.

§ 126. (1) Der Versicherungsnehmer darf eine Nottötung nur mit Einwilligung des Versicherers vornehmen, es sei denn, dass die Erklärung des Versicherers nicht abgewartet werden kann. Ist durch das Gutachten des Tierarztes oder, falls die Zuziehung eines Tierarztes untunlich ist, durch zwei Sachkundige vor der Tötung festgestellt, dass die Tötung notwendig ist und die Erklärung des Versicherers nicht abgewartet werden kann, so muss der Versicherer die Feststellung gegen sich gelten lassen.

(2) Bei einer Nottötung der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 zuwider ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 127. Endet das Versicherungsverhältnis, nachdem das versicherte Tier erkrankt ist oder einen Unfall erlitten hat, so hat die Beendigung auf die Haftung des Versicherers keinen Einfluss, wenn die Erkrankung oder der Unfall den Tod binnen zwei Wochen nach der Beendigung herbeiführt.

§ 128. (1) Wird ein versichertes Tier veräußert, so endet in Ansehung dieses Tieres das Versicherungsverhältnis; dem Versicherer gebührt gleichwohl die Prämie, jedoch nicht über die laufende Versicherungsperiode hinaus. Tritt vor dem Schluss der laufenden Versicherungsperiode oder binnen zwei Wochen nach der Veräußerung infolge eines Mangels, für den der Veräußerer dem Erwerber kraft Gesetzes Gewähr zu leisten hat, der Tod des Tieres ein, so bleibt der Versicherer dem Versicherungsnehmer insoweit haftbar, als dieser dem Erwerber kraft Gesetzes zur Gewährleistung verpflichtet ist.

(2) Geht das Eigentum an dem Inventar eines Grundstückes mit dem Eigentum oder dem Besitz des Grundstückes auf einen anderen über, so hat es in Ansehung der zum Inventar gehörenden Tiere bei den Vorschriften der §§ 69 bis 73 sein Bewenden.

Fünftes Kapitel.

Transportversicherung.

§ 129. (1) Bei der Versicherung von Gütern gegen die Gefahren der Beförderung zu Lande oder auf Binnengewässern trägt der Versicherer alle Gefahren, denen die Güter während der Dauer der Versicherung ausgesetzt sind.

(2) Bei der Versicherung eines Schiffes gegen die Gefahren der Binnenschiffahrt trägt der Versicherer alle Gefahren, denen das Schiff während der Dauer der Versicherung ausgesetzt ist. Der Versicherer haftet auch für den Schaden, den der Versicherungsnehmer infolge eines Zusammenstoßes von Schiffen dadurch erleidet, dass er den einem Dritten zugefügten Schaden zu ersetzen hat.

§ 130. Der Versicherer haftet nicht für einen Schaden, der vom Versicherungsnehmer vorsätzlich oder fahrlässig verursacht wird. Er hat jedoch den vom Versicherungsnehmer durch fehlerhafte Führung des Schiffes verursachten Schaden zu ersetzen, es sei denn, dass dem Versicherungsnehmer eine vorsätzliche oder grob fahrlässige Handlungsweise zur Last fällt.

§ 131. (1) Bei der Versicherung von Gütern haftet der Versicherer nicht für einen Schaden, der vom Absender oder vom Empfänger in dieser Eigenschaft vorsätzlich oder fahrlässig verursacht wird.

(2) Das gleiche gilt von einem Schaden, der durch die natürliche Beschaffenheit der Güter, namentlich durch inneren Verderb, Schwinden, gewöhnlichen Rinnverlust, durch mangelhafte Verpackung der Güter oder durch Ratten oder Mäuse verursacht wird; ist jedoch die Reise durch einen Unfall, für den der Versicherer haftet, ungewöhnlich verzögert worden, so fällt der Schaden dem Versicherer insoweit zur Last, als er infolge der Verzögerung eingetreten ist.

§ 132. (1) Bei der Versicherung eines Schiffes haftet der Versicherer nicht für einen Schaden, der daraus entsteht, dass das Schiff in einem nicht fahrtüchtigen Zustand oder nicht gehörig ausgerüstet oder bemannt die Reise angetreten hat.

(2) Das gleiche gilt von einem Schaden, der nur eine Folge der Abnützung des Schiffes durch gewöhnlichen Gebrauch ist oder nur durch Alter, Fäulnis oder Wurmfraß verursacht wird.

§ 133. (1) Die Versicherung gegen die Gefahren der Binnenschifffahrt umfasst die Beiträge zur großen Haverei. Sind ausschließlich Güter des Schiffseigners verladen, so umfasst die Versicherung auch die Aufopferungen, welche zur großen Haverei gehören würden, wenn das Eigentum an den Gütern einem anderen zustände.

(2) Die Vorschriften der §§ 835 bis 839 des Handelsgesetzbuches sind entsprechend anzuwenden. Eine vom Schiffer aufgestellte Dispache ist für den Versicherer nur verbindlich, wenn er der Aufstellung durch den Schiffer zugestimmt hat.

§ 134. (1) Die Versicherung von Gütern erstreckt sich auf die ganze Dauer der versicherten Reise.

(2) Die Versicherung beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem die Güter vom Frachtführer zur Beförderung oder, wenn die Beförderung nicht sofort erfolgen kann, zur einstweiligen Verwahrung angenommen werden. Sie endet mit dem Zeitpunkt, in welchem die Güter dem Empfänger am Ablieferungsort abgeliefert oder, wenn sich ein Ablieferungshindernis ergibt, rechtmäßig hinterlegt oder verkauft werden.

§ 135. Unter die Versicherung gegen die Gefahren der Beförderung von Gütern auf Eisenbahnen fällt auch die Beförderung zur Eisenbahn sowie die Beförderung von der Eisenbahn an den Empfänger, wenn sie durch die Eisenbahn oder unter ihrer Verantwortung erfolgt.

§ 136. Sind Güter gegen die Gefahren der Beförderung auf Binnengewässern versichert, so trägt der Versicherer die Gefahr der Benützung von Leichterfahrzeugen bei der Verladung oder der Ausladung, wenn die Benützung ortsüblich ist.

§ 137. (1) Werden die versicherten Güter in anderer Art als mit dem Schiff befördert, mit welchem sie nach dem Versicherungsvertrag befördert werden sollen, so haftet der Versicherer nicht.

(2) Werden jedoch die Güter nach dem Beginn der Versicherung infolge eines Unfalles, für den der Versicherer haftet, mit einem anderen als dem im Versicherungsvertrag bestimmten Schiff oder zu Lande befördert, so fällt die Beförderung unter die Versicherung. Das gleiche gilt, wenn nach dem Beginn der Versicherung ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers die Beförderung geändert oder die Reise des Schiffes aufgegeben wird.

(3) Die Versicherung umfasst in den Fällen des Abs. 2 die Kosten der Umladung und der einstweiligen Lagerung sowie die Mehrkosten der Weiterbeförderung.

§ 138. (1) Die Versicherung eines Schiffes beginnt, wenn sie für eine Reise genommen ist, mit dem Zeitpunkt, in welchem mit der Einnahme der Ladung begonnen wird, oder, wenn keine Ladung einzunehmen ist, mit der Abfahrt. Sie endet mit dem Zeitpunkt, in welchem die Löschung der Ladung am Bestimmungsort beendet ist, oder, wenn keine Ladung zu löschen ist, mit der Ankunft am Bestimmungsort.

Wird die Löschung vom Versicherungsnehmer ungebührlich verzögert, so endet die Versicherung mit dem Zeitpunkt, in welchem ohne diese Verzögerung die Löschung beendet wäre.

(2) Wird vor Beendigung der Löschung für eine neue Reise Ladung eingenommen, so endet die Versicherung mit dem Zeitpunkt, in welchem mit der Einnahme begonnen wird.

(3) Wird nach dem Beginn der Versicherung die versicherte Reise aufgegeben, so tritt für die Beendigung der Versicherung der Ort, wo die Reise aufhört, an die Stelle des Bestimmungsortes.

§ 139. Ist ein auf Zeit versichertes Schiff beim Ablauf der vereinbarten Versicherungszeit unterwegs, so gilt das Versicherungsverhältnis bis zur Ankunft des Schiffes am nächsten Bestimmungsort als verlängert und, falls an diesem gelöscht

wird, bis zu dem nach § 138 für die Beendigung der Versicherung maßgebenden Zeitpunkt. Der Versicherungsnehmer kann die Verlängerung, solange das Schiff noch nicht unterwegs ist, durch eine gegenüber dem Versicherer abzugebende Erklärung ausschließen.

§ 140. (1) Als Versicherungswert der Güter gilt der gemeine Handelswert und in dessen Ermanglung der gemeine Wert, den die Güter am Ort der Absendung in dem nach den §§ 134 bis 136 für den Beginn der Versicherung maßgebenden Zeitpunkt haben, unter Hinzurechnung der Versicherungskosten sowie derjenigen Kosten, welche bis zur Annahme der Güter durch den Frachtführer entstehen.

(2) Der sich nach Abs. 1 ergebende Wert der Güter gilt auch beim Eintritt des Versicherungsfalles als Versicherungswert.

(3) Haben die Güter eine Beschädigung erlitten, so ist der Wert, den sie in beschädigtem Zustand am Ablieferungsorte haben, von dem Wert abzuziehen, den sie an diesem Ort in unbeschädigtem Zustand haben würden. Der dem Verhältnis der Wertminderung zu ihrem Wert in unbeschädigtem Zustand entsprechende Bruchteil des Versicherungswertes (Abs. 1) gilt als Betrag des Schadens.

§ 141. (1) Als Versicherungswert des Schiffes gilt der Wert, den das Schiff beim Beginn der Versicherung hat. Dieser Wert gilt auch beim Eintritt des Versicherungsfalles als Versicherungswert.

(2) Bei einer Beschädigung des Schiffes gelten, falls das Schiff ausbesserungsfähig ist, die nach den §§ 709 und 710 des Handelsgesetzbuches zu berechnenden Ausbesserungskosten als Betrag des Schadens.

§ 142. Bei der Versicherung von Gütern ist der Versicherer nicht berechtigt, das Versicherungsverhältnis wegen einer unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eingetretenen Erhöhung der Gefahr oder wegen einer Veräußerung der versicherten Güter zu kündigen.

Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherer eine solche Erhöhung der Gefahr oder Veräußerung anzuzeigen.

§ 143. (1) Wird bei der Versicherung eines Schiffes das Versicherungsverhältnis, während das Schiff unterwegs ist, vom Versicherer wegen einer unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eingetretenen Erhöhung der Gefahr oder wegen Veräußerung des Schiffes gekündigt, so wirkt die Kündigung nicht vor der Beendigung der Reise. Tritt während des bezeichneten Zeitraumes ein Versicherungsfall ein, so wird die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung nicht dadurch berührt, dass die Anzeige der Erhöhung der Gefahr oder der Veräußerung unterblieben ist.

(2) War die Verpflichtung zur Anzeige schon vor dem Beginn der Reise verletzt worden, so sind die Vorschriften des Abs. 1 nur anzuwenden, wenn die Erhöhung der Gefahr oder die Veräußerung dem Versicherer vor dem Beginn der Reise bekannt geworden ist.

(3) Bei einer Veräußerung im Wege der Zwangsvollstreckung des versicherten Schiffes sind die Vorschriften über die Veräußerung entsprechend anzuwenden.

§ 144. (1) Aufwendungen, die der Versicherungsnehmer gemäß § 62 zur Abwendung oder Minderung des Schadens macht, fallen, soweit sie der Versicherungsnehmer für geboten halten durfte, dem Versicherer ohne Rücksicht darauf zur Last, ob sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen.

(2) Sind Aufwendungen zur Abwendung oder Minderung oder zur Ermittlung und Feststellung eines Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der durch einen Versicherungsfall beschädigten Sache gemacht oder Beiträge zur großen Haverei geleistet worden oder ist eine persönliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Entrichtung solcher Beiträge entstanden, so haftet der Versicherer für den Schaden, der durch einen späteren Versicherungsfall verursacht wird, ohne Rücksicht auf die ihm zur Last fallenden früheren Aufwendungen und Beiträge.

§ 145. Der Versicherer ist nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles berechtigt, sich durch Zahlung der Versicherungssumme von allen weiteren Verbindlichkeiten zu befreien.

Der Versicherer bleibt jedoch zum Ersatz der Kosten verpflichtet, welche zur Abwendung oder Minderung des Schadens oder zur Wiederherstellung oder Ausbesserung der versicherten Sache verwendet worden sind, bevor seine Erklärung, dass er sich durch Zahlung der Versicherungssumme befreien wolle, dem Versicherungsnehmer zugegangen ist.

§ 146. Bei der Versicherung gegen die Gefahren der Binnenschiffahrt hat der Versicherungsnehmer jeden Unfall, der das Schiff oder die Ladung trifft, auch wenn dadurch ein Entschädigungsanspruch für ihn nicht begründet wird, dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, sofern der Unfall für die vom Versicherer zu tragende Gefahr erheblich ist.

§ 147. Ist die Versicherung für eine Reise genommen, die teils zur See, teils auf Binnengewässern oder zu Lande ausgeführt wird, so sind auf die Versicherung, auch soweit sie die Reise auf Binnengewässern oder zu Lande betrifft, die Vorschriften des Handelsgesetzbuches über die Seeversicherung entsprechend anzuwenden. Unberührt bleiben die Vorschriften des § 133 Abs. 2 Satz 2, des § 134 Abs. 2 und des § 135 über die Dispache des Schiffers, über den Beginn und das Ende der Versicherung sowie über die Haftung des Versicherers für die Beförderung zu und von der Eisenbahn.

§ 148. Die Vorschrift des § 67 Abs. 1 Satz 2 ist auf die Transportversicherung nicht anzuwenden.

Sechstes Kapitel.

Haftpflichtversicherung.

I. Allgemeine Vorschriften.

§ 149. Bei der Haftpflichtversicherung ist der Versicherer verpflichtet, dem Versicherungsnehmer die Leistung zu ersetzen, die dieser auf Grund seiner Verantwortlichkeit für eine während der Versicherungszeit eintretende Tatsache an einen Dritten zu bewirken hat.

§ 150. (1) Die Versicherung umfasst die gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten, die durch die Verteidigung gegen den von einem Dritten geltend gemachten Anspruch entstehen, soweit die Aufwendung der Kosten den Umständen nach geboten ist. Dies gilt auch dann, wenn sich der Anspruch als unbegründet erweist. Die Versicherung umfasst auch die Kosten der Verteidigung in einem Strafverfahren, das wegen einer Tat eingeleitet wurde, welche die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers einem Dritten gegenüber zur Folge haben könnte, sofern diese Kosten auf Weisung des Versicherers aufgewendet wurden. Der Versicherer hat die Kosten auf Verlangen des Versicherungsnehmers vorzuschießen.

(2) Ist eine Versicherungssumme bestimmt, so hat der Versicherer Kosten, die in einem auf seine Veranlassung geführten Rechtsstreit entstehen, und Kosten der Verteidigung nach Abs. 1 Satz 3 auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit der übrigen Entschädigung die Versicherungssumme übersteigen. Das gleiche gilt von Zinsen, die der Versicherungsnehmer infolge einer vom Versicherer veranlaßten Verzögerung der Befriedigung des Dritten diesem zu entrichten hat.

(3) Ist dem Versicherungsnehmer vorbehalten, die Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung abzuwenden, so hat auf sein Verlangen der Versicherer die Sicherheitsleistung oder Hinterlegung zu bewirken. Diese Verpflichtung besteht nicht über den Betrag der Versicherungssumme hinaus; haftet der Versicherer nach Abs. 2 für einen höheren Betrag, so tritt zur Versicherungssumme der Mehrbetrag hinzu. Der Versicherer ist von der Verpflichtung frei, wenn er den Anspruch des Dritten dem Versicherungsnehmer gegenüber als begründet anerkennt.

§ 151. (1) Ist die Versicherung für die Haftpflicht aus einem geschäftlichen Betrieb des Versicherungsnehmers genommen, so erstreckt sie sich auf die Haftpflicht der Vertreter des Versicherungsnehmers sowie auf die Haftpflicht solcher Personen, welche er zur Leitung oder Beaufsichtigung des Betriebes oder eines Teiles des Betriebes angestellt hat. Die Versicherung gilt insoweit als für fremde Rechnung genommen.

(2) Wird im Falle des Abs. 1 das Unternehmen an einen Dritten veräußert oder auf Grund eines Fruchtnießungsrechtes, eines Pachtvertrages oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen, so tritt an Stelle des Versicherungsnehmers der Dritte in die während der Dauer seiner Berechtigung sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten ein. Die Vorschriften des § 69 Abs. 2 und 3 und der §§ 70 und 71 sind entsprechend anzuwenden.

§ 152. Der Versicherer haftet nicht, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich den Eintritt der Tatsache, für die er dem Dritten verantwortlich ist, widerrechtlich herbeigeführt hat.

§ 153. (1) Der Versicherungsnehmer hat innerhalb einer Woche die Tatsachen anzuzeigen, die seine Verantwortlichkeit gegenüber einem Dritten zur Folge haben könnten. § 6 Abs. 3 und § 33 Abs. 2 gelten sinngemäß.

(2) Macht der Dritte seinen Anspruch dem Versicherungsnehmer gegenüber außergerichtlich geltend, so ist dieser zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruches verpflichtet.

(3) Durch die Absendung der Anzeige werden die Fristen gewahrt.

(4) Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht oder wird ihm gerichtlich der Streit verkündigt, so hat er, wenngleich die Fristen noch laufen, die Anzeige unverzüglich zu erstatten. Das gleiche gilt, wenn gegen ihn wegen des den Anspruch begründenden Ereignisses ein Verfahren zur Feststellung oder Aufklärung dieses Ereignisses eingeleitet wird.

§ 154. (1) Der Versicherer hat die Entschädigung binnen zwei Wochen von dem Zeitpunkte an zu leisten, in welchem der Dritte vom Versicherungsnehmer befriedigt oder der Anspruch des Dritten durch rechtskräftiges Urteil, durch Anerkenntnis oder Vergleich festgestellt worden ist. Soweit gemäß § 150 Kosten zu ersetzen sind, ist die Entschädigung binnen zwei Wochen von der Mitteilung der Berechnung an zu leisten.

(2) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, wenn ohne seine Einwilligung der Versicherungsnehmer den Dritten befriedigt, ist unwirksam. Eine Vereinbarung, nach der eine derartige Leistungsfreiheit für den Fall vorgesehen ist, dass der Versicherungsnehmer den Anspruch des Dritten anerkennt, ist unwirksam, falls nach den Umständen der Versicherungsnehmer die Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.

§ 155. (1) Ist der Versicherungsnehmer dem Dritten zur Gewährung einer Rente verpflichtet, so kann er, wenn die Versicherungssumme den Kapitalwert der Rente nicht erreicht, nur einen verhältnismäßigen Teil der Rente verlangen.

(2) Hat der Versicherungsnehmer für die von ihm geschuldete Rente dem Dritten kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten, so erstreckt sich die Verpflichtung des Versicherers auf die Leistung der Sicherheit.

§ 156. (1) Verfügungen über die Entschädigungsforderung aus dem Versicherungsverhältnis sind dem Dritten gegenüber unwirksam. Der rechtsgeschäftlichen Verfügung steht eine Verfügung gleich, die im Wege der Zwangsvollstreckung oder der einstweiligen Verfügung erfolgt.

(2) Ist die vom Versicherungsnehmer an den Dritten zu bewirkende Leistung durch Vergleich, Anerkenntnis oder Urteil festgestellt, so ist der Versicherer nach vorheriger Benachrichtigung des Versicherungsnehmers berechtigt und auf

Verlangen des Versicherungsnehmers verpflichtet, die Zahlung an den Dritten zu bewirken.

(3) Sind mehrere Dritte vorhanden und übersteigen ihre Forderungen aus der die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers begründenden Tatsache die Versicherungssumme, so hat der Versicherer nach Maßgabe des Abs. 2 die Forderungen nach dem Verhältnis ihrer Beträge zu berichtigen. Ist hierbei die Versicherungssumme erschöpft, so kann sich ein Dritter, der bei der Verteilung nicht berücksichtigt worden ist, nachträglich auf die Vorschrift des Abs. 1 nicht berufen, wenn der Versicherer mit der Geltendmachung dieser Ansprüche entschuldbarer Weise nicht gerechnet hat.

§ 157. Ist über das Vermögen des Versicherungsnehmers der Konkurs eröffnet, so kann der Dritte wegen des ihm gegen den Versicherungsnehmer zustehenden Anspruches abgesonderte Befriedigung aus der Entschädigungsforderung des Versicherungsnehmers verlangen.

§ 158. (1) Hat nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles der Versicherer seine Verpflichtung zur Leistung der Entschädigung dem Versicherungsnehmer gegenüber anerkannt oder die Leistung der fälligen Entschädigung verweigert, so ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Weisung erteilt, es über den Anspruch des Dritten zum Rechtsstreit kommen zu lassen.

(2) Die Kündigung ist nur innerhalb eines Monates seit der Anerkennung der Entschädigungspflicht oder der Verweigerung der Entschädigung oder seit Eintritt der Rechtskraft des im Rechtsstreit mit dem Dritten ergangenen Urteiles zulässig. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

(3) (Anm.: aufgehoben durch BGBl. Nr. 509/1994)

§ 158a. (1) Auf Vereinbarungen, die von den Vorschriften des § 153, des § 154 und des § 156 Abs. 2 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweichen, kann sich der Versicherer nicht berufen.

(2) Von § 158 darf durch Vereinbarung nur in der Weise abgewichen werden, dass das Kündigungsrecht für beide Teile gleich ist.

II. Besondere Vorschriften für die Pflichtversicherung.

§ 158b. Für eine Haftpflichtversicherung, zu deren Abschluss eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Pflichtversicherung), gelten die besonderen Vorschriften der §§ 158c bis 158i.

§ 158c. (1) Ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung dem Versicherungsnehmer gegenüber ganz oder teilweise frei, so bleibt gleichwohl seine Verpflichtung in Ansehung des Dritten bestehen.

(2) Ein Umstand, der das Nichtbestehen oder die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zur Folge hat, wirkt in Ansehung des Dritten erst mit dem Ablauf eines Monates, nachdem der Versicherer diesen Umstand der hiefür zuständigen Stelle angezeigt hat. Das gleiche gilt, wenn das Versicherungsverhältnis durch Zeitablauf endet. Der Lauf der Frist beginnt nicht vor der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

(3) Der Versicherer haftet nur im Rahmen der amtlich festgesetzten Mindestversicherungssummen und der von ihm übernommenen Gefahr.

(4) Der Versicherer haftet nicht, insoweit ein anderer Haftpflichtversicherer dem Versicherungsnehmer haftet.

(5) Ein Recht des Dritten, den Versicherer unmittelbar in Anspruch zu nehmen, wird durch diese Vorschriften nicht begründet.

§ 158d. (1) Macht der Dritte seinen Anspruch gegen den Versicherungsnehmer außergerichtlich geltend, so hat er dies dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen schriftlich anzuzeigen.

(2) Macht der Dritte den Anspruch gegen den Versicherungsnehmer gerichtlich geltend, so hat er dies dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

(3) Der Versicherer kann vom Dritten Auskunft verlangen, soweit sie zur Feststellung des Schadensereignisses und der Höhe des Schadens erforderlich ist. Zur Vorlegung von Belegen ist der Dritte nur insoweit verpflichtet, als ihm die Beschaffung billigerweise zugemutet werden kann.

§ 158e. (1) Verletzt der Dritte die Verpflichtungen nach § 158d Abs. 2 und 3, so beschränkt sich die Haftung des Versicherers nach

§ 158c auf den Betrag, den er auch bei gehöriger Erfüllung der Verpflichtungen zu leisten gehabt hätte. Liegt eine Verletzung der Verpflichtung nach § 158d Abs. 3 vor, so tritt diese Rechtsfolge nur ein, wenn der Dritte vorher ausdrücklich und schriftlich auf die Folgen der Verletzung hingewiesen worden ist.

(2) Die Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 gilt sinngemäß, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Dritten ohne Einwilligung des Versicherers einen Vergleich abschließt oder dessen Anspruch anerkennt; § 154 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden.

§ 158f. Soweit der Versicherer den Dritten nach § 158c befriedigt, geht die Forderung des Dritten gegen den Versicherungsnehmer auf ihn über. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Dritten geltend gemacht werden.

§ 158g. § 35b ist in Ansehung des Dritten nicht anzuwenden.

§ 158h. Die Vorschriften über die Veräußerung der versicherten Sache gelten sinngemäß.

§ 158i. Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer auf Verlangen unter Angabe der Versicherungssumme zu bescheinigen, dass eine der zu bezeichnenden Rechtsvorschrift entsprechende Haftpflichtversicherung besteht.

Siebentes Kapitel

Rechtsschutzversicherung

§ 158j. (1) Bei der Rechtsschutzversicherung sorgt der Versicherer für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers in den im Vertrag umschriebenen Bereichen und trägt die dem Versicherungsnehmer dabei entstehenden Kosten. Wenn sich aus dem Vertrag nichts anderes ergibt, umfasst die Versicherung sowohl die Wahrnehmung der Interessen in einem gerichtlichen oder sonstigen behördlichen Verfahren als auch außerhalb eines solchen.

(2) Werden Gefahren aus dem Bereich der Rechtsschutzversicherung neben anderen Gefahren versichert, so müssen im Versicherungsschein der Umfang der Deckung in der Rechtsschutzversicherung und die hiefür zu entrichtende Prämie gesondert ausgewiesen werden. Beauftragt der Versicherer mit der Schadenregulierung ein anderes Unternehmen (§ 12 Abs. 1 Z 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes), so ist dieses im Versicherungsschein zu bezeichnen.

§ 158k. (1) Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, zu seiner Vertretung in einem Gerichts- oder Verwaltungsverfahren eine zur berufsmäßigen Parteienvertretung befugte Person frei zu wählen.

Darüber hinaus kann der Versicherungsnehmer zur sonstigen Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen einen Rechtsanwalt frei wählen, wenn beim Versicherer eine Interessenkollision entstanden ist.

(2) Im Versicherungsvertrag kann vereinbart werden, dass der Versicherungsnehmer zu seiner Vertretung in einem Gerichts- oder Verwaltungsverfahren nur solche zur berufsmäßigen Parteienvertretung befugte Personen wählen darf, die ihren Kanzleisitz am Ort der Gerichts- oder Verwaltungsbehörde haben, die für das durchzuführende Verfahren in erster Instanz zuständig ist. Für den Fall, dass an diesem Ort nicht mindestens vier solcher Personen ihren Kanzleisitz haben, muss sich das Wahlrecht auf Personen im Sprengel desjenigen Gerichtshofs erster Instanz erstrecken, in dem sich die genannte Behörde befindet.

(3) Auf das dem Versicherungsnehmer nach Abs. 1 erster Satz zustehende Recht ist hinzuweisen, wenn der Versicherungsnehmer die Beistellung eines Rechtsvertreters für ein Gerichts- oder Verwaltungsverfahren verlangt; auf das nach Abs. 1 zweiter Satz zustehende Recht ist bei Eintritt einer Interessenkollision hinzuweisen. Hat der Versicherer mit der Schadenregulierung ein anderes Unternehmen betraut (§ 158j zweiter Satz), so treffen die Hinweispflichten dieses Unternehmen.

§ 158l. (1) Für den Fall von Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer über das Vorgehen zur Beilegung des Streitfalls, für den Deckung begehrt wird, besonders über die Erfolgsaussichten der Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung, hat der Versicherungsvertrag vorzusehen, dass der Versicherungsnehmer ein Schiedsgutachterverfahren (§ 64) in Anspruch nehmen kann.

(2) Der Versicherer beziehungsweise das andere Unternehmen (§ 158j zweiter Satz) hat den Versicherungsnehmer bei gänzlicher oder teilweiser Ablehnung der Leistungspflicht schriftlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, ein Verfahren nach Abs. 1 in Anspruch zu nehmen. Sieht der Versicherungsvertrag kein solches Verfahren vor oder wird der Hinweis unterlassen, so gilt das Rechtsschutzbedürfnis des Versicherungsnehmers im Einzelfall als anerkannt.

(3) Nimmt der Versicherungsnehmer das Verfahren nach Abs. 1 binnen der im Versicherungsvertrag vorgesehenen Frist in Anspruch, so wird die Frist des § 12 Abs. 3 bis zum Abschluss dieses Verfahrens, längstens jedoch für einen Zeitraum von zwei Monaten, gehemmt.

§ 158m. (1) Der Versicherer ist verpflichtet, den Versicherungsnehmer binnen zweier Wochen ab Geltendmachung des Deckungsanspruchs über seine Pflichten und Obliegenheiten aus der Rechtsschutzversicherung zu informieren. Wird der Deckungsanspruch namens des Versicherungsnehmers durch einen Vertreter geltend gemacht, der nicht Rechtsanwalt ist, und ist der Versicherungsnehmer nach dem Vertrag nicht berechtigt, den Vertreter selbst zu beauftragen, so ist diese Information auch diesem zu übermitteln.

(2) Kann der Versicherer die Erfüllung der im Abs. 1 genannten Verpflichtungen nicht beweisen, so kann er dem Versicherungsnehmer gegenüber aus der späteren fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit keine Rechte ableiten.

§ 158n. (1) Der Versicherer hat binnen zweier Wochen ab Geltendmachung des Deckungsanspruchs dem Versicherungsnehmer schriftlich den Versicherungsschutz grundsätzlich zu bestätigen oder abzulehnen; die Ablehnung ist zumindest mit der Anführung einer ihr derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung zu begründen. Der Versicherer ist berechtigt, binnen dieser Frist deren Verlängerung um höchstens zwei weitere Wochen zu verlangen.

(2) Hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer nicht sämtliche zur Prüfung des Deckungsanspruchs erforderlichen Unterlagen übermittelt, so kann der Versicherer ihn binnen der im Abs. 1 genannten Frist auffordern, die Unterlagen nachzureichen. In diesem Fall beginnt die Frist des Abs. 1 erster Satz neu zu laufen; die Möglichkeit einer Fristverlängerung gemäß Abs. 1 zweiter Satz entfällt.

(3) Kann der Versicherer die rechtzeitige Erfüllung der in Abs. 1 genannten Verpflichtungen nicht beweisen, so ist er jedenfalls zur Deckung all jener Kosten verpflichtet, die zwischen dem Zeitpunkt, in dem er zum Deckungsanspruch hätte Stellung nehmen müssen, und der verspäteten, im übrigen jedoch dem Abs. 1 entsprechenden Ablehnung des Deckungsanspruchs aufgelaufen sind. Dies gilt jedoch nicht für die Deckung solcher Kosten, die nach der vertraglichen Risikoumschreibung nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind.

§ 158o. Ist die Versicherung für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen aus einem geschäftlichen Betrieb des Versicherungsnehmers genommen und wird das Unternehmen an einen Dritten veräußert oder auf Grund eines Fruchtnießungsrechts, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen, so tritt an Stelle des Versicherungsnehmers der Dritte in die während der Dauer seiner Berechtigung sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten ein. § 69 Abs. 2 und 3 und die §§ 70 und 71 sind entsprechend anzuwenden.

§ 158p. Auf eine Vereinbarung, durch die von den §§ 158j Abs. 2 bis 158o zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.

Dritter Abschnitt.

Lebensversicherung.

§ 159. (1) Die Lebensversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden.

(2) Wird die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen genommen und übersteigt die vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten.

(3) Nimmt der Vater oder die Mutter die Versicherung auf die Person eines minderjährigen Kindes, so bedarf es der Einwilligung des Kindes nur, wenn nach dem Vertrag der Versicherer auch bei Eintritt des Todes vor der Vollendung des siebenten Lebensjahres zur Leistung verpflichtet sein soll und die für diesen Fall vereinbarte Leistung den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten übersteigt.

(4) Soweit die Aufsichtsbehörde einen bestimmten Höchstbetrag für die gewöhnlichen Beerdigungskosten festgesetzt hat, ist dieser maßgebend.

§ 160. Die Vereinbarung, dass derjenige, auf dessen Person eine Versicherung genommen werden soll, sich zuvor einer ärztlichen Untersuchung zu unterwerfen hat, begründet kein Recht des Versicherers, die Vornahme der Untersuchung zu verlangen.

§ 161. Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, kommen bei der Versicherung auf die Person eines anderen als des Versicherungsnehmers auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.

§ 162. Ist das Alter desjenigen, auf dessen Person die Versicherung genommen wurde, unrichtig angegeben worden und infolge der unrichtigen Angabe die Prämie

zu niedrig bestimmt, so mindert sich die Leistung des Versicherers nach dem Verhältnis, in welchem die dem wirklichen Alter entsprechende Prämie zu der vereinbarten Prämie steht. Das Recht, wegen Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurückzutreten, steht dem Versicherer nur zu, wenn das wirkliche Alter außerhalb der im Geschäftsplan für den Abschluss von Verträgen festgesetzten Grenzen liegt.

§ 163. Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit dem Abschluss drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

§ 164. (1) Als Erhöhung der Gefahr gilt nur eine solche Änderung der Gefahrumstände, welche nach ausdrücklicher Vereinbarung als Erhöhung der Gefahr angesehen werden soll; die Erklärung des Versicherungsnehmers bedarf der Schriftform.

(2) Eine Erhöhung der Gefahr kann der Versicherer nicht mehr geltend machen, wenn seit der Erhöhung drei Jahre verstrichen sind.

Der Versicherer bleibt jedoch zur Geltendmachung befugt, wenn die Pflicht, seine Einwilligung einzuholen oder ihm Anzeige zu machen, arglistig verletzt worden ist.

§ 164a. § 41a gilt nicht für die Lebensversicherung.

§ 165. (1) Sind laufende Prämien zu entrichten, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

(2) Ist eine Kapitalversicherung für den Todesfall in der Art genommen, dass der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung des vereinbarten Kapitals gewiss ist, so steht das Kündigungsrecht dem Versicherungsnehmer auch dann zu, wenn die Prämie in einer einmaligen Zahlung besteht.

§ 165a. (1) Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, binnen 30 Tagen nach seiner Verständigung vom Zustandekommen des Vertrags von diesem zurückzutreten. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hiefür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(2) Hat der Versicherer der Verpflichtung zur Bekanntgabe seiner Anschrift (§ 9a Abs. 1 Z 1 VAG) nicht entsprochen, so beginnt die Frist zum Rücktritt nach Abs. 1 nicht zu laufen, bevor dem Versicherungsnehmer diese Anschrift bekannt wird.

(3) Die vorstehenden Absätze gelten nicht für Gruppenversicherungsverträge und für Verträge mit einer Laufzeit von höchstens sechs Monaten.

§ 166. (1) Bei einer Kapitalversicherung ist im Zweifel anzunehmen, dass dem Versicherungsnehmer die Befugnis vorbehalten ist, ohne Zustimmung des Versicherers einen Dritten als Bezugsberechtigten zu bezeichnen oder an Stelle des so bezeichneten Dritten einen anderen zu setzen. Die Befugnis des Versicherungsnehmers, an die Stelle des bezugsberechtigten Dritten einen anderen

zu setzen, gilt im Zweifel auch dann als vorbehalten, wenn die Bezeichnung des Dritten im Vertrag erfolgt ist.

(2) Ein als bezugsberechtigt bezeichneter Dritter erwirbt, wenn der Versicherungsnehmer nichts Abweichendes bestimmt, das Recht auf die Leistung des Versicherers erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalles.

§ 167. (1) Sind bei einer Kapitalversicherung mehrere Personen ohne Bestimmung ihrer Anteile als Bezugsberechtigte bezeichnet, so sind sie zu gleichen Teilen bezugsberechtigt; der von einem Bezugsberechtigten nicht erworbene Anteil wächst den übrigen Bezugsberechtigten zu.

(2) Soll bei einer Kapitalversicherung die Leistung des Versicherers nach dem Tod des Versicherungsnehmers erfolgen und ist die Zahlung an die Erben ohne nähere Bestimmung ausbedungen, so sind im Zweifel diejenigen, welche zur Zeit des Todes als Erben berufen sind, nach dem Verhältnis ihrer Erbteile bezugsberechtigt. Eine Ausschlagung der Erbschaft hat auf die Berechtigung keinen Einfluss.

(3) Ist der Staat als Erbe berufen oder fällt die Verlassenschaft als ein erbloses Gut dem Staate anheim (§ 760 ABGB.), so steht ihm ein Bezugsrecht im Sinne des Abs. 2 Satz 1 nicht zu.

§ 168. Wird bei einer Kapitalversicherung das Recht auf die Leistung des Versicherers von dem bezugsberechtigten Dritten nicht erworben, so steht es dem Versicherungsnehmer zu.

§ 169. Bei einer Versicherung für den Todesfall ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn derjenige, auf dessen Person die Versicherung genommen ist, Selbstmord begangen hat. Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

§ 170. (1) Ist die Versicherung für den Fall des Todes eines anderen als des Versicherungsnehmers genommen, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod des anderen herbeiführt.

(2) Ist bei einer Versicherung für den Todesfall ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod desjenigen, auf dessen Person die Versicherung genommen ist, herbeiführt.

§ 171. (1) Eine Anzeige vom Eintritt des Versicherungsfalles ist dem Versicherer nur zu machen, wenn der Tod als Versicherungsfall bestimmt ist. Der Anzeigepflicht wird genügt, wenn die Anzeige binnen drei Tagen nach dem Eintritt des Versicherungsfalles erfolgt; durch die Absendung der Anzeige wird die Frist gewahrt.

(2) Steht das Recht auf die Leistung einem anderen als dem Versicherungsnehmer zu, so obliegt die Anzeigepflicht dem anderen;

das gleiche gilt von der Pflicht zur Auskunft und zur Beschaffung von Belegen.

§ 172. Bietet eine Lebensversicherung Versicherungsschutz für ein Risiko, bei dem ungewiss ist, ob und wann der Versicherungsfall eintreten wird, so darf sich der Versicherer für den Fall einer nicht nur vorübergehenden nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie eine Erhöhung der Prämie in sinngemäßer Anwendung des § 178f ausbedingen.

§ 173. (1) Der Versicherungsnehmer kann jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangen.

(2) Wird die Umwandlung verlangt, so tritt mit dem bezeichneten Zeitpunkt an die Stelle des vereinbarten Kapital- oder Rentenbetrags derjenige Betrag, der sich nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Grund der Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation ergibt. Die prämienfreie Versicherungsleistung ist für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Berücksichtigung von Prämienrückständen zu berechnen.

(3) Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn dieser vereinbart und angemessen ist.

§ 174. Im Vertrag kann vorgesehen werden, dass statt der begehrten Umwandlung der Rückkaufswert (§ 176 Abs. 2a bis 6) zu erstatten ist, wenn die sich nach der Umwandlung ergebende Versicherungssumme oder Rente einen vereinbarten Betrag unterschreiten würde. Der Betrag ist unter Bedachtnahme auf das Verhältnis zwischen dem Betrag der Versicherungsleistung und den Kosten festzusetzen, die dem Versicherer mit der Weiterführung der Versicherung entstehen würden.

§ 175. (1) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis nach § 39, so wandelt sich mit der Kündigung die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung um. § 173 und gegebenenfalls § 174 sind anzuwenden.

(2) Im Falle des § 39 Abs. 2 ist der Versicherer zu der Leistung verpflichtet, die ihm obliegen würde, wenn sich mit dem Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt hätte.

(3) Die im § 39 vorgesehene Bestimmung einer Zahlungsfrist muss einen Hinweis auf die eintretende Umwandlung der Versicherung enthalten.

§ 176. (1) Wird eine Kapitalversicherung für den Todesfall, die in der Art genommen ist, dass der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung des vereinbarten Kapitals gewiss ist, durch Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung aufgehoben, so hat der Versicherer den auf die Versicherung entfallenden Rückkaufswert zu erstatten.

(2) Das gleiche gilt bei einer Versicherung der in Abs. 1 bezeichneten Art auch dann, wenn nach dem Eintritt des Versicherungsfalls der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung des vereinbarten Kapitals frei ist. Im Fall des § 170 Abs. 1 ist jedoch der Versicherer zur Erstattung des Rückkaufswerts nicht verpflichtet.

(2a) Bei der Berechnung des Rückkaufswertes eines Vertrages, der von einem Versicherungsvermittler (§ 137 Abs. 1 GewO 1994) vermittelt wurde, der zum Zeitpunkt des Versicherungsvertrages nicht in das Register eingetragen war, darf die Provision nicht berücksichtigt werden.

(2b) Bei der Berechnung der prämienfreien Versicherungsleistung für einen Vertrag, der von einem Versicherungsvermittler (§ 137 Abs. GewO 1994) vermittelt wurde, der zum Zeitpunkt des Versicherungsvertrages nicht in das Register eingetragen war, darf die Provision nicht berücksichtigt werden.

(3) Der Rückkaufswert ist nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Grund der Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode als Zeitwert der Versicherung zu berechnen. Prämienrückstände werden vom Rückkaufswert abgesetzt.

(4) Der Versicherer ist zu einem Abzug nur berechtigt, wenn dieser vereinbart und angemessen ist.

(5) Wird eine kapitalbildende Lebensversicherung vor dem Ablauf von fünf Jahren oder einer vereinbarten kürzeren Laufzeit beendet, so dürfen bei der Berechnung des Rückkaufswerts die rechnungsmäßig einmaligen Abschlusskosten höchstens mit jenem Anteil berücksichtigt werden, der dem Verhältnis zwischen der tatsächlichen Laufzeit und dem Zeitraum von fünf Jahren oder der vereinbarten kürzeren Laufzeit entspricht. Ebenso sind diese Kosten bei der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung für die Berechnung der Grundlage der prämienfreien Versicherungsleistung höchstens nach dem Verhältnis zwischen der tatsächlichen Prämienzahlungsdauer und dem Zeitraum von fünf Jahren oder einer vereinbarten kürzeren Prämienzahlungsdauer zu berücksichtigen.

(6) Der Vermittler hat in den Fällen des Abs. 5 Anspruch auf jenen Teil der Provision samt Nebengebühren, der dem Verhältnis zwischen der tatsächlichen Laufzeit (Prämienzahlungsdauer) und dem Zeitraum von fünf Jahren oder der vereinbarten kürzeren Laufzeit (Prämienzahlungsdauer) entspricht. Eine Vereinbarung, wonach dem Vermittler ein höherer Provisionsanspruch zusteht, ist unwirksam.

Der Vermittler hat dem Versicherer eine Provision insoweit zurückzuzahlen, als sie das Ausmaß des anteiligen Provisionsanspruchs übersteigt.

§ 177. (1) Wird auf den Versicherungsanspruch Zwangsvollstreckung geführt oder wird über das Vermögen des Versicherungsnehmers der Konkurs eröffnet, so kann der namentlich bezeichnete Bezugsberechtigte mit Zustimmung des Versicherungsnehmers an dessen Stelle in den Versicherungsvertrag eintreten. Tritt der Bezugsberechtigte ein, so hat er die Forderungen der betreibenden Gläubiger oder der Konkursmasse bis zur Höhe des Betrages zu befriedigen, dessen Zahlung der Versicherungsnehmer im Falle der Kündigung des Versicherungsvertrages vom Versicherer verlangen kann.

(2) Ist ein Bezugsberechtigter nicht oder nicht namentlich bezeichnet, so steht das gleiche Recht dem Ehegatten und den Kindern des Versicherungsnehmers zu.

(3) Der Eintritt erfolgt durch Anzeige an den Versicherer. Die Anzeige kann nur innerhalb eines Monates erfolgen, nachdem der Eintrittsberechtigte von der Pfändung Kenntnis erlangt hat oder der Konkurs eröffnet worden ist.

§ 177a. Gepfändete Ansprüche aus einem Lebensversicherungsvertrag werden durch Überweisung zur Einziehung verwertet. Diese ermächtigt den betreibenden Gläubiger insbesondere, namens des Verpflichteten das Versicherungsverhältnis zu kündigen.

§ 178. (1) Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften der §§ 162 bis 164, der §§ 165, 165a und 169 oder des § 171 Abs. 1 Satz 2 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen. Jedoch kann für die Kündigung, zu der nach

§ 165 der Versicherungsnehmer berechtigt ist, die Schriftform ausbedungen werden.

(2) Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften der §§ 172 bis 177 zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder des Eintrittsberechtigten abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

Vierter Abschnitt

Krankenversicherung

§ 178a. (1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden.

(2) Ist die Versicherung auf die Person eines anderen genommen, so hat dieser als Versicherter an den Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf diejenigen Leistungen, die bei einem Versicherungsfall in seiner Person zu erbringen sind. Dieser unmittelbare Anspruch kann nur bei einer Krankenhaustagegeldversicherung und einer Krankengeldversicherung sowie nur dann ausgeschlossen werden, wenn durch die Versicherungsleistung Nachteile gedeckt werden sollen, die dem Versicherungsnehmer selbst durch den Versicherungsfall entstehen.

Im übrigen sind die §§ 74, 75 Abs. 1, 78 und 79 entsprechend anzuwenden.

(3) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind - neben dem Ersten Abschnitt - die §§ 49 bis 60 und §§ 62 bis 68a entsprechend anzuwenden. Die Bestimmungen über die Gefahrerhöhung (§§ 23 bis 30) sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden.

§ 178b. (1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich medizinischer Betreuung und Behandlung bei Schwangerschaft und Entbindung im vereinbarten Umfang zu ersetzen.

(2) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.

(3) Bei der Krankengeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankengeld zu ersetzen.

(4) In der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit die Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen, im vereinbarten Umfang zu ersetzen (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung).

(5) Die Kosten und Risiken der medizinischen Betreuung und Behandlung im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, der Entbindung und der Mutterschaft dürfen in der Krankenversicherung nicht zu unterschiedlichen Prämien oder Leistungen zwischen Frauen und Männern führen.

§ 178c. (1) Sagt der Versicherer allgemein zu, bestimmte medizinische Leistungen zur Gänze zu vergüten (Kostendeckungszusage), so endet die Wirksamkeit dieser Zusage nicht vor ihrem schriftlichen Widerruf. Die Zusage hat die Angabe zu umfassen, zu welchem Termin sie frühestens widerrufen werden kann; unterläßt der Versicherer diese Angabe, so kann er die Kostendeckungszusage vor Ablauf zweier Jahre nicht widerrufen.

(2) Der Widerruf der Kostendeckungszusage wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam. Ein Widerruf ist für solche stationären Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor dem Wirksamwerden der entsprechenden Mitteilung des Versicherers begonnen haben.

§ 178d. (1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankengeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate, als besondere Wartezeit für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate und für Entbindung sowie damit im Zusammenhang stehende Heilbehandlungen neun Monate nicht überschreiten. In der Pflegeversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.

(2) Soweit Versicherungsschutz ausdrücklich für solche Krankheiten oder Unfallfolgen vereinbart wird, die beiden Vertragsteilen bei VertragsAbschluss bereits bekannt sind, dürfen auch längere als die im Abs. 1 genannten Wartezeiten vereinbart werden.

(3) Tritt ein Versicherungsfall vor Ablauf der Wartezeit ein, so ist der Versicherer zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Krankheit erst nach Vertragsabschluss erkennbar wurde beziehungsweise dass die Schwangerschaft erst nach diesem Zeitpunkt begonnen hat.

§ 178e. Ist ein Versicherungsnehmer im vollen Umfang des § 178b Abs. 1 und nicht bloß für zusätzliche Aufwendungen zu den Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung versichert, so ist der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers verpflichtet, dessen neugeborenes Kind mit Wirkung ab der Geburt ohne Wartezeiten zu versichern; dieses Verlangen ist spätestens zwei Monate nach der Geburt zu stellen. Der Versicherungsschutz hat den gleichen Umfang wie der des Versicherungsnehmers. Bedeutet das Kind ein erhöhtes Risiko, so kann der Versicherer einen angemessenen Prämienzuschlag verlangen.

§ 178f. (1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluss einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist - unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG - nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,

2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,

3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die auf die zu diesem Tarif Versicherten,

4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,

5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und

6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, dass eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem

Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen.

(3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

(4) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

§ 178g. (1) Der Versicherer hat eine Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes unverzüglich der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundesarbeitskammer, dem Österreichischen Landarbeiterkammertag, der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs, dem Österreichischen Gewerkschaftsbund, dem Österreichischen Seniorenrat, der Finanzprokuratur und dem Verein für Konsumenteninformation mitzuteilen. Insoweit eine vom Versicherer erklärte Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes unwirksam ist, besonders weil sie dem § 178f und den allgemeinen Versicherungsbedingungen, nach denen die Versicherungsverträge geschlossen sind, widerspricht, sind diese Stellen berechtigt, vom Versicherer die Unterlassung dieser Änderung zu verlangen. Dieser Anspruch erlischt, wenn er nicht binnen dreier Monate nach Erhalt der Verständigung gerichtlich geltend gemacht wird; der Versicherer und die betreffende Stelle können die Klagefrist einvernehmlich verlängern.

(2) Für die Klage ist nur das Handelsgericht Wien zuständig. Hat jedoch der Versicherer seinen Sitz im Ausland und keiner der von der umstrittenen Änderung betroffenen Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz im Sprengel dieses Gerichts, so ist nach Wahl des Klägers jedes die Gerichtsbarkeit in Handelssachen ausübende Landesgericht zuständig, in dessen Sprengel der Wohnsitz wenigstens eines betroffenen Versicherungsnehmers liegt; klagt außerdem eine andere der im Abs. 1 genannten Stellen denselben Versicherer bei einem anderen Gericht, so ist § 31a Abs. 2 JN sinngemäß anzuwenden.

(3) Der Wert des Streitgegenstands beträgt höchstens 75 000 Euro.

§ 178h. (1) Der Versicherer ist verpflichtet, den im § 178g Abs. 1 genannten Stellen auf Verlangen unverzüglich Einsicht in sämtliche Kalkulationsgrundlagen zu gewähren, die eine erklärte Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes begründen können. Die genannten Stellen sind berechtigt, auf ihre Kosten erforderlichenfalls Ablichtungen herzustellen.

(2) Verlangt eine im § 178g Abs. 1 genannte Stelle binnen der dort vorgesehenen dreimonatigen Klagefrist die Einsichtnahme gemäß Abs. 1, so ist diese Frist bis zur Gewährung der Einsicht gehemmt.

§ 178i. (1) Krankenversicherungsverträge dürfen nur auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers geschlossen werden, ausgenommen kurzfristige Versicherungen, die auf weniger als ein Jahr befristet sind; andere Befristungen sind unwirksam.

(2) Eine Kündigung durch den Versicherer gemäß § 8 Abs. 2 oder auf Grund einer Vertragsbestimmung, etwa für den Versicherungsfall, ist nur bei Gruppenversicherungsverträgen und Krankengeldversicherungsverträgen zulässig.

(3) Das Recht der Kündigung aus wichtigem Grund, insbesondere bei Verletzung von Obliegenheiten (§ 6), bei Prämienverzug (§ 39) und bei unverschuldeter Verletzung der Anzeigepflicht (§ 41), bleibt unberührt.

§ 178j. Endet das Versicherungsverhältnis anders als durch Rücktritt des Versicherers gemäß § 16 oder § 38 oder durch dessen Kündigung (§ 178i Abs. 3), so sind die Versicherten berechtigt, binnen zweier Monate die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach dem Versicherungsnehmer zu erklären.

§ 178k. Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten oder den Vertrag kündigen, wenn seit dem Abschluss drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt jedoch bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

§ 178l. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte seine Krankheit oder seinen Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall eines Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch des Versicherten an den Versicherungsnehmer geht jedoch in sinngemäßer Anwendung des

§ 67 auf den Versicherer über.

§ 178m. (1) Scheidet ein Gruppenversicherter aus dem versicherten Personenkreis, etwa durch Kündigung des Versicherers oder infolge Eintritts in den Ruhestand, aus oder wird der gesamte Gruppenversicherungsvertrag aufgelöst, so ist der Gruppenversicherte berechtigt, die Fortsetzung als gleichartige Einzelversicherung nach Maßgabe der für die Einzelversicherung geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen ohne Wartezeiten und Risikoprüfung zu erklären, sofern er bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig war. Der Versicherer hat die Gruppenversicherten auf dieses Fortsetzungsrecht hinzuweisen.

(2) Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung erlischt, wenn der Versicherte die im Abs. 1 vorgesehene Erklärung nicht binnen eines Monats ab dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis beziehungsweise der Auflösung des Gruppenversicherungsvertrags abgibt. Die Frist ist gehemmt, solange der Versicherer der im Abs. 1 angeordneten Hinweispflicht nicht entsprochen hat; der Beweis der Erfüllung dieser Pflicht obliegt dem Versicherer.

(3) Gibt der Versicherungsnehmer die im Abs. 1 vorgesehene Erklärung ab, so ist die Einzelversicherungsprämie nach demjenigen Eintrittsalter zu bemessen, mit dem der Versicherte in den Gruppenversicherungsvertrag eingetreten ist.

(4) Das Recht auf Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses als Einzelversicherung besteht jedoch nicht, wenn der Versicherte aus dem versicherten Personenkreis infolge außerordentlicher Kündigung des Versicherers wegen einer Vertragsverletzung ausscheidet.

(5) Die §§ 178g und 178h gelten für Gruppenversicherungsverträge nicht. Als Grund für eine Prämienerhöhung darf auch eine Änderung der im § 178f Abs. 2 Z 2 und 3 genannten Umstände bloß bei den zu dieser Gruppe gehörenden Versicherten vereinbart werden, auch infolge einer Änderung des Durchschnittsalters der Gruppe.

(6) Der Versicherer hat jeden Gruppenversicherten bei Eintritt in den Gruppenversicherungsvertrag nachweislich darauf hinzuweisen, unter welchen Voraussetzungen seine Versicherung endet und welche Folgen sich für die Höhe der Prämie bei der Fortsetzung als Einzelversicherung ergeben würden.

§ 178n. Auf eine Vereinbarung, die von § 178a Abs. 2 und 3, § 178b Abs. 5 und von den §§ 178c bis 178m zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder des Versicherten abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

Fünfter Abschnitt.

Unfallversicherung.

§ 179. (1) Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer, oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

(2) Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 sind entsprechend anzuwenden.

(3) Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

(4) Soweit im Falle des Abs. 3 die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers nach den Vorschriften dieses Gesetzes von rechtlicher Bedeutung sind, kommen auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.

§ 180. Ist als Leistung des Versicherers die Zahlung eines Kapitals vereinbart, so gelten die Vorschriften der §§ 166 bis 168.

§ 181. (1) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der von dem Unfall Betroffene den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Das gleiche gilt,

wenn im Falle des § 179 Abs. 3 der Versicherungsnehmer den Unfall vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung herbeigeführt hat.

(2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte den Unfall vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung herbeigeführt hat.

§ 182. Die Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalles obliegt dem bezugsberechtigten Dritten, wenn ihm das Recht auf die Leistung zusteht; das gleiche gilt von der Pflicht zur Auskunft und zur Beschaffung von Belegen.

§ 183. Der Versicherungsnehmer hat für die Abwendung und Minderung der Folgen des Unfalles nach Möglichkeit zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen, soweit ihm nicht etwas Unbilliges zugemutet wird. Auf eine Vereinbarung, die von dieser Vorschrift zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

§ 184. (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

§ 185. Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer die Kosten, welche durch die Ermittlung und Feststellung des Unfalles sowie des Umfanges der Leistungspflicht des Versicherers entstehen, insoweit zu ersetzen, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war.

Sechster Abschnitt.

Schlussvorschriften.

§ 186. Die Vorschriften dieses Bundesgesetzes sind auf die Seeversicherung und auf die Rückversicherung nicht anzuwenden.

§ 187. (1) Die in diesem Bundesgesetz vorgesehenen Beschränkungen der Vertragsfreiheit sind bei der Transportversicherung von Gütern, bei der Kreditversicherung und bei der Versicherung gegen Kursverluste nicht anzuwenden.

(2) Das gleiche gilt von einer Schadensversicherung, die in der Weise genommen wird, dass die versicherten Interessen beim Abschluss des Vertrages nur der

Gattung nach bezeichnet und erst nach ihrer Entstehung dem Versicherer einzeln aufgegeben werden (laufende Versicherung).

§ 189. Soweit in Gesetzen und Verordnungen auf das Gesetz über den Versicherungsvertrag verwiesen ist, treten an dessen Stelle die entsprechenden Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes 1958.

§ 190. Folgende Vorschriften werden aufgehoben:

1. das Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908, Deutsches RGBl. S. 263, in der Fassung der Verordnungen vom 19. Dezember 1939, Deutsches RGBl. I S. 2443, vom 3. November 1942, Deutsches RGBl. I S. 636, vom 28. Dezember 1942, Deutsches RGBl. I S. 740, vom 6. April 1943, Deutsches RGBl. I S. 178 und vom 25. Oktober 1944, Deutsches RGBl. I S.278;

2. das Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 23. Dezember 1917, RGBl. Nr. 501, soweit es nicht schon durch die Verordnung zur Vereinheitlichung des Rechts der Vertragsversicherung vom 19. Dezember 1939, Deutsches RGBl. I S. 2443, aufgehoben ist.

§ 191. Dieses Bundesgesetz tritt drei Monate nach seiner Kundmachung in Kraft.

§ 191a. (1) § 5a, §§ 158i bis 158m und § 165a sowie § 178 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 90/1993 treten mit demselben Zeitpunkt in Kraft wie das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum *1).

(2) Diese Bestimmungen sind auf Versicherungsverträge, die vor dem Inkrafttreten geschlossen worden sind, nicht anzuwenden.

---

*1) Die Kundmachung des Abkommens und seines Inkrafttretens wird zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

§ 191b. (1) § 1a, § 2 Abs. 2 zweiter Satz, § 5b, § 6, § 8 Abs. 3,

§ 11 Abs. 1 und 3, § 11a, § 12, § 15a, § 16 Abs. 3, § 18, § 21, § 25 Abs. 3, § 27, § 28 Abs. 2 zweiter Satz, § 38, § 39 Abs. 2, § 39a, § 40, § 41 Abs. 2, § 41b, § 43, § 43a, § 44, § 47, § 51 Abs. 4 und 5,

§ 59 Abs. 3, § 64, § 68, § 68a, § 70 Abs. 3, § 71, § 96, § 108, § 113, § 115a, § 154 Abs. 2, § 158, § 158a, § 158j, § 158l, §§ 158m bis 158p, § 163, § 164 Abs. 2, §§ 172 bis 176 und § 178 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 652/1994 treten mit 1. Jänner 1995 in Kraft. Die §§ 178a bis 178n in der Fassung dieses Bundesgesetzes treten mit 1. September 1994 in Kraft.

(2) Nicht in der neuen Fassung anzuwenden sind

1. § 1a Abs. 2, § 2 Abs. 2, § 16 Abs. 3, § 18, § 21, § 40, § 41 Abs. 2, § 41b, § 59 Abs. 3, § 64, § 68, § 70 Abs. 3, § 96 Abs. 3, § 108, § 113, § 115a, § 158 Abs. 3, § 158a, § 172, § 173, § 174, § 175, § 176 und § 178 Abs. 2 auf Versicherungsverträge,

die vor dem 1. Jänner 1995 geschlossen worden sind, sowie § 178d, § 178e, § 178i Abs. 1 und § 178k auf Versicherungsverträge, die vor dem 1. September 1994 geschlossen worden sind.

2. § 12, wenn die dort genannten Fristen vor dem 1. Jänner 1995 zu laufen begonnen haben,

3. § 43, § 44 und § 47 auf Rechtshandlungen, die von dem Versicherungsagenten oder ihm gegenüber vor dem 1. Jänner 1995 vorgenommen worden sind,

4. § 158o, wenn das Unternehmen vor dem 1. Jänner 1995 veräußert beziehungsweise übernommen worden ist,

5. § 178c auf Kostendeckungszusagen, die vor dem 1. September 1994 abgegeben worden sind,

6. § 178i Abs. 2 auf Zahnversicherungsverträge, die vor dem 1. Jänner 1995 geschlossen worden sind,

7. § 1a Abs. 1 und § 5b, wenn der Antrag des Versicherungsnehmers vor dem 1. Jänner 1995 erklärt worden ist, und

8. §§ 38, 39 und 39a, wenn der Verzug vor dem 1. Jänner 1995 eingetreten ist.

(3) § 8 Abs. 3 ist in der im Abs. 1 bezeichneten Fassung auf Versicherungsverträge anzuwenden, die nach dem 31. März 1994 geschlossen worden sind. Verträge, die vor dem 1. April 1994 geschlossen worden sind, kann der Versicherungsnehmer nach § 8 Abs. 3 jedenfalls zum Ende jener Versicherungsperiode, die zum 31. Dezember 1999 oder im Jahr 2000 endet, und zum Ende jeder folgenden Versicherungsperiode mit einer Frist von sechs Monaten kündigen. § 8 Abs. 3 zweiter Satz ist auf Verträge, die vor dem 1. Jänner 1995 geschlossen worden sind, mit der Maßgabe anzuwenden, dass der Versicherer auch die Differenz zwischen der vereinbarten Prämie und der Prämie für Verträge mit einer Laufzeit, die der tatsächlich verstrichenen Laufzeit entspricht, verlangen kann, falls er zur Zeit der Eingebung des Versicherungsvertrags in seinem Tarif eine Prämie für derartige Verträge mit kürzerer Laufzeit vorgesehen hatte.

(4) Ist in einem Krankenversicherungsvertrag die Zulässigkeit einer Prämienerhöhung oder einer Änderung des Versicherungsschutzes an die Zustimmung der Versicherungsaufsichtsbehörde gebunden, so sind an Stelle dieser Anpassungsbestimmung die §§ 178f bis 178h anzuwenden, wobei eine Anpassung nach den in § 178f Abs. 2 Z 2 bis 6 genannten Anpassungsfaktoren als vereinbart gilt.

(5) Für § 178m gilt folgendes:

1. Er gilt unbeschränkt für Gruppenversicherte, die nach dem 31. Dezember 1994 in einen zu diesem Zeitpunkt bereits bestehenden Gruppenversicherungsvertrag aufgenommen werden. Für solche Gruppenversicherte kann der Versicherer einen anderen als den im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Tarif vorsehen.

2. Auf Gruppenversicherte, die vor dem 1. Jänner 1995 in eine Gruppenversicherung eingetreten sind, ist er mit der Maßgabe anzuwenden, dass bei der Berechnung der Einzelversicherungsprämie die Versicherungsdauer im Gruppenversicherungsvertrag nur im Ausmaß der in der Prämienkalkulation der Gruppenversicherung enthaltenen Alterungsrückstellung zu berücksichtigen ist. Diese Versicherten haben überdies nach dem 31. Dezember 1994 das Recht, die volle Anwendung des § 178m gegen Zahlung einer höheren Prämie zu verlangen, die für diese Fälle vom Versicherer in seinem Tarif angemessen festzusetzen ist.

§ 191c. (1) § 178c Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 447/1996 tritt mit 1. September 1996 in Kraft.

(2) Die Aufhebung des § 5a und die §§ 5b, 165a sowie 191b Abs. 3 zweiter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 6/1997 treten mit 1. Jänner 1997 in Kraft.

(3) Die §§ 5b und 165a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 6/1997 sind auf Verträge, die vor dem 1. Jänner 1997 geschlossen worden sind, nicht anzuwenden.

(4) § 178g Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 48/2001 tritt mit 1. September 2001 in Kraft.

(5) Die §§ 39a, 178g und 191c in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 98/2001 treten mit 1. Jänner 2002 in Kraft.

(6) § 165a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 62/2004 tritt mit 1. Oktober 2004 in Kraft. Die Bestimmung ist in dieser Fassung auf Verträge, die vor diesem Zeitpunkt abgeschlossen wurden, nicht anzuwenden.

(7) § 5b Abs. 2 Z 3, § 43 Abs. 3 bis 5 und § 176 Abs. 2a und 3a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2004 treten mit 15. Jänner 2005 in Kraft.

(8) Die §§ 165a, 174 sowie 176 Abs. 5 und 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 95/2006 treten mit 1. Jänner 2007 in Kraft. Sie sind auf Versicherungsverträge anzuwenden, die nach dem 31. Dezember 2006 geschlossen werden.

(9) Die §§ 178b Abs. 5 und 178n in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 95/2006 treten mit 1. Dezember 2007 in Kraft. Sie sind auf Versicherungsverträge anzuwenden, die nach dem 30. November 2007 geschlossen werden.

§ 191d. § 11a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 150/1999 tritt mit 1. Jänner 2000 in Kraft.

§ 192. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist das Bundesministerium für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen betraut.

Artikel III

Umsetzungshinweis

(Anm.: Zu den §§ 165a, 174, 176, 178b und 178n, BGBl. Nr. 2/1959)

Mit diesem Bundesgesetz wird die Richtlinie 2004/113/EG des Rates vom 13. Dezember 2004 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, ABl. Nr. L 373 vom 21. Dezember 2004, S. 37, umgesetzt.

Artikel V

Umsetzung

(Anm.: Zu BGBl. Nr. 2/1959)

Mit diesem Bundesgesetz wird die Richtlinie 1999/44/EG zu bestimmten Aspekten des Verbrauchsgüterkaufs und der Garantien für Verbrauchsgüter, ABl. Nr. L 171 vom 7. Juli 1999, S 12, umgesetzt.

Artikel XXXII

Inkrafttreten, Aufhebung eines Gesetzes, Übergangsbestimmungen

(Anm.: Zu § 15b, BGBl. Nr. 2/1959)

1. (Anm.: Inkrafttretensbestimmung)

2. (Anm.: Außerkrafttretensbestimmung)

3. (Anm.: ÜR zu einem anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

4. (Anm.: ÜR zu anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

5. (Anm.: ÜR zu anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

6. (Anm.: ÜR zu einem anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

7. (Anm.: ÜR zu einem anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

8. Die Art. VI Z 1 bis 9 lit. a (§§ 7a, 27a, 28, 29, 32, 42 bis 44 und 49 Abs. 1 JN), 10 bis 12 (§§ 51, 52 und 56 JN) und 14 (§ 104 JN), VII Z 1 und 2 (§§ 27 und 29 ZPO), 11 bis 18 (§§ 182, 230, 230a, 239, 240, 243, 260 und 261 ZPO), 24 und 25 (§§ 448 und 451 ZPO), 29, 31 und 32 (§§ 471, 475 und 477 ZPO), 35 (§ 501 ZPO), 44 und 45 (§§ 517 und 518 ZPO) und 49 (§ 550 ZPO), VIII Z 1 bis 3 (§§ 38, 54b und 66 EO), XIII (§ 15b VersVG), XV Z 1 (§ 2 GEG 1962), XVIII (§ 1 des Bundesgesetzes über die Bestimmung der Kosten, die einem durch die Bezirksverwaltungsbehörde

vertretenen Minderjährigen in gerichtlichen Verfahren zu ersetzen sind), XXIII (§ 14 KSchG), XXVI Z 1, 3 und 4 (§§ 9, 38 und 44 ASGG - soweit sich dessen Abs. 1 nicht auf den § 508 ZPO bezieht), XXVII Z 2 (§ 32 UVG 1985) und XXVIII (§§ 19 und 22 RpflG) sind auf Verfahren anzuwenden, in denen die Klagen oder verfahrenseinleitenden Anträge bei Gericht nach dem 31. Dezember 1997 angebracht werden.

9. (Anm.: ÜR zu anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

10. (Anm.: ÜR zu einem anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

11. (Anm.: ÜR zu einem anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

12. (Anm.: ÜR zu anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

13. (Anm.: ÜR zu anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

14. (Anm.: ÜR zu anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

15. (Anm.: ÜR zu anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

16. (Anm.: ÜR zu einem anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

17. (Anm.: ÜR zu anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

18. (Anm.: ÜR zu einem anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

19. (Anm.: ÜR zu einem anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

20. (Anm.: ÜR zu einem anderen Artikel der Sammelnovelle BGBl. I Nr. 140/1997)

© 2008 Bundeskanzleramt Österreich

Anhang 5: Versicherungsgesetz in der Türkei

14 Haziran 2007
PERŞEMBE

Resmî Gazete

Sayı : 26552

KANUN

SİGORTACILIK KANUNU

Kanun No. 5684 **Kabul Tarihi: 3/6/2007**

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam ve Tanımlar

Amaç ve kapsam

MADDE 1 – (1) Bu Kanunun amacı, ülkemiz sigortacılığının geliştirilmesini sağlamak, sigorta sözleşmesinde yer alan kişilerin hak ve menfaatlerini korumak ve sigortacılık sektörünün güvenli ve istikrarlı bir ortamda etkin bir şekilde çalışmasını temin etmek üzere bu Kanuna tâbi kişi ve kuruluşların, faaliyete başlama, teşkilât, yönetim, çalışma esas ve usûlleri ile faaliyetlerinin sona ermesi ve denetlenmesine ilişkin hususlar ve sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkların çözümlenmesine yönelik olarak sigorta tahkim sistemi ile ilgili usûl ve esasları düzenlemektir.

(2) Türkiye'de faaliyet gösteren sigorta şirketleri, reasürans şirketleri, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, aracılar, aktüerler ile sigorta eksperleri bu Kanun hükümlerine tâbidir.

(3) Sosyal güvenlik kurumları, Türkiye İhracat Kredi Bankası Anonim Şirketi ile bu Kanunun denetimle ilgili hükümleri hariç olmak üzere özel kanunlarına göre sigortacılık faaliyetinde bulunan diğer kuruluşlar bu Kanun kapsamında değildir.

Tanımlar

MADDE 2 – (1) Bu Kanunda geçen;

a) Aktüer: Sigortacılık tekniği ile buna ilişkin yatırım, finansman ve demografi konularında olasılık ve istatistik teorilerini uygulayarak, yasal düzenlemelere uygun prim, karşılık ve kâr paylarını hesaplayan, tarife ve teknik esasları hazırlayan kişiyi,

b) Aracı: Sigorta acentesi ve brokeri,

c) Bakan: Hazine Müsteşarlığının bağlı olduğu Bakanı,

ç) Birlik: Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliğini,

d) Broker: Sigorta veya reasürans sözleşmesi yaptırmak isteyenleri temsil ederek, bu sözleşmelerin yaptırılacağı şirketlerin seçiminde tamamen tarafsız ve bağımsız davranarak ve teminat almak isteyen kişilerin hak ve menfaatlerini gözeterek sözleşmelerin akdinden önceki hazırlık çalışmalarını yürütmeyi ve gerektiğinde sözleşmelerin uygulanmasında veya tazminatın tahsilinde yardımcı olmayı meslek edinen kişiyi,

e) Hesap: Güvence Hesabını,

f) İş planı: Sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerinin kuruluş amacı ile en az ilk üç yıldaki faaliyetlerine ilişkin tahminlerini ve yükümlülüklerini sürekli olarak yerine getirebileceğini ayrıntılı bir şekilde ortaya koyan planı,

g) Komisyon: Sigorta Tahkim Komisyonunu,

ğ) Levha: Türkiye'de faaliyette bulunan sigorta şirketleri ile reasürans şirketleri için Birlik tarafından, sigorta eksperleri ve sigorta acenteleri için ise Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği tarafından ayrı ayrı düzenlenecek faal olarak çalışanlara ilişkin kayıtları gösterir levhaları,

h) Liste: Sigorta hakemleri listesini,

ı) Minimum garanti fonu: Sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerinin sermaye

yeterliliğinin en az üçte birine denk düşen tutarı,

i) Müsteşarlık: Hazine Müsteşarlığını,

j) Özkaynak: Sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerinin ödenmiş veya Türkiye'ye ayrılmış sermayeleri, her türlü yedek akçeleri, yeniden değerleme fonu, dağıtılmamış kâr, kâr ve sermaye yedekleri ile Müsteşarlıkça uygun görülecek sermaye benzeri kaynaklar ve diğer kaynaklardan varsa bilanço zararı ile Müsteşarlıkça uygun görülecek diğer değerlerin düşülmesinden sonra bulunan tutarı,

k) Reasürans şirketi: Türkiye'de kurulmuş reasürans şirketi ile yurt dışında kurulmuş reasürans şirketinin Türkiye'deki teşkilâtını,

l) Sigorta acentesi: Ticarî mümessil, ticarî vekil, satış memuru veya müstahdem gibi tâbi bir sıfatı olmaksızın bir sözleşmeye dayanarak muayyen bir yer veya bölge içinde daimî bir surette sigorta şirketlerinin nam ve hesabına sigorta sözleşmelerine aracılık etmeyi veya bunları sigorta şirketleri adına yapmayı meslek edinen, sözleşmenin akdinden önce hazırlık çalışmalarını yürüten ve sözleşmenin uygulanması ile tazminatın ödenmesinde yardımcı olan kişiyi,

m) Sigorta eksperi: Sigorta konusu risklerin gerçekleşmesi sonucunda ortaya çıkan kayıp ve hasarların miktarını, nedenlerini ve niteliklerini belirleyen ve mutabakatlı kıymet tespiti, ön ekspertiz ve hasar gözetimi gibi işleri mutat meslek olarak yapan tarafsız ve bağımsız kişiyi,

n) Sigorta hakemi: Sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler ile riski üstlenen taraf arasında sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkları çözen kişiyi,

o) Sigorta raportörü: Sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler ile riski üstlenen taraf arasında sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkların çözümü amacıyla Komisyona intikal etmiş şikâyetler üzerinde ön incelemeyi yapan kişiyi,

ö) Sigorta şirketi: Türkiye'de kurulmuş sigorta şirketi ile yurt dışında kurulmuş sigorta şirketinin Türkiye'deki teşkilâtını,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM
Sigorta Şirketleri ve Reasürans Şirketleri

Sigorta şirketlerinin ve reasürans şirketlerinin kuruluşu

MADDE 3 – (1) Türkiye'de faaliyet gösterecek sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerinin anonim şirket veya kooperatif şeklinde kurulmuş olması şarttır. Sigorta şirketleri ve reasürans şirketleri, sigortacılık işlemleri ve bunlarla doğrudan bağlantısı bulunan işler dışında başka işle iştigal edemez.

(2) Anonim şirket şeklinde kurulacak sigorta şirketleri ve reasürans şirketlerinin;

a) Kurucularının;

1) Müflis veya konkordato ilan etmiş olmaması,

2) Bir sigorta veya reasürans şirketinin kurucusu veya ortağı olmanın gerektirdiği malî güce ve itibara sahip bulunması,

3) Tasfiyeye tâbi tutulan finansal kuruluşlarda ve hakkında 20 nci maddenin ikinci ve üçüncü fıkrası hükümleri uygulanan şirketlerde oy hakkının ya da sermayesinin doğrudan veya dolaylı yüzde on ve daha fazla bir oranda veya bu oranın altında olsa bile denetim ve yönetime etkili olabilecek şekilde denetim ve yönetim kurullarına üye belirleme imtiyazı veren pay sahibi olmaması,

4) Taksirli suçlar hariç olmak üzere affa uğramış olsalar dahi süreli hapis veya sigortacılık mevzuatına aykırı hareketlerinden dolayı hapis veya birden fazla adlî

para cezasına mahkûm edilmemiş yahut cezası ne olursa olsun basit ve nitelikli zimmet, irtikâp, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, görevi kötüye kullanma gibi yüz kızartıcı suçlar ile kaçakçılık suçları, resmî ihale ve alım satımlara fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama, Devlet sırlarını açığa vurma veya vergi kaçakçılığı suçlarından dolayı hüküm giymemiş olması,

5) Tüzel kişi olması halinde bu tüzel kişinin yönetim ve denetimine sahip kişilerin, malî güç dışında kuruculardа aranan diğer şartları taşıması,

b) Hisse senetlerinin nakit karşılığı çıkarılması ve halka açık anonim şirketlerde halka açık olan kısım hariç olmak üzere tamamının nama yazılı olması,

c) Bir holding bünyesinde faaliyet gösterecek olması halinde, holding şirketinin finansal durumunun da sigortacılık faaliyetlerini idame ettirmeye yeterli olması,

zorunludur.

(3) Üyeleri dışındaki kişilerle sigorta sözleşmesi yapmayan kooperatif şeklinde kurulan sigorta şirketleri ve reasürans şirketlerinin;

a) Mütüel (karşılıklı) sigortacılık yapması,

b) Ortak sayısının ikiyüzden az olmaması,

c) Yöneticilerine herhangi bir ayrıcalık vermemesi,

zorunludur.

(4) Kooperatiflerin, üyeleri dışındaki kişilerle sigorta sözleşmesi yapabilmesi, bu hususun ana sözleşmelerinde açıkça yer alması şartıyla Müsteşarlığın iznine tâbidir. Kooperatif üyeleri dışındaki kişilerle sigorta sözleşmesi yapılabilmesi için kooperatiflerin sermayelerini, Müsteşarlıkça belirlenecek miktara yükseltmesi zorunludur.

(5) Yabancı sigorta şirketlerinin ve reasürans şirketlerinin Türkiye'de faaliyet göstermesine ilişkin usûl ve esaslar Bakanlar Kurulu tarafından belirlenir.

Sigorta şirketleri ve reasürans şirketlerinin teşkilâtı

MADDE 4 – (1) Sigorta şirketleri ve reasürans şirketlerinin yönetim kurulları genel müdür dâhil beş kişiden, denetçiler ise iki kişiden az olamaz. Genel müdür, yönetim kurulunun doğal üyesidir.

(2) Yönetim kurulu üyelerinin malî güç dışında sigorta şirketi ve reasürans şirketi kurucularında aranan şartları taşıması; çoğunluğunun en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş olması ve sigortacılık, iktisat, işletme, muhasebe, hukuk, maliye, matematik, istatistik, aktüerya veya mühendislik alanlarında en az üç yıl deneyimi olan kişilerden seçilmesi şarttır.

(3) Genel müdür ve yardımcılarının, malî güç dışında sigorta şirketi ve reasürans şirketi kurucularında aranan şartları taşıması, en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş olması ve genel müdürlüğe atanacakların en az on yıl, sigortacılık veya sigortacılık tekniği ile ilgili konulardan sorumlu genel müdür yardımcılıklarına atanacakların yedi yıldan az olmamak üzere sigortacılık, iktisat, işletme, muhasebe, hukuk, maliye, matematik, istatistik, aktüerya veya mühendislik alanlarının en az birinde; diğer genel müdür yardımcılıklarına atanacakların da sorumlu olacakları alanda en az yedi yıl deneyim sahibi olması şarttır. Genel müdür yardımcılıklarından en az birinin sigortacılık veya sigortacılık tekniği ile ilgili konulardan sorumlu olması zorunludur.

(4) Murahhas üyelerin genel müdürde aranan şartları taşıması zorunludur.

(5) Başka unvanlarla istihdam edilseler dahi, yetki ve görevleri itibarıyla genel müdür yardımcısına denk veya daha üst konumlarda görev yapan diğer yöneticiler de genel müdür ve genel müdür yardımcılarına ilişkin hükümlere tâbidir.

(6) Denetçilerin, malî güç dışında sigorta şirketi ve reasürans şirketi kurucularında aranan şartları taşımaları, en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş

olmaları ve sigortacılık, iktisat, hukuk, maliye, işletme ve muhasebe alanlarında en az üç yıl deneyimi olan kişilerden seçilmesi şarttır.

(7) Sigorta veya reasürans şirketinin hâkim hissedarı tüzel kişilerin yönetim ve denetimine sahip kişilerde de, malî güç dışında sigorta şirketi ve reasürans şirketi kurucularında aranan şartlar aranır.

(8) Sigorta şirketleri ile reasürans şirketleri; tüm iş ve işlemlerinin, sigortacılık mevzuatı ve ilgili diğer mevzuata, şirketin iç yönergeleri ile yönetim stratejisi ve politikalarına uygunluğunun sürekli kontrol edilmesi, denetlenmesi ile hata, hile ve usûlsüzlüklerin tespiti ve önlenmesi amacıyla risk yönetim sistemleri de dahil olmak üzere etkin bir iç denetim sistemi kurmak zorundadır. İç denetim, dışarıdan hizmet alımı yoluyla da yapılabilir.

Ruhsat

MADDE 5 – (1) Sigorta şirketleri ve reasürans şirketleri, faaliyete geçebilmek için, faaliyet göstermek istedikleri her bir sigorta branşında Müsteşarlıktan ruhsat almak zorundadır. Alınan ruhsatlar, ticaret siciline tescil ve Ticaret Sicil Gazetesi ile Türkiye çapında dağıtımı yapılan ve tiraj bakımından ilk on sırada yer alan günlük gazetelerden ikisinde ilan ettirilir.

(2) Sigorta şirketleri hayat ve hayat dışı sigorta gruplarından sadece birinde faaliyet gösterebilir. Bu gruplarda yer alan sigorta branşları Bakan tarafından belirlenir.

(3) Kuruluş işlemlerini tamamlayan ve ruhsat talebinde bulunan sigorta şirketleri ile reasürans şirketleri, ödenmiş sermayelerini, ruhsat talep edilen sigorta branşları için öngörülen sermaye tutarları ile verilmek istenen teminatlara bağlı olarak, beş milyon Türk Lirasından az olmamak kaydıyla, Müsteşarlıkça belirlenecek miktara yükseltmek zorundadır. Müsteşarlık, söz konusu miktarı, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından açıklanan Üretici Fiyatları Endeksi artış oranını aşmamak kaydıyla artırmaya yetkilidir.

(4) Kuruluş işlemlerinin tamamlanmasından itibaren bir yıl içinde ruhsat başvurusunda bulunmamış sigorta şirketleri ve reasürans şirketleri, ticaret unvanlarında sigorta şirketi veya reasürans şirketi ibaresini kullanamaz.

Ruhsat talebinin değerlendirilmesi

MADDE 6 – (1) Ruhsat talebi;

a) Sigorta şirketleri ve reasürans şirketlerinin kurucuları ile yönetici ve denetçilerinin bu Kanunda öngörülen şartları taşımaması,

b) İş planına ve ibraz edilen belgelere göre sigorta sözleşmesine taraf olanların hak ve menfaatlerinin yeterince korunamayacağının anlaşılması veya yükümlülüklerin sürekli ve yeterli olarak yerine getirilebilecek şekilde oluşturulmaması,

c) Başvurunun yeterli beyan ve bilgileri içermemesi veya bu Kanunda öngörülen şartları taşımadığının anlaşılması,

ç) Sigorta şirketleri ve reasürans şirketlerinin, gerekli teknik donanım ya da yeterli sayıda nitelikli personele sahip olmadığının veya ruhsat talep edilen alanda sigortacılık yapma yeterliliğinin bulunmadığının yapılan denetimle tespit edilmesi,

hallerinden en az birinin gerçekleşmesi durumunda reddedilir.

Ruhsat iptali

MADDE 7 – (1) Bu Kanunun ruhsat iptaline ilişkin hükümleri saklı kalmak kaydıyla;

a) Ruhsat verilmesine ilişkin şartların bir kısmının veya tamamının kaybolması halinde, üç aydan az olmamak üzere, Müsteşarlık tarafından verilecek süre içinde durumun düzeltilmemiş olması,

b) Ruhsatın verildiği tarihten itibaren bir yıl içinde veya Müsteşarlığın uygun

görüşüyle yapılanlar hariç olmak üzere aralıksız olarak altı ay süre ile sigorta veya reasürans sözleşmesi akdedilmemesi,

c) Sigortacılık mevzuatına aykırı uygulamalar sonucunda sigorta sözleşmesi ile ilgili kişilerin hak ve menfaatlerinin tehlikeye düştüğünün anlaşılması,

ç) 20 nci madde hükmü hariç olmak üzere, bu Kanun hükümlerinden doğan yükümlülüklerin ağır şekilde ihlâl edilmesi veya yükümlülüklerin ihlâlinin mutat hale gelmesi durumunda, Müsteşarlık tarafından, üç aydan az olmamak kaydıyla, verilecek süre içinde durumun düzeltilmemiş olması,

d) İş planında belirtilen hedeflerden, Müsteşarlığın bilgisi dahilinde yapılan değişiklik dışında makul nedenler olmaksızın aşırı derecede uzaklaşılmış olması,

hallerinden en az birinin gerçekleşmesi durumunda, sigorta şirketlerinin ve reasürans şirketlerinin ilgili branş ya da bütün branşlardaki ruhsatları Müsteşarlık tarafından iptal edilebilir. Ruhsat iptali, ticaret siciline tescil ve Ticaret Sicil Gazetesi ile Türkiye çapında dağıtımı yapılan ve tiraj bakımından ilk on sırada yer alan günlük gazetelerden ikisinde ilan ettirilir.

(2) Ruhsatı iptal edilen şirketler, altı ayı geçmemek üzere Müsteşarlık tarafından verilecek süre içinde iptal edilen ruhsatla bağlantılı portföylerini devretmek zorundadır. Aksi takdirde Müsteşarlık re'sen devir de dâhil olmak üzere portföyün tasfiyesine yönelik her türlü tedbiri almaya yetkilidir.

Ana sözleşme değişiklikleri

MADDE 8 – (1) Sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerinin ana sözleşmelerinin değiştirilmesinde, Müsteşarlığın uygun görüşü aranır. Müsteşarlıkça uygun görülmeyen değişiklik tasarıları genel kurul gündemine alınamaz ve genel kurulda görüşülemez. Sicil memuru, Müsteşarlığın uygun görüşü olmaksızın ana sözleşme değişikliklerini ticaret siciline tescil edemez.

İntifa ve oy kullanma haklarının edinilmesi

MADDE 9 – (1) Doğrudan veya dolaylı olarak bir sigorta veya reasürans şirketinin sermayesinin yüzde onunu, yüzde yirmisini, yüzde otuzüçünü veya yüzde ellisini bulacak ya da aşacak şekildeki hisse edinimleri ile bir ortağa ait hisselerin söz konusu oranları bulması veya bu oranların altına düşmesi sonucunu doğuran hisse devirleri Müsteşarlığın iznine tâbidir.

(2) Şirketin denetim ve yönetime etkili olabilecek şekilde yönetim kurullarına üye belirleme imtiyazını veren hisse devri, oransal sınırlamalara bakılmaksızın Müsteşarlığın iznine tâbidir.

(3) Birinci ve ikinci fıkra hükümlerine aykırı olarak izin alınmaksızın yapılan hisse devirleri pay defterine kaydolunmaz.

(4) İntifa hakkı ile oy hakkının edinilmesinde de bu madde hükümleri uygulanır.

(5) Doğrudan veya dolaylı olarak sermayenin ya da oy ve intifa haklarının yüzde on ve daha fazlasına sahip olan veya bu oranların altında olsa dahi şirketin denetim ve yönetimine etkili olabilecek şekilde yönetim kurullarına üye belirleme imtiyazını veren hisselere sahip olan ortakların, sigorta şirketi ve reasürans şirketi kurucularında aranan nitelikleri taşıması şarttır. Sigorta şirketleri ile reasürans şirketleri, bu nitelikleri taşımayan ortaklarını Müsteşarlığa bildirir. Kuruculardа aranan nitelikleri kaybeden ortaklar temettü dışındaki ortaklık haklarından yararlanamaz. Bu halde diğer ortaklık hakları kayyım tarafından kullanılır.

(6) Bakan, faaliyet alanları itibarıyla sigorta şirketlerinin ve reasürans şirketlerinin malî bünyelerini olumsuz etkileyecek durumdaki ortaklara, bu şirketlerde hisse sınırlamaları getirebilir.

Tasfiye, birleşme, devir, portföy devri ve iflas

MADDE 10 – (1) Bir sigorta şirketinin kendi talebi ile tasfiye edilmesi, bir veya

birkaç şirket ile birleşmesi veya aktif ve pasifleri ile başka bir şirkete devrolunması, sigorta portföyünü teminat ve karşılıkları ile birlikte kısmen veya tamamen diğer bir şirkete devretmesi Bakanın iznine tâbidir. Reasürans şirketleri hakkında da bu fıkra hükümleri uygulanır. Bu fıkra hükmüne aykırı olarak yapılan tasfiye, birleşme, devralma ve portföy devirleri hükümsüzdür.

(2) Müsteşarlık, lüzumu halinde, tasfiye memurlarının değiştirilmesini talep edebilir.

(3) Birleşme, devir ve portföy devirleri, Türkiye çapında dağıtımı yapılan ve tiraj bakımından ilk on sırada yer alan günlük gazetelerden ikisinde, birer hafta arayla en az ikişer defa yayımlanmak suretiyle duyurulur. Sigorta sözleşmeleri devredilen portföyde yer almak kaydıyla portföyünü devreden veya bir şirkete devrolunan ya da birleşen şirketlerle sigorta sözleşmesi akdetmiş olan kişiler; birleşme, devir ya da portföy devrini öğrendikleri tarihten itibaren, devir, birleşme ya da portföy devri nedeniyle, üç ay içinde sözleşmelerini feshedebilir.

(4) Sigorta şirketinin iflası halinde sigortalılar, iflas masasına üçüncü sırada iştirak eder.

(5) Müsteşarlık, lüzumu halinde iflas masasındaki yetkililerin değiştirilmesini talep edebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Sigorta Sözleşmeleri

Sigorta sözleşmeleri

MADDE 11 – (1) Sigorta sözleşmelerinin ana muhtevası, Müsteşarlıkça onaylanan ve sigorta şirketlerince aynı şekilde uygulanacak olan genel şartlara uygun olarak düzenlenir. Ancak, sigorta sözleşmelerinde işin özelliğine uygun olarak özel şartlar tesis edilebilir. Bu hususlar, sigorta sözleşmesi üzerinde ve özel şartlar başlığı altında herhangi bir yanılgıya neden olmayacak şekilde açık olarak belirtilir.

(2) Hayat sigortalarına ilişkin sözleşmelerin yapılmasına dair teklifnamenin sigorta şirketine ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içinde sigorta şirketi tarafından reddedilmemesi halinde sigorta sözleşmesi yapılmış olur.

(3) Sigorta şirketleri ve sigorta acenteleri tarafından, gerek sözleşmenin kurulması gerekse sözleşmenin devamı sırasında sigorta ettiren, lehdar ve sigortalıya yapılacak bilgilendirmeye ilişkin hususlar yönetmelikle düzenlenir.

(4) Sigorta sözleşmelerinde kapsam dahiline alınmış olan riskler haricinde, kapsam dışı bırakılmış riskler açıkça belirtilir. Belirtilmemiş olan riskler teminat kapsamında sayılır.

(5) Sigorta sözleşmelerinde yabancı kelimelere yer verilemez. Yabancı kelimelerin karşılığı olarak Türk Dil Kurumu tarafından belirlenen kelimelerin kullanımı esastır.

Tarifeler

MADDE 12 – (1) Sigorta tarifeleri, sigortacılık esasına ve genel kabul görmüş aktüeryal tekniklere uygun olarak sigorta şirketleri tarafından serbestçe belirlenir. Ancak, bu Kanuna ve diğer kanunlara göre ihdas edilen zorunlu sigortaların teminat tutarları ile tarife ve talimatları Bakan tarafından tespit olunur ve Resmî Gazetede yayımlanır.

(2) Bakan, gerek görülen hallerde hayat, bir yıldan uzun süreli ferdî kaza, sağlık, hastalık ve ihtiyarî deprem sigortaları tarifeleri ile prim, formül ve cetvellerinin uygulamaya konulabilmesini Müsteşarlığın onayına tâbi kılabilir veya özel kanunlardaki hükümler saklı kalmak kaydıyla gerekli görülen hallerde, tespit ve ilan ettiği aracılık komisyonlarını, tasdike tâbi kıldığı veya tespit ettiği her türlü

tarifeyi serbest bırakabilir.

Zorunlu sigortalar

MADDE 13 – (1) Bakanlar Kurulu, kamu yararı açısından gerekli gördüğü hallerde zorunlu sigortalar ihdas edebilir. Sigorta şirketleri, 20 nci maddenin ikinci fıkrasının (b) bendi ile üçüncü fıkrası hükümleri saklı kalmak kaydıyla faaliyet gösterdiği sigorta branşlarının kapsamında bulunan zorunlu sigortaları yapmaktan kaçınamaz.

(2) Müsteşarlık, zorunlu sigortaya konu teşkil eden menfaat üzerinde yapacakları iş ve işlemler nedeniyle, ilgili kurum ve kuruluşların görüşlerini alarak zorunlu sigorta denetimi yapabilecekleri belirlemeye yetkilidir.

(3) Bir faaliyetin icrası ya da bir şeyin kullanılması için izin veya ruhsat vermeye veya bunları denetlemeye yetkili merciler ile ikinci fıkra uyarınca belirlenen kurum ve kuruluşlar; yürütecekleri iş ve işlemlerde, yapılması zorunlu sigortaların geçerli teminat tutarları dâhilinde yaptırılıp yaptırılmadığını araştırmakla yükümlüdür. Bu kurum ve kuruluşlar ile izin veya ruhsat vermeye ve denetlemeye yetkili mercilerce, geçerli teminat tutarında sigorta yapılmamış olduğunun tespiti halinde işlem yapılmaz. Geçerli teminat alınana kadar sigortalının zorunlu sigortaya konu teşkil eden faaliyeti yetkili merciler tarafından durdurulur.

Güvence Hesabı

MADDE 14 – (1) Bu Kanunun 13 üncü maddesi, 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu ve 10/7/2003 tarihli ve 4925 sayılı Karayolu Taşıma Kanunu ile ihdas edilen zorunlu sorumluluk sigortaları ile bu Kanunla mülga 21/12/1959 tarihli ve 7397 sayılı Sigorta Murakabe Kanunu çerçevesinde ihdas edilmiş olan zorunlu sigortalara ilişkin olarak aşağıdaki koşulların oluşması halinde ortaya çıkan zararların bu sigortalarla saptanan geçerli teminat miktarlarına kadar karşılanması amacıyla Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği nezdinde Güvence Hesabı oluşturulur.

(2) Hesaba;

a) Sigortalının tespit edilememesi durumunda kişiye gelen bedensel zararlar için,

b) Rizikonun meydana geldiği tarihte geçerli olan teminat tutarları dâhilinde sigortasını yaptırmamış olanların neden olduğu bedensel zararlar için,

c) Sigorta şirketinin malî bünye zaafiyeti nedeniyle sürekli olarak bütün branşlarda ruhsatlarının iptal edilmesi ya da iflası halinde ödemekle yükümlü olduğu maddî ve bedensel zararlar için,

ç) Çalınmış veya gasp edilmiş bir aracın karıştığı kazada, Karayolları Trafik Kanunu uyarınca işletenin sorumlu tutulmadığı hallerde, kişiye gelen bedensel zararlar için,

d) Yeşil Kart Sigortası uygulamaları için faaliyet gösteren Türkiye Motorlu Taşıt Bürosunca yapılacak ödemeler için,

başvurulabilir. Bakanlar Kurulu, gerekli görülen hallerde, eşyaya gelecek zararların kısmen veya tamamen Hesaptan karşılanmasına karar vermeye yetkilidir.

(3) Hesabın gelirleri; birinci fıkrada belirtilen zorunlu sigortalar ve yeşil kart sigortaları için tahsil edilen toplam primlerin yüzde biri oranında sigorta şirketlerince ödenecek katılma payları ile sigorta ettirenlerden safî primlerin yüzde ikisi oranında tahsil edilecek katılma paylarından oluşur. Bakan, bu oranları binde beşe kadar indirmeye veya tekrar kanunî sınırlarına kadar yükseltmeye yetkilidir.

(4) Sigorta şirketleri, üçüncü fıkra hükmü gereğince kendileri tarafından ödenmesi gereken bir takvim yılına ilişkin katılma paylarını takip eden yılın Şubat ayı sonuna kadar; sigorta ettirenlerden tahsil edilen katılma paylarını ise tahsil edildikleri ayı takip eden ayın sonuna kadar Hesaba yatırmak zorundadır.

(5) Hesap kapsamındaki her zorunlu sigorta ve yeşil kart sigortası için ayrı hesap açılır ve bunların gelir ve giderleri bu hesaplarda izlenir.

(6) Hesabın gelir ve giderleri ile işlemleri, Müsteşarlıkça her yıl denetlenir.

(7) Hesabın kuruluşuna, işleyişine, fon varlıklarının nemalandırılmasına, Hesaptan yapılacak ödemelere, gerek ilgililere gerekse Türkiye Motorlu Taşıt Bürosuna yapılacak rücûlara, 24 üncü madde uyarınca oluşturulacak bilgi merkezine ve Komisyona yapılacak katkı payı ve diğer harcamalara ilişkin esaslar yönetmelikle düzenlenir.

Yurt dışında yaptırılabilecek sigortalar

MADDE 15 – (1) Türkiye'de yerleşik kişiler, Türkiye'deki sigortalanabilir menfaatlerini, Türkiye'de faaliyette bulunan sigorta şirketlerine ve Türkiye'de yaptırmak zorundadır.

(2) Ancak;

a) İhracat ve ithalat konusu mallar için nakliyat sigortası,

b) Uçak, gemi, helikopter için dış kredi ile satın alındıklarında, münhasıran dış kredi miktarı ile sınırlı olarak ve dış borç ödeninceye kadar; yurt dışından finansal kiralama yolu ile getirilmelerinde ise finansal kiralama sözleşmesi süresi ile sınırlı olarak yaptırılacak tekne sigortaları,

c) Gemilerin işletilmesinden doğan sorumluluk sigortası,

ç) Hayat sigortaları,

d) Kişilerin Türkiye haricinde bulunacakları süre için bu süre ile sınırlı olmak kaydıyla veya geçici olarak yurt dışında kaldıkları sırada yaptırabilecekleri ferdî kaza, hastalık, sağlık ve motorlu taşıt sigortaları,

yurt dışında da yaptırılabilir.

(3) Bakanlar Kurulu yurt dışında yaptırılabilecek sigortaların kapsamını genişletmeye yetkilidir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Malî Bünye

Teknik karşılıklar

MADDE 16 – (1) Sigorta şirketleri ve reasürans şirketleri sigorta sözleşmelerinden doğan yükümlülükleri için, bu maddede belirtilen esaslara göre yeteri kadar karşılık ayırmak zorundadır.

(2) Kazanılmamış primler karşılığı; yürürlükte bulunan her bir sigorta sözleşmesine ilişkin olarak yazılan brüt primin gün esasına göre takip eden hesap dönemine veya dönemlerine sarkan kısmından; yürürlükte bulunan yıllık hayat sigortaları ile süresi bir yılı aşan birikim priminin de alındığı hayat sigortalarında ise yazılan brüt primlerden varsa birikime ayrılan kısım düşüldükten sonra kalan tutarın takip eden döneme veya dönemlere sarkan kısmından oluşur. Ancak, gün esasına göre karşılık hesaplaması mümkün olmayan reasürans ve retrosesyon işlemlerinde, sekizde bir esasına göre kazanılmamış primler karşılığı ayrılması mümkündür.

(3) Devam eden riskler karşılığı; sigorta sözleşmesinin süresi boyunca üstlenilen risk düzeyi ile kazanılan primlerin zamana bağlı dağılımının uyumlu olmadığı kabul edilen sigorta branşlarında, ayrıca kazanılmamış primler karşılığının şirketin taşıdığı risk ve beklenen masraf düzeyine göre yetersiz kalması halinde ayrılır.

(4) Dengeleme karşılığı; takip eden hesap dönemlerinde meydana gelebilecek tazminat oranlarındaki dalgalanmaları dengelemek ve katastrofik riskleri karşılamak üzere Müsteşarlıkça belirlenen branşlar için ayrılan karşılıktır. Müsteşarlık, bu karşılığı ikame edecek şekilde, belirlenen usûl ve esaslar çerçevesinde ihtiyat ayrılmasına karar verebilir.

(5) Matematik karşılık; bir yıldan uzun süreli hayat, sağlık, hastalık ve ferdî kaza sigortası sözleşmeleri için sigorta şirketleri tarafından sigorta ettirenler ile lehdarlara olan yükümlülüklerini karşılamak üzere sözleşme teknik esaslarında belirtilen, istatistiksel ve aktüeryal yöntemler kullanılarak hesaplanan karşılıklar ile taahhüt edilmişse, bu karşılıkların yatırıma yönlendirilmesi sonucu elde edilen gelirden sigortalılara ayrılan pay karşılıkları toplamıdır.

(6) Muallâk tazminat karşılığı; kayda geçmiş ancak ödenmemiş tazminat tutarları ile gerçekleşmiş ancak kayda geçmemiş tahmini tazminat tutarları ve bu tazminatlar ile ilgili yapılan gider karşılıkları ve bu tutarların yetersiz kalması durumunda yeterlilik için Müsteşarlıkça belirlenen esaslar çerçevesinde ayrılan ek karşılıklardan oluşur.

(7) İkramiyeler ve indirimler karşılığı; sigorta şirketlerinin ikramiye veya indirim uygulamasına gitmesi durumunda, carî yılın teknik sonuçlarına göre sigortalılar veya lehdarlar için ayrılan ikramiye ve indirim tutarlarından oluşur.

(8) Teknik karşılıklarda reasürör payının, devredilen risk ve primle orantılı olması esastır. Ancak, Müsteşarlık malî açıdan belirleyeceği kriterleri karşılayamayan reasürörlere devredilen işlerde reasürör payının düşülmemesini isteyebilir.

(9) Sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerinin varlıkları, teknik karşılıkları karşılayacak düzeyde olmalıdır. Teknik karşılıklara ilişkin usûl ve esaslar ile teknik karşılıkların yatırılacağı varlıklara ilişkin hususlar yönetmelikle düzenlenir.

Teminatlar

MADDE 17 – (1) Sigorta şirketleri, yurt içinde akdetmiş oldukları sigorta sözleşmelerinden doğan taahhütlerine karşılık olarak bu maddede belirlenen esaslara göre teminat ayırmak zorundadır.

(2) Hayat branşında faaliyet gösteren sigorta şirketleri, Müsteşarlıkça belirlenen dönemler itibarıyla ayrılan matematik karşılıkları ile muallak tazminat karşılıklarının toplamından, 29/6/1956 tarihli ve 6762 sayılı Türk Ticaret Kanunu uyarınca yapılan ikrazlar ve henüz tahsil edilmemiş prim alacakları tutarına isabet eden matematik karşılıkların düşülmesinden sonra kalan tutara karşılık gelen varlıkları Müsteşarlıkça belirlenen süreler içinde ve Müsteşarlık lehine teminat olarak bloke veya ipotek ettirmek zorundadır. Yeni kurulan sigorta şirketlerinde ilk üç yıl itibarıyla tesis edilecek teminat tutarı, şirketin ödenmiş sermayesi de dikkate alınarak Müsteşarlıkça tespit edilir. Ancak, bu şirketlerin bir yıl ve bir yıldan kısa süreli verdikleri hayat, ferdî kaza, sağlık ve hastalık teminatları için dördüncü fıkra hükümleri uygulanır.

(3) Hesap yılı içinde, hayat branşındaki tahsilatı aşacak şekilde bu branşta sigortalılara ödeme yapmak zorunda kalan sigorta şirketlerinin, söz konusu branşa ait teminat olarak gösterilen ve bloke edilen varlıklarından, aşılan miktar dâhilinde Müsteşarlıkça uygun görülecek kısım serbest bırakılır.

(4) Hayat dışı sigorta şirketleri, hesaplama yöntemi yönetmelikle belirlenecek sermaye yeterliliğinin üçte birinden az olmamak kaydıyla teminat olarak minimum garanti fonu tesis eder. Minimum garanti fonu, hiç bir dönemde çalışılan branşlar itibarıyla gerekli olan asgarî sermaye tutarlarının üçte birinden az olamaz. Müsteşarlık tesis edilen minimum garanti fonu varlıkları üzerine bloke veya ipotek tesis ettirmeye yetkilidir. Ancak, bu şirketlerin bir yıldan uzun süreli yaptıkları ferdî kaza, hastalık ve sağlık sigorta sözleşmeleri için ayıracakları teminatlar hakkında ikinci fıkra hükmü uygulanır.

(5) Sigorta şirketlerinin faaliyetine son verdiği branşlara ait teminat blokajı, sigortalılara karşı bu branşa ait tüm ödemelerin yapılmış olması kaydıyla Müsteşarlıkça serbest bırakılır. Ancak, şirketin ödeme güçlüğüne düşmesi halinde,

Müsteşarlık, sigortalılara teminatlardan ödeme yapılmasına karar verebilir.

(6) Teminatlar, sigortalıların tüm alacakları ödenmeden iflas veya tasfiye masasına dâhil edilemez, haczolunamaz, üzerlerine ihtiyati tedbir ve ihtiyati haciz konulamaz. Ancak, Müsteşarlığın, sigortalı alacaklarının korunması amacıyla teminatlar üzerinde ihtiyati tedbir koydurtma hakkı saklıdır.

(7) Müsteşarlık, sigorta şirketleri ve reasürans şirketleri ile sigortacılık yapan diğer kuruluşların malî bünye ve özkaynak yeterliliğine ilişkin düzenlemeleri yapmaya ve bloke edilecek varlıkların tür, değerleme esasları ile blokaj, deblokaj, ipotek tesisi ve fekkine ilişkin usûl ve esasları belirlemeye yetkilidir. Bu işlemlere ilişkin masraflar ilgili şirket tarafından karşılanır.

Hesap esasları, kayıt düzeni ile temel malî tablo ve malî bünye düzenlemeleri

MADDE 18 – (1) Sigorta şirketleri ve reasürans şirketleri, hesaplarını ve malî tablolarını, Müsteşarlıkça belirlenecek esaslara ve örneğe uygun olarak düzenlemek, ilan ettirmek ve Müsteşarlığa göndermek zorundadır.

(2) Sigorta şirketleri ile reasürans şirketleri bilançolarının, kâr ve zarar cetvellerinin ve Müsteşarlıkça uygun görülecek diğer malî tablolarının bağımsız denetim kuruluşlarına denetlettirilmesi ve ilan ettirilmesi zorunludur. Müsteşarlık, sigorta şirketleri ve reasürans şirketlerinin bağımsız dış denetim kuruluşlarınca denetlenmelerini düzenlemeye yetkilidir.

(3) Sigorta şirketleri ve reasürans şirketlerince ilan edilen malî tabloların gerçeğe aykırılığının tespiti halinde Müsteşarlık, genel kabul görmüş muhasebe kural ve ilkelerini göz önünde bulundurarak söz konusu malî tabloları düzeltilmiş olarak yeniden ilan ettirebilir.

(4) Müsteşarlık, sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerinden, diğer kanunların zorunlu kıldığı defterlerden başka, özel defterler tutmalarını talep etmeye ve bu defterlerin tâbi olacağı esas ve usûlleri tespite, belirleyeceği esaslar ve örneklere uygun olarak her türlü bilgi, cetvel, rapor, hesap özetleri ve malî tablolar istemeye, gerekli gördüğü takdirde malî tabloları ilan ettirmeye, sigortacılık sektörünün malî yapısının güçlendirilmesi için finansal oranlar tespit etmeye, şirket kaynaklarının hangi aktiflere ve ne oranda yatırılacağını belirlemeye yetkilidir.

(5) Gerekli görülen hallerde Müsteşarlık, sigorta şirketleri, reasürans şirketleri, aracılar ve sigorta eksperlerinden her türlü bilgi, belge ve raporu istemeye yetkilidir. Konsolide tabloların oluşturulmasında Müsteşarlık ana ortaktan, ana ortaklık ise konsolide finansal raporlama ile ilgili kuruluşlardan bu konuda her türlü bilgi ve belgeyi talep etmeye yetkilidir.

Aktif azaltıcı işlem yasağı

MADDE 19 – (1) Sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerinin ortakları, yönetim kurulu üyeleri, denetçileri ve çalışanları, şirket ana sözleşmesi veya genel kurul ya da yönetim kurulu kararı ile saptanan hükümler dâhilinde personele yapılan ödemeler, yardım veya verilen avanslar hariç, şirket kaynaklarını dolaylı ya da dolaysız kullanamaz, iyiniyet kurallarına aykırı olarak aktifin değerini düşüren işlemlerde bulunamaz ve hiçbir surette örtülü kazanç aktarımı yapamaz. Sigorta şirketleri ile reasürans şirketleri kendi borçları veya sigorta işlemlerinden doğanlar hariç olmak üzere personeli, ortakları, iştirakleri veya diğer kişi ve kurumlar lehine mal varlığını teminat olarak gösteremez, kefil olamaz ve kredi sağlayamaz.

Malî bünyenin güçlendirilmesi

MADDE 20 – (1) Bir sigorta veya reasürans şirketinin minumum garanti fonu tutarını karşılayamadığının, tesis etmesi gereken teminatı tesis edemediğinin, teknik karşılıkları karşılayacak yeterli veya teknik karşılıklara uygun varlıklarının bulunmadığının ya da sözleşmelerden doğan yükümlülüklerini yerine

getiremediğinin yahut şirketin malî bünyesinin sigortalıların hak ve menfaatlerini tehlikeye düşürecek derecede zayıflamakta olduğunun tespiti hallerinde, Bakan uygun bir süre vererek, malî bünyenin güçlendirilmesine yönelik olarak ilgili sigorta ve reasürans şirketinden;

a) Malî bünyesindeki zaafiyetin nasıl giderileceğini ve sigortalıların hak ve menfaatlerinin nasıl korunacağını içeren kapsamlı bir iyileştirme planı sunulması ve uygulanmasını,

b) Sermayesinin artırılması, ödenmemiş kısmının ödenmesi, sermayeye mahsuben şirkete ödeme yapılması veya kâr dağıtımının durdurulması ya da ilave teminat tesis edilmesini,

c) Varlıklarının kısmen ya da tamamen elden çıkarılması veya elden çıkarılmasının durdurulmasını, yeni iştirak ve sabit değerler edinilmemesini,

ç) Malî bünyesini ve likiditesini güçlendirici ve riski azaltıcı benzer tedbirler alınmasını,

d) Tespit edilecek gündemle genel kurulun olağanüstü toplantıya çağrılmasını veya genel kurul toplantısının ertelenmesini,

e) Benzeri diğer hususların yerine getirilmesini,

isteyebilir.

(2) Ayrıca, Bakan;

a) Sigorta şirketlerinde şirketin faaliyette bulunduğu sigorta branşlarından, reasürans şirketlerinde ise sigorta gruplarından birine veya tamamına ait sigorta portföyünü teminat ve karşılıkları ile birlikte başka şirket veya şirketlere devretmeye, devralacak şirket bulunamadığı takdirde ise devredilecek portföyün tasfiyesine yönelik her türlü tedbiri almaya,

b) Sigorta portföyünü sınırlandırmaya,

c) Yönetim veya denetim kurulu üyelerinden bir kısmını veya tamamını görevden alarak ya da bu kurullardaki mevcut üye sayısını artırarak bu kurullara üye atamaya veya sigorta veya reasürans şirketinin yönetiminin kayyıma devredilmesini talep etmeye,

ç) Malî bünyenin güçlendirilmesine yönelik benzeri diğer tedbirleri almaya,

yetkilidir. 4 üncü maddede öngörülen şartlar, bu fıkranın (c) bendi uyarınca atanacak kişiler için de aranır.

(3) Bu maddede öngörülen tedbirlerin uygulanmaması veya uygulanamayacağının anlaşılması, sigorta veya reasürans şirketinin ödemelerini tatil etmesi, sigortalılara olan yükümlülüklerini yerine getirememesi veya şirket özkaynaklarının minimum garanti fonunun altına düşmesi halinde, Bakan, sigorta veya reasürans şirketinin tüm branşlarda veya ilgili branşlarda yeni sigorta sözleşmesi akdetme ve temdit yetkisini kaldırmaya, ruhsatlarını iptal ve varlıklarını bloke etmeye yetkilidir.

(4) Sigorta şirketleri ve reasürans şirketleri dışında ve kendi özel kanunları uyarınca, Türk Ticaret Kanunu hükümlerine göre sigorta veya reasürans sözleşmesi yapan diğer kurum ve kuruluşların, sözleşmelerden doğan yükümlülüklerini yerine getiremediğinin ve malî bünyesinin sigortalıların hak ve menfaatlerini tehlikeye düşürecek şekilde zayıflamakta olduğunun tespit edilmesi halinde, Bakan, malî bünyenin güçlendirilmesine yönelik tedbirler almaya, yönetim ve denetimde yer alan kişilerin tamamını veya bir kısmını görevden alarak yenilerini atamaya veya yönetimin kayyıma devredilmesini talep etmeye yetkilidir.

(5) Malî bünye zaafiyetinin kriterleri yönetmelikle belirlenir.

(6) Bu madde uyarınca şirket yönetim ve denetimine atananlar, şirkete ait doğmuş veya doğacak kamu borçlarından, sosyal güvenlik kuruluşlarına olan borçlarından ve şirketin diğer malî yükümlülüklerinden sorumlu tutulamaz. Bu

madde uyarınca atanan kamu görevlileri hakkında ceza davası açılabilmesi Bakanın iznine tâbi olduğu gibi bu kişiler hakkında açılan hukuk davaları da Müsteşarlığa karşı açılmış sayılır. Müsteşarlık tarafından açılan davalar hariç olmak üzere bu kişiler hakkında açılan davalar ve başlatılan soruşturma ve kovuşturmalarda, yargılama giderleri ve Türkiye Barolar Birliğince açıklanan asgarî ücret tarifesinde belirlenen avukatlık ücreti, Müsteşarlık bütçesinden karşılanır. Türk Ticaret Kanununun yönetim kurulunun ibrasına ilişkin hükümleri bu madde uyarınca atananlar hakkında uygulanmaz.

BEŞİNCİ BÖLÜM
Aktüerler, Aracılar ve Sigorta Eksperleri

Aktüerler ve brokerler

MADDE 21 – (1) Sigorta şirketleri ile reasürans şirketleri, yeterli sayıda aktüerle çalışmak zorundadır. Müsteşarlık tarafından aktüerlerin kaydedildiği bir Aktüerler Sicili tutulur. Sicile kaydolunmadan aktüerlik yapılamaz. Aktüerlik unvanının kazanılması ile aktüerlerin görev ve yetkilerine ilişkin usûl ve esaslar yönetmelikle belirlenir.

(2) Brokerlik, Müsteşarlıktan alınan brokerlik ruhsatı ile yapılır. Müsteşarlık, ruhsat ile ilgili işlemlerin incelemeye ve onaya hazır hale getirilmesi hususunda ilgili sivil toplum ve meslek kuruluşlarına görev verebilir. Brokerlerin görev ve yetkilerine ilişkin usûl ve esaslar yönetmelikle belirlenir.

(3) Sigorta şirketlerinin, sigorta acentelerinin ve sigorta eksperlerinin ortakları, yönetim ve denetiminde bulunan kişiler ve bunlar adına imza atmaya yetkili olanlar ile meslekî faaliyette bulunan şirket çalışanları; brokerlik yapamaz, tüzel kişi brokerin yönetim ve denetim kurullarında görev alamaz, imzaya yetkili olarak çalışamaz, bunlara ortak olamaz ve bunlardan ücret karşılığı herhangi bir iş kabul edemez. Bu sınırlandırmalar söz konusu kimselerin eş ve velayeti altındaki çocukları için de geçerlidir.

(4) Sigorta brokerliği yapması yasaklananlar, brokerlik ile ilgili faaliyetlerde çalıştırılamaz ve her ne şekilde olursa olsun bu kişilerle brokerlik mesleğinin icrası için işbirliği yapılamaz.

(5) Sigorta brokerleri ve bunların yanlarında çalışanlar, işleri dolayısıyla öğrendikleri bilgi ve sırları ilgililerin izni olmaksızın açıklayamaz. Ancak, suç teşkil eden hallerin yetkili mercilere duyurulması zorunludur.

Sigorta eksperleri

MADDE 22 – (1) Sigorta eksperliği gerçek veya tüzel kişilerce yapılır.

(2) Sigorta eksperliği yapmak isteyen kişilerin;

a) Müsteşarlıktan sigorta eksperlik ruhsatı alması,

b) Levhaya yazılı olması,

gerekir.

(3) Yabancı sigorta eksperlerinin faaliyetlerine ilişkin usûl ve esasları belirlemeye Bakanlar Kurulu yetkilidir.

(4) Sigorta eksperi unvanı, sigorta eksperliği ruhsatnamesinin alınmasından sonra kazanılır. Sigorta eksperliği yapacaklar, ruhsatnamelerini aldıktan sonra Levhaya kayıt olmak için Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğine başvurur. Müsteşarlık, ruhsatnameye ilişkin işlemlerin incelemeye ve onaya hazır hale getirilmesi hususunda ilgili sivil toplum ve meslek kuruluşlarına görev verebilir.

(5) Sigorta eksperinin kaydı;

a) Almış olduğu ruhsatların tümü iptal edilmişse,

b) Hakkında meslekten çıkarma kararı verilmişse,

c) Levhaya yazılmasından itibaren altı ay içinde mesleğini ifa etmezse,

ç) Sigorta eksperliğinden ayrılmışsa,

d) Tespit edilen kayıt ücretini süresi içinde yatırmamışsa veya aidatını üç yıl üst üste hiç ödememişse,

Levhadan silinir.

(6) Levhadan silinme kararı verilmeden önce sigorta eksperinin yazılı savunması istenir. Ayrıca, Levhadan silinme kararının verilebilmesi için sigorta eksperinin savunmasının dinlenmesi veya dinlenmek üzere kendisine yapılan çağrıya uymamış olması gerekir. Levhadan silinme kararı gerekçeli olarak verilir.

(7) Levhadan silinmeyi gerektiren hallerinin sona erdiğini ispat eden sigorta eksperi, Levhaya yeniden yazılma hakkını kazanır. Ancak, hakkında meslekten çıkarma kararı verilmiş olan kişinin bir daha Levhaya yazılması mümkün değildir. Levhaya yeniden yazılan sigorta eksperinden kayıt ücreti alınmaz.

(8) Levhaya yeniden yazılma talebinde bulunanlar, Levhaya yazılma şartlarının varlığının devam ettiğini ispatla zorunlu tutulabilir. Levhaya yeniden yazılma talebinin reddine ilişkin karar gerekçeli olarak verilir.

(9) Levhadan silinen veya Levhaya yeniden yazılma talebi reddolunan kişi, bu kararlara karşı onbeş iş günü içinde Müsteşarlığa yazılı itirazda bulunabilir. Yapılacak itiraz karşısında Müsteşarlık en geç onbeş iş günü içinde görüşünü bildirmek zorundadır. Bu karar kesindir.

(10) Gerçek kişi sigorta eksperleri, sigorta eksperliğini mutat meslek halinde yapmak zorundadır. Gerçek kişi sigorta eksperleri, bu faaliyetlerine devam ettikleri sürede esnaf veya tacir sıfatıyla mesleğin niteliği ile bağdaşması mümkün olmayan başka bir işle uğraşamaz, sigorta acenteliği ve brokerlik faaliyetinde bulunamaz.

(11) Bir gerçek kişi sigorta eksperi birden fazla büro açamaz.

(12) Tüzel kişi sigorta eksperleri münhasıran sigorta eksperliği konusunda faaliyet göstermek zorundadır. Tüzel kişi sigorta eksperi ile iş yapılması durumunda, eksperlik işi tüzel kişiye verilir. Ancak, işi takip edecek olan sigorta eksperine tüzel kişi tarafından yetki belgesi düzenlenir. Ekspertiz raporunda şirket kaşesi yanında gerçek kişi sigorta eksperinin de imzası yer alır. Tüzel kişi sigorta eksperleri nezdinde çalışan sigorta eksperleri, tüzel kişilerden bağımsız olarak iş kabul edemez, ücretli veya maaşlı bir görevde bulunamaz ve hiçbir şekilde bir başka tüzel kişi sigorta eksperinin nam ve hesabına çalışamaz.

(13) Sigorta eksperi tarafsız olmak zorundadır. Sigorta eksperleri, taraflardan birisi ile arasında tarafsızlığını şüpheye düşürecek önemli nedenler veya taraflardan birisi ile 18/6/1927 tarihli ve 1086 sayılı Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanununun 245 inci maddesinin (1), (2) ve (3) numaralı bentlerinde yazılı derecelerde akrabalığı veya bir iş ortaklığı varsa, sigorta eksperliği görevini kabul edemez. Bu hüküm, tüzel kişi sigorta eksperlerinin yanında çalıştırdıkları sigorta eksperleri için de geçerlidir. Bu hükme aykırı olarak düzenlenen raporlar geçersizdir.

(14) Sigorta şirketlerinin, sigorta acentelerinin ve brokerlerin ortakları, yönetim ve denetiminde bulunan kişiler ve bunlar adına imza atmaya yetkili olanlar ile meslekî faaliyette bulunan şirket çalışanları sigorta eksperliği yapamaz; tüzel kişi sigorta eksperlerinin yönetim ve denetim kurullarında görev alamaz, imzaya yetkili olarak çalışamaz, bunlara ortak olamaz ve bunlardan ücret karşılığı herhangi bir iş kabul edemez. Bu sınırlandırmalar söz konusu kimselerin eş ve velayeti altındaki çocukları için de geçerlidir.

(15) Sigorta eksperleri ve bunların yanlarında çalışanlar, işleri dolayısıyla öğrendikleri bilgi ve sırları ilgililerin izni olmaksızın açıklayamaz. Ancak, suç teşkil eden hallerin yetkili mercilere duyurulması zorunludur.

(16) Sigorta eksperliği yapması yasaklananlar, sigorta eksperliği ile ilgili faaliyetlerde çalıştırılamayacakları gibi bu kişilerle her ne şekilde olursa olsun

sigorta eksperliği mesleğinin icrası için işbirliği yapılamaz.

(17) Maddî hasarla sonuçlanan trafik kazaları için yetkili sigorta eksperleri tarafından düzenlenmiş, örneği İçişleri Bakanlığınca tespit olunacak rapor, sigorta tazminatının ödenmesinde Karayolları Trafik Kanununun 99 uncu maddesindeki kaza ve zarara ilişkin tespit tutanağı hükmündedir. Eksperler tarafından düzenlenen raporlar delil niteliğindedir.

(18) Sigorta eksperleri, kendilerine teklif edilen işi herhangi bir sebep göstermeksizin reddedebilir; ancak, mücbir nedenler ve umulmayan haller hariç olmak üzere en geç üç iş günü içinde işi kabul edip etmediğini, işi teklif edene yazılı olarak bildirmek zorundadır. Bildirimde bulunmayan sigorta eksperi, işi kabul etmiş sayılır.

(19) Sigorta eksperi, sigortacı veya sigorta ettiren ya da sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler tarafından serbestçe tayin edilebilir. Sigorta sözleşmesinde, sigorta eksperinin sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler tarafından tayin edilmesi halinde ücretin hangi tarafça karşılanacağı belirtilir. Sözleşmede belirtilmediği takdirde ücret sigortacı tarafından ödenir. İki sigorta eksperi tarafından reddolunan kişi, kendisine sigorta eksperi tayin edilmesini Sigorta Eksperleri İcra Komitesinden talep edebilir. Tayin olunan sigorta eksperi, Komite tarafından belirlenen ücret karşılığında işi kabul etmek zorundadır. Ancak, işi kabul zorunluluğu bu maddenin onyedinci fıkrası uyarınca düzenlenen kaza ve zarara ilişkin tespit tutanağı için uygulanmaz.

(20) Ekspertiz ücretinin miktarı, sigorta eksperi ile kendisini tayin eden taraf arasında serbestçe kararlaştırılır.

(21) Sigorta eksperliği kursları, sınavları ve stajı, yönetmelikle belirlenecek her bir eksperlik dalı için ayrı ayrı yapılır. Sigorta eksperlik kursu ve diğer eğitim faaliyetleri, 8/2/2007 tarihli ve 5580 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanununa tâbi değildir.

(22) Bu Kanuna göre yetkili olanlar dışında hiçbir kişi, sigorta eksperliği faaliyetinde bulunamayacağı gibi ticaret unvanlarında veya herhangi bir belgede, sigorta eksperliği iş ve işlemleriyle uğraştığı izlenimini yaratacak kelime ve işaretler kullanamaz.

Sigorta acenteleri

MADDE 23 – (1) Sigorta acenteliği gerçek veya tüzel kişilerce yapılır. Sigorta acenteliği yapmak isteyenlerin Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğince tutulan Levhaya yazılı olması gerekir.

(2) Sigorta acenteliği yapacakların niteliklerine ilişkin usûl ve esaslar yönetmelik ile belirlenir. Sigorta acenteliği yapacaklar, Müsteşarlıktan bu nitelikleri taşıdıklarını gösteren bir belge alarak Levhaya kayıt olmak için Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğine başvurur. Müsteşarlık, belge alınmasına ilişkin işlemlerin incelemeye ve onaya hazır hale getirilmesi için Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğine görev verebilir. Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği bu işlemlerin gerçekleştirilmesi için uygun gördüğü ilgili sivil toplum ve meslek kuruluşları ile işbirliği yapabilir.

(3) Bankalar ile özel kanunla kurulmuş ve kendisine sigorta acenteliği yapma yetkisi tanınan kurumlar hakkında bu maddenin birinci fıkrasında yer alan Levhaya kayıt zorunluluğu ile Müsteşarlıktan belge almaya ilişkin ikinci fıkrası hükmü uygulanmaz.

(4) Aşağıdaki hallerde sigorta acentesinin kaydı;

a) Sigorta acenteliği yapması için gerekli nitelikleri kaybetmişse,

b) Hakkında meslekten çıkarma kararı verilmişse,

c) Levhaya yazılmasını müteakip altı ay içinde faaliyete geçmezse,

ç) Sigorta acenteliğinden ayrılmışsa,

d) Ticaret veya ticaret ve sanayi odasındaki kaydı silinmişse,

e) Tespit edilen kayıt ücretini süresi içinde yatırmamışsa veya aidatını üç yıl üst üste hiç ödememişse,

Levhadan silinir.

(5) Levhadan silinme kararı verilmeden önce sigorta acentesinin yazılı savunması istenir. Levhadan silinme kararının verilebilmesi için sigorta acentesinin savunmasının dinlenmesi veya savunması dinlenmek üzere kendisine yapılan çağrıya uymamış olması gerekir. Levhadan silinme kararı gerekçeli olarak verilir.

(6) Levhadan silinmeyi gerektiren hallerinin sona erdiğini ispat eden sigorta acentesi, Levhaya yeniden yazılma hakkını kazanır. Ancak, hakkında meslekten çıkarma kararı verilmiş olan kişinin bir daha Levhaya yazılması mümkün değildir. Levhaya yeniden yazılan sigorta acentesinden kayıt ücreti alınmaz.

(7) Levhaya yeniden yazılma talebinde bulunanlar, Levhaya yazılma şartlarının varlığının devam ettiğini ispatla zorunlu tutulabilir. Levhaya yeniden yazılma talebinin reddine ilişkin karar gerekçeli olarak verilir.

(8) Levhadan silinen veya Levhaya yeniden yazılma talebi reddolunan kişi, bu kararlara karşı onbeş iş günü içinde Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kuruluna yazılı itirazda bulunabilir. Yapılacak itiraz karşısında Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulu en geç onbeş iş günü içinde görüşünü bildirmek zorundadır. Bu karar kesindir.

(9) 23/2/1995 tarihli ve 4077 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunun 4/A maddesinin üçüncü fıkrası hükmü sigorta acenteleri için sadece acentelik faaliyeti dolayısıyla sunulan hizmetlerde uygulanır. Sigorta şirketinin sağlayıcı olarak yaptığı ayıplı hizmetlerden sigorta acentesi sorumlu değildir.

(10) Bankalar ile özel kanunla kurulmuş ve kendisine sigorta acenteliği yapma yetkisi tanınan kurumlar ve sözleşme yapmaya veya prim tahsiline, hayat sigortaları veya zorunlu sigortalarla sınırlı olarak yetki verilen sigorta acenteleri hariç olmak üzere kendilerine sözleşme yapma veya prim tahsil etme yetkisi verilen sigorta acenteleri, bireysel emeklilik işlemleriyle ilgili acentelik faaliyeti dışında başka bir ticarî faaliyette bulunamaz.

(11) Bakanlar Kurulu, yabancı sigorta acentelerinin Türkiye'deki faaliyetleri ile Türkiye'de faaliyet gösteren sigorta acentelerinin yabancı sigorta şirketleri adına Türkiye'deki aracılık hizmetlerine ilişkin düzenleme yapmaya yetkilidir.

(12) Sigorta şirketlerinin, sigorta sözleşmeleri için brokerlik yapanların ve sigorta eksperlerinin yönetim ve denetiminde bulunan kişiler ile bunlar adına imza atmaya yetkili olanlar sigorta acentelerinin yönetim ve denetim kurullarında görev alamaz; imzaya yetkili olarak çalışamaz; bu şirketlere ortak olamaz ve bunlardan ücret karşılığı herhangi bir iş kabul edemez. Bu sınırlandırmalar söz konusu kimselerin eş ve velayeti altındaki çocukları için de geçerlidir. Ancak, sigorta şirketlerinin yönetiminde, denetiminde bulunan kişiler ile bunlar adına imza atmaya yetkili olanların eş ve velayeti altındaki çocukları için sınırlandırma bu kişilerin faaliyette bulunduğu şirketin sigorta acenteliği içindir.

(13) Bu Kanuna göre yetkili olanlar dışında hiçbir gerçek veya tüzel kişi, sigorta acenteliği faaliyetinde bulunamayacağı gibi ticaret unvanlarında veya herhangi bir belgede, sigorta acenteliği iş ve işlemleriyle uğraştığı izlenimini yaratacak kelime ve işaretler kullanamaz.

(14) Sigorta acenteliği yapmaktan yasaklananlar, sigorta acenteliğiyle ilgili faaliyetlerde çalıştırılamayacakları gibi bu kişilerle her ne şekilde olursa olsun sigorta acenteliği mesleğinin icrası için işbirliği yapılamaz.

(15) Sigorta acentesi, acentelik sözleşmesinin sona ermesi halinde, sigorta ettirenlerle yaptığı veya kısa bir süre içinde yapacağı işlerle ilgili sözleşme ilişkisi

devam etmiş olsaydı elde edeceği komisyona hak kazanır.

(16) Sözleşme ilişkisinin sona ermesinden sonra sigorta şirketi sigorta acentesinin portföyü sayesinde önemli menfaatler elde ediyor ve hakkaniyet gerektiriyorsa, sigorta acentesi, sigorta şirketinden tazminat talep edebilir. Ancak, sigorta acentesinin haklı bir nedene dayanmaksızın sözleşmeyi feshetmesi ya da kendi kusuruyla sözleşmenin feshine neden olması halinde tazminat hakkı düşer.

(17) Sigorta acenteleri ile bunların yanlarında çalışanlar, işleri dolayısıyla öğrendikleri bilgi ve sırları ilgililerin izni olmaksızın açıklayamaz. Ancak, suç teşkil eden hallerin yetkili mercilere duyurulması zorunludur.

(18) Türk Ticaret Kanununun acentelere ilişkin hükümleri sigorta acenteleri hakkında da uygulanır.

ALTINCI BÖLÜM
Meslek Örgütlenmeleri

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği

MADDE 24 – (1) Sigorta şirketleri ve reasürans şirketleri, merkezi İstanbul'da bulunan ve kamu kurumu niteliğinde bir meslek kuruluşu olan, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliğine, ruhsat almalarından itibaren bir ay içinde üye olmak zorundadır. Ancak, Bakanlar Kurulu, üye olma zorunluluğunu kaldırmaya yetkilidir. Sigorta şirketleri ile reasürans şirketleri hakkında 18/5/2004 tarihli ve 5174 sayılı Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği ile Odalar ve Borsalar Kanununun 9 uncu maddesinin yedinci fıkrası hükmü uygulanmaz.

(2) Birlik üyesi olan sigorta şirketi ve reasürans şirketinin, Birlik Yönetim Kurulu tarafından derhal Levhaya kaydedilmesi gerekir. Aşağıdaki hallerde sigorta şirketi ve reasürans şirketinin kaydı;

a) Almış olduğu ruhsatların tümü iptal edilmişse,

b) Tüm branşlarda yeni sigorta ve reasürans sözleşmesi yapma yetkisi kaldırılmışsa,

c) Ruhsatın verildiği tarihten itibaren bir yıl içinde veya Müsteşarlığın bilgisi dâhilinde yapılanlar hariç olmak üzere, aralıksız olarak altı ay süre ile sigorta veya reasürans sözleşmesi akdetmemişse,

ç) Sigorta şirketi ve reasürans şirketi hakkında iflas veya tasfiye kararı verilmişse,

d) Kendisine yapılan tebligata rağmen süresi içinde giderlere katılma paylarını ve aidatlarını ödememişse,

Levhadan silinir.

(3) Levhaya kayıtlı olmayan sigorta şirketi ve reasürans şirketi Genel Kurulda seçme ve seçilme hakkına sahip değildir. Levhadan silinmeyi gerektiren hallerinin sona erdiğini ispat eden sigorta şirketi veya reasürans şirketi, Levhaya yeniden yazılma hakkını kazanır. Levhaya yeniden yazılan sigorta şirketi ve reasürans şirketinden giriş aidatı alınmaz.

(4) Birlik Yönetim Kurulu gerekli gördüğü hallerde, nedenlerini de açıklamak suretiyle Levhaya yeniden yazılma talebinde bulunan sigorta şirketi veya reasürans şirketini, Levhaya yazılma şartlarının varlığının devam ettiğini ispatla zorunlu tutabilir. Levhaya yeniden yazılma talebinin reddine ilişkin karar gerekçeli olarak verilir.

(5) Levhadan silinen veya Levhaya yeniden yazılma talebi reddolunan sigorta şirketi ve reasürans şirketi, Yönetim Kurulunun silme veya ret kararına karşı onbeş iş günü içinde Müsteşarlığa yazılı itirazda bulunabilir. Yapılacak itiraz karşısında Müsteşarlık en geç onbeş iş günü içinde kararını bildirmek zorundadır. Müsteşarlığın bu konuda vereceği karar kesindir.

(6) Ruhsatlarının tümü iptal edilen, hakkında iflas ve tasfiye kararı verilen veya başka nedenlerle faaliyeti sona eren sigorta şirketlerinin ve reasürans şirketlerinin Birlik üyelikleri düşer.

(7) Birliğin amacı;

a) Sigortacılık mesleğinin gelişmesini temin etmek,

b) Üyelerinin dayanışma, birlik ve sigortacılık mesleğinin gerektirdiği vakar ve disiplin içinde ekonominin ihtiyaçlarına uygun olarak çalışmalarını sağlamak,

c) Haksız rekabeti önlemek üzere gerekli kararları almak ve uygulamaktır.

(8) Birliğin görev ve yetkileri şunlardır:

a) Sigortacılık mesleğinin gelişmesini sağlayıcı önlemler almak, bu amaçla araştırma kuruluşları tesis etmek ve bu konudaki araştırma ve çalışmaları desteklemek.

b) Türkiye'de sigortacılığı temsil etmek ve tanıtmak için gerekli girişimlerde bulunmak, yurt içi ve yurt dışındaki ilgili kuruluşlara gerektiğinde üye olmak ve delege göndermek.

c) Gerektiğinde sigorta sözleşmelerine ilişkin rehber tarifeleri hazırlayarak sektörün hizmetine sunmak.

ç) Sigortacılık mevzuatı ile kendisine verilen görevleri yerine getirmek ve aldığı kararların ve önlemlerin uygulanmasını izlemek.

d) Uyulması zorunlu meslek kurallarını belirlemek, üyelerinin mesleğin gerektirdiği disiplin içinde ekonominin ihtiyaçlarına uygun olarak çalışmalarını sağlamak, üyeleri arasındaki haksız rekabeti önlemek amacıyla, gerekli her türlü tedbiri almak ve uygulamak.

e) Sigortacılık konusunda eğitim vermek amacıyla ilgili kuruluş ve derneklerle işbirliği yapmak, seminerler ve konferanslar düzenlemek, kitap, dergi ve broşürler yayımlamak.

f) Gerekli sayı ve nitelikte sigorta inceleme ve araştırma komiteleri kurmak, görev, yetki ve çalışma şekillerini düzenlemek.

g) Üyelerinin yıllık faaliyet sonuçları hakkında her yıl raporlar hazırlamak ve bu raporları üyelerine ve ilgililere dağıtmak.

ğ) Sigortalarla ilgili bilgilerin tutulmasını sağlamak ve bu amaçla bilgi merkezi oluşturmak.

h) Sigortacılıkta tahkimin işleyişini düzenlemek ve sigorta hakemlerinin listesini tutmak.

(9) Birlik, ilgili olduğu meslekler konusundaki mevzuat ile almış olduğu karar ve önlemlerin uygulanmasını takip eder ve Müsteşarlıkça alınması talep edilen tedbirleri alır.

(10) Birlik, Müsteşarlığın uygun görüşü alınarak bu Kanun hükümleri çerçevesinde sigortacılıkla ilgili tüzel kişiliği haiz büro, şirket ve vakıf kurmaya ve kurulu şirketlere iştirak etmeye yetkilidir.

(11) Birliğin organları; Genel Kurul, Yönetim Kurulu, Başkanlık, Başkanlık Divanı, Disiplin Kurulu ve Denetim Kuruludur. Sigorta şirketleri ve reasürans şirketleri Genel Kurul dışında bu organlardan yalnız birinde asıl üye ile temsil edilir.

(12) Sigorta şirketleri ile reasürans şirketleri Genel Kurulda, genel müdür veya vekili tarafından temsil edilir. Müsteşarlık, Birlik Genel Kurulunda temsilci bulundurabilir.

(13) Genel Kurulca iki yıl için seçilen Başkanlık Divanı; başkan, başkan yardımcısı ile Yönetim Kurulunun ilk toplantıda kendi aralarından seçecekleri saymandan oluşur.

(14) Birlik Başkanı ile Yönetim Kurulu, Disiplin Kurulu ve Denetim Kurulu asıl ve yedek üyeleri Genel Kurul tarafından seçilir. Birlik Başkanı Yönetim Kurulunun

da başkanıdır. Yönetim Kurulu üye sayısı, Genel Kurul yapıldığı tarihte kayıtlı olan üye sayısına göre belirlenir. Üye sayısı elli ve elliden az ise yedi, elli ve altmış arasında ise dokuz, altmış ve daha fazla ise onbir üyeden ve her halükârda dört yedek üyeden oluşur. Disiplin Kurulu ve Denetim Kurulu, üçer asıl ve ikişer yedek üyeden teşekkül eder. Birlik Başkanı, Yönetim Kurulu, Disiplin Kurulu ve Denetim Kurulunun görev süresi iki yıldır. Disiplin Kurulu ve Denetim Kurulu ilk toplantıda bir başkan seçer.

(15) Birliğin çalışma esasları ve faaliyetlerinin kapsamı yönetmelikle belirlenir. Sigorta şirketleri ile reasürans şirketleri, Birlik tarafından alınacak karar ve tedbirlere uymak zorundadır.

(16) Sigorta şirketleri ve reasürans şirketleri Birlik üyeliğine girişte ve her yıl Genel Kurul tarafından belirlenen miktarda giriş aidatı öder. Birliğin masraflarına iştirak payları, üyelerinin bir yıl zarfında Türkiye dahilinde elde ettikleri direkt prim gelirleri toplamına göre yönetmelikteki esaslar dairesinde hesap edilir ve paylaştırılır. Aidatlar ve giderlere katılma payları yönetmelikle belirtilen süre içinde ödenmediği takdirde Birlik tarafından icra yoluyla tahsil olunur. Giderlere katılma paylarının ödenmesine dair kararlar 9/6/1932 tarihli ve 2004 sayılı İcra ve İflas Kanununun 68 inci maddesinde yazılı resmî belge niteliğindedir.

(17) Birlik, oluşturacağı bilgi merkezinin giderlerine katkı için de sigorta şirketlerinden katılım talep edebilir. Katılma payı, bilgi merkezinde verilerinin toplanmasına karar verilen sigortalara ilişkin şirketler tarafından gerçekleştirilen prim üretiminin binde birini aşmamak üzere Müsteşarlıkça belirlenir. Müsteşarlık, bu oranın yüzde elli oranında azaltılmasına veya artırılmasına karar verebilir. Bilgi merkezi giderlerine, gerekli görülmesi durumunda, Birlik bütçesinden ve Müsteşarlığın uygun görüşü alınarak Hesaptan katkı sağlanabilir.

(18) Birliğin bu madde uyarınca aldığı karar ve tedbirlere zamanında ve tam olarak uymayan üyeler hakkında Yönetim Kurulunca ikibin Türk Lirasından altıbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası uygulanır.

(19) Birliğin tüm faaliyetleri Müsteşarlık tarafından denetlenir.

Birlik organlarının seçim esasları ve yasaklar

MADDE 25 – (1) Birliğin organ seçimleri gizli oy ve açık tasnif ile yapılır ve organlarda her üyenin bir oy hakkı vardır.

(2) Seçim yapılacak Genel Kurul toplantısından en az onbeş gün önce Birlik seçimleri için üyelerin temsilcilerini belirleyen liste, toplantının gündemi, yeri, günü, saati ile çoğunluk olmadığı takdirde yapılacak ikinci toplantıya dair hususları belirten bir yazıyla birlikte üç nüsha olarak o yer ilçe seçim kurulu başkanı olan hâkime tevdi edilir. Seçim yapılacak yerde birden fazla ilçe seçim kurulu bulunması halinde, görevli hâkim, Yüksek Seçim Kurulunca belirlenir. Toplantı tarihlerinin, gündemde yer alan diğer konular göz önünde bulundurularak görüşmelerin bir cumartesi günü akşamına kadar sonuçlanması ve seçimlerin, ertesi günü olan pazar gününün dokuz ile onyedi saatleri arasında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmesi zorunludur.

(3) Hâkim, gerektiğinde ilgili kayıt ve belgeleri de getirtip incelemek suretiyle varsa noksanları tamamlattırdıktan sonra seçime katılacak üyeleri belirleyen liste ile ikinci fıkrada belirtilen diğer hususları onaylar. Onaylanan liste ile toplantıya ait diğer hususlar Birliğin ilan yerlerinde asılmak suretiyle üç gün süre ile ilan edilir.

(4) İlan süresi içinde listeye yapılacak itirazlar hâkim tarafından incelenir ve en geç iki gün içinde karara bağlanır.

(5) Bu suretle kesinleşen listeler ile toplantıya ait diğer hususlar onaylanarak Birliğe gönderilir.

(6) Hâkim, aday olmayan üyeler arasından bir başkan ile iki üyeden oluşan bir

seçim sandık kurulu atar. Aynı şekilde ayrıca üç yedek üye de hâkim tarafından belirlenir. Seçim sandık kurulu başkanının yokluğunda kurula en yaşlı üye başkanlık eder.

(7) Seçim sandık kurulu, seçimlerin Kanunun öngördüğü esaslara göre yürütülmesi, yönetimi ve oyların tasnifi ile görevli olup, bu görevleri seçim ve tasnif işleri bitinceye kadar aralıksız olarak devam eder.

(8) Seçim süresinin sonunda seçim sonuçları tutanakla tespit edilip seçim sandık kurulu başkan ve üyeleri tarafından imzalanır. Birden fazla sandık bulunması halinde tutanaklar, hâkim tarafından birleştirilir. Tutanakların birer örneği seçim yerinde asılmak suretiyle geçici seçim sonuçları ilan edilir. Kullanılan oylar ve diğer belgeler tutanağın bir örneği ile birlikte üç ay süreyle saklanmak üzere ilçe seçim kurulu başkanlığına tevdi edilir.

(9) Seçimin devamı sırasında yapılan işlemler ile tutanakların düzenlenmesinden itibaren iki gün içinde seçim sonuçlarına yapılacak itirazlar, hâkim tarafından aynı gün incelenir ve kesin olarak karara bağlanır. İtiraz süresinin geçmesi ve itirazların karara bağlanmasından hemen sonra hâkim, yukarıdaki hükümlere göre kesin sonuçları ilan eder ve Birliğe bildirir.

(10) Listede adı yazılı olmayan üyeler oy kullanamaz. Oylar, oy verenin kimliğini Birlik veya resmî kuruluşça verilen belge ile ispat etmesinden ve listedeki isminin karşısındaki yerin imzalanmasından sonra kullanılır. Oylar, organlara göre birlikte veya ayrı ayrı düzenlenen oy pusulalarının, üzerinde ilçe seçim kurulu mühürü bulunan ve oy verme sırasında sandık kurulu başkanı tarafından verilecek zarfa konulması suretiyle kullanılır. Bunların dışındaki zarflara konulan oylar geçersiz sayılır. Seçimlerde kullanılacak araç ve gereçler ilçe seçim kurulundan sağlanır ve sandıkların konacağı yerler hâkim tarafından belirlenir.

(11) Hâkim, seçim sonuçlarını etkileyecek ölçüde bir usûlsüzlük veya kanuna aykırı uygulama sebebiyle seçimlerin iptaline karar verdiği takdirde, süresi bir aydan az ve iki aydan fazla olmamak üzere seçimin yenileneceği pazar gününü tespit ederek Birliğe bildirir. Belirlenen günde yalnızca seçim yapılır ve seçim işlemleri bu madde ile Kanunun öngördüğü diğer hükümlere uygun olarak yürütülür.

(12) İlçe seçim kurulu başkanına, hâkime ve seçim sandık kurulu başkanı ile üyelerine, 26/4/1961 tarihli ve 298 sayılı Seçimlerin Temel Hükümleri ve Seçmen Kütükleri Hakkında Kanunda belirtilen esaslara göre ücret ödenir. Bu ücret ve diğer seçim giderleri Birlik bütçesinden karşılanır.

(13) Seçimler sırasında sandık kurulu başkan ve üyelerine karşı işlenen suçlar kamu görevlilerine karşı işlenmiş gibi cezalandırılır.

(14) Birlik, kuruluş amaçları dışında faaliyette bulunamaz. Birlik organlarının seçimlerinde siyasi partiler aday gösteremez. Amaçları dışında faaliyet gösteren Birliğin sorumlu organlarının görevine, Bakanın veya Cumhuriyet savcısının istemi üzerine mahkeme kararıyla son verilir ve yerlerine yenileri seçtirilir.

(15) Görevlerine son verilen organların yerine en geç bir ay içinde yenileri seçilir. Yeni seçilenler eskilerin süresini tamamlar.

(16) Göreve son verme hükümleri Birlik Genel Kurulu hakkında uygulanmaz.

(17) Bakan veya Müsteşarlığın bu Kanun uyarınca Birlik organları tarafından yürütülen işlemler hakkında verdiği kararları, görevli organlar aynen yerine getirmekle yükümlüdür. Bu kararları kanunî bir sebep olmaksızın yerine getirmeyen veya eski kararda direnme niteliğinde yeni bir karar veren veya kanunun zorunlu kıldığı işlemleri uyarılmasına rağmen yerine getirmeyen Birlik organları hakkında da ondördüncü fıkra hükümleri uygulanır.

(18) Görevlerine son verilen organ üyelerinin ve tüzel kişi temsilcilerinin cezaî sorumlulukları saklıdır. Bu organların onyedinci fıkra gereğince görevlerine son

verilmesine sebep olan tasarrufları hükümsüzdür.

(19) Millî güvenliğin, kamu düzeninin, suç işlenmesini veya suçun devamını önlemenin yahut yakalamanın gerektirdiği hallerde gecikmede sakınca varsa, Bakan, Birliği faaliyetten men edebilir. Bakanın kararı yirmidört saat içinde görevli hâkimin onayına sunulur. Hâkim kararını kırksekiz saat içinde açıklar; aksi halde bu idarî karar kendiliğinden yürürlükten kalkar.

(20) Birlik yönetim ve denetiminde yer alanlar ile Birlik çalışanları, işleri dolayısıyla öğrendikleri bilgi ve sırları ilgililerin izni olmaksızın açıklayamaz. Ancak, suç teşkil eden hallerin yetkili mercilere duyurulması zorunludur.

Sigorta Eksperleri İcra Komitesi

MADDE 26 – (1) Dört yıl için seçilen ve dokuz kişiden oluşan Sigorta Eksperleri İcra Komitesinin yedi asıl ve yedi yedek üyesi, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği tarafından tutulan Levhaya kayıtlı ve mesleğinde itibar ve tecrübe sahibi sigorta eksperleri arasından, Müsteşarlıkça belirlenen usûl ve esaslara göre seçilir. Ayrıca bu Komiteye Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulundan bir üye ile Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Genel Sekreteri veya görevlendireceği yardımcısı daimî üye olarak atanır. Sigorta Eksperleri İcra Komitesine seçilebilmek için en az on yıl bilfiil sigorta eksperliği yapmış olmak gerekir. Yedek üyelerde de asıl üyelerde aranan nitelikler aranır. Sigorta Eksperleri İcra Komitesi ilk toplantıda kendi içinden bir başkan ve bir başkan yardımcısı seçer. Tüzel kişi sigorta eksperleri, Sigorta Eksperleri İcra Komitesinde genel müdürleri veya şirketi temsile yetkili kişiler tarafından temsil edilir. Geçmiş beş yıl içinde disiplin cezası alanlar ile hakkında sigorta eksperliğine engel bir suçtan dolayı kovuşturma açılmasına karar verilenler kovuşturma tamamlanana kadar Sigorta Eksperleri İcra Komitesine seçilemez ve tüzel kişiyi temsil edemez. Sigorta Eksperleri İcra Komitesinde yer almakla birlikte daha sonra seçim yeterliliğini kaybeden, ardı ardına yapılmış üç toplantıya geçerli bir özrü olmadan kendisi veya tüzel kişi açısından temsilcisi katılmayan üyelerin üyelikleri kendiliğinden düşer.

(2) Sigorta Eksperleri İcra Komitesi, aşağıda belirtilen görevleri yerine getirir:

a) Sigorta eksperliği faaliyetlerinin adil ve dürüst olması, iş ahlakının sağlanması, meslek mensuplarının mesleğin gerektirdiği özen, disiplin ve dayanışma içinde çalışması amacıyla meslek kurallarını oluşturmak.

b) Meslek mensupları arasında haksız rekabeti önlemek için gerekli bütün tedbirleri almak ve uygulamak.

c) Yurt içinde ve yurt dışındaki meslekî gelişmeler ile idarî ve yasal düzenlemeleri izleyerek, bu konuda üyelerini aydınlatmak.

ç) Sigorta eksperliği faaliyetine ilişkin olarak, ulusal veya uluslararası malî, iktisadî ve meslekî kurum ve kuruluşlar ile ilişkiler kurmak.

d) Sigorta eksperliği mesleğinin geliştirilmesi amacıyla kurslar tertip etmek, seminer ve konferans gibi eğitim faaliyetlerinde bulunmak.

e) Sigortacılık ve sigorta eksperliği mesleğine ilişkin gelişmeleri izlemek, bu konudaki yayın ve içtihatları derleyerek meslek mensuplarının yararına sunmak.

f) Meslekî konularda mütalaa vermek ve yetkili mercilere görüş bildirmek.

g) Sigortacılık mevzuatı uyarınca sigorta eksperliği yapabilmek için gerekli olan Levhaya kayıt işlemleri ile kayıttan silinme işlemlerini yürütmek.

ğ) Sigorta eksperleri hakkında sigortacılık faaliyeti ile ilgili konularda disiplin cezası vermek.

h) Müsteşarlıkça verilecek diğer görevleri yerine getirmek.

(3) Sigorta Eksperleri İcra Komitesince alınan kararlar en geç onbeş gün içinde Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kuruluna bildirilir. Sigorta Eksperleri İcra Komitesince alınan kararların işleme konulabilmesine yönelik usûle

ilişkin işlemler Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulu tarafından yerine getirilir. Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulu, Sigorta Eksperleri İcra Komitesince kendisine bildirilen kararların gereğini bildirim tarihinden itibaren en geç onbeş gün içinde yerine getirmek zorundadır. Sigorta Eksperleri İcra Komitesi, ikinci fıkrada sayılan işlemleri yerine getirebilmek için gerektiğinde Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulu ile Müsteşarlığın uygun görüşü ile ticaret veya ticaret ve sanayi odalarına görev verebilir.

(4) Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği ile Odalar ve Borsalar Kanununun 94 üncü maddesi Sigorta Eksperleri İcra Komitesi için de uygulanır. Sigorta Eksperleri İcra Komitesi üyelerine ödenecek huzur hakkı ve diğer ödemeler, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulunun teklifi ve Müsteşarlığın uygun görüşü ile Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Genel Kurulunca tespit edilir.

(5) Sigorta Eksperleri İcra Komitesince, mesleğin vakar ve onuruna aykırı fiil ve hareketlerde bulunanlarla, görevlerini yapmayan veya kusurlu olarak yapan yahut görevinin gerektirdiği güveni sarsıcı hareketlerde bulunan sigorta eksperleri hakkında, sigorta eksperliği hizmetlerinin gereği gibi yürütülmesi maksadı ile durumun niteliğine ve ağırlık derecesine göre aşağıdaki disiplin cezaları verilir:

a) Uyarma; sigorta eksperine mesleğinin icrasında daha dikkatli davranması gerektiğinin yazı ile bildirilmesidir.

b) Kınama; sigorta eksperine görevinde ve davranışında kusurlu sayıldığının yazı ile bildirilmesidir.

c) Geçici olarak meslekî faaliyetten alıkoyma; sigorta eksperliği sıfatı saklı kalmak üzere altı aydan az, bir yıldan çok olmamak üzere meslekî faaliyetten alıkoymadır.

ç) Meslekten çıkarma; sigorta eksperinin meslekten çıkartılarak bir daha bu mesleği icra etmesine izin verilmemesidir.

(6) Hakkında meslekten çıkarma kararı verilen tüzel kişi sigorta eksperini temsile ve ilzama yetkili olup meslekten çıkarma kararı verilmesinde sorumluluğu bulunanlar bir daha sigorta eksperliği yapamaz ve başka bir tüzel kişi sigorta eksperinde denetçi veya temsile ve ilzama yetkili olarak çalışamaz.

(7) Meslek kurallarına, mesleğin vakar ve onuruna aykırı fiil ve harekette bulunanlarla görevin gerektirdiği güveni sarsıcı harekette bulunan sigorta eksperleri hakkında, uyarma, tekrarında ise kınama cezası uygulanır.

(8) Görevini bağımsızlık, tarafsızlık ve dürüstlükle yapmayan veya kusurlu olarak yapan veya mesleğin genel ilkelerine aykırı harekette bulunan sigorta eksperleri için geçici olarak meslekî faaliyetten alıkoyma cezası uygulanır.

(9) Kasten gerçeğe aykırı ekspertiz raporu düzenledikleri mahkeme kararı ile kesinleşen meslek mensuplarına meslekten çıkarma cezası verilir.

(10) Hakkında meslekten çıkarma cezası gerektirebilecek mahiyetteki bir işten dolayı soruşturma yapılmakta olan sigorta eksperi, Sigorta Eksperleri İcra Komitesinin kararıyla, tedbir mahiyetinde işten el çektirilebilir. İşten el çektirme kararı, ilgili mercilere derhal duyurulur. İşten el çektirme kararı, soruşturmanın durdurulmuş veya sigorta eksperliğine engel olmayan bir ceza verilmiş olması halinde kendiliğinden ortadan kalkar. İşten el çektirme kararı, bu kararın verilmesine esas olan hal ve şartların bulunmadığı veya sonradan kalktığının sabit olması durumunda kaldırılır.

(11) Üç yıllık bir dönem içinde iki veya daha fazla disiplin cezasını gerektiren davranışta bulunan sigorta eksperi hakkında, her yeni suçu için bir öncekinden daha ağır ceza uygulanır.

(12) Geçici olarak meslekî faaliyetten alıkoyma cezası ile cezalandırılmasından sonra beş yıllık dönem içinde bu cezayı gerektiren fiili

yeniden işleyen sigorta eksperleri hakkında meslekten çıkarma cezası uygulanır.

(13) Kovuşturma ve hüküm tesisi, disiplin soruşturması yapılmasına ve disiplin cezası uygulanmasına engel değildir.

(14) Sigorta Eksperleri İcra Komitesi üyeleri hakkındaki soruşturmalar Müsteşarlıkça yapılır. Müsteşarlık tarafından verilen kararlar kesindir.

(15) Disiplin cezasını gerektirecek eylemlerin işlenmesinden itibaren üç yıl geçmiş ise disiplin soruşturması yapılamaz. Ancak, Sigorta Eksperleri İcra Komitesince işe el konulmuş ise bu süre işlemez.

(16) Disiplin cezasını gerektirecek eylemlerin işlenmesinden itibaren beş yıl geçmiş ise disiplin cezası verilemez.

(17) Disiplin cezasını gerektiren eylem aynı zamanda suç teşkil ediyorsa ve bu suç için ilgili kanunlarda daha uzun bir zaman aşımı süresi tespit olunmuşsa, bu maddedeki zaman aşımı süreleri yerine ilgili kanunlardaki zaman aşımı süresi uygulanır.

(18) Disiplin kararlarına karşı, kararın Sigorta Eksperleri İcra Komitesince tebliğinden itibaren onbeş gün içinde Müsteşarlığa itirazda bulunulabilir. Müsteşarlık en geç bir ay içerisinde itirazı karara bağlar. Müsteşarlık tarafından verilen kararlar kesindir.

(19) Disiplin cezalarına ilişkin kararlar kesinleşmedikçe uygulanamaz.

(20) Meslekten çıkarma ve geçici olarak meslekî faaliyetten alıkoyma cezalarından başka bir disiplin cezası verilen sigorta eksperleri, söz konusu cezaların uygulanmasından itibaren beş yıl geçtikten sonra Sigorta Eksperleri İcra Komitesine başvurarak haklarındaki disiplin cezalarının sicillerinden silinmesini talep edebilir. İlgilinin bu süre içinde disiplin cezası almamış olması halinde, disiplin cezasının silinmesine karar verilir.

(21) Sigorta Eksperleri İcra Komitesinin bu madde uyarınca aldığı karar ve tedbirlere zamanında ve tam olarak uymayan üyeler hakkında Sigorta Eksperleri İcra Komitesince ikibin Türk Lirasından altıbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası uygulanır.

(22) Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Sigorta Eksperleri İcra Komitesinin görevlerini etkin bir biçimde gerçekleştirebilmesi için uygun mekan, yeterli sayıda personel ve gerekli teknik donanımı temin eder.

(23) Sigorta Eksperleri İcra Komitesi, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulunun uygun görüşü ile Levhaya kayıt ücreti veya aidatı belirlemeye yetkilidir. Bu ödemeler Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği bütçesine gelir kaydedilir.

(24) Müsteşarlık, mevzuata ve sigortacılık sektörünün genel menfaatlerine aykırılık tespit etmesi halinde Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğinden sigorta eksperlerine ilişkin yapılan düzenlemelerin iptal edilmesini veya düzenlemelerde değişiklik yapılmasını isteyebilir.

(25) Sigorta Eksperleri İcra Komitesinin çalışma esas ve usûlleri Müsteşarlığın bağlı olduğu Bakanlığın uygun görüşü ile Sanayi ve Ticaret Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

Sigorta Acenteleri İcra Komitesi

MADDE 27 – (1) Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği nezdinde Sigorta Acenteleri Sektör Meclisi oluşturulur. Kırk kişiden oluşan Meclis üyeleri, mesleğinde itibar ve tecrübe sahibi ticaret odası veya ticaret ve sanayi odası mensubu sigorta acenteleri arasından, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğince ve Müsteşarlıkça ortaklaşa belirlenen usûl ve esaslara göre seçilir. Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği ile Odalar ve Borsalar Kanununun 57 nci maddesinin ikinci fıkrası hükmü Sigorta Acenteleri Sektör Meclisi hakkında uygulanmaz.

(2) Sigorta Acenteleri Sektör Meclisi üyeleri, dört yıl süre ile görev yapmak

üzere dokuz kişiden oluşan Sigorta Acenteleri İcra Komitesinde görev almak üzere yedi asıl ve yedi yedek üye seçer. Bu Komiteye Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulundan bir üye ile Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Genel Sekreteri veya görevlendireceği yardımcısı daimî üye olarak atanır. Sigorta Acenteleri Sektör Meclisine ve Komiteye seçilebilmek için en az on yıl bilfiil sigorta acenteliği yapmış olmak gerekir. Yedek üyelerde de asıl üyelerde aranan nitelikler aranır. Sigorta Acenteleri İcra Komitesi ilk toplantıda kendi içinden bir başkan ve bir başkan yardımcısı seçer. Tüzel kişi sigorta acenteleri, Sigorta Acenteleri Sektör Meclisinde ve Sigorta Acenteleri İcra Komitesinde genel müdürleri veya şirketi temsile yetkili kişiler tarafından temsil edilir. Geçmiş beş yıl içinde disiplin cezası alanlar ile hakkında sigorta acenteliğine engel bir suçtan dolayı kovuşturma açılmasına karar verilenler kovuşturma tamamlanana kadar Sigorta Acenteleri İcra Komitesine seçilemez ve tüzel kişiyi temsil edemez. Sigorta Acenteleri İcra Komitesinde yer almakla birlikte daha sonra seçim yeterliliğini kaybeden, ardı ardına yapılmış üç toplantıya geçerli bir özrü olmadan kendisi veya tüzel kişi açısından temsilcisi katılmayan üyelerin üyelikleri kendiliğinden düşer.

(3) Sigorta Acenteleri İcra Komitesi aşağıda belirtilen görevleri yerine getirir:

a) Sigorta acenteliği faaliyetlerinin adil ve dürüst bir biçimde yerine getirilmesi, iş ahlakının sağlanması, meslek mensuplarının dayanışma ve sigorta acenteliği mesleğinin gerektirdiği özen ve disiplin içinde çalışması için meslek kurallarını oluşturmak.

b) Sigorta acenteliğinin etik kurallarını belirlemek ve sigorta acenteliği uygulamalarında birlik sağlanmasına çalışmak.

c) Sigorta acenteleri arasında haksız rekabeti ve haksız uygulamaları ortadan kaldırmak için gerekli bütün önlemleri almak ve uygulamak.

ç) Yurt içinde ve yurt dışında sigortacılık ve sigorta acenteliğine ait gelişmeler ile idarî ve yasal düzenlemeleri izleyerek toplayacağı bilgileri mensuplarına ve ilgililere ulaştırmak.

d) Yurt içinde ve yurt dışında sigorta acenteliği ile ilgili diğer meslek kuruluşları ile ilişki kurmak.

e) Sigorta acenteliği mesleğinin geliştirilmesi amacıyla gerektiğinde kurslar tertip etmek, seminer ve konferans gibi eğitim faaliyetlerinde bulunmak.

f) Sigorta acenteliği faaliyeti için gerekli asgarî fizikî şartları belirlemek.

g) Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kuruluna sunulmak üzere yıllık rapor hazırlamak.

ğ) Sigortacılık mevzuatı uyarınca sigorta acenteliği yapabilmek için gerekli olan Levhaya kayıt işlemleri ile kayıttan silinme işlemlerini yürütmek.

h) Sigorta acenteleri hakkında sigortacılık faaliyetleri ile ilgili konularda disiplin cezası vermek.

ı) Sigorta acentelerinde sözleşme düzenlemeye yetkili personelin niteliklerini belirlemek ve bunlara ilişkin sicil tutmak.

i) Müsteşarlıkça verilecek diğer görevleri yerine getirmek.

(4) Sigorta Acenteleri İcra Komitesince alınan kararlar en geç onbeş gün içinde Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kuruluna bildirilir. Sigorta Acenteleri İcra Komitesince alınan kararların işleme konulabilmesine yönelik usûle ilişkin işlemler Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulu tarafından yerine getirilir. Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulu, Sigorta Acenteleri İcra Komitesince kendisine bildirilen kararların gereğini bildirim tarihinden itibaren en geç onbeş gün içinde yerine getirmek zorundadır. Sigorta Acenteleri İcra Komitesi, üçüncü fıkrada sayılan işlemleri yerine getirebilmek için gerektiğinde Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulunun uygun görüşü ile ticaret veya ticaret ve

sanayi odalarına görev verebilir.

(5) Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği ile Odalar ve Borsalar Kanununun 94 üncü maddesi Sigorta Acenteleri İcra Komitesi için de uygulanır. Sigorta Acenteleri İcra Komitesi üyelerine ödenecek huzur hakkı ve diğer ödemeler, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulunun teklifi ve Müsteşarlığın uygun görüşü ile Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Genel Kurulunca tespit edilir.

(6) Sigorta acentelerinin, sigorta acenteliği faaliyetine ilişkin olarak verilecek disiplin cezalarında Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği ile Odalar ve Borsalar Kanununun 87 nci, 88 inci ve 89 uncu maddesinde belirtilen yetkiler Sigorta Acenteleri İcra Komitesi tarafından kullanılır ve söz konusu Kanunun 87 nci maddesi, sigorta acenteleri hakkında verilecek disiplin suç ve cezaları için de uygulanır. Ancak, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği ile Odalar ve Borsalar Kanununun 87 nci maddesinin üyelikten geçici çıkarma ve üyelikten uzun süreli çıkarmaya ilişkin hükümleri; meslekten geçici çıkarma ve meslekten uzun süreli çıkarma şeklinde uygulanır. Sigorta acentelerinin, sigorta acenteliği faaliyetine ilişkin olarak yönetmelikle belirlenecek suçlar için ayrıca meslekten men cezası da verilebilir. Hakkında meslekten çıkarma kararı verilen tüzel kişi sigorta acentelerini temsile ve ilzama yetkili olup meslekten çıkarma kararı verilmesinde sorumluluğu bulunanlar bir daha sigorta acenteliği yapamaz ve başka bir tüzel kişi sigorta acentesinde denetçi veya temsile ve ilzama yetkili olarak çalışamaz. Hakkında meslekten çıkarma cezası gerektirebilecek mahiyetteki bir işten dolayı soruşturma yapılmakta olan sigorta acentesi, Sigorta Acenteleri İcra Komitesi kararıyla, tedbir mahiyetinde işten el çektirilebilir. İşten el çektirme kararı, soruşturmanın durdurulmuş veya sigorta acenteliğine engel olmayan bir ceza verilmiş olması halinde kendiliğinden ortadan kalkacağı gibi bu kararın verilmesine esas olan hal ve şartların bulunmadığı veya sonradan kalktığının sabit olması durumunda da Sigorta Acenteleri İcra Komitesi tarafından kaldırılır. Gerek işten el çektirme kararı, gerekse bu kararın kaldırılması sigorta acentesinin kayıtlı olduğu odaya ve ilgili mercilere derhal bildirilir. Sigorta Acenteleri İcra Komitesi üyeleri hakkında sadece sigorta acenteliği faaliyeti dolayısıyla yapılacak disiplin soruşturmalarının yürütülmesi ve bu fıkradaki disiplin cezalarının verilmesi ise Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yüksek Disiplin Kurulunun yetkisindedir. Sigorta acenteleri hakkında verilecek disiplin cezaları için Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği ile Odalar ve Borsalar Kanununun 92 nci maddesi uygulanır.

(7) Sigorta Acenteleri İcra Komitesi, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulunun uygun görüşü ile Levhaya kayıt ücreti veya aidatı belirlemeye yetkilidir. Bu ödemeler Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği bütçesine gelir kaydedilir.

(8) Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Sigorta Acenteleri İcra Komitesinin görevlerini etkin bir biçimde gerçekleştirebilmesi için uygun mekan, yeterli sayıda personel ve gerekli teknik donanımı temin eder.

(9) Müsteşarlık, mevzuata ve sigortacılık sektörünün genel menfaatlerine aykırılık tespit etmesi halinde Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğinden sigorta acentelerine ilişkin yapılan düzenlemelerin iptal edilmesini veya düzenlemelerde değişiklik yapılmasını isteyebilir.

(10) Sigorta Acenteleri Sektör Meclisi ile Sigorta Acenteleri İcra Komitesinin çalışma esas ve usûlleri Müsteşarlığın bağlı olduğu Bakanlığın uygun görüşü ile Sanayi ve Ticaret Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

YEDİNCİ BÖLÜM
Denetim ve Bilgi Verme

Denetim

MADDE 28 – (1) Türkiye'de faaliyet gösteren sigorta şirketleri, reasürans şirketleri, özel kanunlarına göre sigortacılık faaliyetinde bulunan kuruluşlar, sigorta ve reasürans aracıları, sigorta eksperlik faaliyetleri, aktüerler ve sigortacılık işlemi yapan veya sigortacılık alanında faaliyet gösteren diğer kişilerin her türlü sigortacılık işlemlerinin denetimi, Sigorta Denetleme Kurulu tarafından yapılır.

(2) Sigorta Denetleme Kurulu, bir başkan ile sigorta denetleme uzmanları, sigorta denetleme aktüerleri ile bunların yardımcılarından oluşur. Bu Kanun ve diğer kanunların sigortacılığa, sigortaya veya sigortacılık alanında faaliyet gösteren kişi ve kuruluşlara ilişkin hükümlerinin Müsteşarlığın bağlı olduğu Bakanlığa veya Müsteşarlığa verdiği teftiş, denetim, inceleme ve soruşturma görev ve yetkileri sigorta denetleme uzmanları, sigorta denetleme aktüerleri ve bunların yardımcıları eliyle ifa edilir ve kullanılır.

(3) Sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerinin faaliyetleri, varlıkları, iştirakleri, alacakları, özkaynakları ve borçları ile kâr ve zarar hesapları arasındaki ilgi ve dengelerin ve malî bünyelerini ve idarî yapılarını etkileyen diğer tüm unsurların, tahsil edilen primler ile birikimlerin değerlendirilmesi ve korunması ile aktüeryal ve finansal hesap ve dengelerin incelenmesi, tespit ve denetimi sigorta denetleme uzmanları, sigorta denetleme aktüerleri ile bunların yardımcıları tarafından yapılır.

(4) Sigorta denetleme uzmanları, sigorta denetleme aktüerleri ile bunların yardımcıları; sigorta şirketleri ve reasürans şirketleri ile bunların bağlı ortaklıkları, iştirakleri, şubeleri ile temsilciliklerinden, aracılar ve bankalar da dahil olmak üzere diğer kişilerden bu Kanun ve diğer kanunların sigortacılıkla ilgili hükümleri bakımından gerekli görecekleri bilgileri istemeye ve bunların tüm defter, kayıt ve belgelerini incelemeye yetkilidir.

(5) Kamu kurum ve kuruluşları, Birlik ile diğer benzeri sivil toplum ve meslek kuruluşları, bu madde kapsamına giren konu ve işlemlerle sınırlı olmak üzere, Devletin güvenliği ve temel dış yararlarına karşı ağır sonuçlar doğuracak haller ile aile hayatının gizliliği ve savunma hakkına ilişkin hükümler saklı kalmak kaydıyla, özel kanunlardaki yasaklayıcı ve sınırlayıcı hükümler dikkate alınmaksızın gizli dahi olsa sigorta denetleme uzmanları, sigorta denetleme aktüerleri ve bunların yardımcıları tarafından istenecek görevleriyle ilgili her türlü bilgi ve belgeyi uygun süre ve ortamda vermeye, istenecek defter ve belgeleri ibraz etmeye ve incelemeye hazır bulundurmakla, bilgi işlem sistemini denetim amaçlarına uygun olarak açmaya ve verilerin güvenliğini sağlamaya mecburdur. Sigorta denetleme uzmanları, sigorta denetleme aktüerleri ve bunların yardımcıları bu madde kapsamındaki kuruluşların yönetim ve denetim kurullarının toplantı tutanakları ile bu kurullara verilen raporları istemeye, inceleme konusu olan işlemlerle ilgisi olan diğer kişi, kurum ve kuruluşlar nezdinde inceleme yapmaya yetkilidir.

(6) Sigorta denetleme uzmanları, sigorta denetleme aktüerleri ve bunların yardımcıları tarafından gerçekleştirilen denetim, inceleme ve soruşturmalar sırasında talep edilmesi halinde, incelemeye, denetime veya soruşturmaya tâbi kuruluşlar tarafından, risk yönetimi ve iç denetim sistemlerinde çalışanların yardımı da dahil olmak üzere her türlü destek sağlanır.

(7) Bu Kanun hükümleri ile diğer kanunlarda yer alan hükümler çerçevesinde, bu Kanuna tâbi kuruluşların faaliyetlerinin, risk yapısının, varlıkları, alacakları, özkaynakları, borçları, yükümlülükleri ve taahhütleri, gelir ve gider hesapları arasındaki ilgi ve dengelerin ve malî bünyeyi etkileyen diğer tüm unsurların ve bu kuruluşlarca karşılaşılan risklerin gözetim faaliyetleri çerçevesinde tespiti, tahlili, izlenmesi ve ölçülmesi çıkartılacak yönetmeliğe göre Müsteşarlık tarafından yapılır.

(8) Müsteşarlık, bu Kanuna tâbi kuruluşlara ait bilgi ve belgeleri, bu kuruluşların konsolide ve konsolide olmayan bazda malî bünyeleri ve idarî

yapılarının mevzuata uygunluğunu izlemek, analiz etmek, ilgili kuruluşlara ait rapor, tablo ve iç denetim raporları ile Müsteşarlığın denetim ve gözetim sonuçlarını karşılaştırmak suretiyle değerlendirmek, elde edilen sonuçlara göre kuruluşların taşıdıkları risklerin türleri, büyüklüğü ve kuruluşları etkileme durumunu, risk yönetim sisteminin güvenilirliği ile denetim riskini dikkate almak suretiyle kuruluşlar hakkında gerekli görülen tüm tedbirlerin alınmasını ve sonuçlandırılmasını sağlamak, söz konusu kuruluşların bağlı ortaklıklarının, malî iştiraklerinin ve şubelerinin faaliyetlerini önemli ölçüde etkileyen veya etkileyebilecek uygulamaları takip etmek, gerekirse ilgililer nezdinde girişimde bulunmak konularında yetkilidir.

(9) Bu Kanuna tâbi kişi ve kuruluşlar hesap ve kayıt düzenleriyle uyumlu olarak Müsteşarlıkça belirlenen formatlara uygun bir şekilde üretecekleri bilgi, belge, cetvel, rapor ve malî tabloları Müsteşarlıkça belirlenen iletişim kanallarını kullanmak suretiyle belirlenen süreler içinde Müsteşarlığa tevdi etmekle yükümlüdür. Kuruluşlar tarafından elektronik ortamda gönderilen bilgiler, iç denetim sistemi kapsamında yönetim kurulunun sorumluluğundadır.

Bilgi verme yükümlülüğü

MADDE 29 – (1) Bu Kanuna tâbi kişiler ile sigortacılıkla ilgili her tür meslekî faaliyet icra edenler, sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerinin iştirakleri, bankalar ve diğer kişiler, özel kanunlardaki yasaklayıcı ve sınırlayıcı hükümler dikkate alınmaksızın gizli dahi olsa bu Kanunun uygulanması ile ilgili olarak Müsteşarlıkça istenen her türlü bilgi ve belgeyi vermekle yükümlüdür. Devletin güvenliği ve temel dış yararlarına karşı ağır sonuçlar doğuracak haller ile aile hayatının gizliliği ve savunma hakkına ilişkin hükümler saklıdır.

(2) Mütekabiliyet çerçevesinde ve bu Kanunun uygulanması ile ilgili olarak yabancı ülke kanunlarına göre denetime yetkili mercilerin, kendi ülkelerindeki sigortacılık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşların bu Kanuna tâbi Türkiye'deki teşkilât veya ortaklıklarında denetim yapma ve bilgi isteme taleplerinin yerine getirilmesi Müsteşarlığın iznine tâbidir. Bu mercilerce istenen bilgiler, açıklanmaması kaydıyla Müsteşarlık tarafından verilebilir. Müsteşarlık, yabancı ülkelerin denetime yetkili mercileri ile yapacağı anlaşmalar çerçevesinde sigortacılıkla ilgili her türlü işbirliği ve bilgi alışverişinde bulunabilir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM
Tahkim

Sigortacılıkta tahkim

MADDE 30 – (1) Sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler ile riski üstlenen taraf arasında sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkların çözümü amacıyla Birlik nezdinde Sigorta Tahkim Komisyonu oluşturulur. Sigortacılık yapan kuruluşlardan, sigorta tahkim sistemine üye olmak isteyenler, durumu yazılı olarak Komisyona bildirmek zorundadır. Sigorta tahkim sistemine üye olan kuruluşlarla uyuşmazlığa düşen kişi, uyuşmazlık konusu sözleşmede özel bir hüküm olmasa bile tahkim usûlünden faydalanabilir.

(2) Komisyon, bir Müsteşarlık temsilcisi, iki Birlik temsilcisi, bir tüketici derneği temsilcisi ile Müsteşarlıkça belirlenecek bir akademisyen hukukçu temsilcinin katılımı ile oluşur. Müsteşarlık temsilcisinin asgarî on yıl kamu hizmetinde çalışmış, sigortacılık alanında deneyim sahibi ve en az daire başkanı seviyesinde olması; Birlik temsilcilerinin de 4 üncü maddede genel müdür yardımcısı için öngörülen şartlara sahip olması gerekir. Tüketici derneği temsilcisi ise Türkiye çapında en fazla üyeye sahip tüketici derneğinin önereceği üç aday arasından Müsteşarlıkça seçilir. Komisyon kendi içinden bir Başkan seçer. Komisyonda kararlar üye tamsayısının salt çoğunluğu ile alınır. İki yıl için seçilen Komisyon Başkan ve

üyelerine, kamu iktisadî teşebbüsleri yönetim kurulu başkan ve üyelerine ödenen aylık ücret ve diğer ödemeler tutarında ücret ödenir.

(3) Komisyon aşağıdaki görevleri yerine getirir:

a) Müdür ve müdür yardımcılarını atamak.

b) Birlikçe ayrı bir hesapta izlenecek olan Komisyonun bütçesini hazırlayarak Birliğe sunmak.

c) Tahkim sisteminin adil, tarafsız ve etkin bir biçimde işleyişini sağlamak için gerekli önlemleri almak.

ç) Komisyonun faaliyet sonuçları hakkında yıllık rapor hazırlayarak Birliğe ve Müsteşarlığa göndermek.

d) Bilgi işlem alt yapısını hazırlamak.

e) Kanunlarla kendisine verilen diğer görevleri yapmak.

(4) Komisyon, gerekli görülen yerlerde büro açmaya yetkilidir. Büro müdürünün, Komisyon müdürü ile aynı nitelikleri taşıması zorunludur. Büro müdürüne verilecek görevler Komisyon tarafından belirlenir.

(5) Komisyona bağlı çalışmak üzere bir müdür ve iki müdür yardımcısı, raportörler ile yeterli sayıda personel görevlendirilir. Müdür ve müdür yardımcıları Komisyonca, raportörler ve diğer personel ise müdürün önerisiyle Komisyon tarafından atanır. Görevden alınma, göreve atanma ile aynı usûle tâbidir. Komisyon müdürünün;

a) Malî güç dışında sigorta şirketi ve reasürans şirketi kurucularında aranan nitelikleri taşıması,

b) En az dört yıllık yüksek okul mezunu olması,

c) Sigorta hukukunda en az iki yıl veya sigortacılıkta en az beş yıl deneyimi olması,

gerekir.

(6) Müdür yardımcılarının (c) bendi hariç olmak üzere beşinci fıkrada sayılan nitelikleri taşıması zorunludur. Ayrıca, müdür yardımcılarının en az birinde iki yıllık sigortacılık deneyimi aranır.

(7) Uyuşmazlıklar, hayat ve hayat dışı sigorta gruplarının sadece birinde görev yapacak olan sigorta hakemleri ve raportörler aracılığıyla çözülür.

(8) Sigorta hakemlerinin;

a) Malî güç dışında sigorta şirketi ve reasürans şirketi kurucularında aranan nitelikleri taşıması,

b) En az dört yıllık yüksek okul mezunu olması,

c) Sigorta hukukunda en az beş yıl veya sigortacılıkta en az on yıl deneyimi olması,

gerekir.

(9) Komisyon nezdinde çalışacak olan sigorta raportörleri, Komisyon müdüründe aranan niteliklere sahip olmak zorundadır.

(10) Sigorta hakemi olmak isteyenlerin gerekli nitelikleri taşıdıklarını belgelemek suretiyle Komisyona başvurması gerekir. Başvurusu uygun görülenler kabul için Müsteşarlığa bildirilir. Müsteşarlığın kabul etmesi halinde ilgilinin ismi, Komisyon tarafından tutulacak ve bir örneği Adalet Bakanlığına gönderilecek olan sigorta hakemliği listesine kaydolunur ve bu listede değişiklik olması halinde de değişiklikler altı aylık dönemler itibarıyla Adalet Bakanlığına ve Müsteşarlığa bildirilir.

(11) Sigorta hakeminin ismi;

a) Sigorta hakemliği yapmak için gereken nitelikleri kaybetmişse veya tarafsızlık ilkesine aykırı hareket ettiği tespit edilmişse sürekli olarak,

b) Kendisine ulaşan dosyaları bir yıl içinde en fazla üç kez zamanında

sonuçlandırmamışsa bir yıl süreyle,

Listeden silinir.

(12) Tahkim sistemine üye olmak isteyenlerden katılma payı, uyuşmazlık çözümü için Komisyona başvuranlardan ise başvuru ücreti alınır. Uyuşmazlığa düşen taraflar arasında, açık ve yazılı şekilde yapılması gereken sözleşme ile daha yüksek bir tutar belirlenmemişse, hakemin verdiği kırkbin Türk Lirasına kadar olan kararlar her iki taraf için kesindir. Kırkbin Türk Lirasının üzerindeki kararlar için temyize gidilebilir. Her halükârda Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanununun 533 üncü maddesi hükümleri saklıdır. Temyize ilişkin usûl ve esaslar hakkında Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanunu uygulanır.

(13) Komisyona gidilebilmesi için, sigortacılık yapan kuruluşla uyuşmazlığa düşen kişinin, uyuşmazlığa konu teşkil eden olay ile ilgili olarak sigortacılık yapan kuruluşa gerekli başvuruları yapmış ve talebinin kısmen ya da tamamen olumsuz sonuçlandığını belgelemiş olması gerekir. Sigortacılık yapan kuruluşun, başvuru tarihinden itibaren onbeş iş günü içinde yazılı olarak cevap vermemesi de Komisyona başvuru için yeterlidir.

(14) Mahkemeye ve Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun hükümleri uyarınca Tüketici Sorunları Hakem Heyetine intikal etmiş uyuşmazlıklar ile ilgili olarak Komisyona başvuru yapılamaz.

(15) Sigortacılık yapan kuruluşla uyuşmazlığa düşen kişinin Komisyona başvurusu, öncelikle raportörler tarafından incelenir. Raportörler en geç onbeş gün içinde incelemelerini tamamlamak zorundadır. Raportörler tarafından çözümlendirilemeyen başvurular sigorta hakemine iletilir. Uyuşmazlığa hangi sigorta hakeminin bakacağı, Komisyon tarafından sigorta hakemi listesinden seçilir. Komisyon, işin niteliğine bağlı olarak en az üç sigorta hakeminden oluşan bir heyet oluşturulmasına karar verebilir. Ancak, uyuşmazlık konusu miktarın onbeşbin Türk Lirası ve üzerinde olduğu durumlarda heyet teşekkülü zorunludur. Heyet kararını çoğunlukla verir. Hakemler, sadece kendilerine verilen evrak üzerinden karar verir. Seçilen sigorta hakemi mücbir nedenler ve umulmayan haller hariç olmak üzere görevi reddedemez. Bununla birlikte, taraflar, Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanununda yer alan hâkimi ret nedenlerine dayanarak hakemi reddedebilir. Ret talebi Komisyona, durumun öğrenildiği tarihten itibaren en geç beş iş günü içinde bir dilekçeyle yapılır. Ret talebi üzerine Komisyon müdürü, iki tarafın görüşlerini dinledikten sonra bu konuda en geç beş iş günü içinde karar verir.

(16) Hakemler, görevlendirildikleri tarihten itibaren en geç dört ay içinde karar vermeye mecburdur. Aksi halde, uyuşmazlık yetkili mahkemece halledilir. Ancak, bu süre tarafların açık ve yazılı muvafakatleriyle uzatılabilir. Hakem, kararını Komisyon müdürüne tevdi eder. Komisyon müdürü, kararı, en geç üç iş günü içinde, Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanununun 532 nci maddesi uyarınca gereğinin yapılabilmesi için davayı görmeye yetkili mahkemeye iletir.

(17) Hakemlik ücreti, Komisyona başvuru ücreti ve üyeliğe katılma payı, Komisyonun görüşü alınarak Müsteşarlıkça belirlenir; hakem ücreti Komisyon tarafından ödenir.

(18) Sigorta hakemleri ve raportörler tarafsız olmak zorundadır. Sigorta şirketlerinin, reasürans şirketlerinin, sigortacılık yapan diğer kuruluşların, sigorta eksperlerinin, sigorta acentelerinin ve brokerlerin ortakları, yönetim ve denetiminde bulunan kişiler ve bunlar adına imza atmaya yetkili olanlar ile tüm bu kuruluşlarda meslekî faaliyette bulunanlar ve sigorta eksperleri, sigorta acenteleri ve brokerler sigorta hakemliği yapamaz. Bu sınırlandırmalar söz konusu kimselerin eş ve çocukları için de geçerlidir. Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanununun 28 inci maddesi sigorta hakemleri hakkında da uygulanır.

(19) Komisyonda görev alanlar, hakemler ve raportörler, işleri dolayısıyla öğrendikleri bilgi ve sırları ilgililerin izni olmaksızın açıklayamaz. Ancak, suç teşkil eden hallerin yetkili mercilere duyurulması zorunludur.

(20) Komisyonun yapısı ve görevleri ile Komisyon müdürü ve Komisyon müdür yardımcılarının nitelikleri, çalışma usûl ve esasları, raportörlerin, sigorta hakemlerinin çalışma usûl ve esasları, kararların ne şekilde düzenleneceği, Komisyona başvuru esasları, Liste tutulmasına ve bütçeye ilişkin esaslar ile katılım ücreti gibi hususlar yönetmelikle belirlenir.

(21) Müsteşarlık bu maddede yer alan maktu para miktarlarını, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından açıklanan Üretici Fiyatları Endeksi artış oranını aşmamak suretiyle artırmaya yetkilidir.

(22) Bu Kanunda hüküm bulunmayan hallerde Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanununun hükümleri, sigortacılıktaki tahkim hakkında da kıyasen uygulanır.

(23) Hukuk Usûlü Muhakemeleri Kanunu çerçevesinde yapılacak tahkim için seçilecek hakemlerin de bu maddede sigorta hakemleri için aranılan nitelikleri taşıması gerekir.

DOKUZUNCU BÖLÜM
Çeşitli Hükümler

Sigortacılık eğitim merkezi ve diğer organizasyonlar

MADDE 31 – (1) Bakan, sigortacılıkla ilgili özellik taşıyan konular için gerekli sınavların tarafsız bir şekilde yapılması, yurt içi veya yurt dışı ya da uluslararası anlaşmalar çerçevesindeki eğitim taleplerinin karşılanması ve benzeri amaçlarla sigortacılık eğitim merkezi kurmaya yetkilidir. Sigortacılık eğitim merkezinin giderleri, sigortacılık alanında faaliyet gösteren meslek kuruluşlarının katkılarından, merkezin hizmet vereceği ilgili kamu ve özel sektör kuruluşlarından ve hibelerden yönetmelikle belirlenecek esaslar çerçevesinde karşılanır. Sigortacılık eğitim merkezince yerine getirilecek eğitim faaliyetleri, Özel Öğretim Kurumları Kanununa tâbi değildir.

(2) Dernek, federasyon ve birlik gibi belirli bir kanuna tâbi olarak kurulan kuruluşlar hariç olmak üzere sigortacılık ve reasürans uygulamaları ile ilgili olarak organizasyonlar oluşturulması Bakanın iznine tâbidir.

(3) Sigortacılık eğitim merkezi ile ikinci fıkra uyarınca oluşturulacak organizasyonlara ilişkin hususlar yönetmelikle düzenlenir.

İyiniyet

MADDE 32 – (1) Sigorta şirketleri ve aracılar, her çeşit broşür, izahname ve diğer belgeler ile ilan ve reklamlarını, taahhütleriyle sigortalıya sağlayacakları hak ve menfaatlerin sınır ve kapsamı dışında bir anlayışa neden olacak şekilde düzenleyemez ve kişi ve kuruluşlara gerçeğe aykırı, yanıltıcı, aldatıcı ve haksız rekabete yol açan beyanda bulunamaz. Bu hükme aykırılığın tespiti halinde durum, Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun uyarınca faaliyet gösteren Reklam Kuruluna bildirilir.

(2) Sigorta şirketleri, reasürans şirketleri, aracılar ve sigorta eksperleri sigortalıların hak ve menfaatlerini tehlikeye sokabilecek hareketlerden kaçınmak, mevzuat ve işletme planı esaslarına uygun faaliyette bulunmak, sigortacılığın icaplarına ve iyiniyet kurallarına uygun hareket etmek zorundadır.

(3) Sigorta şirketleri, iyiniyet kurallarına aykırı olarak sigorta tazminatının ödenmesini geciktiremez.

(4) Müsteşarlık, sigorta şirketleri, reasürans şirketleri, aracılar ve sigorta eksperlerinin yukarıda sayılan kurallara uymalarını sağlamak üzere gerekli her türlü tedbiri almaya yetkilidir.

(5) Kişilerin, sigorta şirketini seçme hakkı sınırlandırılamaz. Bir sözleşmenin

unsurları içinde, taraflardan birinin bu sözleşmede yer alan herhangi bir hususta sigorta yapmaya zorunlu tutulduğu hallerde, söz konusu sigortanın belli bir şirkete yaptırılmasına ilişkin sözleşmeye konulmuş her türlü şart hükümsüzdür.

İhtisas komiteleri

MADDE 33 – (1) Müsteşarlık, bu Kanunun gerekli kıldığı tarife ve talimatlar ile sigortacılığın geliştirilmesi için araştırma ve inceleme yaptırılması amacıyla sigortacılık konusunda bilgi ve uzmanlık sahibi kişilerden oluşacak ihtisas komiteleri kurabilir. Oluşturulacak komitelerin giderleri, Müsteşarlığın bağlı olduğu Bakanlıkça onaylanacak esaslar uyarınca sigortacılık alanında faaliyet gösteren ilgili meslek kuruluşu tarafından karşılanır.

(2) İhtisas komitelerinin çalışma usûl ve esasları yönetmelikle belirlenir.

ONUNCU BÖLÜM
Cezalar

İdarî cezalar

MADDE 34 – (1) Bu Kanunun 3 üncü maddesinin dördüncü ve beşinci fıkraları kapsamında belirlenecek esaslara aykırı davrananlar ile 5 inci maddesine aykırı olarak ruhsatsız faaliyet gösterenlerin işyerleri, Bakanın talebi üzerine valiliklerce bir yılı geçmemek üzere geçici olarak kapatılacağı gibi ilan ve reklamları da durdurulur ya da toplatılır.

(2) Bu Kanunun;

a) 3 üncü maddesinin birinci fıkrasında belirtilen başka işle iştigal yasağına aykırı davranılması halinde yirmibeşbin Türk Lirası,

b) 4 üncü maddesinin iki ilâ yedinci fıkralarında belirtilen nitelikleri taşımayan kişilerin şirketçe atanmasından ve bu fıkralarda belirtilen nitelikleri taşımayan kişilerin maddede belirtilen görevleri üstlenmesinden dolayı uyarılan şirketin ya da ilgilinin, bu uyarının gereğini bir ay içinde yerine getirmemesi halinde sekizbin Türk Lirası; sekizinci fıkrası uyarınca etkin bir iç denetim sistemi kurulması ve yeteri kadar iç denetim elemanı çalıştırılması zorunluluğuna aykırı davranılması halinde uyarılan şirketin altı ay içinde durumunu düzeltmemesi halinde onbin Türk Lirası,

c) 5 inci maddesinin birinci fıkrası uyarınca gerekli tescil ve ilan işlemlerinin yaptırılmamış olması halinde sekizbin Türk Lirası,

ç) 7 nci maddesi uyarınca gerekli tescil ve ilan işlemlerinin yapılmamış olması halinde onikibin Türk Lirası,

d) 9 uncu maddesinin beşinci fıkrası uyarınca gerekli bildirimi Müsteşarlığa yapmayanlar sekizbin Türk Lirası,

e) 10 uncu maddesine aykırı olarak gerekli iznin alınmaması halinde onikibin Türk Lirası,

f) 11 inci maddesinin birinci fıkrasına aykırı olarak genel şart düzenlemelerine aykırı davranılması halinde onbin Türk Lirası,

g) 14 üncü maddesinin dördüncü fıkrasına aykırı davranılması halinde beşbin Türk Lirası,

ğ) 17 nci maddesinin yedinci fıkrası uyarınca gerekli masrafların karşılanmaması halinde ikibin Türk Lirası,

h) 18 inci maddesinin birinci, ikinci ve üçüncü fıkralarına aykırı davranılması, dördüncü fıkrası uyarınca özel defter tutma, malî tabloları ilan etme yükümlülüklerinin yerine getirilmemesi ve dördüncü fıkra uyarınca şirket aktif yapıları da dahil olmak üzere Müsteşarlıkça belirlenecek esas ve usûllere aykırı davranılması halinde onikibin Türk Lirası,

ı) 21 inci maddesine göre aktüer çalıştırma zorunluluğuna uyulmaması halinde onsekizbin Türk Lirası,

i) 32 nci maddesinin dördüncü fıkrası uyarınca alınan tedbirlere ve beşinci fıkrası hükmüne aykırı davranılması halinde yirmibin Türk Lirası,

j) Bakanlar Kurulu, Müsteşarlığın bağlı bulunduğu Bakanlık ve Müsteşarlık tarafından bu Kanuna göre alınan kararlara, çıkarılan yönetmelik ve tebliğlere ve yapılan diğer düzenlemelere uyulmaması halinde, bu Kanunda ayrıca öngörülmüş bir cezanın olmadığı hallerde onikibin Türk Lirası,

idarî para cezası uygulanır.

(3) İdarî para cezaları Müsteşarlıkça uygulanır.

Adlî cezalar

MADDE 35 – (1) Bu Kanuna göre ruhsat almadan risk üstlenmek suretiyle sigortacılık faaliyetinde bulunan veya ticaret unvanlarında ya da her türlü belgeleri yahut ilan ve reklamlarında veyahut kamuoyuna yaptıkları açıklamalarda bu Kanunda belirtilen kuruluşların adını kullanan, bu Kanunda düzenlenen faaliyetlerde bulundukları izlenimini yaratacak söz ve işaretleri kullanan gerçek kişiler ve tüzel kişilerin yetkilileri, üç yıldan beş yıla kadar hapis cezası ve altıyüz günden az olmamak üzere bin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.

(2) Bu Kanunun 3 üncü maddesinin dördüncü fıkrasına aykırı olarak Müsteşarlıktan izin alınmadan sigorta sözleşmesi yapan kooperatiflerin yetkilileri beşyüz günden az olmamak üzere bin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.

(3) Sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerinin yönetim kurulu başkan ve üyeleri ile diğer mensupları, görevleri dolayısıyla kendilerine tevdi olunan veya muhafazaları, denetimleri ve sorumlulukları altında bulunan kuruluşa ait para veya sair varlıkları zimmetlerine geçirmeleri halinde, altı yıldan oniki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Ayrıca, kuruluşun uğradığı zararı da tazmine mahkûm edilir.

(4) Üçüncü fıkrada gösterilen suç, kuruluşu aldatacak ve fiilin açığa çıkmamasını sağlayacak her türlü hileli faaliyette bulunmak suretiyle işlenmişse fail, oniki yıldan az olmamak üzere hapis cezası ve adlî para cezası ile cezalandırılır. Ancak, adlî para cezasının miktarı, meydana gelen zararın üç katından az olamaz. Zararın, kovuşturma yapılmadan önce tamamıyla ödenmesi halinde verilecek ceza üçte bir oranında indirilir.

(5) Bu Kanunda gösterilen yetkili mercilerin ve denetim görevlilerinin istedikleri bilgi ve belgeleri vermeyen ya da denetim görevlilerinin görevlerini yapmalarına engel olan gerçek kişilerle tüzel kişilerin yetkilileri, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ve ikiyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(6) Bu Kanunda gösterilen mercilere, denetim görevlilerine, mahkemelere ve diğer resmî dairelere yanıltıcı şekilde yanlış ya da gerçeğe aykırı bilgi veya belge veren gerçek kişiler ile tüzel kişilerin yetkilileri, bir yıldan üç yıla kadar hapis ve üçyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(7) Bu Kanuna tâbi kuruluşların itibarını zedeleyebilecek ya da servetine zarar verebilecek bir hususa kasten sebep olan ya da bu yolda asılsız haberler yayanlar bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası ve ikiyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır. Bu fiilin 9/6/2004 tarihli ve 5187 sayılı Basın Kanununda yazılı araçlarla ya da radyo, televizyon, video, internet, kablolu yayın veya elektronik bilgi iletişim araçları ve benzer yayın araçlarından biri ile işlenmesi halinde hapis cezası iki yıldan dört yıla kadar uygulanır. İsimleri belirtilmese dahi bu Kanuna tâbi kuruluşların güvenilirliği konusunda kamuoyunda tereddüte yol açarak bu kuruluşların malî bünyelerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilecek nitelikte asılsız haberleri yukarıda belirtilen araçlarla yayanlar dörtyüz günden az olmamak üzere bin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.

(8) Bu Kanunun uygulanmasında ve uygulanmasının denetiminde görev

alanlar ile sigorta hakemleri ve raportörleri, sıfat veya görevleri dolayısıyla öğrendikleri, bu Kanun kapsamında faaliyet gösteren kişi ve kuruluşlar ile bunların iştirakleri, kuruluşları ve sigorta sözleşmesi ile ilgili kişilere ait sırları, görevlerinden ayrılmalarından sonra dahi, bu Kanuna ve özel kanunlarına göre yetkili olanlardan başkasına açıklamaları veya kendi yararına kullanmaları halinde iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ve üçyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(9) Bu Kanuna tâbi kuruluşların görevlileri ve yetkilileri, bu maddenin sekizinci fıkrasında yazılı kişiler hariç olmak üzere bu Kanuna tâbi kişiler ile bunların yanında çalışanlar ve dışarıdan hizmet alımı yoluyla sigortacılık sektöründe iş görenler, sıfat ve görevleri dolayısıyla öğrendikleri bu Kanuna tâbi kuruluşlara veya sigorta sözleşmesi ile ilgili kişilere ait sırları bu konuda kanunen açıkça yetkili kılınan mercilerden başkasına açıklamaları halinde bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ve ikiyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(10) Sekiz ve dokuzuncu fıkralarda yazılı kişilerin bu fıkralarda belirtilen türden sırları kendileri ya da başkalarına yarar sağlamak amacıyla açıklamaları halinde, bu kişiler üç yıldan beş yıla kadar hapis cezası ve adlî para cezası ile cezalandırılır. Ayrıca, fiilin önemine göre bu kişilerin görev yapmaları sürekli veya altı aydan bir yıla kadar geçici olarak yasaklanır.

(11) Gerçeğe aykırı malî tablo düzenleyenler ile bunları tasdik eden sigorta şirketi ve reasürans şirketi denetçileri adlî para cezası ile cezalandırılır. Ancak adlî para cezası, gerçeğe aykırılık tutarının yüzde birinden az olamaz.

(12) Bu Kanunun 9 uncu maddesinin birinci, ikinci ve dördüncü fıkralarında yazılan izinleri almayanlar üçyüz günden az olmamak üzere; altıncı fıkrasına göre belirlenen hisse sınırlamalarına uymayanlar dörtyüz günden az olmamak üzere; üçüncü fıkrasına aykırı olarak izin alınmadan yapılan hisse devirlerini pay defterine kaydettirenler ise dörtyüz günden az olmamak üzere bin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.

(13) Bu Kanunun 12 nci maddesinin ikinci fıkrasına aykırı olarak tarifeleri Müsteşarlığın onayı olmaksızın uygulayanlar beşyüz günden az olmamak üzere; Müsteşarlığın tespit ve ilan ettiği aracılık komisyonları dışında komisyon verenler üçyüz günden az olmamak üzere; bu komisyonları alanlar ise yüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(14) Bu Kanunun 13 üncü maddesinin birinci fıkrası hükmüne aykırı olarak sözleşme yapmaktan kaçınanlar beşyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(15) Bu Kanunun 15 inci maddesine aykırı şekilde Türkiye'de sigortalanabilir menfaatlerini Türkiye'de faaliyette bulunan sigorta şirketleri haricinde ve Türkiye dışında sigorta ettirenler adlî para cezası ile cezalandırılır.

(16) Bu Kanunun 16 ncı maddesinin birinci fıkrasına aykırı olarak yeteri kadar karşılık ayırmayanlar ile iki ilâ yedinci fıkralarına aykırı olarak teknik karşılık ayıranlar ve sekizinci fıkrasına aykırı olarak reasürör payını belirleyenler; 17 nci maddesinin birinci ve ikinci fıkrasına aykırı olarak teminat, dördüncü fıkrasına aykırı olarak minimum garanti fonu tesis edenler ile beşinci fıkra uyarınca teminatlardan ödeme yapmayanlar adlî para cezası ile cezalandırılır. Ancak, adlî para cezasının miktarı, yerine getirilmeyen yükümlülüğün veya yükümlülük eksik olarak yerine getirilmiş ise eksik kalan miktarın yüzde onundan az olamaz.

(17) Bu Kanunun 19 uncu maddesinin birinci fıkrasına aykırı davrananlar bin güne kadar; aykırılığın, iyiniyet kurallarını ihlâl edici şekilde aktifin değerini düşürmesi halinde bu işlemi yapanlar, ikibin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır. Ancak, adlî para cezasının miktarı aktifte gerçekleşen azalmanın

yüzde yirmisinden az olamaz.

(18) Bu Kanunun 21 inci maddesinin üçüncü fıkrasına aykırı hareket eden brokerler üçyüz günden az olmamak üzere; sigorta brokerliği dışında sigorta acenteliği ve eksperlik yapanlar dörtyüz günden az olmamak üzere; dördüncü fıkrasına aykırı hareket edenler ikiyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(19) Bu Kanunun 22 nci maddesinin üçüncü fıkrası uyarınca belirlenecek esaslara aykırı hareket edenler üçyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; onuncu fıkrasına aykırı olarak sigorta eksperliği dışında başka bir işle uğraşanlar yüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; onbirinci fıkrasına aykırı olarak birden fazla büro açanlar altmış günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; onikinci fıkrasına aykırı hareket eden gerçek kişi sigorta eksperleri ve tüzel kişi sigorta eksperlerinin yetkilileri yüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; onüçüncü fıkrasına aykırı olarak görev kabul eden sigorta eksperleri ile tüzel kişi sigorta eksperinin yanında çalışan sigorta eksperi veya tarafsızlığı ihlâl eden sigorta eksperleri beşyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; ondördüncü fıkrası hükmüne aykırı davrananlar üçyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; onaltıncı fıkrasına aykırı hareket edenler ile bu fıkra gereğince sigorta eksperliği ile ilgili faaliyetlerde çalışmaması gerektiği halde çalışanlar ikiyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; yirmiikinci fıkrasına aykırı olarak sigorta eksperliği yetkilerini veya unvanlarını başka kişilere kullandıranlar ve söz konusu yetki ve unvanları kullananlar beşyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; sigorta eksperliği yaptığı izlenimini uyandıranlar yüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(20) Bu Kanunun 23 üncü maddesinin onuncu fıkrasına aykırı olarak ticarî faaliyette bulunanlar yüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; onikinci fıkrasına aykırı davrananlar üçyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; onüçüncü fıkrasına aykırı olarak sigorta acenteliği yetkilerini veya unvanlarını başka kişilere kullandıranlar ve söz konusu yetki ve unvanları kullananlar beşyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; sigorta acenteliği yaptığı izlenimini uyandıranlar yüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; ondördüncü fıkrasına aykırı hareket edenler ile bu fıkra gereğince sigorta acenteliğiyle ilgili faaliyetlerde çalışmaması gerektiği halde çalışanlar ikiyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(21) Sigorta acenteliği yapamayacaklarla, sigorta acenteliği sözleşmesi yapan sigorta şirketlerinin bu işten sorumlu yöneticileri beşyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; prim tahsil etme veya sözleşme yapma yetkisi verilemeyeceklere bu yetkileri veren sigorta şirketlerinin bu işten sorumlu yöneticileri üçyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile; bu yetkileri kabul eden kişiler ikiyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(22) Hakkında meslekten çıkarma kararı verildiği halde bu Kanunun 26 ncı maddesinin altıncı fıkrasına aykırı olarak tüzel kişi sigorta eksperinde denetçi veya temsile ve ilzama yetkili olarak çalışanlar ve bu kişileri çalıştıranlar ile hakkında meslekten çıkarma kararı verildiği halde 27 nci maddenin altıncı fıkrasına aykırı olarak tüzel kişi sigorta acentesinde denetçi veya temsile ve ilzama yetkili olarak çalışanlar ve bu kişileri çalıştıranlar bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası ve üçyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(23) Bu Kanuna aykırı olarak ruhsatı olmadan brokerlik ve sigorta eksperliği yapanlar; Müsteşarlıktan uygunluk belgesi olmadan sigorta acenteliği yapanlar ile Aktüerler Siciline kaydolmadan aktüerlik yapanlar bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ve dörtyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(24) Bu Kanunda öngörülen süre içinde Birliğe üye olmayan sigorta şirketleri ve reasürans şirketlerinin yetkilileri ile Levhaya kayıtlı olmadan sigorta eksperliği veya sigorta acenteliği faaliyetinde bulunanlar yüzelli günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(25) Aktüer ve broker yetki veya unvanlarını başka kişilere kullandıranlar ve söz konusu yetki ve unvanları kullananlar beşyüz günden az olmamak üzere, bu işleri yaptığı izlenimini uyandıranlar yüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(26) Bu Kanunun 31 inci maddesinin ikinci fıkrasındaki izni almadan sigortacılıkla ilgili organizasyon oluşturanlar üçyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

(27) Bu Kanunun 32 nci maddesinin ikinci fıkrasına aykırı davrananlar ile üçüncü fıkrasına aykırı olarak iyiniyet kurallarını ihlâl edici şekilde sigorta tazminatı ödemesini geciktirenler üçyüz günden az olmamak üzere adlî para cezası ile cezalandırılır.

Kovuşturma

MADDE 36 – (1) Bu Kanunda yazılı suçlardan dolayı kovuşturma yapılması Müsteşarlık tarafından Cumhuriyet Başsavcılığına yazılı başvuruda bulunulmasına bağlıdır. Bu başvuru ile Müsteşarlık aynı zamanda katılan sıfatını kazanır.

(2) Cumhuriyet savcısının kovuşturmaya yer olmadığına karar vermesi halinde, Müsteşarlık, 4/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununa göre kendisine tebliğ edilecek kararlara karşı itiraza yetkilidir.

(3) Aracılar ile sigorta eksperlerinin bu Kanunda suç sayılan fiilleri hakkında yapılacak kovuşturmalar ile bu Kanunun 15 inci maddesinin birinci fıkrasına ve 35 inci maddesinin altı ilâ dokuzuncu fıkralarına aykırılıktan dolayı yapılacak kovuşturmalar hakkında bu madde hükümleri uygulanmaz.

ONBİRİNCİ BÖLÜM
Atıflar, Değiştirilen ve Yürürlükten Kaldırılan Hükümler

Atıflar

MADDE 37 – (1) Diğer mevzuatta mülga 21/12/1959 tarihli ve 7397 sayılı Sigorta Murakabe Kanununa yapılan atıflar, bu Kanunun ilgili maddelerine yapılmış sayılır.

(2) Diğer kanunlarda Müsteşarlık denetim biriminde çalışan aktüerleri ifade etmek üzere kullanılan tüm ibareler "Sigorta Denetleme Aktüeri" olarak uygulanır.

MADDE 38 – (1) 18/5/2004 tarihli ve 5174 sayılı Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği ile Odalar ve Borsalar Kanununa;

a) 57 nci maddesinin sonuna aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"Sigorta acenteleri için oluşturulacak sektör meclisiyle ilgili Sigortacılık Kanunundaki hükümler saklıdır."

b) 93 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendine "Yetkili organlarca" ibaresinden sonra gelmek üzere aşağıdaki ibare eklenmiştir.

"ve Sigorta Acenteleri İcra Komitesi ile Sigorta Eksperleri İcra Komitesince"

c) Aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

"GEÇİCİ MADDE 15 – Sigorta Eksperleri İcra Komitesi seçimleri, odaların genel organ seçimlerini takiben altmış gün içinde yapılır. Sigorta Eksperleri İcra Komitesi oluşturulana kadar Hazine Müsteşarlığı, Sigortacılık Kanununun yayımını müteakip bir ay içinde geçici Sigorta Eksperleri İcra Komitesini tespit eder.

Sigorta Acenteleri Sektör Meclisinin seçimi odaların genel organ seçimlerini takiben altmış gün içinde, Sigorta Acenteleri İcra Komitesi seçimleri ise Sigorta

Acenteleri Sektör Meclisinin oluşmasından itibaren en geç onbeş gün içinde yapılır. Sigorta Acenteleri Sektör Meclisi oluşturulana kadar Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Yönetim Kurulu kararı ve Hazine Müsteşarlığının uygun görüşü ile Sigortacılık Kanununun yürürlüğe girmesini müteakip bir ay içinde geçici Sigorta Acenteleri İcra Komitesi tespit edilir."

MADDE 39 – (1) 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun ek 8 inci maddesinin üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, elde ettiği bilgileri, trafikten men edilecek araçların tespitinde kullanılmak üzere İçişleri Bakanlığının emrine hazır tutar veya gerekli gördüğü birimlerine iletir."

MADDE 40 – (1) 25/11/1999 tarihli ve 587 sayılı Zorunlu Deprem Sigortasına Dair Kanun Hükmünde Kararnameye aşağıdaki madde eklenmiştir.

"EK MADDE 1 – Kurum ve bu Kanun Hükmünde Kararname kapsamında gerçekleştirilen iş ve işlemler, 10/12/2003 tarihli ve 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tâbi değildir."

MADDE 41 – (1) 28/3/2001 tarihli ve 4632 sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanununun;

a) 2 nci maddesinin (l) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"l) Bireysel emeklilik aracıları: Emeklilik şirketlerinin emeklilik sözleşmelerine aracılık eden veya bunları emeklilik şirketi adına yapan kişileri,"

b) 5 inci maddesinin birinci fıkrasının beşinci cümlesi "Başka bir şirkete aktarım talebinde bulunulabilmesi için şirkette en az bir yıl süreyle kalınmış olması gereklidir." şeklinde, ikinci ve üçüncü fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Şirket, katkı paylarını, en geç şirkete intikalini takip eden ikinci iş gününde yatırıma yönlendirmek zorundadır. Bu maddede öngörülen paylaştırma, aktarım ve yatırıma yönlendirme yükümlülüklerini belirlenen süreler içinde gereği gibi yerine getirmeyen şirkete, aktarımlarda katılımcının dahil olduğu; yatırıma yönlendirmede ise dahil olacağı fonun ilgili döneme ait pozitif getirisinin iki katı tutarında gecikme cezası uygulanır ve bu tutar katılımcının hesabına ilâve edilir.

Grup emeklilik sözleşmesinin akdedilmesine taraf olan dernek, vakıf, tüzel kişiliği haiz bir meslek kuruluşu veya sair kuruluş yahut grup ile işverenler tarafından çalışanları veya üyeleri hesabına kısmen veya tamamen katkı payı ödenmesi halinde, bu katkılar ile getirileri bireysel emeklilik hesaplarında ayrı olarak takip edilir ve bu hesaplardaki birikimlere ilişkin hakların kullanımı ve yükümlülükler Müsteşarlıkça belirlenen esas ve usûller çerçevesince grup emeklilik sözleşmesinde belirlenir. Katılımcının bu birikimlere hak kazanma süresi her halde katılımcının grup emeklilik sözleşmesine giriş tarihinden itibaren beş yılı aşamaz."

c) 6 ncı maddesinin son fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Emeklilik planlarına ilişkin uygulama esasları ile yıllık gelir sigortasına ilişkin tarife ve teknik esaslar serbestçe belirlenir. Bakan, gerekli gördüğü hallerde uygulama esasları ile tarife ve teknik esasları Müsteşarlığın onayına tâbi kılabilir. Bu madde kapsamında hak sahiplerinin bulunması için şirket ve Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası tarafından yapılması gereken araştırmalara, söz konusu tutarın on yıllık süre içerisinde şirketçe ve iki yıllık süre içerisinde Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankasınca değerlendirilmesine ilişkin esas ve usûller Kurulun uygun görüşü alınarak Müsteşarlık tarafından belirlenir."

ç) 17 nci maddesine birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiş ve mevcut ikinci fıkrasının son cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Bireysel emeklilik hesabındaki fon paylarından, katılımcının sistemde bulunduğu ay sayısı ile asgarî ücret tutarının çarpımına karşılık gelen birikim tutarı

ve bu Kanunun 6 ncı maddesi kapsamında bireysel emeklilik sisteminden emekli olanlara yapılan yıllık gelir sigortası ödemelerinin aylık ödemeye isabet eden miktarının nafaka borçları hariç olmak üzere asgarî ücret tutarına kadar olan kısmı haczedilemez, rehnedilemez, iflas masasına dahil edilemez. Bu fıkradaki hükümlerin uygulanmasında rehin, haciz veya iflas tarihinde geçerli brüt asgarî ücret tutarı esas alınır."

"Fon portföy sınırlamalarına ilişkin ilkeler ile fon portföyündeki varlıkların değerlendirilmesine ilişkin esas ve usûller Müsteşarlığın uygun görüşü alınarak Kurul tarafından belirlenir."

d) 18 inci maddesinin birinci fıkrasının son cümlesi "Portföy yönetim sözleşmelerinin Kurulca belirlenen asgarî unsurlara uygun olması zorunludur." şeklinde değiştirilmiştir.

e) Geçici 1 inci maddesine aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

"Yetkili organlarınca karar alınması kaydıyla, üyelerine veya çalışanlarına emekliliğe yönelik taahhütte bulunan dernek, vakıf, sandık, tüzel kişiliği haiz meslek kuruluşu veya sair ticaret şirketindeki emekliliğe yönelik birikimler ve taahhütlere ilişkin tutarlar kısmen veya tamamen bu fıkranın yürürlüğe girmesinden itibaren beş yıl içinde yapılmak kaydıyla ve Müsteşarlıkça belirlenecek esaslar çerçevesinde bireysel emeklilik sistemine veya yıllık gelir sigortalarına aktarılabilir. Birikimlerin veya taahhütlere ilişkin tutarların ödenmesine yönelik gayrimenkul satışları dahil olmak üzere aktarımlarla ilgili işlemler, her türlü vergi, resim ve harçtan muaftır. Bu muafiyet, doğabilecek gelir vergisi yükümlülüğünü de kapsar. Bu fıkra kapsamında yıllık gelir sigortalarına intibak ettirilenlerden veya emeklilik sözleşmesi akdetmiş olan katılımcılardan giriş aidatı alınmaz ve aktarılan tutar üzerinden herhangi bir kesinti yapılmaz.

Üyelerine veya çalışanlarına emekliliğe yönelik taahhütte bulunan dernek, vakıf, sandık, tüzel kişiliği haiz meslek kuruluşu veya sair ticaret şirketinin emekliliğe yönelik faaliyetlerinin aktüeryal denetimini Müsteşarlık yapar."

MADDE 42 – (1) 4632 sayılı Kanunun 20 nci maddesinden sonra gelmek üzere aşağıdaki madde eklenmiştir.

"Emeklilik gözetim merkezi

MADDE 20/A - Müsteşarlık, bireysel emeklilik sisteminin güvenli ve etkin biçimde işletilmesini sağlamak, katılımcıların hak ve menfaatlerini korumak amacıyla şirketlerin ve bireysel emeklilik aracılarının faaliyetlerinin gözetim ve denetimine yönelik alt yapı oluşturulmasına, bireysel emeklilik hesaplarına, emeklilik planlarına, işlemlerin konsolidasyonuna, katılımcılara ait bilgilerin saklanmasına, kamunun ve katılımcıların bilgilendirilmesine, istatistik üretimine, bireysel emeklilik aracıları siciline ve bireysel emeklilik aracıları sınavına ilişkin işlemlerin yapılması ile hayat sigortaları ve diğer sigorta branşlarına ilişkin verilebilecek diğer görevleri yerine getirmek üzere özel hukuk hükümlerine göre kurulmuş bir tüzel kişiyi emeklilik gözetim merkezi olarak görevlendirebilir. Emeklilik gözetim merkezinin ana sözleşmesinde yer alması gereken hususlar Müsteşarlıkça belirlenir ve bu ana sözleşmede yapılacak değişikliklerde Müsteşarlığın uygun görüşü aranır. Emeklilik şirketleri, Müsteşarlığın uygun görmesi halinde hayat branşında faaliyet gösteren sigorta şirketleri ile diğer kurum ve kuruluşlar emeklilik gözetim merkezine ortak olabilir. Emeklilik gözetim merkezi, Müsteşarlığın denetimine tâbidir. Bu Kanun kapsamındaki şirket, kurum, kuruluş ve kişiler, bu Kanuna istinaden verilen görevlerin yerine getirilmesini teminen talep edilen bilgi ve belgeleri emeklilik gözetim merkezine aktarır. Emeklilik gözetim merkezinin çalışma esas ve usûlleri Müsteşarlık tarafından belirlenir."

MADDE 43 – (1) 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa

ekli (IV) sayılı Makam Tazminatı Cetvelinin 8/a sırasına "Maliye Bakanlığı Hesap Uzmanları" ibaresinden sonra gelmek üzere "Sigorta Denetleme Uzmanları ve Sigorta Denetleme Aktüerleri" ibaresi eklenmiştir.

MADDE 44 – (1) 14/6/2005 tarihli ve 5363 sayılı Tarım Sigortaları Kanununun 14 üncü maddesinin birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"Sigorta şirketleri, Bakanlar Kurulu kararları çerçevesinde Havuz tarafından kapsama alınan riskler, bölgeler ve ürünler için bu Kanunla oluşturulan Havuz sistemi dışında sigorta sözleşmesi akdedemez. Bu hükme aykırı davranan sigorta şirketlerinin Kurulca belirlenecek esaslar çerçevesinde Havuz sisteminden çıkarılmalarına karar verilebilir."

MADDE 45 – (1) 21/12/1959 tarihli ve 7397 sayılı Sigorta Murakabe Kanunu yürürlükten kaldırılmıştır.

(2) 25/6/1927 tarihli ve 1160 sayılı Mükerrer Sigorta Hakkında Kanun yürürlükten kaldırılmıştır.

(3) 13/10/1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun 107 nci maddesinin üçüncü fıkrası, 108 inci maddesi ile ek 8 inci maddesinin birinci ve ikinci fıkraları yürürlükten kaldırılmıştır.

ONİKİNCİ BÖLÜM
Geçici ve Son Hükümler

GEÇİCİ MADDE 1 – (1) Karayolu Trafik Garanti Sigortası Hesabının sorumlulukları ile varlıklarının, alacaklarının ve yükümlülüklerinin tamamı bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren bir ay içinde Hesaba devrolunur. Karayolu Trafik Garanti Sigortası Hesabıyla ilişkili olarak açılan davalar ve yapılan takipler Hesapla ilişkili olarak devam eder.

GEÇİCİ MADDE 2 – (1) Bu Kanunun uygulanmasına ilişkin yönetmelikler bu Kanunun yayımı tarihinden itibaren bir yıl içinde Müsteşarlığın bağlı olduğu Bakanlıkça çıkartılır.

(2) Bu Kanunda öngörülen düzenlemeler yürürlüğe konuluncaya kadar mevcut düzenlemelerin bu Kanuna aykırı olmayan hükümlerinin uygulanmasına devam olunur.

(3) Bu Kanunun 12 nci maddesinin tarife serbestisine ilişkin birinci fıkrası hükmü ile 17 nci maddesinin dördüncü fıkrasının garanti fonu varlıkları üzerine bloke konulabilmesi ve ipotek tesis ettirilebilmesine ilişkin hükmü yürürlüğe girene kadar, bu Kanunla mülga 7397 sayılı Sigorta Murakabe Kanununun ilgili hükümleri uygulanmaya devam olunur.

GEÇİCİ MADDE 3 – (1) Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren bir yıl içinde durumlarını, bu Kanunun 5 inci maddesi gereğince tespit edilecek branş ayrımına uyumlu hale getirmeyenler, yeni sigorta sözleşmesi akdedemez, riski artırıcı nitelikte zeyil, temdit ve yenileme yapamaz.

(2) Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte hayat sigortasına ilişkin portföylerini devretmemiş bulunan karma şirketler, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren bir yıl içinde söz konusu portföylerini devretmek zorundadır. Bu yükümlülüğü yerine getirmeyen şirketlerin sigorta portföyünü kısmen veya tamamen devralmayı kabul eden bir veya birkaç sigorta şirketi bulunduğu takdirde portföy, Bakan tarafından re'sen devredilir. Portföyü devrolmamış şirketler devir işlemi gerçekleşene kadar hayat sigortası branşında yeni sigorta sözleşmesi akdedemez, riski artıcı nitelikte zeyil, temdit ve yenileme yapamaz.

GEÇİCİ MADDE 4 – (1) Bu Kanunun 20 nci maddesinin altıncı fıkrası hükmü bu Kanunla mülga 7397 sayılı Sigorta Murakabe Kanunu uyarınca atanmış kişiler

ile bu kişiler hakkında açılmış davalar ve takipler için de geçerlidir.

GEÇİCİ MADDE 5 – (1) Bu Kanunla mülga 7397 sayılı Sigorta Murakabe Kanununun 25 inci maddesi uyarınca ayrılan deprem hasar karşılıkları, bu Kanunun yürürlüğe girmesini izleyen üç ay içinde ihtiyarî yedek akçelere devrolunur.

GEÇİCİ MADDE 6 – (1) Bu Kanunun yayımı tarihinden önce düzenlenmiş olan eksperlik ve brokerlik ruhsatları, Müsteşarlık tarafından değiştirilinceye kadar geçerlidir. Söz konusu değiştirme işlemini, bu Kanunun yürürlüğe girmesinden itibaren bir yıl içinde yaptırmayanlar meslekî faaliyette bulunamaz. Sigorta eksperlerinin eksperlik faaliyetine devam edebilmesi için bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren dört ay içinde Levhaya kaydını yaptırması da gerekir.

GEÇİCİ MADDE 7 – (1) Sigorta acenteleri, bu Kanunun yayımından itibaren bir yıl içinde Müsteşarlıktan uygunluk belgesi almak ve Levhaya kayıt olmak zorundadır. Bu zorunluluğu yerine getirmeyenler sigorta acenteliği faaliyetinde bulunamaz.

GEÇİCİ MADDE 8 – (1) 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun yürürlüğe girmesinden önce taksirli suçlar hariç olmak üzere affa uğramış olsalar dahi ağır hapis veya beş yıldan fazla hapis veya sigortacılık mevzuatına aykırı hareketlerinden dolayı hapis veya birden fazla ağır para cezasına yahut cezası ne olursa olsun basit ve nitelikli zimmet, irtikâp, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, inancı kötüye kullanma, dolanlı iflas, görevi kötüye kullanma gibi yüz kızartıcı suçlar ile istimal ve istihlak kaçakçılığı dışında kalan kaçakçılık suçları, resmî ihale ve alım satımlara fesat karıştırma, karapara aklama veya Devlet sırlarını açığa vurma, vergi kaçakçılığı veya vergi kaçakçılığına teşebbüs suçlarından dolayı hüküm giymiş bulunanlar sigorta şirketlerinde veya reasürans şirketlerinde kurucu olamaz, sigorta acenteliği, brokerlik ve sigorta eksperliği yapamaz ve bu amaçla kurulmuş tüzel kişilerde ortak olamaz ve çalışamaz.

(2) Bu Kanunda sigorta şirketi ve reasürans şirketi kurucularının niteliklerine yapılan atıflar için de birinci fıkra hükmü uygulanır.

GEÇİCİ MADDE 9 – (1) Bu Kanunda geçen Türk Lirası ibaresi karşılığında, uygulamada ülkede tedavülde bulunan para 28/1/2004 tarihli ve 5083 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Devletinin Para Birimi Hakkında Kanun hükümleri gereğince Yeni Türk Lirası olarak adlandırıldığı sürece bu ibare kullanılır.

Yürürlük

MADDE 46 – (1) Bu Kanunun;

a) 12 nci maddesinin tarife serbestisine ilişkin birinci fıkrası hükmü ile 17 nci maddesinin dördüncü fıkrasının garanti fonu varlıkları üzerine bloke konulabilmesi ve ipotek tesis ettirilebilmesine ilişkin hükmü, yayımı tarihinden üç ay sonra,

b) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 47 – (1) Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

13/6/2007

Modulspezifischer Fachwortschatz

Versicherung
Versicherungsmakler
Versicherungsagentur
Versicherungsunternehmen
Versicherungsvertrag
Versicherungspolice / -polizze
Autoversicherung
Haftpflichtversicherung
Krankenversicherung
Rentenversicherung
Arbeitslosenversicherung
Pflegeversicherung
Hausratversicherung
Unfallversicherung
Berufsunfähigkeitsversicherung
Sachversicherung
Personenversicherung
Rate
Beitrag
Gebühr
Kostenrechnung
Schadensfall
Auszahlung
Versicherungsleistung
Versicherungssteuer
Kapitalertrag

Literatur und Quellen

Bildungswerk der österreichischen Versicherungswirtschaft: Versicherungshandbuch, Wien 1997.

Fenyves/Koban: Österreichisches Versicherungsrecht, Allgemeine Versicherungsbedingungen, 2., überarbeitete Auflage, Wien 1996.

Fenyves/Kronsteiner/Schauer: Kommentar zu den Novellen zum VersVG, Wien 1998.

Gassner-Möstl/Brazda-Uiterwiyk: Versicherungskunde,Band 1–3, Wien1994.

Grubmann: Das Versicherungsvertragsgesetz, Wien1997.

Grubmann: Das Kraftfahrzeughaftpflicht-Versicherungsgesetz, Wien1995.

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs: Erläuterungen zu den AHVB 1993.

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs: Musterbedingungen, abrufbar im Internet http://www.vvo.at.

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs: Lehrerbroschüre, abrufbar im Internet http://www.vvo.at.

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs: Versicherungsleitfaden, Wien 2002.