


Aktuelle Rechtsprechung zur Vorvertraglichen Anzeigepflicht

Vorvertragliche Anzeigepflicht



Fragen

Wann haben Sie....

--


Wann.....

--

Wann....

--

Sanktion nur noch bei Fragen in Textform
(§ 19 Abs. 1 VVG)



**Was passiert bei
Falschangaben?**

--

--

--

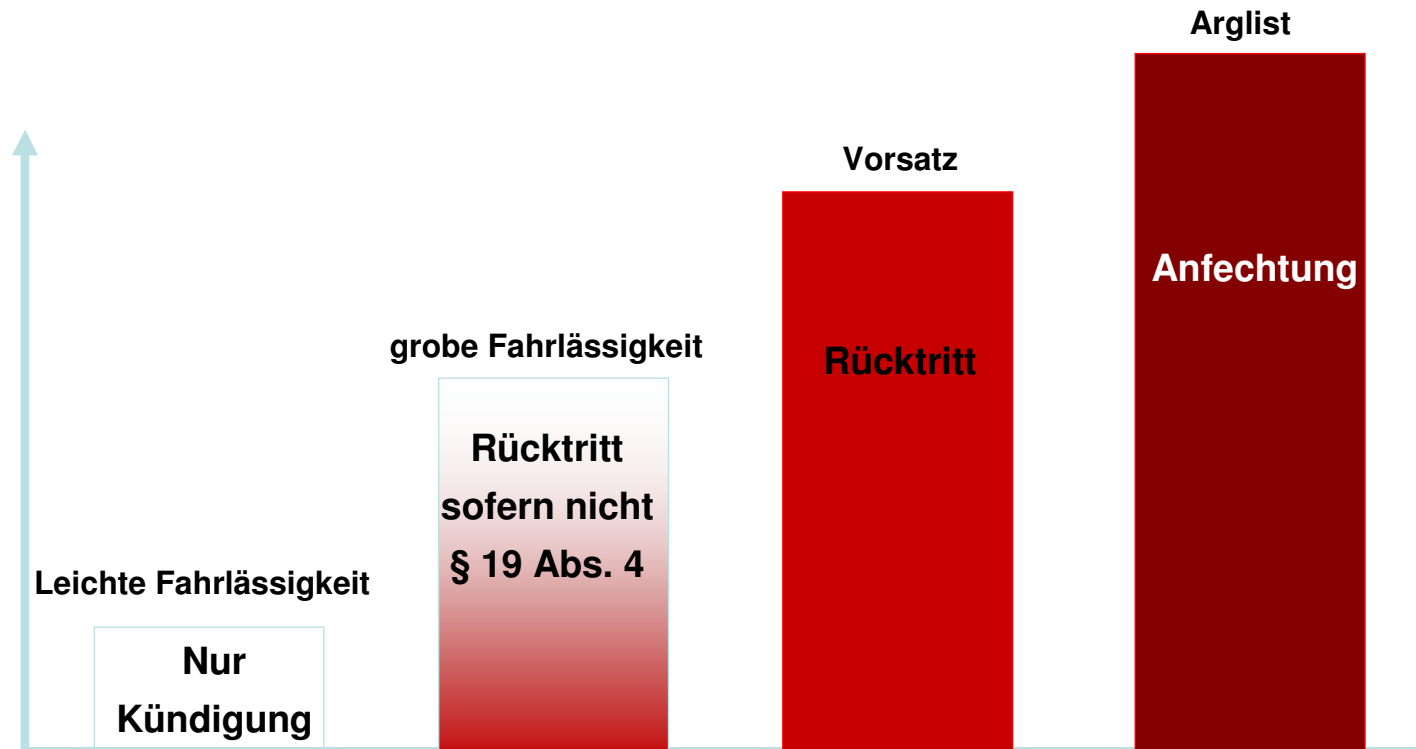
Nachvertragliche Anzeigepflicht nur noch bei
ausdrücklicher

Nachfrage des VR

Belehrungspflicht über die Folgen der
Anzeigepflichtverletzung (§ 19 Abs. 5 VVG)

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Rechte des Versicherers in Abhängigkeit vom Verschulden des VN



Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sanktion bei Verletzung abgestuft nach Verschuldensgrad:

Kein Verschulden oder einfache Fahrlässigkeit

(§ 19 Abs. 3 VVG):

Nur Kündigung (für die Zukunft) binnen **Monatsfrist**, lässt Leistungspflicht aus etwa eingetretenem Versicherungsfall unberührt

Ausnahme (auch keine Kündigung), wenn VR bei Kenntnis des nicht angezeigten Gefahrumstands den Vertrag **zu anderen Bedingungen** (Beitragszuschlag, Risikoausschluss) angenommen hätte (§ 19 Abs. 4 VVG)

bei fehlendem Verschulden Vertragsanpassung für die **Zukunft**

bei einfacher Fahrlässigkeit **rückwirkende** Vertragsanpassung

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sanktion bei Verletzung abgestuft nach Verschuldensgrad:

Grobe Fahrlässigkeit (§ 19 Abs. 2 VVG):

Rücktrittsrecht des VR, Leistungspflicht aus etwa eingetretenem Versicherungsfall entfällt.

Ausnahme mangelnde Kausalität, § 21 Abs. 2 VVG (wie bisheriges VVG)

Ausnahme, wenn VR bei Kenntnis des nicht angezeigten Gefahrumstands den Vertrag **zu anderen Bedingungen** (Beitragszuschlag, Risikoausschluss) angenommen hätte. (§ 19 Abs. 4 VVG) rückwirkende Vertragsanpassung

Sanktion bei Verletzung abgestuft nach Verschuldensgrad:

Vorsatz (§ 19 Abs. 2 VVG):

Rücktrittsrecht des VR, Leistungspflicht aus etwa eingetretenem Versicherungsfall entfällt

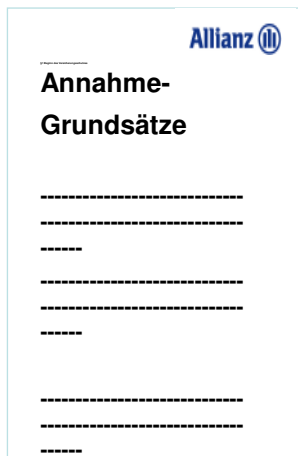
Ausnahme mangelnde Kausalität, § 21 Abs. 2 VVG
(wie bisheriges VVG)

Arglist (§ 22 VVG):

Anfechtungsrecht des VR, Leistungspflicht aus etwa eingetretenem Versicherungsfall entfällt ausnahmslos, § 21 Abs. 2 VVG



§ 19 Abs. 4 VVG: Kein Rücktritt, wenn VR das Risiko grundsätzlich versichern würde, wenn auch zu anderen Bedingungen (höhere Prämie oder Risikoausschluss)



Statt Leistungsfreiheit dann Recht zur Vertragsanpassung (§ 19 Abs. 4),
Leistungspflicht bleibt bei höherer Prämie erhalten !

Gilt **nicht bei Vorsatz und Arglist**

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sanktion bei Verletzung abgestuft nach Verschuldensgrad

Speziell § 19 Abs. 4 VVG:

Beweislast (Ausnahme vom Rücktritts- bzw. Kündigungsrecht des VR)
bei **VN**

Aber **sekundäre Darlegungslast** des VR (VN ist nicht in der Lage,
Annahmerichtlinien des VR darzustellen)

Sanktion bei Verletzung abgestuft nach Verschuldensgrad

Speziell Rücktritt und Kündigung § 19 Abs. 5, 21 VVG:

Nur zulässig nach **vorheriger Belehrung** des VN in Textform

⇒ Problem: Nachweis der Belehrung durch VR

Unzulässig bei Kenntnis des VR (wie bisher)

Nur innerhalb von **1 Monat** ab Kenntnis und unter **Angabe** der **Gründe**, § 21 Abs. 1 VVG (wie bisher)

Längstens (zeitliche Begrenzung):

Rücktritt grundsätzlich nur binnen 5 Jahren ab
Vertragsschluss

Bei Vorsatz und Arglist nur binnen 10 Jahren ab
Vertragsschluss



BGH vom 11. Mai 2011 - IV ZR 148/09 - (VersR 2011, 909):

Eine Nachfrage obliegt dem Versicherer nur dann, wenn ernsthafte Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die bisher von dem Versicherungsinteressenten erteilten Auskünfte nicht abschließend oder nicht richtig sein können und deshalb weitere Informationen für eine sachgerechte Risikoprüfung erforderlich sind (hier: Nichtangabe von Asthma bei Mitteilung über seit Geburt bestehende Neurodermitis)

Der Versicherer verliert das Recht zur Arglistanfechtung nicht schon deshalb, weil er seine Nachfrageobliegenheit verletzt hat.

Hierzu etwa auch OLG Hamm vom 10. Dezember 2010 - 20 U 21/09 - (VersR 2011, 994; Nachfrageobliegenheit bei der Angabe „immer mal wieder beim Arzt“)

BGH vom 11. Februar 2009 - IV ZR 26/06 - (VersR 2009, 529):

Hat der Versicherer nach einem konkreten Umstand gefragt, spricht für diesen die Vermutung der Gefahrerheblichkeit (§ 16 Abs. 1 S. 3 WG a.F; § 19 Abs. 1 S. 1 WG). Zwar kann der Versicherungsnehmer, dem hinsichtlich der fehlenden Erheblichkeit erfragter Umstände die Darlegungs- und Beweislast obliegt, dieser zunächst allein dadurch genügen, dass er die Gefahrerheblichkeit pauschal bestreitet.

BGH vom 11. Februar 2009 - IV ZR 26/06 - (VersR 2009, 529):

Der Versicherer muss aber seinerseits seine Grundsätze der Risikoprüfung nur dann substantiiert darlegen, wenn die Gefahrerheblichkeit nicht ohnehin **auf der Hand** liegt. Der Versicherer ist also nur dann gehalten, seine Risikoprüfungsgrundsätze offen zu legen, wenn es sich um eine Gesundheitsstörung handelt, die offenkundig als leicht einzuordnen, nicht wiederholt aufgetreten ist und deshalb von vornherein keinen Anlass dafür bietet, dass sie für die Risikoeinschätzung des Versicherers von Bedeutung sein könnte.

Die Gefahrerheblichkeit eines dreiwöchigen Kuraufenthaltes wegen eines psychovegetativen Erschöpfungszustandes liegt für die Berufsunfähigkeits- und für die Lebensversicherung auf der Hand.

OLG Naumburg vom 24. November 2011 - 4 U 117/10 - (VersR 2012, 885):

Allein, dass der Versicherer bei Kenntnis der nach § 16 Abs. 1 S. 1 und 2 WG a.F. offenbarungspflichtigen Umstände vor Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung weiter gehende Nachforschungen angestellt hätte, steht einer Widerlegung der aus § 16 Abs. 1 S. 3 WG a.F. folgenden Gefahrerheblichkeitsvermutung noch nicht entgegen.

OLG Frankfurt vom 19. Januar 2011 - 7 U 77/10 - (bei iuris):

Der Versicherungsnehmer hatte im Jahr 2008 einen privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsvertrag geschlossen. In dem Antrag war er u.a. danach gefragt worden, ob bei ihm in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen bestanden oder bestehen:

„s) Sonstige nicht aufgeführte Bereiche (z.B. gutartige Neubildungen, Herpes, Leistenbruch, Fistel, Wechseljahresbeschwerden) ?“

Der Versicherungsnehmer verneinte sämtliche Gesundheitsfragen. Im Jahr 2009 wurde bei ihm eine Multiple Sklerose diagnostiziert. Im Rahmen einer Leistungsprüfung erfuhr der Versicherer, dass der Versicherungsnehmer bereits seit 2006 unter Taubheitsgefühlen in den Händen gelitten hatte, und trat deshalb vom Vertrag zurück. Das Landgericht hat der Feststellungsklage auf Fortbestand des Versicherungsverhältnisses stattgegeben, das Berufungsgericht sie abgewiesen. Der BGH hatte die Revision mit Beschluss vom 9. November 2011 zugelassen (IV ZR 37/11, VersR 2012, 336). Zu einer Entscheidung in der Sache kam es dann wegen eines Anerkenntnisses des Versicherers nicht mehr.



Fragen des Maklers

OLG Hamm vom 3. November 2010 - 20 U 38/10 - (VersR 2011, 469):

Wird im Rahmen von Vertragsverhandlungen ein sog. Maklerfragbogen verwendet, handelt es sich bei den dort gestellten und beantworteten Gefahrumständen nicht um Fragen des Versicherers i.S.d. § 19 Abs. 1 S. 1 VVG.

Eine Wiedereinführung der mit der VVG-Reform abgeschafften spontanen Offenbarungspflicht wird bei Maklerfragebögen nur dadurch vermieden, dass dem VN „Fragen herrührend von außerhalb seines Lagers gestellt“ werden. Das kann nur dann der Fall sein, wenn der Versicherer vor oder auch nach Beantwortung der Fragen (vom OLG offen gelassen) erklärt, dass die Maklerfragen als seine eigenen Fragen gelten sollen.

Zumindest muss er sich den Fragebogen zu eigen gemacht haben, was nicht schon dadurch erfolgt, dass die Verwendung von Maklerfragebögen unter Geltung des VVG a.F. branchenüblich war.



Fragen des Maklers

LG Dortmund vom 24. Februar 2012-2 O 144/11 - (ZfS 2012, 388):

Ein Versicherungsvermittler, der als „ihr unabhängiger Finanzoptimierer“ auftritt, handelt als Versicherungsmakler. Eine Zurechnung der Gesundheitsfragen zu Lasten des Versicherers scheidet auch dann aus, wenn der Versicherungsvermittler verdeckter Mehrfachagent ist.



Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz

Grundsätzlich Verbot der Benachteiligung wegen Geschlecht, Behinderung und Alter in privatrechtlichen Versicherungsverhältnissen (§ 19 Abs. 1 Nr. 2 AGG) Einschränkung in § 20 Abs. 2 S. 1 AGG für Geschlecht.

Allerdings zu beachten EuGH vom 1. März 2011 - Rs 0236/09 (VersR 2011, 377): Geschlechtsbezogene Differenzierungen bei Versicherungsprämien und Versicherungsleistungen sind ab 21. Dezember 2012 bei Neuverträgen wegen Unwirksamkeit von Art. 5 Abs. 2 der Richtlinie 2004/113/EG des Rates vom 13. Dezember 2004 (sog. Gender-Richtlinie) unzulässig.

Generelles Verbot der Differenzierung nach Prämien und Leistungen bei Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Mutterschaft; problematisch daher AG Hannover VersR 2009, 348

Differenzierung nach Alter und Behinderung im Rahmen von § 20 Abs. 2 S. 3 AGG zulässig.



§ 20 AGG

Eine Verletzung des Benachteiligungsverbots ist nicht gegeben, wenn für eine unterschiedliche Behandlung wegen der Religion [oder der Weltanschauung](#), einer Behinderung, des Alters, der sexuellen Identität oder des Geschlechts ein sachlicher Grund vorliegt.

Das kann insbesondere der Fall sein, wenn die unterschiedliche Behandlung

Abs. 2

Eine unterschiedliche Behandlung wegen des Geschlechts ist im Falle des [§ 19](#) Abs.1 Nr.2 bei den Prämien oder Leistungen nur zulässig, wenn dessen Berücksichtigung bei einer auf relevanten und genauen versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruhenden Risikobewertung ein bestimmender Faktor ist.

Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft dürfen auf keinen Fall zu unterschiedlichen Prämien oder Leistungen führen.

Eine unterschiedliche Behandlung wegen der Religion [oder Weltanschauung](#), einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität ist im Falle des [§ 19](#) Abs.1 Nr.2 nur zulässig, wenn diese auf anerkannten Prinzipien risikoadäquater Kalkulation beruht, insbesondere auf einer versicherungsmathematisch ermittelten Risikobewertung unter Heranziehung statistischer Erhebungen.



Gendiagnostik

Neuregelung durch § 18 GenDG zum 1. Februar 2010. Hiernach darf der Versicherer vom Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen oder die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden.

Eine Ausnahme gilt lediglich im Rahmen von § 18 Abs. 1 Nr. 2 GenDG für die Lebens-, die Berufsunfähigkeits-, die Erwerbsunfähigkeits- und die Pflegerentenversicherung, wenn eine Leistung von mehr als 300.000,- € oder mehr als 30.000,- € Jahresrente vereinbart wird (§ 18 Abs. 1 S. 2 GenDG). Vor allem bleibt es nach § 19 Abs. 2 GenDG aber dabei, dass Vorerkrankungen und Erkrankungen anzugeben sind. Insoweit sind die §§19-22 und 47 VVG anzuwenden.

OLG Saarbrücken vom 20. Oktober 2011 - 5 W 220/11-98 - (VersR 2012, 557):

Krankheitszeichen, die für das Vorliegen von Chorea Huntington (vererbliche Erkrankung des Gehirns) sprechen und ihre Bestätigung durch einen diagnostischen Gentest sind auf die Gesundheitsfragen anzugeben.

Neuregelung der Voraussetzungen der Erhebung
personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten in § 213 WG auf
der Grundlage des Beschlusses des BVerfG vom 23. Oktober 2006-
1 BvR 2027/02, VersR 2006, 1669

BGH vom 25. Mai 2011 -IVZR 191/09 - (VersR 2011, 1249):

Der Einwand aus § 242 BGB ist keine Einrede, sondern ein von Amts wegen zu berücksichtigender Umstand.

Ob eine Datenerhebung durch den Versicherer ohne ausreichende Rechtsgrundlage nach § 242 BGB zu einem Verwertungsverbot (hier betreffend einer Arglistanfechtung nach § 123 BGB) führt, ist, insbesondere wenn ein zielgerichtetes treuwidriges Verhalten des Versicherers nicht vorliegt, durch eine umfassende Abwägung der maßgeblichen Umstände des Einzelfalls zu entscheiden.

Stellt eine Partei im Rechtsstreit diejenigen Tatsachen von vornherein unstreitig, auf die der Gegner seine Arglistanfechtung stützt, indem sie selbst vorträgt, so lässt sich ein Verwertungsverbot für diese Tatsachen regelmäßig nicht begründen.

Revisionsentscheidung zu OLG Saarbrücken VersR 2009, 1522; zur Problematik grundlegend BGH vom 28. Oktober 2009 - IV ZR 140/08 - (VersR 2010, 97); ferner BGH, Beschluss vom 21. September 2011 - IV ZR 203/09 - (VersR 2012, 297) sowie OLG Jena vom 22. Juni 2010 - 4 U 519/07 - (VersR 2011, 380)

Fragestellung in Textform, § 19 Abs. 1 S. 1 WG

Es gibt keine spontane Anzeigepflicht mehr



Textform, § 126b BGB

Problem: Antragsaufnahme auf Laptop/Notebook des
Versicherungsvertreeters

Mit „Teleunderwriting“; Aushändigung des Antragsformulars in
Textform oder auf elektronischem Datenträger

OLG Nürnberg vom 28. Juni 2011 - 8 U 2330/10 - (VersR 2012, 50):

Fehlende Gesundheitsfragen des Versicherers führen nicht zum Verzicht auf die Voraussetzung, dass Leistungen nur für eine während der Versicherungsdauer eingetretene Berufsunfähigkeit erbracht werden.



Grundsatz:

„bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung“ (§ 19 Abs. 1 S. 1 WG)

Ausnahme:

Fragestellung durch Versicherer zwischen Vertragserklärung des Versicherungsnehmers und Vertragsannahme des Versicherers (§19 Abs. 1 S. 2 WG)

Problem:

Vertragsschluss nach dem „Invitatio-Modell (vgl. etwa Prölss in Prölss/Martin, WG 28. Aufl., § 19 Rn. 49)



Die Zurechnung der Kenntnis des Versicherungsvertreters, § 70 VVG

„Auge-und-Ohr-Rechtsprechung“

Kodifikation in § 70 S. 1 WG

BGH vom 9. März 2011 - IV ZR 130/09 - fVersR 2011 737):

Das Erfordernis einer substantiierten Behauptung, den Agenten mündlich zutreffend unterrichtet zu haben, bedeutet nicht, dass der VN darlegen muss, dem Agenten eine medizinisch exakte Schilderung von Krankheitsbild, Diagnose und Behandlung gegeben zu haben. Vielmehr ist der prozessuale Vortrag auch dann hinreichend substantiiert, wenn der VN nicht nur pauschal behauptet, den Agenten richtig informiert zu haben, sondern wenn er laienhaft schildert, welche Beschwerden und Krankheitsbilder er dem Agenten genannt hat.

Die Zurechnung

BGH vom 24. November 2010 - IV ZR 252/08 - (VersR 2011, 337):

Erklärt der Versicherer, er werde auf der Grundlage einer Anfrage sowie dieser beigefügter Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person ein schriftliches Angebot (Versicherungsschein) erstellen und vom Abschluss des Vertrages mit Aushändigung dieses Angebots ausgehen, wenn der VN dem Vertragsschluss nicht binnen Monatsfrist nach Aushändigung widerspricht, so ist nach dieser Ablaufbeschreibung des Versicherers dies nur so zu verstehen, dass in der sog. Anfrage der Antrag des VN auf Abschluss des Versicherungsvertrages und in der Aushändigung des Versicherungsscheins durch den Versicherer dessen Annahme des Angebots zu sehen ist.

(Kein invitatio)

BGH vom 24. November 2010 - IV ZR 252/08 - (VersR 2011, 337):

Bittet der Versicherer in einem dem Versicherungsschein beigefügten "Policenbegleitschreiben" den VN, die beigefügten Unterlagen (u.a. zum Gesundheitszustand) zu überprüfen und ihn umgehend "bei Unverständlichkeit oder Abweichungen von den bei der Anfrage gemachten Angaben" zu informieren, so kann der VN durch eine unterlassene Korrektur unrichtiger Gesundheitsangaben auf die Entscheidung des Versicherers keinen Einfluss mehr nehmen und diesen damit durch Unterlassen der Korrektur nicht arglistig täuschen, weil der Vertrag mit der Übersendung des Versicherungsscheins schon zustande gekommen ist.

Hat der Versicherer - nach der Behauptung des VN - das Formular mit den Fragen zu den Gefahrumständen eigenmächtig ohne Rückfragen an den VN ausgefüllt, so sind die Formularfragen diesem nicht zur Kenntnis gelangt. Der Versicherer hat zu beweisen, dass der Versicherungsvertreter dem VN die Antragsfragen zu eigenverantwortlicher Beantwortung vorgelesen hat.

OLG Stuttgart vom 19. April 2012 - 7 U 157/11 - (r+s 2012. 386):

Liest ein Versicherungsvertreter bei Aufnahme eines Versicherungsantrags die zahlreichen Erkrankungen betreffenden Gesundheitsfragen so schnell vor, dass der Inhalt nicht erfasst werden kann, so sind Fehlvorstellungen der Versicherungsnehmerin nicht auszuschließen, die der Annahme von **Arglist** (genauer: bereits der objektiven Verletzung der Anzeigepflicht) entgegenstehen.

Eine spontane Offenbarungspflicht besteht bei psychischen Erkrankungen nur, wenn sich die Bedeutung der Erkrankung für den Versicherungsnehmer aufdrängen musste.



Grenzen der Zurechnung

Kenntniserlangung außerhalb der Tätigkeit als Vertreter und ohne Zusammenhang

mit dem betreffenden Versicherungsvertrag, § 70 S. 2 WG

BGH vom 11. Februar 2009 - IV ZR 26/06 - (VersR 2009, 529):

Dem Versicherer ist das Wissen des mit der Erstellung des ärztlichen Zeugnisses beauftragten Arztes nur insoweit zuzurechnen, als dieser es durch den Antragsteller im Rahmen der "Erklärung vor dem Arzt" erlangt hat. Eine weitergehende Zurechnung von Wissen, das sich für den Arzt aus früheren Untersuchungen oder Behandlungen ergeben hat, kommt nicht in Betracht.

OLG Oldenburg vom 21. April 2010 - 5 ü 78/09 - (VersR 2011 387):

Der Versicherer muss sich das privat erworbene Wissen eines Vorstandsmitglieds vom Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers nur dann zu rechnen lassen, wenn es in die Sachbearbeitung unmittelbar eingebunden ist.



BGH vom 27. Februar 2008 - IV ZR 270/06 - (VersR 2008, 765):

Zu den Anforderungen an die Feststellung eines kollusiven Zusammenwirkens zwischen Versicherungsagent und Versicherungsnehmer und an die Evidenz eines Missbrauchs der dem Agenten vom Versicherer eingeräumten Vollmacht bei Entgegennahme eines Versicherungsantrages (Kollusion nur in Ausnahmefällen). Nur in derartigen Ausnahmefällen kommt die Zurechnung über die Auge-und-Ohr-Rechtsprechung nicht in Betracht.



Das Rücktrittsrecht des Versicherers, § 19 Abs. 3 S. 1 WG

OLG Stuttgart vom 7. Juli 2011 - 7 U 27/11 - (NJW-RR 2012, 489):

Wechselt ein Versicherungsnehmer nach der Erstellung eines Heil- und Kostenplans den Krankenversicherer, ohne die dort vorgeschlagene Behandlung durchführen zu lassen, so stellt eine Jahre später auf Grund erneut aufgetretener Schmerzen durchgeführte Zahnbehandlung im selben Bereich einen neu-en Versicherungsfall dar, der nicht wegen Vorvertraglichkeit vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.

Zum Verschweigen des nicht durchgeführten Heil- und Kostenplans beim Abschluss des neuen Versicherungsvertrages (Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit hier verneint).



Vertragsanpassung durch rückwirkende Einführung eines Leistungsausschlusses § 19 Abs, 4 S. 2 VVG

Neu eingeführtes Recht des Versicherers, bei Anzeigepflichtverletzung im Fall von vertragsändernden Umständen die anderen Bedingungen rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode zum Vertragsbestandteil zu machen.

Zulässig sind etwa höhere Prämie oder Ausschluss des nicht angezeigten Umstands vom Versicherungsschutz.

Problem: Wertungswiderspruch zu § 19 Abs. 3 VVG bei nur leicht fahrlässiger oder schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht ?

**Vertragsanpassung durch rückwirkende Einführung eines Leistungsausschlusses
§ 19 Abs, 4 S. 2 VVG**

Streitig:

Nach einer Ansicht einschränkende Auslegung von § 19 Abs. 4 S. 2 WG, so dass rückwirkende Vertragsanpassung durch Leistungsausschluss nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit möglich (vgl. etwa HK-WG/ Schimikowski, 2. Aufl., § 19 Rn. 41; Looschelders/Pohlmann/ Looschelders, WG, § 19 Rn. 67; Knappmann in Beckmann/Matusche-Beckmann, § 4 Rn. 112; Schwintowski/Brömmelmeyer/Härle, VVG 2. Aufl., § 19 Rn. 127f.).

Nach anderer Auffassung weder Zulässigkeit noch sachlicher gerechtfertigter Grund für einschränkende Gesetzesauslegung geboten (vgl. etwa Prölss in Prölss/Martin, § 19 Rn. 57; MünchKomm-VVG/Muschner, § 21 Rn. 49; Wandt, Versicherungsrecht 5, Aufl., Rn. 807; Tschersich r+s 2012, 53, 54f.).



JOHANNSEN Die Hinweispflicht des Versicherers, § 19 Abs. 5 VVG

Was ist eine „gesonderte Mitteilung in Textform“ ?

Nach **einer Ansicht** eigenständiges Schriftstück außerhalb des Antragsformulars (so etwa Bruck/Möller/Rolfs, VVG 9. Aufl., § 19 Rn. 115), nach **überwiegender Auffassung** ist auch eine im Antragsformular in räumlichem Zusammenhang mit den Gesundheitsfragen oder der Unterschrift befindliche, durch Schrifttyp, Größe, Fettdruck herausgehobene Belehrung ausreichend (so etwa LG Dortmund vom 17. Dezember 2009 -2 0 399/09, VersR 2010, 465; HK-WG/Schimikowski, § 19 Rn. 42; Langheid in Römer/Langheid, WG 3. Aufl., § 19 Rn. 120; Knappmann in Beckmann/Matuschke-Beckmann, § 14 Rn. 8)

Die Hinweispflicht des Versicherers, § 19 Abs. 5 VVG

Wo muss sich die Belehrung befinden ?

Bereits **vor den Antragsfragen** (so etwa Knappmann in Beckmann/Matuschke- Beckmann, § 14 Rn. 8) oder ausreichende Belehrung unmittelbar vor der Unterschriftenzeile (Langheid in Römer/Langheid, § 19 Rn., 122, HK-WG/Schimikowski, § 19 Rn. 43).

Nicht zulässig ist es jedenfalls, wenn die Belehrung nicht in das Antragsformular integriert, sondern in einer dem Antrag beigefügten Schlusserklärung enthalten ist, auf die im Antragsformular vor der Unterschriftenzeile verwiesen wird, diese Schlusserklärung zusätzlich aber eine Vielzahl weiterer Hinweise, Erklärungen und Erläuterungen enthält, von denen die Belehrung nach § 19 Abs, 5 S. WG nicht optisch abgesetzt ist (LG Dortmund vom 24. Februar 2011 -20 250/10, r+s 2011,241).



Hinweispflicht

LG Köln vom 14. Juli 2010 - 23 O 377/09 - (VersR 2011. 336):

Ein Hinweis des Versicherers nach § 19 Abs. 5 S. 1 WG über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung genügt den formalen Anforderungen nicht, wenn er in normalem Druck und derselben Schriftgröße wie der übrige Text gehalten ist und nicht in unmittelbarem räumlichen Zusammenhang mit den Gesundheitsfragen steht,

Hinweispflicht

OLG Hamm vom 3. November 2010 - 20 U 38/10 - (VersR 2011, 469):

Eine gesonderte Mitteilung i.S.d. § 19 Abs. 5 S. 1 WG ist auch dann nicht entbehrlich, wenn aufseiten des Versicherungsnehmers ein Versicherungsmakler tätig ist. Eine solche Belehrung kann auch nicht durch die Versicherungsbedingungen erfolgen, weil diese zwar „gesondert“ sind, aber nicht in dem erforderlichen „Kontext mit den Antragsfragen“ stehen. Auch liegt kein konkludentes Abbedingen der Belehrungspflicht vor, wenn ein Maklerfragebogen genutzt wird und die Antworten vom Makler als rechtsgeschäftlicher Vertreter des Versicherungsnehmers gegeben werden.

Anforderungen an den Inhalt der Belehrung

LG Dortmund vom 24. Februar 2011 -2 0 250/10 - (r+s 2011, 241):

Der gem. § 19 Abs. 5 S. 1 VVG bei Antragstellung erteilte Hinweis eines Krankenversicherers auf § 19 Abs. 4 S. 2 WG, wonach die anderen Bedingungen rückwirkend, bei einer vom VN nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden, ist wegen Widerspruchs zu § 19 Abs. 1 S. 3 WG inhaltlich falsch. Die unrichtige Belehrung hat zur Folge, dass der Versicherer keines der in § 19 Abs. 2 bis 4 WG geregelten Rechte ausüben kann.

OLG Brandenburg vom 17. Dezember 2009 - 12 W 57/09 - (VersR 2010, 1301):

§ 19 Abs. 5 S. 1 VVG erfordert eine inhaltlich umfassende, unmissverständliche und aus dem Verständnis des VN eindeutige Belehrung.

Wird über die Folgen leicht fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht nicht belehrt, sondern lediglich für den Fall des Vorsatzes und der groben Fahrlässigkeit, ist die Belehrung unzureichend.

Anforderungen an den Inhalt der Belehrung

LG Dortmund vom 17. Dezember 2009 -20 399/09 - (NJW-RR 2010. 1260):

Eine Belehrung nach § 19 Abs. 5 S. 1 VVG, die den Eindruck erweckt, dass nur bei Ausübung des Rücktrittsrechts der Versicherungsschutz für Vergangenheit und Zukunft verloren gehen kann und deshalb dem Antragsteller nicht vor Augen führt, dass dieselbe Rechtsfolge auch durch eine rückwirkende Einführung eines Risikoaus-schlusses im Wege der Vertragsanpassung eintreten kann, ist unrichtig und verwehrt dem Versicherer die Ausübung der ihm nach § 19 Abs. 2-4 VVG eingeräumten Rechte.

Rechtsfolgen fehlerhafter Belehrung

Streitig,

ob sich eine nur teilweise formal und/oder inhaltlich unrichtige Belehrung lediglich auf den fehlerhaften Teil der Belehrung erstreckt (so etwa Wagner/Rattay VersR 2011, 178, 183)

oder

ob die Belehrung insgesamt unwirksam ist und der Versicherer daher - abgesehen vom Fall der Arglist des Versicherungsnehmers - keines seiner Rechte aus § 19 Abs. 2-4 VVG ausüben kann (so etwa LG Dortmund vom Februar 2011 - 2 O 250/10, r+s 2011, 241; Tschersich r+s 2012, 53, 58).

Die Arglistanfechtung, §§ 22 WG, 123 BGB

Anforderungen an die Arglist

BGH vom 24. November 2010 - IV ZR 252/08 - (r+s 2011, 58):

Die arglistige Täuschung setzt eine Vorspiegelung falscher oder ein Verschweigen wahrer Tatsachen gegenüber dem Versicherer zum Zweck der Erregung oder Aufrechterhaltung eines **Irrtums** voraus. Der Versicherungsnehmer muss **vorsätzlich** handeln, indem er **bewusst und willentlich** auf die Entscheidung des Versicherers einwirkt.

Falsche Angaben in einem Versicherungsantrag allein rechtfertigen den Schluss auf eine arglistige Täuschung nicht; einen allgemeinen Erfahrungssatz des Inhalts, dass eine bewusst unrichtige Beantwortung einer Antragsfrage immer und nur in der Absicht erfolgt, auf den Willen des Versicherers einzuwirken, gibt es nicht. In subjektiver Hinsicht setzt die Annahme von Arglist vielmehr **zusätzlich** voraus, dass der Versicherungsnehmer **erkennt** und **billigt**, dass der Versicherer seinen Antrag bei Kenntnis des wahren Sachverhalts gar nicht oder nur zu anderen Konditionen annehmen werde.

OLG Frankfurt vom 5. Juli 2010 - 7 ü 118/09 - (VersR 2011, 653):

Steht fest, dass der VN bei Antragstellung unzutreffende Angaben gemacht hat, muss dieser plausibel darlegen, weshalb es zu den Falschangaben gekommen ist.

Werden bei Antragstellung zwei Operationen vor mehr als zehn Jahren und eine Vorsorgeuntersuchung ohne Hinweis auf gesundheitliche Beeinträchtigungen mitgeteilt, nicht aber eine Vielzahl von Arztkontakten im erfragten Zeitraum, indiziert dies Arglist.

OLG Oldenburg vom 21. April 2010 - 5 U 78/09 - (VersR 2011. 387):
Verschweigt ein VN bei Beantragung einer Unfallversicherung einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II und eine infolgedessen einige Wochen zuvor durchgeführte Amputation der linken Kleinzehe, so ist von einer arglistigen Täuschung auszugehen.



LG Dortmund vom 24. Februar 2012 -2 O 144/11 - (ZfS 2012, 388):

Die Arglistanfechtung ist nicht von einer Belehrung abhängig.

Eine singuläre Behandlung wegen einer Erektionsstörung ist nicht gefahrerheblich.

Vielen Dank

für

Ihre Aufmerksamkeit
