

RATGEBER

PRIVATES VERSICHERUNGSRECHT

D

as Versicherungsrecht spielt vor Gerichten eine immer größere Rolle und beschäftigt daher eine wachsende Zahl von Anwälten. Beispielsweise waren im Jahr 2008 bereits 10,5 % der deutschen Bevölkerung privat krankenversichert.

Der vorliegende Ratgeber soll Versicherten helfen, beim Abschluss eines Versicherungsvertrages und bei Geltendmachung von Leistungen im Schadensfall Rechtsfehler möglichst zu vermeiden. Zu beachten ist jedoch, dass dieser Ratgeber keine anwaltliche Beratung ersetzt. Gerade wegen der Kompliziertheit und auch der wirtschaftlichen und existentiellen Bedeutung für den Versicherungsnehmer ist im Ernstfall ein Gang zum Fachanwalt für Versicherungsrecht unverzichtbar. Denn dieser kennt die gesetzlichen Vorgaben, vertragliche Kniffe der Versicherungsunternehmen und die entscheidende Rechtsprechung der Gerichte.

Schon beim Abschluss eines Versicherungsvertrages können zahlreiche Probleme auftreten. Häufige Streitpunkte sind vor allem ungenaue Angaben des Versicherten beim Antrag für die Versicherung. Doch herrscht von Kundenseite nicht selten auch Unklarheit über die allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), oder über die Möglichkeit, einen Versicherungsvertrag auch wieder zu widerrufen. Zudem haben viele Versicherte Probleme mit den Fristen im Schadensfall.

Die Klage im Allgemeinen

Kommt es schließlich zu einem Streit, muss der Versicherte die Tatbestandsvoraussetzungen des Versicherungsfalles erklären und auch beweisen. Ihm obliegt es, den Abschluss des Vertrages nach bestimmten AVB zu erörtern, anschließend muss er den Versicherungsfall im Rahmen der AVB darlegen und unter Umständen beweisen. Kann er dies nicht, wird das Gericht seine Klage mangels Schlüssigkeit abweisen. Schafft er das jedoch, ist es nun Aufgabe der Versi-

cherungsgesellschaft, sich gegenüber den erhobenen Vorwürfen zu verteidigen.

Problematisch ist, dass ein Versicherungsnehmer nicht grundsätzlich die Erstattung von ihm entstandenen Gutachterkosten von der Versicherung verlangen kann. Dies erfolgt nach Maßgabe des Gesetzes.

In der Regel zieht die Versicherung eigene Sachverständige zur Schadensermittlung heran. Eine Ausnahme kann sich nur ergeben, wenn der Versicherungsnehmer dazu aufgrund des Versicherungsvertrages berechtigt oder verpflichtet war.

Ausnahmen können sich auch aus den AVB des Versicherungsunternehmens ergeben, wenn sich beispielsweise der Versicherer verpflichtet hat, dem Versicherten alle Kosten zur Wiederherstellung zu ersetzen, und Gutachterkosten davon nicht extra ausgeklammert hat.

Zudem muss die Versicherung die Kosten für den vom Klienten herangezogenen Sachverständigen ersetzen, wenn diese ein falsches bzw. unvollständiges Gutachten vorlegt, wenn sie das Gutachten des Versicherten übernimmt, oder wenn sie in Verzug gerät, in dem sie ihre Eintrittspflicht zu Unrecht ablehnt.

Folgende Voraussetzungen müssen laut Rechtsprechung von einem Privatgutachten erfüllt sein, damit es ausnahmsweise erstattungsfähig ist:

- *Der Sachverständige muss aufgrund des Prozesses mit seiner Erstellung beauftragt worden sein (sachlicher und zeitlicher Zusammenhang)*
- *Das Gutachten muss für die Prozessführung nötig gewesen sein*
- *Das Gutachten muss sich auf die Hauptsache beziehen und darf nicht durch Nebensächlichkeiten ablenken*

RATGEBER

PRIVATES VERSICHERUNGSRECHT

Berufsunfähigkeitsversicherung

I. Vertragsinhalt und Umfang des Schutzes

Aufgrund dieses Vertrages verpflichtet sich der Versicherer, dem Versicherten eine Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente) zu zahlen, sollte dieser während der Vertragslaufzeit (also nach Abschluss des Vertrages) berufsunfähig werden. Die Berufsunfähigkeit richtet sich dabei nach einem bei Vertragsschluss vereinbartem Prozentsatz, in der Regel muss der Versicherungsnehmer zu über 50 % berufsunfähig sein. Tritt der Versicherungsfall ein, muss der Versicherer die Rente zahlen, und der Versicherte wird von der Zahlung der Versicherungsprämien freigestellt. Kommt es jedoch zu einer Pflegebedürftigkeit, und nur zu einer geringen Berufsunfähigkeit, wird häufig vereinbart, dass ein gewisser Anteil der BU-Rente gezahlt wird. Schauen Sie im Vertrag, was genau vereinbart wurde.

Wird der Versicherungsnehmer berufsunfähig, muss er unverzüglich den Versicherungsgeber darüber informieren. Ausreichend ist dabei bereits die einfache Mitteilung, berufsunfähig geworden zu sein. Daneben müssen die erforderlichen Unterlagen, beispielsweise Arztberichte, mit eingereicht werden. Wenn dies reibungslos abläuft, ist der Anspruch auf BU-Rente bereits am Ende des Monats, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, entstanden. Fällig wird der Anspruch, nachdem die Versicherung alle erheblichen Sachverhalte prüfen konnte. Daher hat sie die Pflicht, zügig zu arbeiten. Unterlässt sie dies, wird fingiert, dass die Leistung bereits fällig ist.

Solange aber der Versicherte dieser Anzeigepflicht nicht nachkommt, entsteht auch kein Anspruch, Leistungen zu erhalten. Erst wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Versicherung zahlen, rückwirkend wird sie kein Geld verteilen.

In der Regel erlöschen die gegenseitigen Ansprüche von Versicherungsgeber und Versicherungsnehmer nach Auslaufen der vertraglich vorgesehenen Leis-

tungsdauer. Problematisch ist die Fallkonstellation, wenn die Versicherung gekündigt wird, bevor die Berufsunfähigkeit von der Versicherung anerkannt wurde oder diese gar noch nicht festgestellt wurde. Hier geht ein Teil der Rechtsprechung vom Nichtbestehen des Anspruches aus.

II. Die einzelnen Voraussetzungen

Grundsätzlich ist eine vollständige Berufsunfähigkeit gegeben, wenn der Versicherungsnehmer über einen bestimmten Zeitraum hinweg aufgrund Krankheit, Kräfteverfall oder wegen Körperverletzung außer Stande ist, einen Beruf oder Tätigkeiten auszuüben, die von ihm aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden können und die ihm aufgrund dessen zugemutet werden können. Einheitliche rechtliche Sichtweisen existieren zu diesem Begriff jedoch nicht. Vor allem die privaten Versicherungen stellen maßgeblich darauf ab, ob der Versicherungsnehmer noch in der Lage ist, seiner bisherigen Tätigkeit nachzugehen.

Werden diese Voraussetzungen nicht vollständig erreicht, kann jedoch eine teilweise Berufsunfähigkeit vorliegen. Diese Bedingungen sind alle durch ärztliche Gutachten zu beweisen.



Wird der Versicherungsnehmer berufsunfähig, muss er unverzüglich den Versicherungsgeber darüber informieren.

Vor allem im Grenzbereich zwischen Berufsunfähigkeit und der Möglichkeit, noch ähnliche Tätigkeiten auszuüben, kommt es häufig zu Problemen, da häufig Krankenversicherungen nicht mehr zahlen, und Berufsunfähigkeitsversicherungen noch nicht zahlen wollen. Hier sollte in jedem Fall ein Anwalt herangezogen werden, der sich im Versicherungs- und Medizinrecht auskennt.

RATGEBER

PRIVATES VERSICHERUNGSRECHT

Im Einzelnen sind erforderlich:

- *Das Vorliegen einer Krankheit, Kräfteverfall oder eine Körperverletzung; der Begriff Krankheit umfasst auch psychische Reaktionen, die einen an der Ausübung seines Berufes hindern; zu dem Kräfteverfall gehört neben dem körperlichen Verfall auch der geistige*
- *Durch diese Zustände darf der Versicherungsnehmer dauerhaft nicht in der Lage sein, seinen Beruf auszuüben; dabei ist unter Beruf die letzte ausgeübte Erwerbstätigkeit zu verstehen, nicht diejenige, die bei Abschluss des Vertrages angegeben wurde*
- *Der Versicherte muss seine Berufsunfähigkeit beweisen; zur Feststellung des Grades der Berufsunfähigkeit werden medizinische Gutachten erhoben und ärztliche Befunde eingeholt; zudem muss auch dargelegt werden, welche Aufgaben in welchem zeitlichen Rahmen bisher ausgeführt wurden, und welche nicht mehr ausgeführt werden können*

Ist der Versicherungsnehmer selbstständig oder Mitinhaber eines Unternehmens, wird die Versicherungsgesellschaft eine sog. Umorganisation verlangen. Dies bedeutet, dass der Betrieb so umgestaltet werden soll, dass man dadurch selbst im Betrieb entlastet wird. Nur wenn nach jeder zumutbaren Umorganisationsmöglichkeit keine Tätigkeit mehr übrig bleibt, die vom Versicherten ausgeübt werden kann, gilt er als berufsunfähig. Dazu muss man seine ganze Arbeit und obendrein noch die ganze Organisationsstruktur des Betriebes offen legen. In diesem Falle sollten Sie auf anwaltliche Unterstützung nicht verzichten.

III. Auftretende Probleme

Häufig verweigern jedoch die Versicherungen im Bedarfsfall die Zahlung der Leistungen. Als Argumente geben diese dann an, man hätte ursprünglich falsche oder unvollständige Angaben beim Abschluss der Versicherung gemacht. Insbesondere wird oft auch aufgeführt, dass man noch fähig sei, seinen Beruf auszuüben, und dass keine Anhaltspunkte für eine Berufsunfähigkeit vorlägen. Die Schädigung der Gesundheit des Be-

troffenen wird dabei heruntergespielt. Versucht man sich dagegen zu wehren, stößt man dann in der Regel auf Granit. Doch dabei geht es hier um die Existenzgrundlage des Betroffenen! Viele Menschen stellen sich nun die Frage, wie es überhaupt in ihrem Leben weiter gehen soll. Um dieser Tragödie zu entgehen, sollten Sie sich lieber sofort an einen fachlich kompetenten Anwalt wenden, der sich in medizinischen wie in versicherungsrechtlichen Fragen auskennt, lehnt die Versicherung gleich zu Beginn jede die Zahlung des Ihnen zustehenden Geldes ab. Denn auch im nachfolgenden Schriftverkehr wird sich die Versicherung nicht einsichtig zeigen.

Unfallversicherung

Bei diesem Versicherungsvertrag verpflichtet sich der Versicherer, dem Versicherten im Falle eines Unfalls eine Rente oder einen einmaligen Betrag als Ausgleich für den erlittenen Schaden zu zahlen. Die gesetzlichen Regelungen zur Unfallversicherung finden sich in den §§ 178 bis 191 VVG (Versicherungsvertragsgesetz). Hinzu kommen noch die allgemeinen Unfallbedingungen (AUB).

I. Definition des Unfallbegriffs

Nach § 178 Abs. 2, S. 1 VVG liegt ein Unfall vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Ein plötzlich auftretendes Ereignis liegt vor, wenn es zeitlich nur von kurzer Dauer auf den Geschädigten einwirkt oder es unerwartet eintritt. Das Vorliegen einer der beiden Voraussetzungen ist ausreichend. Die Komponente „von außen“ soll äußerliche von körperinternen Vorgängen abgrenzen. Der Begriff „unfreiwillig“ bezieht sich nicht nur auf das Ereignis isoliert betrachtet, sondern auch auf die Gesundheitsschädigung.

Wird der Unfall jedoch vorsichtlich und rechtswidrig herbeigeführt, so entfällt die Pflicht des Versicherungsunternehmens zu leisten. Dies gilt auch, wenn die Versicherung für Dritte abgeschlossen wurde. Hat beim Versicherungsnehmer eine Krankheit zur Entstehung der Gesundheitsschädigung mit beigetragen, obliegt es der Versicherung, dies zu beweisen.

RATGEBER

PRIVATES VERSICHERUNGSRECHT

II. Invalidität

Das Ziel der Unfallversicherung stellt grundsätzlich die finanzielle Absicherung im Falle einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nach Erleiden eines Unfalls dar. Der Begriff der Invalidität wird in § 180 VVG definiert. Demnach liegt diese vor, wenn der beeinträchtigende Zustand voraussichtlich mehr als drei Jahre andauern wird, und eine Änderung dessen auch nicht erwartet werden kann.

III. Geltendmachung des Anspruchs

Liegt ein Versicherungsfall vor, muss der Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von 15 Monaten seine Invalidität durch einen Arzt feststellen lassen, und dann seinen Anspruch beim Versicherungsgeber geltend machen. Hält der Versicherte diese Frist nicht ein, geht sein Anspruch verloren. Jedoch muss die Versicherung ihren Kunden ausreichend über die Frist belehrt haben, ansonsten kann sie sich nicht auf die Versäumnis berufen. Die Versicherung muss dem Versicherungsnehmer auch mitteilen, welche Aufgaben er für seinen Leistungsanspruch zu erledigen hat, beispielsweise welche Unterlagen er zur Überprüfung übermitteln muss. Erfolgen diese Hinweise nicht, so kann sich die Versicherung gemäß § 186 VVG nicht auf eingetretene Fristversäumnisse berufen.

Anschließend muss die Versicherung gemäß § 187 VVG innerhalb eines Monats darlegen, ob und in welcher Höhe sie den Anspruch anerkennt. Wenn sie das nicht macht, gilt dies als Ablehnung, wodurch Klage beim zuständigen Gericht erhoben werden kann.

IV. Auftretende Probleme

Leider kommt es jedoch immer wieder vor, dass die Versicherung im Bedarfsfall die Leistung verweigert. Sie möchte aus marktwirtschaftlichen Gründen so wenig wie möglich zahlen, und überprüft genau, ob sie zur Zahlung überhaupt verpflichtet ist, und sucht Gründe dafür, dies zu vermeiden. Daher kommt es hier oft zu Auseinandersetzungen zwischen dem Versicherer und dem Versicherten. Diese können lange andauern, und sich für den Geschädigten schnell zu

einer Tragödie entwickeln, wird er dadurch beispielsweise in seiner Existenz bedroht.

Wird aber eine Leistung dann letztendlich doch zuerkannt, folgt häufig eine Auseinandersetzung über den Grad der Invalidität, der durch die sog. Gliedertaxe bestimmt wird. Weichen die Prozentpunkte schon ein wenig voneinander ab, kann dies große Unterschiede im Auszahlbeitrag bedeuten.

In der Regel lässt der Betroffene den Grad seiner durch den Unfall entstandenen Invalidität durch seinen Hausarzt oder einen Facharzt durchführen. Ist die Versicherung mit dem Ergebnis jedoch nicht einverstanden, lässt sie den Versicherten von eigenen Gutachtern untersuchen, die dieser natürlich nahe stehen.



Daher ist es von Vorteil, rechtzeitig einen fachlich kompetenten Anwalt zu konsultieren

Daher ist es von Vorteil, rechtzeitig einen fachlich kompetenten Anwalt zu konsultieren, um die Fristen zur Feststellung des Invaliditätsgrades nicht fruchtlos verstreichen zu lassen. Aufgrund unserer Spezialisierung im Versicherten- und Medizinrecht kennen wir uns bestens mit den auftretenden Problematiken aus.

Zögern Sie nicht, wenn Sie merken, dass die Versicherung nicht gewillt ist, zu leisten!

Krankenversicherung

I. Umfang des Versicherungsschutzes

Im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenversicherungen werden bei privaten Krankenversicherungen die Kosten, die aus Krankheit oder Unfällen herrühren oder durch vorbeugende oder diagnostische Gesundheitsmaßnahmen entstehen, nach dem sog. Kostenerstattungsprinzip ersetzt. Der Patient ist der Vertragspartner des Arztes, daher stellt dieser die

RATGEBER

PRIVATES VERSICHERUNGSRECHT

Rechnung, die sich nach der Gebührenordnung für Ärzte richtet, direkt dem Patienten. Der erstattungsfähige Anteil wird diesem dann von der Krankenversicherung ersetzt. Im Falle eines Krankenhausaufenthalts wird der Patient selbst nicht direkt zur Kasse gebeten, die Abrechnung erfolgt dann direkt zwischen Krankenhaus und der Versicherung.

Die gesetzlichen Regelungen zur privaten Krankenversicherung finden sich in den §§ 192 bis 208 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Zu den Leistungen der privaten Krankenversicherungen gehören zum einen Krankheitskosten, § 192 Abs. 1-3 VVG. Dies sind Zahlungen für anfallende medizinisch notwendige Heilbehandlungen, ausgelöst durch Krankheit oder einen Unfall. Daneben existiert das Krankenhaustagegeld als Aufwendung für den durch das schädigende Ereignis verursachten Verdienstaustausch, § 192 Abs. 4 VVG. Schließlich gibt es auch ein sog. Krankentagegeld. Dabei wird für jeden Kalendertag einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung ein Geldbetrag in Höhe der Differenz zwischen Krankheitskostenversicherung und den Kosten in Folge des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Der Anspruch auf die Leistung wird nur beeinträchtigt, wenn der Schadensfall durch den Versicherungsnehmer vorsätzlich herbeigeführt wurde § 201 VVG. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages folgt eine Wartezeit, während der der Versicherer noch einmal gründlich das übernommene Risiko überprüft. Dabei müssen bereits Versicherungsprämien gezahlt werden, gleichzeitig besteht jedoch kein Versicherungsschutz. Diese Wartezeit beträgt in der Regel bis zu drei Monate, in gewissen Ausnahmefällen wie Zahnersatz kann sie bis zu acht Monate andauern.

II. Beendigung des Vertrages

Eine ordentliche Kündigung durch den Versicherer ist bei einer substitutiven Krankenversicherung (eine Krankenversicherung, die den gesetzlichen Versicherungsschutz ersetzt) gemäß § 206 Abs. 1 VVG ausgeschlossen. Die Möglichkeit zu einer außerordentlichen

Kündigung besteht, jedoch hat der Versicherungsnehmer ein Fortsetzungsrecht nach § 206 Abs. 2 VVG, über das er von der Versicherung rechtzeitig in Kenntnis gesetzt werden muss.



Im Falle eines Krankenhausaufenthalts wird der Patient selbst nicht direkt zur Kasse gebeten

Läuft der Vertrag länger als ein Jahr, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, am Ende des ersten Jahres oder in jedem Folgenden mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist ordentlich zu kündigen. Bei Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherungen ist dies nicht möglich, wenn eine Mindestversicherungsdauer vereinbart wurde. Gemäß § 205 Abs. 2 VVG kann der Versicherte außerordentlich kündigen, wenn für ihn wieder die gesetzliche Versicherungspflicht eintritt. Die Rechtsfolge ist eine Rückwirkung der Kündigung bis zum Eintritt der Versicherungspflicht. Die Versicherung kann jedoch Bestätigung der gesetzlichen Versicherungspflicht verlangen.

Einschränkungen der Vertragslaufzeit sind bei substitutiven Krankenversicherungen nur sehr eingeschränkt möglich. Eine Ausnahme stellt die Krankentagegeldversicherung da. Diese kann gemäß § 196 VVG bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres begrenzt werden, bei Freiberuflern und Selbstständigen ist dies bis zum 70. Lebensjahr möglich.

III. Auftretende Probleme

Doch leider erfolgt die Kostenerstattung nicht immer reibungslos. Nicht selten kommt es zwischen Versicherungsnehmer und der Versicherung zum Streit um die Frage, welche ärztlichen Leistungen nun von letzterer nach den Vertragsbedingungen wirklich übernommen werden müssen, oder zu welchem Abrechnungssatz dies geschehen soll.

Zudem treten private Krankenversicherungen immer häufiger vom Versicherungsvertrag wegen angeblicher vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung zurück.

RATGEBER

PRIVATES VERSICHERUNGSRECHT

Zeigen sich bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag nach Ansicht der Versicherung bereits Unschärfen, kann dies zu einem solchen Verhalten führen. Besonders im Zusammenhang mit Leistungsfällen kommt es zu diesem unerwünschten Verhalten.

Zögern Sie nicht, sich fachkundlichen rechtlichen Beistand zu besorgen, wenn Sie merken, dass Sie Probleme mit ihrer Krankenversicherung bekommen. Mit unserer Spezialisierung auf Medizin- und Versicherungsrecht kennen wir uns in diesem Fachbereich und mit seinen Schwerpunkten bestens aus. Denken Sie daran, es geht um Ihr Recht!

Lebensversicherung

Bei einer Lebensversicherung handelt es sich um eine Versicherung, die den Todesfall einer Person wirtschaftlich absichert. Es besteht auch die Möglichkeit diese als sog. gemischte Lebensversicherung, als Rentenversicherung oder mit Zusatzversicherungen wie beispielsweise der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung abzuschließen.

I. Beendigung des Lebensversicherungsvertrags

Der Lebensversicherungsvertrag endet, wenn die versicherte Person verstirbt, der Vertrag abläuft (grundsätzlich wird das Erreichen eines gewissen Endalters des Versicherten vereinbart, in der Regel das 65. Lebensjahr) oder wenn der Vertrag von einer Seite gekündigt wird. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass der Versicherungsgesellschaft ein Kündigungsrecht gemäß § 38 VVG nur zusteht, wenn sich der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der Versicherungsprämien im Rückstand befindet. Bei einer Kündigung wird die ursprüngliche Lebensversicherung in eine beitragsfreie umgewandelt. Entsprechend der noch verbleibenden Restlaufzeit ist die beitragsfreie Versicherungssumme deutlich niedriger als die ursprüngliche. In der Regel entfallen dabei auch die mit enthaltenen Zusatzversicherungen.

Kündigt eine Vertragspartei, führt dies zu einer Auszahlung des Rückkaufwertes, vorausgesetzt, es wurde

einer vereinbart oder es ist einer gesetzlich vorgeschrieben.

Eine weitere besondere Möglichkeit der Kündigung ist das Verfahren der Diskontierung. Wird die Lebensversicherung im letzten Jahr vor dem Auslaufen des Vertrages gekündigt, kann der Versicherte so gestellt werden, als wäre das letzte Jahr schon abgelaufen und alle Beiträge wären bezahlt. Dann werden ihm von der Leistung nur fällige Versicherungsprämien und ein Vorfälligkeitszins (Diskont) abgezogen, der Versicherungsschutz wird bis zum vereinbarten Vertragsablauf aufrechterhalten.

Auch ein Verkauf der Lebensversicherung ist möglich, allerdings stellt dies aufgrund der Unberechenbarkeit der Ablaufleistung ein hohes finanzielles Risiko dar.

Um die Nachteile einer Kündigung zu vermeiden, kann der Versicherungsnehmer auch über ein Policendarlehen einen Vorschuss auf die Versicherungsleistung beantragen.



Zögern Sie nicht, sich fachkundlichen rechtlichen Beistand zu besorgen, wenn Sie merken, dass Sie Probleme mit ihrer Krankenversicherung bekommen.

II. Auftretende Probleme

Beim Abschluss, der Kündigung, bei der Geltendmachung des Anspruchs im Versicherungsfall, bei Änderungen des Inhaltes des Vertrages oder aber auch beim Verkauf der Versicherung kommt es nicht selten zum Streit zwischen dem Versicherungsgeber und dem Versicherten. Häufig nutzen die Versicherungen die Unkenntnis der Kunden in diesem inzwischen sehr kompliziert gewordenen System aus, um nicht leisten zu müssen oder weniger zu zahlen, als ihren Klienten eigentlich zusteht. Auch die Transparenz leidet stark, obwohl die Versicherungen gesetzlich zur interessensgemäßen Aufklärung ihrer Kunden in allen Bereichen der Versicherung verpflichtet sind. Den Versicherun-

RATGEBER

PRIVATES VERSICHERUNGSRECHT

gen obliegt es, sowohl während des Vertragschlusses als auch während der Laufzeit des Vertrages den Versicherten über alle Kosten und sonstige Eigenschaften ihrer Versicherung zu informieren. Dazu gehört beispielsweise die Offenlegung und Bezifferung der Abschluss- und Betriebskosten des Vertrags. Einzelheiten finden sich in der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV).

Rechtliche Probleme können sich beispielsweise im Falle der Selbsttötung des Versicherungsnehmers ergeben. Gemäß § 169 VVG wird die Versicherungsgesellschaft von ihrer Leistung frei, wenn sich der Klient selbst getötet hat. Jedoch haben die Versicherer in den AVB festgelegt, dass sie nur die Leistung verweigern, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von drei oder fünf Jahren Suizid begangen hat. Falls Anhaltspunkte existieren, dieser könnte sich innerhalb dieses Zeitraums umgebracht haben, muss der Versicherer dies beweisen. Macht der Anspruchsberechtigte dagegen geltend, der Versicherte habe sich im fragwürdigen Zeitraum in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand befunden, muss nun der Anspruchsteller dies beweisen.

Auch bei der Höhe des Rückkaufwertes kann es zu Problemen kommen. Denn häufig sind die Rückkaufswerte in den ersten Jahren deutlich niedriger als die Geldsumme der gezahlten Prämien. Für vorzeitig kündende Versicherte stellt dies einen Verlust dar, dies ist aber auch gesetzlich zulässig.

Auch bei Ablaufleistungen oder bei einer Kündigung kann es zum Streit zwischen den Parteien kommen. Da die Lebensversicherung ein Vertrag ist, der über einen sehr langen Zeitraum läuft, ändern sich selbstverständlich auch die Lebensumstände der Versicherten. Erfolgt die Kündigung dann bereits relativ zeitnah nach Vertragsabschluss, kommt es häufig zu Nachteilen für den Versicherungsnehmer. In solchen Fällen ist dieser der Unterlegene, der Versicherungsapparat ist ein ungleicher Gegner.

Lassen Sie sich nicht auf einen langwierigen Schriftverkehr mit der Versicherung ein – in der Regel werden Sie das Nachsehen haben! Wenden Sie sich sofort an einen kompetenten Fachanwalt, wenn Sie merken, dass Sie Probleme mit dem Versicherungsunternehmen bekommen.



© Michael Graf

Kontakt über www.ihranwalt24.de

Abschließender Hinweis: Dies ist eine vereinfachte, für Laien verständliche, Zusammenfassung der rechtlich sehr komplexen Sachlage. Eine individuelle anwaltliche Beratung, die im Einzelfall geboten sein kann, wird hierdurch nicht ersetzt.