

# Die Gruppenlebensversicherung in der Schweiz

Von Dr. *Hans Asch*, Zürich

## Inhaltsübersicht:

Einleitung . . . . .	528	4. Die Kosten einer Gruppenlebensversicherung und ihre Verteilung auf Versicherungsnehmer und Versicherte. . . . .	541
I. Die Entwicklung der Gruppenlebensversicherung in der Schweiz . . . . .	530	5. Vorzeitiges Ausscheiden eines Versicherten aus der Versicherten- gruppe . . . . .	548
II. Der Gruppenlebensversicherungs- vertrag in der Schweiz . . . . .	534	6. Auflösung des Gruppenlebens- versicherungsvertrages und die Folgen für die Versicherten. . . . .	549
1. Entstehung eines Gruppenlebens- versicherungsvertrages . . . . .	534	7. Regelung des Innenverhältnisses zwischen Versicherungsnehmer u. Versicherten . . . . .	549
2. Die Zusammensetzung des als Gruppe versicherten Personen- kreises . . . . .	535		
3. Umfang der Gruppenlebensver- sicherung, Versicherungsarten und Höhe der Leistungen . . . . .	536		

## Einleitung

Das Bedürfnis weiter Kreise der Bevölkerung, sich gegen die Folgen ungewisser, zeitlich nicht bestimmbarer Ereignisse zu schützen, hat zu einer weitgehenden Entwicklung des Versicherungswesens geführt. Durch den Abschluss von Versicherungen wird auch den ökonomischen Folgen von Alter, Tod und Invalidität begegnet. Je nachdem der Abschluss der Versicherung dem einzelnen Versicherungsbedürftigen selbst überlassen bleibt oder durch einen Dritten — Arbeitgeber oder Staat — zwangsmässig herbeigeführt wird, besteht die Form der Einzelversicherung, der Gruppenlebensversicherung und der staatlichen Sozialversicherung. Der Arbeitgeber kann auch, wo die Grundlagen dazu vorhanden sind, an Stelle des Abschlusses einer Gruppenlebensversicherung eine eigene Pensionskasse errichten. Alle diese Möglichkeiten, das Versicherungsbedürfnis des Einzelnen zu befriedigen, können unabhängig voneinander den gleichen Personenkreis erfassen. Durch die finanzielle Belastung hingegen, die durch jede dieser Versicherungsarten bei Arbeitnehmer und Arbeitgeber entsteht, werden Einzel-, Gruppen-, staatliche Sozialversicherung und Pensionskassen in ein die gegenseitige Entwicklung und Ausgestaltung bestimmendes Abhängigkeitsverhältnis gebracht. Wo eine staatliche Alters-, Invaliden- und

Hinterbliebenenversicherung fehlt, sollte aber allmählich versucht werden durch private Fürsorgetätigkeit der Arbeitgeber, dem Ziele einer möglichst lückenlosen Versicherung sämtlicher Staatsangehörigen nahe zu kommen.

Für jeden Arbeitgeber ist die Frage: Gründung einer eigenen Pensionskasse oder Abschluss einer Gruppenlebensversicherung von grosser Bedeutung, und es soll daher kurz versucht werden, diese beiden Versicherungsgebilde einander gegenüber zu stellen. Mit der Errichtung einer eigenen Pensions- oder Hilfskasse verfolgt der Arbeitgeber den Zweck, die Angestellten- oder Arbeiterschaft seines Unternehmens freiwillig oder durch Zwang gegen die ökonomischen Folgen von Alter, Tod und Invalidität zu schützen. Jede Kasse ist als ein geschlossenes Ganzes zu betrachten, ihre Mitglieder werden zu einer eigenen Gefahrengemeinschaft zusammengeschlossen, innerhalb welcher sich der Risikenausgleich vollziehen muss. Zweifellos hat in diesem Falle der Arbeitgeber die Möglichkeit, seine Wünsche bei der Ausgestaltung der Fürsorgeeinrichtung am besten zur Geltung zu bringen. Vielfach werden aber die schwerwiegenden Mängel, die einem kleinen und örtlich gebundenen Versicherungsgebilde anhaften, übersehen. Die mit einer Fürsorgeeinrichtung verbundenen Risiken — Wahrscheinlichkeitsrisiko und finanzielles Risiko — werden im allgemeinen unterschätzt. Schwankende Prämien, stete Veränderungen der versicherten Leistungen und unsichere Gewinnverhältnisse sind die Folgen, die oft schon nach wenigen Jahren zum Zusammenbruch der Kasse führen können. Durch Zusammenschluss mehrerer kleiner Pensionskassen kann der für versicherungsmathematische Berechnungen nötige Personenkreis zu schaffen gesucht werden. Schwierigkeiten finanzieller und technischer Natur erschweren jedoch häufig einen derartigen Zusammenschluss. Die Arbeitgeber werden in der Ausgestaltung der Kasse stark behindert, individuelle Wünsche müssen zurückgestellt werden und eine gerechte Kostenverteilung wird besonders durch einen mehr oder weniger starken Wechsel im Personalbestande der einzelnen Firma erschwert. Nachteile, die jeder selbständigen Versicherungskasse anhaften, sind vor allem mangelnde Freizügigkeit für die in die Versicherung eingeschlossenen Arbeitnehmer und die Schwierigkeit für ältere Angestellte und Arbeiter, bei Stellenwechsel in einer andern Versicherungskasse noch aufgenommen zu werden.

Die wirtschaftlich sicherste, risikolose und auch ökonomisch vorteilhafteste Form der Fürsorge seiner Angestellten und Arbeiter bildet für den Arbeitgeber mit *beschränktem* Personenkreis der Abschluss einer Gruppenlebensversicherung. Die Risiken, die eine eigene Versicherungskasse selbst tragen muss, werden beim Abschluss einer Gruppenlebensversicherung auf einen dazu geeigneten Träger — Versicherungsgesellschaft — abgewälzt. Durch die Gruppenlebensversicherung wird eine Mehrzahl von Personen versichert, die auf Grund bestimmter gemeinsamer Momente zu einer Gruppe zusammengefasst werden können. Für diejenigen, die zu dem Personenkreis zählen, der als Gruppe versichert werden soll, ist die zwangsmässige Versicherung absolutes Erfordernis. Die Gruppenlebensversicherung kann daher als eine, nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossene, zwangsmässige Versicherung der Angestellten- oder Arbeiterschaft eines Unternehmens in einem einzigen Verträge definiert werden.

Zweck der folgenden Ausführungen wird es sein, die *Entwicklung* der Gruppenlebensversicherung und den Gruppenlebensversicherungsvertrag für die Schweiz darzustellen.

## I. Die Entwicklung der Gruppenlebensversicherung in der Schweiz

Die Einrichtung, Lebensversicherungen für eine Gesamtheit von Personen bei einem dritten Institut, einer Versicherungsgesellschaft, abzuschliessen, findet sich in der Schweiz bereits in den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Zu jener Zeit wurden die ersten Verträge zwischen Arbeitgebern und Versicherungsgesellschaften geschlossen, welche die Versicherung der gesamten Angestellten- oder Arbeiterschaft eines Arbeitgebers zum Zwecke hatten. Einer der ersten Versuche in dieser Beziehung wurde von der *Schweizerischen Nordostbahn-Gesellschaft* gemacht, die am 24. Dezember 1863 mit der Schweizerischen Lebensversicherungs- und Rentenanstalt in Zürich eine Gruppenlebensversicherung abgeschlossen hatte. Die Prämien der Versicherung wurden aus gemeinsamen Beiträgen des Arbeitgebers und der Arbeitnehmer bezahlt, während die versicherte Leistung in einer beim Tode des Versicherten fälligen Geldsumme bestand. Aber schon am 31. Dezember 1870 kündigte die Nordostbahngesellschaft den Versicherungsvertrag und errichtete eine selbständige Unterstützungskasse. Die Rentenanstalt in Zürich blieb lange Zeit die einzige Versicherungsgesellschaft in der Schweiz, die Versicherungsverträge abgeschlossen hat, wie sie heute unter dem Namen der Gruppenlebensversicherung bekannt sind.

Eine besondere Art der Gruppenversicherung hatte die Firma Rieter & Cie., Maschinenfabrik in Winterthur, die ihren Angestellten und Arbeitern Wohnhäuser zu einem sehr billigen Mietzinse zur Verfügung stellte unter der Bedingung, dass jeder Mieter sich bei der Rentenanstalt in Zürich mit einer jährlichen Einlage von mindestens 50 Franken versichere. Die Prämien wurden vom Arbeitgeber eingesammelt und im gesamten an die Versicherungsgesellschaft abgeführt. Angestellte oder Arbeiter, die aus der Firma austraten, konnten ihre Versicherung weiterführen. Der Firma, die einen Beitrag an die Versicherungsprämien leistete, stand es frei, diesen auch weiterhin zu entrichten, andernfalls wurde die versicherte Leistung entsprechend reduziert. Gruppenlebensversicherungsverträge hatten für kürzere Zeit die *Angestellten der Eisenbahn des «Jura industriel»* und die *Arbeiter der mechanischen Werkstätten in Olten*. Im allgemeinen aber war dieser Versicherungsweig in der Schweiz bis in die Nachkriegszeit unbekannt. Als industrielle und kaufmännische Unternehmungen ihre aus Kriegsgewinnen gebildeten Fonds auch zum Wohle der Angestellten und Arbeiter zu verwenden suchten, hat die eigentliche Entwicklung der Gruppenlebensversicherung eingesetzt, die noch besonders gefördert wurde durch die gesetzliche Bestimmung, dass Aufwendungen für Wohlfahrtsfonds und Versicherungen von der eidgenössischen Kriegsgewinnsteuer befreit waren. Rasch stieg die Zahl der jährlich abgeschlossenen Versicherungsverträge und die Zahl der dadurch versicherten

Personen. Beinahe sämtliche schweizerische Lebensversicherungsgesellschaften haben sich dem Geschäfte der Gruppenlebensversicherung zugewendet.

Deutlich zeigen uns die Angaben einer schweizerischen Versicherungsanstalt den Aufschwung, den die Gruppenlebensversicherung gerade in den letzten Jahren genommen hat <sup>1)</sup>.

Jahr	Zahl der bei dieser Gesellschaft laufenden Gruppenlebensversicherungsverträge	Zahl der ausgestellten Policen	Zahl der Policen auf einen Vertrag
1923 . . .	141	11.933	85
1924 . . .	158	13.635	85
1925 . . .	189	15.861	83
1926 . . .	236	18.759	79
1927 . . .	308	23.000	74
1928 . . .	373	?	?

Die Zahl der auf einen Gruppenlebensversicherungsvertrag entfallenden Policen ist in stetem Sinken begriffen. Entfielen im Jahre 1923 noch 85 Policen auf einen Gruppenlebensversicherungsvertrag, so ist diese Zahl bis zum Jahre 1927 auf 74 gesunken. Diese Erscheinung zeigt, dass der Vorteil der Gruppenlebensversicherung gegenüber der selbständigen Versicherung immer mehr von Unternehmungen mit kleinem Personalbestand erkannt wird.

Umfassende Erhebungen des Bundesamtes für Sozialversicherung und des Zentralverbandes schweizerischer Arbeitgeber-Organisationen, die Ende des Jahres 1925 als Vorarbeiten zur eidgenössischen Sozialversicherung gemacht wurden, orientieren über den Umfang, in welchem durch private Versicherung das Versicherungsbedürfnis des Einzelnen befriedigt wird und inwiefern durch Fürsorgeeinrichtungen der Arbeitgeber für die nicht selbständig arbeitenden Berufsschichten gesorgt ist. Während die Erhebungen des Bundesamtes sich sowohl auf die Pensionskassen des Bundes, der Kantone, Gemeinden, öffentlichen Anstalten, Transportunternehmungen und Versicherungsanstalten zugunsten ihres Personals, als auch auf die bei den konzessionierten Versicherungsanstalten laufenden Einzel- und Gruppenlebensversicherungsverträge erstreckten, war es Aufgabe des Arbeitgeberverbandes, über die bei privaten Arbeitgebern bestehenden Fürsorgeeinrichtungen dem Bundesamte Bericht zu erstatten <sup>2)</sup>. Die Gruppenlebensversicherung wurde daher sowohl in der Erhebung des Bundesamtes als auch in derjenigen des Arbeitgeberverbandes berücksichtigt. Diese Erhebungen

<sup>1)</sup> Leider war es nicht möglich, entsprechende Ziffern von sämtlichen schweizerischen Versicherungsgesellschaften zu erhalten.

<sup>2)</sup> Der Arbeitgeberverband hatte sich gegenüber dem Bundesamt für Sozialversicherung verpflichtet, diese Erhebung durchzuführen.

geben allerdings nur ein Bild über den Stand der Entwicklung der Gruppenlebensversicherung im Zeitpunkte der Erhebung; doch kann hieraus auf die Bedeutung und Verbreitung dieses Versicherungszweiges in der Schweiz im allgemeinen geschlossen werden <sup>1)</sup>.

Die Bedeutung der Gruppenlebensversicherung im Rahmen des allgemeinen Lebensversicherungsgeschäftes der schweizerischen Versicherungsgesellschaften kann zahlenmässig durch einen Vergleich des versicherten Kapitals und der versicherten Renten im Gruppen- gegenüber dem Einzellebensversicherungsgeschäft erfasst werden <sup>2)</sup>. Gesamtbetrag des versicherten Kapitals Ende des Jahres 1925:

- a) bei der Einzellebensversicherung Fr. 2.377.305.415, —;
- b) bei der Gruppenlebensversicherung Fr. 109.937.270, —.

Gesamtbetrag der versicherten Renten Ende des Jahres 1925:

- a) bei der Einzellebensversicherung Fr. 9.270.328, —;
- b) bei der Gruppenlebensversicherung Fr. 10.568.463, —.

Wenn auch der Gesamtbetrag des versicherten Kapitals bei der Gruppen gegenüber der Einzellebensversicherung Ende des Jahres 1925 noch relativ gering war, so zeigt sich die besondere Bedeutung der Gruppenlebensversicherung als Pensionsversicherung in der Höhe der versicherten Renten. Während aber bei der Einzellebensversicherung beinahe ausschliesslich laufende Renten vorkommen, sind es bei der Gruppenlebensversicherung zum grossen Teil anwartschaftliche Renten. Diese Tatsache ist beim Vergleich obiger Zahlen in Berücksichtigung zu ziehen. Welche weitere bedeutsame Entwicklung im Gruppenlebensversicherungsgeschäft noch möglich ist, zeigt sich darin, dass diese beträchtlichen Kapital- und Rentenversicherungssummen von den Versicherungsgesellschaften in kaum einem Jahrzehnt erreicht werden konnten. Entsprechende Vergleiche hinsichtlich der bezahlten Prämien und der Deckungskapitalien im Einzel- und Gruppenlebensversicherungsgeschäft müssen infolge des für die Gruppenlebensversicherung fehlenden Zahlenmaterials unterbleiben.

Auch im Anteil, den die Gruppenlebensversicherung an der Gesamtzahl der in der Schweiz bestehenden Fürsorgeeinrichtungen hat, zeigt sich die bedeutende Stellung, die sich die Gruppenlebensversicherung in kürzester Zeit zu schaffen wusste. Von 982 Fürsorgeeinrichtungen privater Arbeitgeber in der Schweiz sind im Jahre 1925 179 oder etwas weniger als ein Fünftel Gruppenversicherungen <sup>3)</sup>. Nach der Zahl der Versicherten betrachtet, ist allerdings der Anteil der Gruppen-

<sup>1)</sup> Die Erhebung des Bundesamtes für Sozialversicherung ist in der von ihm im Jahre 1929 herausgegebenen Schrift: «Die in der Schweiz bestehenden Einrichtungen für die Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung im Jahre 1925» veröffentlicht. Der Arbeitgeberverband hat in einer im August 1928 erschienenen Publikation die Resultate der von ihm durchgeführten Erhebung veröffentlicht.

<sup>2)</sup> Die Angaben über die Gesamtbeträge des versicherten Kapitals und der versicherten Renten im Einzellebensversicherungsgeschäft stammen aus dem Bericht des Eidg. Versicherungsamtes für das Jahr 1925, Bern 1927. Die Angaben für das Gruppenlebensversicherungsgeschäft sind mir vom Bundesamte für Sozialversicherung mitgeteilt worden.

<sup>3)</sup> Nach Angaben des Arbeitgeberverbandes in seiner Schrift: Die Fürsorge privater Unternehmungen für ihr Personal bei Alter, Invalidität und Tod. Zürich 1928.

lebensversicherung wesentlich geringer, da von den in obgenannten 982 Fürsorgeeinrichtungen versicherten 138.546 Personen lediglich 10.236 oder 7,4 % in der Form der Gruppenlebensversicherung versichert sind. Diese Zahlen zeigen, dass die Gruppenlebensversicherung hauptsächlich eine Form der Angestellten- und Arbeiter-Fürsorge kleiner, d. h. mit wenig Personal arbeitender Unternehmen ist. Vor allem haben sich deshalb Handelsfirmen, kleinere Banken, Treuhandinstitute usw., aber auch industrielle Unternehmungen, besonders der Textil- und Nahrungsmittelbranche, der Gruppenlebensversicherung bedient. Je grösser aber der durchschnittliche Personalbestand pro Unternehmen in einem Erwerbszweig ist, desto geringer ist auch der Anteil der Gruppenlebensversicherungen an der Gesamtzahl der Fürsorgeeinrichtungen. (Vgl. nachfolgende Tabelle nach Angaben des Arbeitgeberverbandes.)

Arbeitgebergruppe	Anzahl der Fürsorgeeinrichtungen		Zahl der in die Fürsorge einbezogenen Personen		Zahl der durchschnittlich auf eine Fürsorgeeinrichtung entfallenden Personen	
	Total	Davon in Form der Gr.-Vers.	Total	Davon in Form der Gr.-Vers.	Unter Berücksichtigung aller Fürsorgeeinrichtungen	der durch Gr.-Vers. Versicherten
Maschinenindustrie . .	104	7	38.758	1177	372	168
Textilindustrie . . . .	224	40	44.298	4326	198	108
Nahrungsmittelindustrie . . . . .	71	26	9.528	1766	134	68
Handel . . . . .	104	38	3.625	741	35	20

Das sozialpolitisch erstrebenswerte Ziel der Fürsorge der gesamten Bevölkerung gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Tod und Invalidität kann ohne Zweifel einzig und allein durch eine auf öffentlich-rechtlicher Grundlage aufgebaute Sozialversicherung erreicht werden. Arbeitgeber wie Arbeitnehmer werden aber in jedem Falle an der Beibehaltung der bestehenden Fürsorgeeinrichtungen ein grosses Interesse haben, somit auch an einer gesunden Entwicklung des Gruppenlebensversicherungsgeschäftes, das langsam durch die immer weiter führenden Prämienunterbietungen der sich gegenseitig konkurrenzierenden Versicherungsgesellschaften in Frage gestellt wird. Durch gemeinsame Bestrebungen sämtlicher Lebensversicherungsgesellschaften sollte versucht werden, diesen volkswirtschaftlich und sozialpolitisch bedeutsamen Zweig des Lebensversicherungsgeschäftes in seiner Entwicklung zu fördern. Dieses Ziel könnte durch eine von sämtlichen schweizerischen Versicherungsgesellschaften errichtete *selbständige, schweizerische Gruppenlebensversicherungs-Anstalt*, der allein die Pflege des Gruppenlebensversicherungsgeschäftes in der Schweiz zusteht, erreicht werden. Die Bestimmung der rechtlichen Form dieser Anstalt, Aufbringung des Kapitals usw. wird Aufgabe der beteiligten Versicherungsgesellschaften sein. Damit sei lediglich eine Lösung der Frage angedeutet, wie eine, im Interesse der gesamten

Wirtschaft liegende gesunde Entwicklung der Gruppenlebensversicherung angestrebt werden kann. Die jährlich relative und absolute Zunahme der durch Gruppenlebensversicherung versicherten Personen wird dieser Frage in den nächsten Jahren erhöhte Bedeutung eintragen.

## II. Der Gruppenlebensversicherungsvertrag in der Schweiz

### 1. Entstehung eines Gruppenlebensversicherungsvertrages

*Reklame und Propaganda:* Die Versicherungsgesellschaften suchen im Gruppen-, analog dem Einzellebensversicherungsgeschäft, mit Hilfe von Werbeschriften und persönlicher Bearbeitung durch Agenten und Fachleute den Abschluss von Versicherungsverträgen herbeizuführen. Mehr oder weniger kurze Orientierungen über Wesen und Zweck der Gruppenlebensversicherung verfolgen das Ziel, den Arbeitgeber von der Notwendigkeit der Fürsorge seiner Arbeitnehmer für die Zeiten wirtschaftlicher Not zu überzeugen und ihm im besonderen die Vorteile des Anschlusses an eine Lebensversicherungsgesellschaft gegenüber der Selbstversicherung nahelegen. In solchen, allgemein gehaltenen Propagandaschriften wird der zukünftige Versicherungsnehmer über die Möglichkeiten und Arten einer Gruppenlebensversicherung, wie auch über die erforderlichen finanziellen Mittel orientiert. Ist einmal das Interesse des Arbeitgebers geweckt, so sucht die Versicherungsgesellschaft durch einen ihrer technischen Beamten den Abschluss des Vertrages in mündlichen und schriftlichen Verhandlungen anzustreben. Auf Grund eines vom Arbeitgeber einzureichenden Personalverzeichnisses mit Angaben über Alter, Dienstalter, Gehaltshöhe der zu versichernden Arbeitnehmergruppe macht die Versicherungsgesellschaft dem Arbeitgeber einen unverbindlichen und kostenlosen Voranschlag. Kann der Arbeitgeber diesem Vorschlag der Versicherungsgesellschaft nicht beistimmen, so hat er die Möglichkeit, auf anderer Grundlage mit beispielsweise reduzierten versicherten Leistungen weitere Berechnungen zu verlangen. Monate-, ja sogar jahrelang können sich diese Verhandlungen hinziehen, bis der Arbeitgeber sich endgültig entschlossen hat erstens, ob er überhaupt seine Fürsorgeeinrichtung in der Form der Gruppenlebensversicherung errichten will, und zweitens, mit welcher Gesellschaft er den Vertrag abzuschliessen gedenkt, da regelmässig Projekte mehrerer Versicherungsgesellschaften vorliegen werden.

*Der Vertragsabschluss:* Vertragsschliessende Parteien sind der Arbeitgeber — Firma — als Versicherungsnehmer und die Versicherungsgesellschaft als Versicherer. Sämtliche Rechte und Pflichten, die sich aus dem Verträge ergeben, stehen ausschliesslich der Firma und der Versicherungsgesellschaft zu. Der Versicherte — Arbeitnehmer — steht in keinem direkten Vertragsverhältnis mit der Versicherungsgesellschaft.

Das Vertragsverhältnis zwischen Versicherungsgesellschaft und Arbeitgeber wird schriftlich niedergelegt. In diesem Vertragsdokument sind alle die Versicherung betreffenden Tatsachen enthalten, wie: Abgrenzung des Kreises der zu versichernden Personen, Umfang der Versicherung, Höhe der versicherten

Leistungen, Versicherungsansprüche bei Lösung des Arbeitsverhältnisses usw. Für den Versicherungsnehmer besteht die Pflicht, die Prämien für die Versicherten in *einem* Betrage an den Versicherer abzuführen. Jede Tatsache, die einen Anspruch des Versicherten aus dem Versicherungsvertrage begründet, muss dem Versicherer durch den Versicherungsnehmer angezeigt werden. Der Arbeitnehmer hat die Pflicht, seine Ansprüche ausschliesslich durch seinen Arbeitgeber geltend zu machen. Die Auszahlung der fälligen versicherten Leistungen erfolgt an den Versicherungsnehmer, der für die Weiterleitung der Leistung an den Versicherten verantwortlich ist. Das nicht durch Alter, Tod oder Invalidität erfolgte Ausscheiden von Versicherten und die damit verbundene eventuelle Abgabe der Versicherungspolice bedarf einer besondern Regelung im Versicherungsvertrag. Weitere notwendige Vertragsbestandteile sind Bestimmungen über Dauer und Kündigung des Vertrages sowie über die bei Auflösung des Vertrages den Versicherten zustehenden Rechte und Pflichten. Die Versicherungspolice werden auf Grund des namentlichen Verzeichnisses der Versicherten mit Angabe des jeweiligen Empfangsberechtigten im Todesfalle des Versicherten ausgestellt und ausgehändigt. Dabei darf es lediglich als eine technische Frage betrachtet werden, ob für alle Versicherten nur eine Police ausgestellt wird und der Einzelne ein Certificat erhält, oder ob jeder Versicherte in den Besitz einer eigenen Police gelangt.

## 2. Die Zusammensetzung des als Gruppe versicherten Personenkreises

Die Frage nach der Zusammensetzung des als Gruppe versicherten Personenkreises scheint nach der Definition des Begriffes Gruppenlebensversicherung überflüssig, denn durch den Gruppenlebensversicherungsvertrag soll die Angestellten- oder Arbeiterschaft eines Arbeitgebers zwangsmässig versichert werden. Inwiefern kann aber doch von einer bestimmten Zusammensetzung des als Gruppe versicherten Personenkreises gesprochen werden?

Die obligatorisch zu versichernde Angestellten- oder Arbeiterschaft kann nach bestimmten Gesichtspunkten abgegrenzt werden. Voraussetzung ist, dass derjenige Teil von Angestellten oder Arbeitern, der versichert wird, als Ganzes betrachtet werden kann und nicht willkürlich zusammengesetzt ist. Die Möglichkeit individueller Auslese muss ausgeschlossen sein. Zu Beschränkungen des Personenkreises führen finanzielle Gesichtspunkte des Arbeitgebers; so können gewisse minimale Bedingungen aufgestellt werden — Festsetzen eines niedrigsten und höchsten Eintrittsalters oder einer Mindestdienstzeit —, die der Einzelne erfüllen muss, um in die Versicherungsgruppe aufgenommen zu werden. Durch solche Massnahmen können die Prämienkosten wesentlich reduziert werden. Die Grenze der Mindestzahl von Personen, die für den Abschluss einer Gruppenlebensversicherung notwendig ist, wurde von einzelnen Versicherungsgesellschaften sehr weit hinabgesetzt. Gruppenversicherungen für fünf Personen und weniger sind keine Seltenheit.

Dem Zwecke der Personalversicherung widerspricht es, jeden Angestellten oder Arbeiter ohne Rücksicht auf seine Tauglichkeit und Fähigkeit vom Momente

seiner Anstellung an ohne weiteres zu versichern. Das Bestreben geht vielmehr dahin, unbeständiges Personal von der Versicherung auszuschliessen. Personal, das noch in der Lehrzeit steht, soll nicht in die Versicherung einbezogen werden. Die stärksten Fluktuationen im Angestellten- oder Arbeiterbestand finden sich bei den erst seit kurzer Zeit Beschäftigten. Um daher die Kosten der Versicherung für die schon nach wenigen Monaten wieder aus dem Unternehmen Ausscheidenden zu vermeiden, wird von den Arbeitnehmern im allgemeinen eine Mindestdienstdauer verlangt, die normalerweise zwei bis fünf Jahre, in einzelnen Fällen bis zu 10 Jahren beträgt. Erst nach Ablauf dieses Zeitraumes erfolgt die Aufnahme in die Versicherung. Den gleichen Zweck — Kostenersparnis für stark wechselndes Personal — hat das Festsetzen einer untern Altersgrenze, während eine obere Altersgrenze einer starken Belastung der Gesamtprämie vorzubeugen sucht, die durch das für ältere Personen bestehende grössere Sterbe- und Invaliditätsrisiko sowie namentlich durch die kürzere Prämienzahlungsdauer verursacht wird. Besondere Bedeutung hat die Errichtung einer oberen Altersgrenze beim *Abschluss* eines Gruppenlebensversicherungsvertrages, denn, besteht einmal die Fürsorgeeinrichtung, so beschränkt sich der Zweck obiger Bestimmung auf die höchst seltenen Fälle der Einstellung von Personal in einem Alter von über 55 bis 60 Jahren. Häufig drängt aber gerade das ältere Personal zum Abschluss einer Versicherung. Ist kein Fonds vorhanden, der als Einmal-einlage verwendet werden kann, so besteht die Möglichkeit, durch ermässigte versicherte Leistungen die Prämienkosten zu verringern. Es wird sich dabei lediglich um ein Übergangsstadium handeln, das so lange dauert, als diese älteren Jahrgänge dem Unternehmen angehören. Eine andere Form der finanziellen Entlastung des älteren Personals besteht darin, dass der Arbeitgeber die gesamten Prämienkosten — die sich aus den individuellen Prämien für jeden Versicherten zusammensetzen — gleichmässig auf alle Gruppenversicherten ohne Rücksicht auf deren Alter verteilt. Für die jüngeren Angestellten und Arbeiter bedeutet dies eine schwere Belastung. Diese Art der Prämienverteilung ist vom Durchschnittsprämienverfahren, das bei der Gruppenlebensversicherung nicht angewendet werden darf, wohl zu unterscheiden.

Der Kreis der versicherten Personen kann auch durch das der Versicherungsgesellschaft vorbehaltene Recht, gewisse angemeldete Versicherungskandidaten zurückzuweisen, eingeschränkt werden. Im allgemeinen wird jedoch zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vereinbart, dass dem Anmeldezwang des Versicherungsnehmers ein Annahmezwang des Versicherers entspricht.

### 3. Umfang der Gruppenlebensversicherung, Versicherungsarten und Höhe der Leistungen

Die Gruppenlebensversicherung soll die wirtschaftliche Fürsorge des Arbeitnehmers und seiner Familie umfassen, die bei Alter, Invalidität und Tod notwendig ist. Wenn auch Alters- und Invalidenversicherung für den Arbeitgeber grössere Bedeutung haben, so wird er doch im Interesse des Arbeitnehmers die Hinterbliebenenversicherung in die Fürsorgeeinrichtung einbeziehen.

Die *Altersversicherung* hat den Zweck, den Versicherten bei hohem Alter vor wirtschaftlicher Not zu schützen, die ihn infolge des Erwerbsausfalles treffen kann. Die Leistungen der Altersversicherung werden von einem im Vertrage zu vereinbarenden Alter an gewährt, ohne Rücksicht auf das Mass der zu dieser Zeit noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit. Gegenstand zahlreicher Errörterungen bildet die Festsetzung des Rücktrittsalters, d. h. desjenigen Altersjahres, in welchem der versicherte Arbeitnehmer in den Genuss der versicherten Leistung gelangt. Diese Altersgrenze nicht allzuweit hinaufzusetzen, liegt sowohl im Interesse des Arbeitgebers als auch des Angestellten oder Arbeiters. Jeweils entscheidend sind finanzielle Gesichtspunkte; denn je niedriger das Alter, das zur Leistung berechtigt, festgesetzt wird, desto teurer gestaltet sich die Versicherung. Beruf und Geschlecht des Versicherten sind bei der Festsetzung des Rücktrittsalters zu berücksichtigen. Nicht jeder Beruf stellt an den Einzelnen die gleichen Anforderungen. Die Altersermüdung wird nicht überall zur gleichen Zeit eintreten. Die Berechtigung zur versicherten Leistung wird bei weiblichem Personal früher als bei männlichem Personal der entsprechenden Berufsklasse anzusetzen sein. Normal wird als Rücktrittsalter bei männlichem Personal das 60. bis 65. Altersjahr, bei weiblichem das 55. bis 60. Altersjahr gewählt.

Die versicherte Leistung kann in der Form der Kapitalabfindung oder als Rente ausbezahlt werden. Die erstere Form überwiegt bei der Einzellebensversicherung <sup>1)</sup>, während bei Gruppenlebensversicherungen das zahlenmässige Übergewicht der Kapital- gegenüber der Rentenversicherung lange nicht mehr so gross ist <sup>2)</sup>. Die Rente oder Pension ist als eine teilweise Fortsetzung des Gehaltes gedacht und wird dem Berechtigten periodisch, im allgemeinen bis zu dessen Tode verabfolgt. Sie soll zur Befriedigung der notwendigsten Lebensbedürfnisse ausreichen. Der Versicherte ist nicht der Gefahr der Verschleuderung oder des Missbrauches des Rentenskapitals ausgesetzt. Bei der Kapitalversicherung besteht die versicherte Leistung in der Auszahlung einer einmaligen Summe. Der Versicherte hat damit die Möglichkeit, den gesamten Betrag auf eine Art und Weise zu verwenden, wie er ihm den grössten wirtschaftlichen Nutzen bringt. Dadurch, dass bei Kapitalabfindungen in besondern Fällen das Recht der Verwaltung des Geldes einer Bank vorbehalten bleibt, kann der Gefahr einer unrichtigen Verwendung des Kapitals vorgebeugt werden. Ein unbestreitbarer Vorteil der Kapitalversicherung ist die Möglichkeit einer jederzeitigen Umwandlung in eine Rente, während eine Rentenversicherung nur selten in eine Kapitalversicherung umgewandelt werden kann. Je nach den gegebenen Verhältnissen wird man zur Kapital- oder Rentenversicherung greifen. Für bestimmte Berufsschichten, deren Angehörige zeitlebens an ein festes Einkommen gewöhnt waren, wird die Rentenform vorteilhafter sein, für andere wiederum die Kapitalform.

---

1) Kapitalversicherungsbestand (Schweiz) (1925)	2377 Millionen.
Rentenversicherungsbestand . . . . .	9 »
2) Kapitalversicherungsbestand . . . . .	110 »
Rentenversicherungsbestand . . . . .	10 »

Oft werden auch finanzielle Gesichtspunkte den Ausschlag geben, da bei den üblichen Leistungshöhen Kapitalversicherungen schon zu bedeutend niedrigeren Prämien als Rentenversicherungen abgeschlossen werden können. Die Kapitalversicherung, die einer Rentenversicherung gleichwertig ist, erfordert jedoch den gleichen Prämienaufwand.

Die Höhe der versicherten Leistungen wird sich nach den vorhandenen finanziellen Mitteln richten, die durch den eine Gruppenlebensversicherung abschliessenden Arbeitgeber aufgebracht werden können.

Man unterscheidet *einheitliche* sowie nach Dienstdauer und Besoldung *abgestufte* versicherte Leistungen. In jedem Falle muss die Höhe der versicherten Leistung bestimmt oder berechenbar sein und darf nicht im Ermessen des Versicherungsnehmers liegen.

Den Vorteil grösster Einfachheit, namentlich hinsichtlich der Prämienberechnung, bildet die Auszahlung einer einheitlichen Versicherungssumme an alle Versicherten, ohne Rücksicht auf deren Dienstalter oder Lohnhöhe. Diese einheitliche Versicherungssumme kann als Rente oder als einmalige Kapitalabfindung ausbezahlt werden. Um jedoch verhältnismässig hohe Kosten zu vermeiden, können nach dieser Versicherungsform nur niedrige Durchschnittsleistungen ausgerichtet werden.

Für die Bestimmung der Höhe der versicherten Leistung bilden Besoldung und Dienstdauer den ungleich feinem Massstab. Dadurch wird eine weitgehende individuelle Behandlung des einzelnen Arbeitnehmers gestattet.

*1. Abstufung der versicherten Leistung nach der Lohnhöhe.* Grundlage für die Berechnung der versicherten Leistung bildet im allgemeinen der Jahreslohn des Arbeitnehmers. Jeder Versicherte erhält eine Altersrente oder Kapitalabfindung in der Höhe eines bestimmten Prozentsatzes des zuletzt oder durchschnittlich bezogenen Jahreslohnes beim betreffenden Arbeitgeber.

*2. Abstufung der versicherten Leistung nach der Dienstdauer.* Mit zunehmender Dienstdauer steigen die versicherten Leistungen jährlich um einen gewissen Prozentsatz, bis nach einer bestimmten Anzahl von Jahren das Maximum erreicht wird.

<i>Beispiel:</i>	Zurückgelegte Dienstjahre	Versicherungssummen in Franken	Rente in Franken
	5— 9	3000	600
	10—14	4000	800
	15—19	5000	1000
	20—24	6000	1200
	25—29	7000	1400
	30 und mehr	8000	1600

*3.* Diese beiden Arten der Abstufung der versicherten Leistungen können auch kombiniert werden.

*Die versicherten Leistungen werden in Prozenten der anrechenbaren Besoldung ausgedrückt und steigen mit zunehmenden Dienstjahren.*

<i>Beispiel:</i>	Zurückgelegte Dienstjahre	Versicherungssumme in % des Gehalts	Rente in % des Gehalts
	15	100	30
	16	110	32
	17	120	34
	18	130	36
	.	.	.
	.	.	.
	30	250	60

Die Wahl der Skala ist letzten Endes immer eine Kostenfrage.

Die *Hinterbliebenenversicherung* soll eine Fürsorge der Angehörigen des Versicherten bei dessen Tode sein und einen gewissen Ersatz für den durch dieses Ereignis bedingten Erwerbsausfall bilden. Die Bedeutung der Hinterbliebenenversicherung ist für den Versicherten am grössten in seinen jungen Jahren, wenn er noch kein Vermögen besitzt und die Kinder klein sind. Diese Tatsache wird bei der Bemessung der Höhe der versicherten Leistungen immer noch zu wenig berücksichtigt. Kapitalversicherungen auf den Todesfall, deren Höhe mit zunehmenden Dienstjahren steigt, bedeuten für den Versicherten keinen Vorteil. Sozialpolitische Gesichtspunkte sprechen in der Hinterbliebenenversicherung für hohe Leistungen an junge Versicherte. Die Höhe der versicherten Leistungen kann wie bei der Altersversicherung in Prozenten der Besoldung bestimmt werden und sich je nach Anzahl und Alter der vorhandenen Kinder richten. Sind die Kinder erwerbsfähig geworden oder verheiratet sich die Witwe wieder, so fällt der Zweck der Fürsorge dahin und die Fürsorgeleistungen werden eingestellt.

Die *Verbindung von Alters- und Hinterbliebenenversicherung findet sich in der gemischten Versicherung*. Die versicherte Leistung wird beim Tode des Versicherten fällig, spätestens aber bei Erreichung eines bestimmten Altersjahres — 55—65. Diese Versicherung kann nur in der Form der Kapitalversicherung abgeschlossen werden.

Die *Invaliditätsversicherung* soll den Versicherten gegen die ökonomischen Folgen der Invalidität schützen. Nach den Beobachtungen und Erfahrungen der letzten Jahrzehnte hat die Gefahr, invalid zu werden, unbestreitbar stark zugenommen, sowohl als Folge der Entwicklung und Ausbreitung des modernen Verkehrs und Wirtschaftslebens, wie auch namentlich als Folge der veränderten Arbeitsverhältnisse. Die zunehmende Bedeutung der Invaliditätsversicherung hat dazu geführt, diesen Versicherungszweig in die, ehemals nur als Pensionsversicherung — Alters- und Hinterbliebenenversicherung — gedachte, Gruppenlebensversicherung einzubeziehen.

Unter Invalidität versteht man gänzliche oder teilweise durch Krankheit oder Körperverletzung verursachte Erwerbsunfähigkeit. Sie ist als Berufsinvalidität anzusprechen, sofern sie den Versicherten in der vollen Ausübung seines Berufes beeinträchtigt und dadurch seine Lebensstellung gefährdet. Die Bestimmung des Zustandes «Invalidität» ist oft schwierig, da der Begriff der Invalidität sehr dehnbar ist und tatsächlich auch sehr verschieden ausgelegt wird. Unverkennbare Merkmale, die den Versicherten in den Genuss der ver-

sicherten Leistung setzen — Eintritt des Todes, Erreichen eines bestimmten Altersjahres — fehlen bei der Invaliditätsversicherung. Je nachdem der Begriff der Invalidität enger oder weiter ausgelegt wird, verkleinert oder vergrössert sich die Zahl der Versicherungsleistungsberechtigten. Diesem Risiko sucht der Versicherer teilweise zu entgehen durch die Bestimmung, erst nach einer gewissen Zeitspanne, während der der Versicherte vollkommen arbeitsunfähig war, leisten zu müssen.

Die Leistungen aus der Invaliditätsversicherung können drei Formen annehmen:

1. Prämienbefreiung bei eintretender Invalidität.
2. Auszahlung einer Kapitalleistung.
3. Auszahlung einer Rente.

Wird als Versicherungsleistung eine Rente ausbezahlt, so ist die Dauer dieser Rentenzahlung begrenzt durch den Eintritt des Versicherten in den Genuss der Leistungen aus der Altersversicherung. Bei Teilinvalidität, die einen Sonderfall der dauernden Invalidität bildet — der Erwerbende ist nicht voll arbeitsunfähig, das heisst die Invalidität ist nicht hundertprozentig —, kann die Höhe der versicherten Leistungen, je nach dem Grad der Invalidität, verschieden angesetzt sein. Für den Verlust eines Auges, für die Amputation eines Armes oder Beines können bestimmte feste Leistungen zur Auszahlung gelangen, die ihr Maximum bei vollkommener Arbeitsunfähigkeit des Invaliden erreichen.

Mit dem Eintritt der Invalidität, sei es Teil- oder Vollinvalidität, tritt beim Versicherten eine Reduktion des normalen Arbeitsverdienstes ein, und die Zahlung weiterer Prämien für Alters- und Hinterbliebenenversicherung wird ihm Schwierigkeiten bieten. Diese Prämienzahlungen können dem Versicherten erspart werden, wenn das Invaliditätsrisiko von Beginn der Versicherung an in die Prämie einkalkuliert wird.

Die Verbindung von Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung zeigt untenstehendes Beispiel.

Zurückgelegte Dienstjahre	Todesfallsumme in % der anrechen- baren Besoldung	Alters- und Invalidenrenten in % der anrechen- baren Besoldung
5	100	35
6	110	36
7	120	37
8	130	38
9	140	39
30	350	60

Nach einer Mindestdienstdauer von fünf Jahren steigt die Todesfallsumme von 100 % der anrechenbaren Besoldung im fünften Dienstjahr auf ein Maximum von 350 % nach 30 Dienstjahren, die Altersrente und Invalidenrente steigt im gleichen Zeitraum von 35 auf 60 % der anrechenbaren Besoldung.

Die Kombination von Alters-, Hinterbliebenen- und Invaliditätsversicherung, die vor allem auch im Interesse des Arbeitnehmers steht, findet sich bei fast allen in der Schweiz abgeschlossenen Gruppenlebensversicherungsverträgen.

#### 4. Die Kosten einer Gruppenlebensversicherung und ihre Verteilung auf Versicherungsnehmer und Versicherte

Die *Berechnung der Prämien* für eine Gruppenlebensversicherung erfolgt unter Berücksichtigung der Risiken, welche die als Gruppe versicherten Angestellten oder Arbeiter dem Versicherer bieten. Die Gesamtprämie für die versicherte Gruppe erhält man aus der Summe aller Einzelprämien für die versicherten Angestellten oder Arbeiter. Die Gesamtprämie ist damit dem Risiko jeder einzelnen Gruppe angepasst. Ein Arbeitgeber mit vorwiegend jungem Personal wird entsprechend geringere Aufwendungen zu machen haben, als ein mit hauptsächlich älteren Arbeitskräften durchsetztes Unternehmen. Weibliche Personen verlangen durch ihr längeres Leben und ihre grössere Invaliditätsgefahr höhere Prämien, als für im entsprechenden Alter stehendes männliches Personal erforderlich ist. Durch den Wegfall der Witwenversicherung bei weiblichem Personal wird aber letztens die Prämienhöhe für beide Geschlechter nicht stark verschieden sein. Eine Mehrbelastung eines Arbeitgebers zugunsten eines andern ist bei den nach der individuellen Methode berechneten Prämien ausgeschlossen. Versicherungstechnisch zu verwerfen ist eine Prämienberechnung, die lediglich auf die Anzahl der zu versichernden Personen Rücksicht nimmt. Kein Unternehmen weist hinsichtlich seiner Alterszusammensetzung mit so und so viel anderen Unternehmungen vollkommene Übereinstimmung auf, und eine ungleiche finanzielle Belastung der einen gegenüber der andern versicherten Gruppe ist die Folge. Von praktischer Bedeutung war diese Art der Feststellung der Gesamtprämie bis heute nicht.

Die steigenden versicherten Leistungen erfordern entsprechend steigende Prämienleistungen. Diese können schon zu Beginn der Versicherungsdauer berücksichtigt und gleichmässig auf alle zu zahlenden Prämien umgelegt werden. Damit wird für die gesamte Prämienzahlungsdauer eine einheitliche konstante Prämie geschaffen. Die Anwendung dieses Verfahrens der Prämienzahlung auf die Versicherung einer Angestellten- oder Arbeiterschaft ist ungeeignet. Nur für die geringste Zahl von Angestellten oder Arbeitern steht es von vornherein fest, dass sie die skalenmässig erforderlichen Dienstjahre, um in den Genuss der versicherten Leistung zu gelangen, auch beim betreffenden Arbeitgeber erreichen. Sind erst die versicherten Leistungen in Prozenten der Besoldung festgesetzt, so werden schon nach wenigen Jahren, je nach Fähigkeit und Können des Einzelnen, dem Gehalt entsprechend verschiedene Prämien zu zahlen sein. Für den zu Prämienleistungen herbeigezogenen Arbeitgeber können dadurch jahrelang erhebliche Ausgaben entstehen für ungewisse spätere Verpflichtungen. Die Auslagen für die mit der Versicherungsdauer steigenden versicherten Leistungen sollen erst dann gemacht werden, wenn der Versicherte sie wirklich verdient hat. Es empfiehlt sich daher, für diese erhöhten versicherten Leistungen die Form der Nachversicherung zu wählen. Im Zeitpunkt des Übertritts in eine höhere Dienstaltersstufe oder bei Eintritt von Gehaltsaufbesserungen werden die Erhöhungen nach Vornahme ergänzender Nachversicherungen durchgeführt. Die Prämie eines im Unternehmen verbleibenden Angestellten oder

Arbeiters setzt sich demnach aus der erstmaligen Prämie und den Prämien der Nachversicherungen zusammen. Besonders mit Rücksicht auf die vorzeitig erfolgenden Austritte ist bei dieser Rechnungsart eine erhebliche Kostenersparnis möglich. Wenn sich auch die jährliche Prämie eines im Dienste des betreffenden Arbeitgebers bleibenden Angestellten oder Arbeiters erhöht, so werden die Jahresaufwendungen für einen grösseren Personalbestand nur geringen Schwankungen unterliegen; denn je grösser dieser Kreis der Versicherten ist, desto mehr wird sich ein Ausgleich zwischen Erhöhungen und Verringerungen in der Gesamtjahresprämie einstellen. Beschäftigt doch jeder Arbeitgeber im allgemeinen Personal aus den verschiedensten Altersstufen, solche, die bald in den Genuss der versicherten Leistung gelangen, und wieder andere, die durch Gehaltserhöhungen und längere Dienstdauer eine erhöhte Prämienzahlung notwendig machen. Bei neugegründeten Unternehmungen, die in der Regel über junges Personal verfügen, werden sich die jährlichen Aufwendungen im Laufe der Jahre vergrössern, bis eine gewisse Stabilität hinsichtlich Alter und Dienstdauer im Personalbestande erreicht ist. Im Zeitpunkt der Errichtung und in den nächsten Jahren ist der erforderliche Jahresaufwand an Prämien vielfach sehr hoch. Ein Grossteil derjenigen, die noch wünschen, in die Versicherung aufgenommen zu werden, steht in höherem Alter und verursacht durch die kurze Dauer der Prämienzahlung bis zum Eintritt des Versicherungsereignisses und wegen des hohen Barwerts der Anwartschaft auf Altersrente, weil kurz vor dem leistungsberechtigten Alter stehend, hohe Prämienkosten. Dadurch wird die Finanzierung des Fürsorgewerkes erschwert oder zum mindesten eine rationelle Ausgestaltung für die Zukunft verunmöglicht. Um die hohen Prämien in einer etwas erträglicheren Form bezahlen zu können, besteht die Möglichkeit, die Jahresprämie nicht nach dem im Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung geltenden Dienst- und Lebensalter zu berechnen, sondern so, wie sie sich gestalten würde, wenn das Fürsorgewerk von jeher bestanden hätte. Diese rückdatierten Prämien sind naturgemäss geringer und betragen oft nur die Hälfte des Betrages, der eigentlich entrichtet werden müsste. Der Unterschied der Barwerte der notwendigen und der zugrunde gelegten Jahresprämie ergibt die Höhe der Nachzahlung — den Fehlbetrag —, der als einmalige Summe an den Versicherer einbezahlt oder in Raten getilgt werden muss. Eine Kürzung der versicherten Leistungen für den Einzelnen tritt damit nicht ein. Relativ am einfachsten gestaltet sich diese Nachzahlung, wenn bereits ein Fonds für Fürsorgezwecke vorhanden ist, der als Einkaufssumme verwendet wird und dem einzelnen Angestellten oder Arbeiter nach Massgabe seines Dienst- und Lebensalters sowie der Höhe seiner Besoldung gutgeschrieben wird. Sind dagegen nur geringe oder gar keine Geldmittel vorhanden, die als Einkaufssumme verwendet werden können, so kann dieser Betrag dem Versicherungsnehmer durch den Versicherer oder einen Dritten — Bank — zur Verfügung gestellt, um dann während einer längeren Reihe von Jahren ratenweise getilgt zu werden.

*Gewinnbeteiligung:* Der Gruppenlebensversicherungsvertrag wird immer auf eine grössere Anzahl von Jahren geschlossen; seine Dauer kann unbeschränkt sein. Zweck jeder Versicherung ist die Deckung eines zufälligen Schadens, dessen

Eintreffen zeitlich nicht bestimmbar ist. *Durch die Gewinnbeteiligung besteht die Möglichkeit, dem Versicherten einen Anteil am günstigen Verlauf seiner Versicherung zu gewähren*, wodurch der Hauptzweck der Versicherung, Deckung eines zufälligen Schadens mit dem geringsten Kostenaufwand, erreicht wird. Verschiedene Gewinnbeteiligungssysteme, durch die dem Versicherungsnehmer in irgendeiner Art ein Anteil am Reinertrag eingeräumt wird, werden bei der Einzellebensversicherung schon seit geraumer Zeit angewendet und haben seit einigen Jahren auch bei der Gruppenlebensversicherung Eingang gefunden. Dem einzelnen Versicherungsnehmer wird die Wahl zwischen Tarifen mit oder ohne Gewinnbeteiligung offen gelassen. Tarife ohne Gewinnanteil weisen etwas niedrigere Prämiensätze auf und gestatten von vornherein einen genauen Überblick über die künftigen finanziellen Verpflichtungen. Bei Versicherungen mit Gewinnbeteiligung zieht andererseits der Versicherungsnehmer den Nutzen, neben einem geringen Aufschlagsgewinn, aus dem Zinsgewinn und einem günstigeren als vorgesehenen Verlauf der Sterblichkeit und Invalidität der Gesamtheit der versicherten Gruppen. Der Versicherungsnehmer wird daher Reinerträge, die ihm im Laufe der Zeit zufließen können, bei der Beurteilung der Höhe der Prämien berücksichtigen müssen.

Im allgemeinen unterscheidet man natürliche und mechanische Dividendenpläne, je nachdem äusserlich mit dem jährlich zur Verteilung gelangenden Überschuss ein Zusammenhang besteht oder nicht. Erfolgt die jährliche Gewinnverteilung ohne Rücksicht auf den gerade im abgelaufenen Jahr wirklich erzielten Überschuss, sondern nach irgendeinem beliebigen Schlüssel, so spricht man von einem *mechanischen Gewinnssystem*. Beispielsweise kann jedem Versicherten eine feste, jährlich steigende Dividende, die nach einer Anzahl von Jahren ihr Maximum erreicht, garantiert werden. Durch die Bildung eines Gewinnfonds besteht die Gewähr, die Auszahlung der Dividende nach dem im voraus bestimmten Plan durchzuführen. Aber auch das mechanische Gewinnssystem basiert letztlich auf dem natürlichen.

Der *natürliche Dividendenplan* erstrebt eine möglichst baldige restlose Aufteilung der Betriebsüberschüsse auf die einzelnen Versicherungen unter genauer Berücksichtigung der Entstehung der Überschüsse aus den einzelnen Gewinnquellen. Diese Gewinnverteilung auf Grund einer exakten Gewinnanalyse ist dem mechanischen Dividendensystem insofern überlegen, als eine weitreichende Anpassungsfähigkeit an die tatsächlichen Verhältnisse möglich ist. Die Ausschüttung des Gewinnes erfolgt entweder direkt oder durch Vermittlung eines Dividendenausschussfonds. Ein Dividendendeckungskapital wird nicht gebildet. Den Ausgangspunkt aller Gewinnberechnungen bildet die Tarifprämie. Sie wird ermittelt auf Grund der Sterbetafel, unter Zugrundelegen eines bestimmten Zinsfusses und unter Einrechnung eines gewissen Betrages für Verwaltungskosten. Die Versicherungsprämie wird vom Versicherer so hoch angesetzt, dass ihm auch unter relativ ungünstigen Verhältnissen die Erfüllung der von ihm übernommenen Verpflichtungen möglich ist. Aus dem, gegenüber den gemachten Annahmen, tatsächlich günstigeren Verlauf der Ereignisse in einem Versicherungsjahr ergibt sich der jährliche Gewinn, der an die Versicherten ausgeschüttet

wird. Den sich aus den drei Gewinnquellen — Sterblichkeit, Zins und Verwaltungskosten — ergebenden Gewinn regelt der sog. Kontributionsplan wie folgt:

a) Um den Anteil der einzelnen Versicherung an dem Gewinn aus der Sterblichkeit ermitteln zu können, muss die Gesellschaft sich einer Sterbetafel bedienen, deren Wahrscheinlichkeiten sich den eigenen Erfahrungen der Gesellschaft während der letzten Jahre so eng wie möglich anschliessen. Die unter Risiko stehende Versicherungssumme bildet den Massstab für die Verteilung des Sterblichkeitsgewinnes auf die einzelnen Versicherungen.

b) Zur Ermittlung des Anteils am Zinsgewinn wird zunächst nach der Betriebsrechnung der Gesellschaft der durchschnittliche Prozentsatz berechnet, zu dem sich die sämtlichen Kapitalanlagen der Gesellschaft tatsächlich verzinst haben. Die Differenz zwischen diesem tatsächlichen Zinsfuss und dem bei Berechnung der Prämien und der Deckungskapitalien benutzten, rechnungsmässigen Zinsfuss ergibt den Zinsgewinn.

c) Der Gewinn aus den Verwaltungskostenzuschlägen, die zu den Tarifprämien gemacht werden, ergibt sich als Differenz zwischen der Summe aller vereinnahmten Zuschläge und der Summe aller Ausgaben für Abschluss und laufende Kosten.

In der Gruppenlebensversicherung wird meist das natürliche System der Gewinnbeteiligung angewendet. Alle bei einer Versicherungsgesellschaft abgeschlossenen Gruppenversicherungen werden zu einem besonderen Gewinnverband zusammengeschlossen, für welchen der Gewinn nach obgenanntem Kontributionsplan ausgerechnet wird. Da die einzelnen Gruppenversicherungen einer Gesellschaft hinsichtlich ihrer Zusammensetzung, Höhe der Versicherungssummen und Art der Prämienzahlungen — rückdatierte Prämien und Einzahlung einer einmaligen Einkaufssumme oder Ratenzahlung — grosse Verschiedenheiten aufweisen, ist die Anwendung des mechanischen Gewinnsystems nicht möglich. Während der Sterblichkeitsgewinn und der Gewinn aus den Verwaltungskostenzuschlägen auf die einzelnen Gruppenversicherungen entsprechend der von jeder Gruppe bezahlten Jahresprämie verteilt wird, erfolgt die Verteilung des Zinsgewinnes auf Grund der Höhe des Deckungskapitals der einzelnen Versicherung. Je grösser allfällig geleistete Kapitaleinlagen — Einkaufssummen — sind, desto höher wird der Zinsgewinn einer versicherten Gruppe ausfallen. Wenn auch beim natürlichen Gewinnverteilungssystem im Prinzip keine Gewinnfonds gebildet werden, so machen die Versicherungsgesellschaften gleichwohl in günstigen Jahren gewisse Rücklagen, um auch bei schlechtern Geschäftsergebnissen eine Dividende ausschütten zu können.

Die Dividenden können durch den Versicherungsnehmer auf verschiedene Weise verwendet werden. So besteht die Möglichkeit, sie zur Erhöhung der normalen Versicherungssumme zu verwenden oder die Prämien des folgenden Jahres um den entsprechenden Betrag zu mindern. Schliesslich kann auch der betreffende Betrag an den Versicherungsnehmer bar ausbezahlt werden und diesem zur persönlichen Fürsorge seines Personals dienen, wie zur Schaffung von Wohlfahrtseinrichtungen. Die finanziellen Vorteile, die der einzelne Versicherte oder eine versicherte Gruppe von Personen am günstigen Verlauf seines beziehungs-

weise ihres Risikos besitzt bei Abschluss von Versicherungen mit Gewinnbeteiligung, haben diesen, gegenüber den zu nicht gewinnberechtigten Tarifprämien abgeschlossenen Versicherungen ein starkes Übergewicht gesichert. Der Konkurrenzkampf zwischen den einzelnen Versicherungsgesellschaften wird durch das System der Gewinnbeteiligung etwas verschleiert, da nicht ohne weiteres jene Gesellschaft mit den niedrigsten Prämientarifen die grössten finanziellen Vorteile bietet, sondern Art und Umfang der Gewinnbeteiligung spielen eine immer bedeutendere Rolle <sup>1)</sup>. Keineswegs ist aber die Frage der Gewinnbeteiligung an die Voraussetzung einer bestimmten Gesellschaftsform gebunden — Aktiengesellschaft oder Gegenseitigkeitsanstalt —, sondern ist lediglich eine Frage der Tarifprämienpolitik.

Die Kosten einer Gruppenlebensversicherung werden wesentlich reduziert durch einen teilweisen oder totalen *Steuererlass* auf den für Prämien und anderweitige Beiträge an die Versicherung — Einlagen — verwendeten Geldmitteln. Die Einräumung derartiger finanzieller Vorteile hat die Entwicklung der Gruppenlebensversicherung günstig beeinflusst.

Hinsichtlich des Deckungskapitals scheint die Frage der Besteuerung keine Schwierigkeiten zu bieten. Was Pensionskassen und Versicherungsgesellschaften — vorausgesetzt, dass sie nach dem Deckungskapitalverfahren arbeiten — von den Versicherten an Prämien und Einlagen erhalten, ist als Deckung für die gleichzeitig angewachsenen Verpflichtungen anzusehen. Der Versicherer kann nicht nach freiem Willen über diesen Betrag verfügen, für ihn stellt er eine Schuld gegenüber den Versicherten dar. «Les réserves mathématiques représentent en tout temps la valeur actuelle des engagements de la société <sup>2)</sup>.»

Die versicherungstechnischen Reserven einer Versicherungsgesellschaft oder Pensionskasse sind vom wirtschaftlichen Gesichtspunkt den Einlagen einer Ersparniskasse vergleichbar. Sie sind kein Vermögen des Versicherers und deshalb nicht zu besteuern. Diese Ansicht teilen sowohl das Eidgenössische Versicherungsamt wie auch die Kantone, in welchen die schweizerischen Versicherungsgesellschaften ihren Sitz haben <sup>3)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Bericht des Eidgenössischen Versicherungsamtes für das Jahr 1927, Bern S. 60\*, Tabelle 4 a. Die Anzahl der Policen von Kapitalversicherungen auf den Todesfall betrug am 31. Dezember 1927 bei sämtlichen schweizerischen Versicherungsgesellschaften 322,099, wovon:  
mit Gewinnbeteiligung: 244,262 oder 76 %;  
ohne Gewinnbeteiligung: 77,837 oder 24 %.

<sup>2)</sup> Schreiben des Eidgenössischen Versicherungsamtes an die Genfer Lebensversicherungsgesellschaft vom 2. Juni 1926, worin die Auffassung des Versicherungsamtes zur Frage der Besteuerung des Deckungskapitals zum Ausdruck gebracht wird.

<sup>3)</sup> Vgl. die Steuergesetze der Kantone Basel-Stadt, Genf, Zürich u. a., Gesetz des Kantons Basel-Stadt betreffend die Besteuerung der anonymen Erwerbsgesellschaften vom 23. Juni 1921.

Art. 3. In das steuerbare Kapital werden nicht eingerechnet: die ausschliesslich und dauernd für wohltätige oder gemeinnützige Zwecke bestimmten Fonds der Gesellschaft, sofern diese Fonds ausgeschieden und gesondert verwaltet werden und sofern die Verwendung nachweisbar so sichergestellt ist, dass jede zweckwidrige Verwendung des Vermögens und dessen Ertrages ausgeschlossen ist.

Im steuerbaren *Reinertrag* sind nicht inbegriffen Zuwendungen an die kapitalsteuerfreien Fonds der Gesellschaften für wohltätige oder gemeinnützige Zwecke.

Verschiedene Konflikte mit kantonalen Steuerbehörden zeigen jedoch, dass diese Anschauung noch nicht überall durchgedrungen ist <sup>1)</sup>).

Die Steuerpraxis aller Kantone sollte so weit kommen, dass ausschliesslich und dauernd für wohltätige und gemeinnützige Zwecke bestimmte Fonds, die vom Geschäftsvermögen ausgeschieden sind und gesondert verwaltet werden, vom steuerbaren Kapital in Abzug gebracht werden dürfen, auch wenn einstweilen die gesetzliche Grundlage hiezu fehlt. Der Bund ist in dieser Hinsicht den meisten Kantonen vorangegangen, indem er für Wohlfahrtszwecke aufgewendete Mittel von der Eidgenössischen Kriegsgewinnsteuer befreite und auf den Quittungen der Versicherungsprämien für Gruppenlebensversicherungen keine Stempelabgaben erhebt <sup>2)</sup>).

Die *Kosten* einer Gruppenlebensversicherung können theoretisch nach drei Möglichkeiten aufgebracht werden:

1. Der Arbeitgeber bezahlt die gesamte Prämie allein.
2. Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen sich in die Kosten.
3. Die Arbeitnehmer entrichten allein die gesamte Prämie.

Bezahlt der Arbeitgeber für jeden versicherungsberechtigten Arbeitnehmer die volle Prämie, so besteht die Gewähr für eine lückenlose Durchführung der Versicherung. Wo hingegen die Arbeitnehmer an die Kosten der Versicherung beizutragen haben, muss die Entlohnung so hoch sein, dass unterschiedslos der Abzug des Beitrags an die Prämie vom Lohne des Versicherten vorgenommen

<sup>1)</sup> Urteil des Bundesgerichtes vom 20. Mai 1927 in Sachen Genfer Lebensversicherungsgesellschaft gegen Kanton Aargau.

Urteil des Bundesgerichtes vom 14. Juni 1926 in Sachen Pensionskasse des allgemeinen Revisorenverbandes in Aarau gegen Einwohnergemeinde Aarau und Obergericht Aargau.

Die Besteuerung der privaten Pensionskassen. «Der Bund» 1923, Nr. 510.

Die Besteuerung der privaten Personal-Fürsorgekassen. «Der Bund» 1923, Nr. 510.

<sup>2)</sup> Bundesbeschluss betreffend die neue ausserordentliche Kriegssteuer vom 28. September 1921. Art. 66 Absatz 3:

«Vom steuerbaren Reinertrag können Zuwendungen für Wohlfahrtszwecke in Abzug gebracht werden, sofern deren Verwendung für wohltätige oder gemeinnützige Zwecke in der Weise sicher gestellt wird, dass jede zweckwidrige Verwendung ausgeschlossen ist.»

Bundesgesetz betreffend die Abänderung und Ergänzung des Bundesgesetzes vom 4. Oktober 1917 über die Stempelabgaben und des Bundesgesetzes vom 25. Juni 1921 betreffend die Stempelabgaben auf Coupons vom 22. Dezember 1924.

VI. Abschnitt. Abgabe auf Quittungen für Versicherungsprämien.

Art. 43. Die Abgabe wird nicht erhoben auf Prämienquittungen:

d) Versicherungszweige

aa)

bb)

cc) Der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversicherung von Beamten, Angestellten und Arbeitern öffentlicher und privater Anstalten und Betriebe durch eigene Versicherungskassen oder durch den Abschluss von Gruppenversicherungsverträgen mit einer Versicherungsunternehmung, sofern der Arbeitnehmer nicht mehr als zwei Drittel der Kosten zu tragen hat. (Bundesblatt 1927, Band II, Seite 741.)

werden kann. Letztlich liegt es aber auch dann noch im Willen der Arbeitnehmer, ob die Versicherung in dem vom Arbeitgeber gewünschten Rahmen durchgeführt werden kann <sup>1)</sup>.

Gruppenlebensversicherungen mit ausschliesslicher Bezahlung der gesamten Prämie durch die Arbeitnehmer können nur unter grossen Schwierigkeiten abgeschlossen werden. Das Aufbringen der finanziellen Mittel für die ganze Versicherung wird dem Arbeitnehmer nicht immer leicht fallen. Der Angestellte oder Arbeiter wird mit Recht darauf hinweisen, dass ihm bei etwas höheren Kosten der Abschluss einer Einzellebensversicherung möglich ist, die er seinen persönlichen Verhältnissen besser anzupassen vermag und ihm daher grösseren wirtschaftlichen Nutzen bietet. Derartige Gruppenlebensversicherungsverträge sind auch bis heute ohne Bedeutung geblieben.

Werden die Kosten einer Gruppenlebensversicherung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam getragen, so wird die finanzielle Grundlage der Versicherungseinrichtung erweitert, aber auch erzieherische und psychologische Momente sprechen für eine Teilung der Kosten. Regelmässige Beiträge des Arbeitnehmers fördern dessen Sparsamkeit, ohne jedoch bei ihm das Gefühl einer Bevormundung aufkommen zu lassen. Trägt der Arbeitnehmer selbst an die Kosten der Fürsorgeeinrichtung bei, so wird sein Interesse an ihr wachsen.

Das Verhältnis der Kostenverteilung kann verschieden bestimmt werden. Im allgemeinen trägt der Arbeitgeber den grösseren Anteil an der Gesamtprämie, relativ selten werden die Kosten zu gleichen Teilen getragen. Der Beitrag von Arbeitgeber und Arbeitnehmer wird in Prozenten der Besoldung des Arbeitnehmers festgesetzt.

*Beispiel:* Beitragsverhältnisse vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Beitrag des Arbeitgebers in % der Besoldung	Beitrag des Arbeitnehmers in % der Besoldung
4	5
5	5
6	5
7	5
8	5
10	5

Bei Wochen- oder Monatslohn ist für die Berechnungen der durchschnittliche Jahreslohn massgebend. Ist der Arbeitnehmer im Stundenlohn angestellt, so wird sein durchschnittlicher Jahreslohn aus dem Produkt Wochenstunden (48) mal Arbeitswochen (50) gebildet. Der Jahreslohn ist die Summe sämtlicher Stundenlöhne (2400). Bei Akkordlohn wird für einen bestimmten Zeitabschnitt ein Durchschnittsstundenlohn berechnet und analog wie oben der Jahreslohn festgestellt.

<sup>1)</sup> Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908, Art. 74.

## 5. Vorzeitiges Ausscheiden eines Versicherten aus der Versicherungsgruppe

Von unmittelbarem Interesse für den Versicherten ist die Frage des Einflusses seines vorzeitigen Austrittes aus der Gruppe der Versicherten auf seine, ihm erst in einem spätern Zeitpunkt zukommenden versicherten Leistungen. Als vorzeitiger Austritt ist dabei die Auflösung des Dienstvertrages verstanden, die nicht als Folge von Alter, Invalidität oder Tod eintritt. Dem Versicherten kann es nicht gleichgültig sein, ob er des ganzen oder auch nur eines Teiles des ihm aus der Versicherung zustehenden Anspruches auf die versicherte Leistung bei vorzeitigem Austritt verlustig geht. Der Versicherte kann gegen den Arbeitgeber einen rechtlichen Anspruch erheben auf eine, seinem Beitrag an die Prämienkosten entsprechende versicherte Leistung. Bei Versicherungen mit Prämienrückgewähr kann er die Rückzahlung der von ihm entrichteten Prämienbeiträge verlangen, abzüglich des auf ihn entfallenden Beitrages an die Risikoprämie. Auch der Arbeitgeber hat das Recht, sofern er nicht ausdrücklich im Vertrag darauf verzichtet hat, seine Beiträge an die Versicherung bei vorzeitigem Ausscheiden eines Arbeitnehmers zurückzufordern. Durch die volle Ausnützung dieses dem Arbeitgeber zustehenden Rechtes wird aber der Wert einer Gruppenlebensversicherung erheblich gemindert. Jener grosse Vorteil der Gruppenlebensversicherung gegenüber den selbständigen Pensions- und Hilfskassen, der in der bedeutend geringeren Einschränkung der Freizügigkeit des Arbeitnehmers liegt, würde dadurch wegfallen. Dem Arbeitnehmer wäre die Weiterführung der Versicherung bei vorzeitigem Austritt erschwert. In jedem Falle wird bei groben Verletzungen des Dienstvertrages oder Veruntreuungen des Arbeitnehmers gegenüber dem Arbeitgeber dieser sich das Recht wahren, die Prämien zur Deckung eventuell angerichteten Schadens zu verwenden. Bei ordnungsgemäsem Austritt des Arbeitnehmers besteht die einfachste und gerechteste Regelung in der Abtretung des Versicherungsanspruches an den ausscheidenden Arbeitnehmer. Die Police wird ihm ausgehändigt, und er hat die Möglichkeit, die Versicherung auf eigene Kosten weiterzuführen, indem er die ganze Prämie selbst bezahlt oder bei reduzierten versicherten Leistungen eine Teilprämie entrichtet. Die Versicherung kann auch in eine prämienfreie oder eine andere Versicherungsart umgewandelt werden — Umwandlung einer Rentenversicherung in eine Kapitalversicherung. — Die einzelne Police einer Gruppenlebensversicherung wird damit zu einer Einzellebensversicherung gemacht. Der Versicherte kann, ohne sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen zu müssen, die Versicherung weiterführen. Diese Möglichkeit ist für den Versicherten von ungleich grösserem Vorteil, als wenn ihm die bezahlten Prämien zurückerstattet werden. Leicht könnte er in die Gefahr der Verschleuderung der an ihn ausgehändigten Summe kommen. Steht er bereits in einem fortgeschrittenen Alter, so wird es zudem für ihn schwierig sein, sich wieder zu versichern oder in eine Pensionskasse aufgenommen zu werden. Gerade in diesem Punkte zeigt sich die Überlegenheit der Gruppenlebensversicherung gegenüber den selbständigen Pensionskassen, bei welchen im allgemeinen die Weiterführung der Versicherung für ausscheidende Angestellte oder Arbeiter nicht möglich ist, allein aus rein technischen Gründen.

## 6. Auflösung des Gruppenlebensversicherungsvertrages und die Folgen für die Versicherten

Der Gruppenlebensversicherungsvertrag wird, wie jeder andere Vertrag, auf eine zeitlich bestimmte Dauer abgeschlossen, von welchem Zeitpunkt an der Vertrag von beiden Parteien unter Einhaltung einer bestimmten Frist gekündigt werden kann. Um dem Vertrag einen gewissen Grad von Stabilität zu verleihen, wird er meist auf die Dauer mehrerer Jahre abgeschlossen — normal auf fünf bis zehn Jahre —, wobei die Parteien vereinbaren können, dass nach Ablauf dieser Zeit, ohne Kündigung von einer Seite, der Vertrag für weitere fünf bis zehn Jahre in Kraft bleibt. Wird der Vertrag aus irgendeinem Grunde — Auflösung, Konkurs des Unternehmens — vom Arbeitgeber gekündigt, so wird die Versicherung für die im Zeitpunkt der Kündigung bereits Versicherten weitergeführt. Die Versicherungen werden den einzelnen Versicherten zu Eigentum abgetreten und ihnen die Police ausgehändigt. Der Vertrag kann aber auch gekündigt werden, und gleichwohl wird die Gruppenversicherung für die bereits Versicherten als Ganzes weitergeführt. Fehlende finanzielle Mittel können den Arbeitgeber zu diesem Schritt zwingen. Die Versicherung kann mit den Beiträgen der Versicherten oder prämienfrei bei reduzierten Versicherungsleistungen fortgesetzt werden. Dies kann besonders bei schlechtem Geschäftsgang der Fall sein, wenn dem Versicherungsnehmer während einiger Jahre die Entrichtung seiner Beiträge an die Versicherung unmöglich wird.

## 7. Regelung des Innenverhältnisses zwischen Versicherungsnehmer und Versicherten

Der Gruppenlebensversicherungsvertrag regelt die Rechtsverhältnisse zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer, während die aus der Fürsorgeeinrichtung sich ergebenden Rechtsverhältnisse zwischen Versicherungsnehmer und Versicherten in einem besonderen Reglement geordnet werden müssen. Die Bestimmungen des Gruppenlebensversicherungsvertrages bilden die Grundlage dieses Fürsorgereglementes, das gewöhnlich ein Bestandteil des Dienstvertrages ist, da durch den Gruppenlebensversicherungsvertrag die gesamte Angestellten- oder Arbeiterschaft eines Arbeitgebers, wie auch jeder neu-eintretende Arbeitnehmer, sofern er eine bestimmte Mindestdienstdauer aufweist, versichert wird. Dem Arbeitnehmer wird das Reglement bei seiner definitiven Anstellung ausgehändigt unter Beiheftung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Alters-, Hinterblieben- und Invaliditätsversicherung derjenigen Versicherungsgesellschaft, mit welcher der Vertrag geschlossen wurde. Bei der Aufstellung des Fürsorgereglementes ist der Versicherungsnehmer in seinen Vereinbarungen mit der zu versichernden Angestellten- oder Arbeiterschaft frei, soweit ihm durch den Vertrag mit dem Versicherer keine Grenzen gezogen sind. Trotzdem sind diese Fürsorgereglemente bei jeder Gruppenlebensversicherung in ihrem Aufbau und Inhalt einander sehr ähnlich. Diese Tatsache lässt sich darauf zurückführen, dass diese Reglemente meist von den Versicherungsgesellschaften entworfen werden, die über langjährige Erfahrungen und geeignete

Fachleute verfügen. Vor allem müssen die Rechte und Pflichten, die dem Angestellten oder Arbeiter aus dem Gruppenlebensversicherungsvertrag erwachsen, reglementarisch festgelegt werden. Abgrenzung des Kreises der versicherungsberechtigten Personen nach Alter, Geschlecht und Dienstzeit. Bestimmen und Auslegen der Begriffe Tarifalter, anrechenbare Dienstzeit, anrechenbare Besoldung. Angaben über die Kostendeckung der Versicherung, im besonderen der Beiträge der Versicherten und andererseits deren Anspruch auf Versicherungsleistungen, bestimmt nach Art und Höhe. Besondere aussergewöhnliche, nicht mit Bestimmtheit voraussehbare Ereignisse werden soweit wie möglich ebenfalls berücksichtigt. Regelung des Versicherungsanspruches bei Austritt des Versicherten. Rechtsverhältnisse zwischen Versicherungsnehmer und Versicherten bei Liquidation oder Fusion des Unternehmens. Bestimmungen, die bei Einführung der staatlichen Sozialversicherung Anwendung finden werden. Damit sind die wichtigsten Punkte genannt, die in einem Fürsorgereglement erwähnt werden müssen, um jeden Versicherten, was seine eigene Person betrifft, über den Umfang der ihm aus der Gruppenlebensversicherung in Gegenwart und Zukunft erwachsenden Rechte und Pflichten zu orientieren.

---