

Versicherungsrechts-Newsletter 11/2013

des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

OGH-Entscheidungen, RSS-Fälle und aktuelle Literatur
zum Versicherungsrecht & Versicherungsvermittlerrecht -
zusammengestellt von der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des Fachverbandes (RSS)

Vorwort des Fachverbandsobmannes

Sehr geehrte Mitglieder!

Im Versicherungsrechts-Newsletter 10/2013 habe ich Bilanz über die seit zwei Jahren erschienenen Newsletter gezogen. Diese Bilanz wäre jedoch unvollständig, wenn ich nicht wieder einmal darauf hinweisen würde, welche umfangreiche Arbeit die Gestaltung eines Newsletters erfordert.

Der Geschäftsstelle des Fachverbandes werden die neuesten Entscheidungen der Fachsenate des OGH (Senat 2 – Verkehrsrechtliche Entscheidungen, Senat 7 – Versicherungsrechtliche Entscheidungen) übersendet. Die Mitarbeiter der RSS wählen diese Entscheidungen aus und bereiten diese redaktionell soweit auf, dass sie auch für Laien verständlich sind. Dies trifft auch auf die veröffentlichten Entscheidungen des EuGH und BGH zu, dies einerseits deswegen, weil das europäische Recht ein Teil der österreichischen Rechtsordnung ist und andererseits das Versicherungsvertragsgesetz im Wesentlichen mit dem deutschen VVG vergleichbar ist.

Darüber hinaus beobachten die Mitarbeiter der RSS die einschlägigen Print- und Onlinemedien. Sie wählen daraus für den Abschnitt „Sonstiges“ jene Entscheidungen aus und weisen auf jene Neuerungen in der Gesetzgebung hin, die für die Praxis der Versicherungsmakler von allgemeinem Interesse sind.

Die Beratungstätigkeit der Mitglieder des Fachverbandes durch die RSS und deren Geschäftsstelle hat kräftig zugenommen. Soweit die Ergebnisse der Beratung über den Einzelfall hinausgehen, wird darüber unter dem Punkt „Beratungstätigkeit“ berichtet.

Mit Genugtuung stelle ich fest, dass der Versicherungsrechts-Newsletter zu einem Markenzeichen des Fachverbandes in seinem Bemühen geworden ist, den steigenden Bedarf an fachlichen Informationen für die Versicherungsmakler zu decken und damit allen unseren Kunden eine kompetente Beratung und umfassende Serviceleistung zu garantieren.

Die Newsletter sollen auch dazu beitragen, unseren Kunden innovative und individuelle Versicherungslösungen zu bieten, deren Focus sich ausschließlich auf deren Interessen richtet.

Mit freundlichen Grüßen
Gunther Riedlsperger



Inhalt:

| | | |
|------|---|----|
| I. | Versicherungsrechtliche Judikatur..... | 2 |
| 1. | Österreich: | 2 |
| 1.1. | Zur Aufrechnung einer Gegenforderung gegen den Versicherungsnehmer mit der Versicherungsleistung bei Vinkulierung der Lebensversicherung | 2 |
| 1.2. | Zu Art 7.7. AUVB – bei Verstreichen der 4-Jahres-Frist bleibt es bei der Erstbemessung; zur Rückforderung von Versicherungsleistungen durch den Versicherer | 5 |
| 1.3. | Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtl. Entscheidungen im Überblick ... | 7 |
| 2. | International: | 8 |
| 2.1. | Erhebungszuständigkeit für indirekte Steuer auf Lebensversicherungsprämien bei einem nach Vertragsabschluss in anderen EU-Mitgliedstaat verzogenen VN | 8 |
| 2.2. | Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick..... | 10 |
| II. | Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS) | 11 |
| | RSS-0004-13 = RSS-E 10/13 | 11 |
| III. | Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS: | 14 |
| 1. | Kurzfristige Änderung der Courtagevereinbarung? | 14 |
| 2. | Zur Frage der Umdeutung einer zeitwidrigen Kündigung | 15 |
| IV. | Gesetzgebung, Literatur & Sonstiges | 16 |
| 1. | Ab 1.1.2014: Verwaltungsgerichtsbarkeit neu..... | 16 |
| 2. | Zur Gerichtszuständigkeit im grenzüberschreitenden Verbrauchergeschäft | 16 |

I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich:

1.1. Zur Aufrechnung einer Gegenforderung gegen den Versicherungsnehmer mit der Versicherungsleistung bei Vinkulierung der Lebensversicherung

Mit Kreditvertrag vom 20. 9. 1999 nahm J**** G**** bei der Klägerin einen Abstattungskredit über 1 Mio ATS (72.672,83 EUR) auf. Gleichzeitig beantragte er bei der Beklagten für sich selbst eine Pensionsversicherung gegen Einmaleralag (Beginn: 1. 10. 1999), welche die Auszahlung eines Pensionskapitals von 1.230.084 ATS (am 1. 10. 2009) zum Gegenstand hatte. Er veranlasste mittels Vormerkscheins vom 20. 9. 1999 die Vinkulierung der Versicherungsleistung zu Gunsten der Klägerin. In einer mit dieser getroffenen separaten Vereinbarung vom selben Tag (Blg ./3 = ./B), auf die im Kreditvertrag bereits Bezug genommen wurde, hielt er (zusammengefasst) fest, dass er - zur Sicherstellung aller gegenwärtigen und zukünftigen Forderungen und Ansprüche der Klägerin aus der Geschäftsverbindung mit ihm - alle Rechte und Ansprüche aus der Versicherung bei der Beklagten an die Klägerin abtritt, wobei „diese Abtretung neben dem Versicherungsbetrag auch die Gewinnbeteiligung, die Indexsteigerung und alle anderen Nebenleistungen umfasst“.

Auch im weiteren Text der Vereinbarung findet sich mehrfach die Bezeichnung „Zedent“, und es ist jeweils nur von einer „Abtretung“ die Rede. Der „Kredit- bzw Darlehensnehmer“ J**** G**** wird

(lediglich) im Betreff sowie in der Unterschriftenzeile (offenbar irrig) als „Pfandgeber“ bezeichnet. Die Klägerin verständigte die Beklagte mit Schreiben vom 20. 9. 1999 davon, dass J***** G***** zur Sicherstellung aller gegenwärtigen und zukünftigen Forderungen der Klägerin „alle Rechte und Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag abgetreten“ habe.

Nachdem der Vormerkschein an die Beklagte übermittelt worden war, hielt diese in einem Nachtrag zum Versicherungsvertrag fest, dass die Rechte und Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zur Gänze an die Klägerin, Kreditkonto Nr [...] „verpfändet“ seien.

Am 29. 9. 1999 stellte die Beklagte ihrem Versicherungsnehmer J***** G***** folgende Urkunde aus:

„Vinkulierung

im Sinne des Erlasses des BM f. Finanzen ZLV 249/4/1-IV vom 12. 3. 1984. Die Ansprüche aus diesem Vertrag sind zu Gänze zugunsten der V***** e. Gen., *****, [Klägerin] Kreditkonto Nr. [...] vinkuliert. Bis zur Höhe des vinkulierten Anspruchs ist für die Dauer der Vinkulierung der oben genannte Gläubiger bezugsberechtigt.“

Am 11. 11. 2004 gewährte die Klägerin J***** G***** eine Kreditaufstockung von 27.327,17 EUR auf insgesamt 100.000 EUR. Auch in der Bestätigung der Erhöhung führte die Klägerin neuerlich die Sicherheiten an: „Widmung Vinkulierung“ und sprach vom „Pfandgeber“ J***** G***** und von der „Abtretung“ des Versicherungsvertrags zu ihren Gunsten. Die Beklagte wurde weder von der Klägerin noch von J***** G***** über diese Kreditaufstockung im Jahr 2004 informiert.

J***** G***** war als Makler für die Beklagte tätig gewesen und hatte Provisionen bezogen. Für Provisionsrückforderungen erwirkte die Beklagte gegen ihn Zahlungsbefehle in den Jahren 2005 und 2007 über insgesamt 21.311,24 EUR (= Klagsbetrag).

Die Lebensversicherung sah einen garantierten Auszahlungsbetrag von 89.673,48 EUR zum 1. 10. 2009 vor und darüber hinaus eine variable Gewinnbeteiligung, sodass sich letztlich (nach Ablauf der 10-jährigen Vertragszeit) insgesamt ein Auszahlungsbetrag von 108.619 EUR ergab. Die Beklagte verständigte die Klägerin im Oktober 2009 vom Ablauf der Versicherung, erklärte die Aufrechnung mit den Forderungen gegen J***** G***** und zahlte 87.307,76 EUR an die Klägerin aus.

Die Klägerin begehrt 21.311,24 EUR sA mit der Begründung, die Beklagte habe diesen Abzug unzulässig vorgenommen, weil sie verpflichtet gewesen wäre, die gesamte Auszahlungssumme von 108.619 EUR an die Klägerin zu überweisen. Es sei eine „Verpfändung“ vereinbart gewesen. Der Modus der Pfandbestellung sei durch die Verständigung der Beklagten eingehalten worden.

Die Beklagte beantragte Klagsabweisung. Es liege keine Verpfändung, sondern eine Abtretung zur Sicherstellung vor. Der Versicherungsvertrag sei mit einer Vinkulierungsklausel zugunsten der Klägerin versehen worden. Zum Zeitpunkt des Anspruchs auf Auszahlung der Lebensversicherung habe wegen des Negativsaldos auf dem Provisionskonto des J***** G***** ein - (auch) hinsichtlich der Gewinnanteile - aufrechenbarer Anspruch der Beklagten gegen den Zedenten bestanden. Sie habe die Klägerin am 22. 10. 2009 über die Außenstände informiert und die Aufrechnung des damals offenen Betrags in Höhe der Klagsforderung erklärt.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab und folgte im Wesentlichen der Argumentation der Beklagten.

Das Berufungsgericht gab dem Klagebegehren hingegen statt und vertrat im Wesentlichen die Meinung, dass auf die Aufrechnung stillschweigend verzichtet worden sei. Die Gegenforderung stamme nicht aus dem Versicherungsverhältnis (§ 35b VersVG). Es sprach jedoch aus, dass die Revision mangels Rechtsprechung zur Frage, „ob die Aufrechnung auch gegen den im Zeitpunkt der Abtretung der Höhe nach unbekanntem 'Gewinnanteil' aus der Er-/Ablebensversicherung möglich ist“, zulässig sei.

Der OGH gab der Revision der Beklagten Folge und stellte das klagsabweisende Ersturteil des Erstgerichtes einschließlich der Kostenentscheidung wieder her (OGH vom 27.3.2013, 7 Ob 87/12p).

Er führte im Wesentlichen Folgendes aus:

Forderungen des Versicherungsnehmers „aus der Versicherung“ (§ 15 VersVG) können als Geldforderungen im Allgemeinen ohne weiteres abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden und sind daher als Sicherungsmittel geeignet. Der Versicherungsnehmer kann in der Lebens- und Unfallversicherung auch den Gläubiger als Begünstigten (Bezugsberechtigten) einsetzen. Neben diesen drei „klassischen“ Sicherungsformen hat sich in der österreichischen Vertragspraxis noch die sogenannte „Vinkulierung von Versicherungsforderungen“ herausgebildet, die gesetzlich nicht geregelt ist. Ihr Inhalt richtet sich nach der Vereinbarung der Parteien und ergibt sich mangels individueller Absprachen in der Regel aus Formularen, die von der Kreditwirtschaft und der Versicherungswirtschaft verwendet werden (7 Ob 229/08i).

Nach herrschender Auffassung ist darunter als „fester Kern“, also als Charakteristikum und unumgänglicher Mindestinhalt, eine Zahlungssperre zugunsten des Vinkulargläubigers mit der Wirkung zu verstehen, dass Leistungen des Versicherers an den Versicherungsnehmer nur mit Zustimmung des Vinkulargläubigers möglich sind. Die üblichen Vinkulierungsvereinbarungen, insbesondere in der Lebensversicherung, enthalten ausdrücklich gar keine Abtretungs- oder Pfändungsverbote, sondern nur eine Zahlungssperre. Zahlungssperren, die von den Parteien eines Schuldverhältnisses zugunsten Dritter (also vom Versicherungsnehmer und dem Versicherer zugunsten eines Vinkulargläubigers) vereinbart wurden, wirken nicht absolut, sondern nur relativ, also nur zwischen den Parteien.

Im vorliegenden Fall liegt freilich - wie bereits die Vorinstanzen zutreffend erkannten - auf der Hand, dass nach dem Text der maßgebenden Vereinbarungen zwischen Kreditgeber und Kreditnehmer jedenfalls eine Sicherungsabtretung vereinbart wurde. Dass die (weiteren) Urkunden (insbesondere gegenüber dem Drittschuldner) - offenbar irrig - teilweise auch Begriffe wie „Verpfändung“ und „Pfandgeber“ enthielten, kann daran nichts ändern.

Im Ergebnis hielt der OGH die Revision der Beklagten aus folgendem Grund für berechtigt: Die Rechtsauffassung des Berufungsgerichts, welches die Berechtigung der Klagsforderung aus einem Aufrechnungsverbot oder -verzicht der Beklagten ableitet, entbehrt der Grundlage eines diesbezüglichen Parteienvorbringens der Klägerin und verletzt damit die Regeln der Behauptungs- und Beweislast (vgl. RIS-Justiz RS0033798 [T1], wonach etwa das Aufrechnungsverbot des § 1440 ABGB nur über Einrede zu berücksichtigen ist).



Fazit: Die üblichen Vinkulierungsvereinbarungen, insbesondere in der Lebensversicherung, enthalten ausdrücklich gar keine Abtretungsverbote und Verpfändungsverbote, sondern nur eine "Zahlungssperre". Zahlungssperren, die von den Parteien eines Schuldverhältnisses zu Gunsten Dritter (also insbesondere von einem Versicherungsnehmer und dem Versicherer zu Gunsten eines Vinkulargläubigers) vereinbart wurden, wirken nicht absolut, sondern nur relativ.

Welchen Inhalt die Vinkulierung einer Versicherung jeweils hat, hängt immer von den getroffenen Vereinbarungen ab. Es ist daher bei jeder Gegenforderung der Versicherung zu prüfen, ob diese durch das Aufrechnungsverbot oder Verzicht gedeckt ist. Grundsätzlich besteht kein Aufrechnungsverbot oder –verzicht.

1.2. Zu Art 7.7. AUVB – bei Verstreichen der 4-Jahres-Frist bleibt es bei der Erstbemessung; zur Rückforderung von Versicherungsleistungen durch den Versicherer

Dem zwischen den Parteien bestehenden Unfallversicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme von 91.280 EUR liegen die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung der Beklagten 1989 (AUVB) zu Grunde, wobei gemäß Art 7.6 AUVB die „Variante B“ für die Ermittlung der Invaliditätsleistung vereinbart wurde; danach gebührt für den 50 % übersteigenden Invaliditätsgrad die dreifache Leistung.

Am 9. 12. 2001 wurde die Klägerin bei einem Verkehrsunfall verletzt. Daraufhin holte die Beklagte unfallchirurgische und neurologische Gutachten ein, die eine Invalidität der Klägerin von insgesamt 75,1 % (65,1 % unfallchirurgische, 10 % neurologische Funktionsminderung) ergaben. Diesem Gutachten folgend informierte die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 23. 5. 2003 darüber, dass ihre Gesamtinvalidität, weil Dr. D***** auch eine 10%ige neurologische Funktionsminderung der Klägerin „bescheinigt“ habe, nach Art 7.6 AUVB mit 114.373,84 EUR (50 % + dreimal 25,1 % = 125,3 % der Versicherungssumme von 91.280 EUR) entschädigt werden müsste.

Mit der am 6. 3. 2006 eingelangten Klage begehrt die Klägerin zusätzliche Versicherungsleistungen, hilfsweise die Beklagte zu verpflichten, das Ärztekommismissionsverfahren durchzuführen. Die Gesamtinvalidität betrage 90,5 % bzw. „100,5 %“ (inkl unfallskausaler neurologischer Invalidität). Durch die Versicherungsleistung sei eine „neurologisch-psychiatrische Invalidität“ von 10 % anerkannt worden, weil die Beklagte diesen Invaliditätsgrad mitentschädigt habe, ohne einen Vorbehalt nach Art 7.7 AUVB zu machen. Die Rückforderung sei außerdem nach Ablauf der dreijährigen Frist des § 12 VersVG verjährt.

Die Beklagte zog in der Tatsatzung vom 6. 5. 2011 die Außerstreitstellung einer 10%igem Dauerinvalidität auf neurologischem Gebiet zurück und brachte - soweit noch von Bedeutung - vor, eine Überzahlung von 27.384 EUR (nämlich dreimal 10 % von 91.280 EUR) geleistet zu haben. Für die Invaliditätseinschätzung sei der Stichtag 9. 12. 2002 (ein Jahr nach dem Unfall) maßgebend. Bis zu diesem Zeitpunkt habe auf neurologischem Gebiet bei der Klägerin keine unfallskausale Dauerinvalidität bestanden. Veränderungen des Invaliditätsausmaßes nach Ablauf der vierjährigen Nachbemessungsfrist gemäß Art 7.7 AUVB (am 9. 12. 2005) seien nicht zu berücksichtigen. Auf den Rechtsgrund der Leistungskondition gestützt wendete die Beklagte ihren Rückforderungsanspruch aufrechnungsweise gegen die Klagsforderung ein.

Das Erstgericht stellte die Klagsforderung mit 18.347,28 EUR als zu Recht bestehend fest, verneinte den Bestand der Gegenforderung und wies das Mehrbegehren von 49.838,88 EUR (unbekämpft und daher rechtskräftig) ab. Die Beklagte könne die für „neurologisch-psychiatrische Invalidität“ erbrachte Leistung nicht mehr zurückfordern, weil (auch) die in Art 7.7 AUVG genannte Frist eine Ausschlussfrist sei. Ein allenfalls von der Erstbemessung abweichender Invaliditätsgrad hätte nur dann berücksichtigt werden können, wenn dies bis zu vier Jahren ab dem Unfalltag vom Versicherten oder Versicherer begehrt worden wäre.

Das Berufungsgericht gab der allein gegen den Ausspruch zur Kompensandoforderung gerichteten Berufung der Beklagten Folge. Es sprach aus, dass die Gegenforderung bis zur Höhe der Klagsforderung zu Recht bestehe und die Revision zulässig sei.

Nach Ansicht des Berufungsgerichtes sei die Revision zulässig, weil eine Rechtsprechung zur Frage fehle, ob die in Art 7.7 AUVB geregelte vierjährige Ausschlussfrist auch einen Bereicherungsanspruch des Versicherers auf Grund irrtümlich angenommener Invalidität des Versicherungsnehmers ausschließe, wenn nicht der Versicherer selbst, sondern der Versicherungsnehmer die Neubemessung seines Invaliditätsgrades im Rahmen eines Gerichtsverfahrens begehrt habe.

Der OGH ließ die Revision zu und stellte das Urteil des Erstgerichtes wieder her (Urteil vom 27.3.2013, 7 Ob 153/12v).

Nach Ansicht des OGH ist die Revision aus nachstehend angeführten Gründen berechtigt:

Vorweg ist festzuhalten, dass allein die Prüfung der Gegenforderung Gegenstand des Rechtsmittelverfahrens ist, deren fehlende Berechtigung nach den Grundsätzen ständiger Rechtsprechung das Erstgericht (im Ergebnis) zutreffend erkannt hat. Die maßgebende Bestimmung des Art 7.7 AUVB legt Folgendes fest:

„Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision.“

Wortgleiche oder ganz vergleichbare Klauseln waren bereits Gegenstand zahlreicher oberstgerichtlicher Entscheidungen. Derartige Klauseln enthalten eine Ausschlussfrist: Wird die Antragstellung auf Neubemessung innerhalb von vier Jahren ab Unfalltag versäumt, bleibt es bei der bisherigen Bemessung des Invaliditätsgrades (RIS-Justiz RS0122119; 7 Ob 201/08x mwN). Ein allenfalls von der Erstbemessung abweichender Invaliditätsgrad ist nur dann zu bemessen und zu berücksichtigen, wenn dies bis zu vier Jahren ab dem Unfalltag vom Versicherten oder vom Versicherer begehrt wird.

Haben aber - wie hier - beide Parteien die Frist des Art 7.7 AUVB ungenutzt verstreichen lassen, so bleibt der Grad der Invalidität maßgebend, wie er sich aus den Tatsachenmitteilungen der ersten Invaliditätsfeststellungen ergibt; es kann dann keine der Parteien gegen den Willen der anderen auf den Invaliditätsgrad am letzten Tag der Frist abstellen, weil es zu einer Neufestsetzung gar nicht gekommen ist (Grimm aaO). Greift - wie die Klägerin - nur der Versicherungsnehmer die Erstbemessung nach Fristablauf und ohne Verlangen nach Neubemessung an, so ist der Stichtag der Bemessung jener, der ihr (seinerzeit) zugrunde lag (Rixecker in Römer/Langheid/Rixecker VVG3 [2012] 1161 § 118 VVG Rn 2 aE [mit Hinweis auf

BGH VersR 1994, 971)). Die Maßgeblichkeit des späteren Stichtags (zB anstelle des Untersuchungsdatums) hat also zur Voraussetzung, dass es überhaupt zu einer fristgerechten Neufeststellung kommt (BGH IV ZR 192/93 = VersR 1994, 971).

Daraus ergibt sich für den vorliegenden Fall, dass der Rückforderung einer Überzahlung des Versicherers schon deshalb die Grundlage fehlt, weil sich die Beklagte gar nicht darauf beruft, der - für ein Abweichen von der Erstbemessung erforderliche - Antrag auf Neubemessung sei rechtzeitig, also innerhalb der Ausschlussfrist des Art 7.7 AUVB, gestellt worden. Schon mangels einer solchen Antragstellung blieb hier der Stichtag und der Grad der Invalidität maßgebend, der sich aus der ersten Invaliditätsfeststellung ergab. Wie sich die Invalidität der Klägerin später darstellte (festgestellt wurde der Invaliditätsgrad der Klägerin „nach den unfallskausalen Dauerfolgen innerhalb eines Jahres“ mit prozentuellen Invaliditätsgraden „innerhalb von vier Jahren nach dem Unfall“) ist daher unerheblich.

Im Ergebnis kam der OGH daher zur Auffassung, dass die Voraussetzung für eine Rückforderung von Leistungen durch den Unfallversicherer nach § 1431 ABGB nicht erfüllt sind.

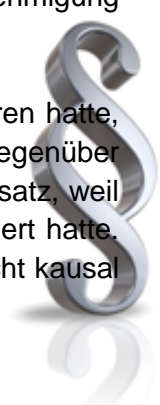
Fazit: Es ist bei der Prüfung von Unfallversicherungsleistungen immer zu berücksichtigen, ob die ursprüngliche Bemessung unrichtig war oder sich die Verhältnisse innerhalb der Nachbemessungsfrist geändert haben. Im vorliegenden Fall war die Nachbemessungsfrist (4 Jahre ab Unfall) abgelaufen, aber die Klagsfrist gegen die Erstbemessung (3 Jahre ab Fälligkeit) noch offen. Daher war bei der Feststellung der Invalidität auf das Datum der Erstbemessung abzustellen.

1.3. Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

■ Zur Übertragung eines Versicherungsbestandes nach § 13c VAG (OGH vom 27.3.2013, 7 Ob 240/12p)

Durch die Genehmigung durch die Behörden des Herkunftsstaats die Übertragung des Bestands von Versicherungsverträgen wirksam wird. Die genehmigte Übertragung wird in dem Mitgliedstaat, in dem das Risiko belegen ist, nach Maßgabe des nationalen Rechts bekannt gemacht. Die Übertragung wirkt automatisch gegenüber dem betroffenen Versicherungsnehmer, dem Versicherten sowie gegenüber allen anderen Personen, die Rechte oder Pflichten aus den übertragenen Verträgen haben. Durch die Genehmigung durch die Behörden des Herkunftsstaats wird die Bestandübertragung wirksam.

(Anm.: Der Kunde hat nach einer Bestandsübertragung, von der er nicht erfahren hatte, den Altversicherer geklagt. Der Klagsanspruch verjährte in der Zwischenzeit gegenüber dem Neuversicherer. Daher klagte der Kunde den Altversicherer auf Schadenersatz, weil dieser ihn erst in der Klagebeantwortung über die Bestandsübertragung informiert hatte. Dies war aber, weil der Kunde die Klage gegen den Altversicherer fortführte, nicht kausal für die Verjährung der Hauptforderung.)



■ **Geschädigter muss nicht von sich aus Auto auf Wrackbörse verkaufen (OGH vom 14.3.2013, 2 Ob 18/13f)**

Ein Geschädigter ist grundsätzlich berechtigt, an den lokalen Gebrauchtwagenhändler zu veräußern. Eine Marktforschung kann ihm nicht abverlangt werden, auch nicht über einen lokalen Markt zwischen Privaten.

Übermittelt allerdings der Haftpflichtversicherer dem Geschädigten, der sein Fahrzeug nicht reparieren lässt, ein Angebot eines (über das Internet vom Haftpflichtversicherer vermittelten) Privaten, das Wrack um einen günstigeren Preis zu kaufen, „auf dem Silbertablett“, so hat der Geschädigte nur Anspruch auf die Differenz zwischen dem Wiederbeschaffungswert und dem Angebotspreis des Privaten.

Ein Geschädigter verletzt durch die Unterlassung der Mitteilung den Haftpflichtversicherer, das Autowrack nicht reparieren zu lassen, sondern unrepariert zu verkaufen, dann nicht seine Schadensminderungspflicht, wenn er als Laie von einem „Privatmarkt“ mit höheren Angeboten für Wracks nichts wusste oder nichts wissen musste und daher auch nicht wissen konnte bzw. musste, dass er mit seiner dem Haftpflichtversicherer zunächst nicht bekanntgegebenen Willensänderung, das Wrack nicht reparieren zu lassen, sondern unrepariert zu verkaufen, diesem die Möglichkeit nahm, über das Internet - schadens-mindernd - höhere Kaufangebote einzuholen und dem Geschädigten „auf dem Silbertablett“ zu präsentieren.

Um in einem solchen Fall eine Verletzung der Schadensminderungspflicht des Geschädigten anzunehmen, müsste der Haftpflichtversicherer vom zunächst reparaturwilligen Geschädigten verlangen, dass dieser im Fall, dass er es sich anders überlegen sollte und doch nicht reparieren lassen, sondern unrepariert verkaufen wolle, den Versicherer darüber informiere und ihm so ermögliche, höhere Angebote als auf dem lokalen Kfz-Händlermarkt zu präsentieren.

2. International:

2.1. Erhebungszuständigkeit für indirekte Steuer auf Lebensversicherungsprämien bei einem nach Vertragsabschluss in anderen EU-Mitgliedstaat verzogenen VN

RVS ist ein niederländisches Versicherungsunternehmen, das in Belgien weder einen Hauptsitz noch eine Agentur, eine Zweigniederlassung, einen Vertreter oder einen Geschäftssitz hat. RVS schloss Lebensversicherungsverträge mit mehreren Personen, die zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrags in den Niederlanden wohnten, später aber nach Belgien zogen.

Zwischen RVS und der belgischen Steuerverwaltung besteht Streit über die Frage, ob die mit Wirkung vom 1. Januar 2006 eingeführte jährliche Steuer von 1,10 % auf Versicherungsgeschäfte, die von natürlichen Personen getätigt werden, auch für Lebensversicherungsverträge geschuldet wird, die bei einem in den Niederlanden ansässigen Versicherer abgeschlossen wurden, der keine

Niederlassung in Belgien unterhält, wenn der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrags in den Niederlanden wohnte, später aber nach Belgien zog.

Nach Rücksprache mit dem belgischen Staat reichte RVS am 29. Januar 2009 "unter Vorbehalt" Erklärungen über die jährliche Steuer auf Versicherungsgeschäfte für die Steuerjahre 2006 und 2007 ein, in denen sie für das Jahr 2006 Versicherungsprämien in Höhe von 801 178 Euro und für das Jahr 2007 in Höhe von 702 636 Euro angab. Die daraufhin von der belgischen Steuerverwaltung festgesetzten Steuern in Höhe von 8 813 Euro für das Jahr 2006 und 7 729 Euro für das Jahr 2007 zahlte RVS, ebenfalls unter Vorbehalt, am 4. Februar 2009.

Da RVS der Ansicht war, dass sie diese Steuer nicht schulde, reichte sie am 16. Juni 2009 bei der Steuerverwaltung entsprechende Erstattungsanträge ein, die die Verwaltung mit Bescheid vom 1. September 2009 als unbegründet zurückwies.

Am 30. April 2010 erhob RVS gegen den Bescheid vom 1. September 2009 beim vorliegenden Gericht Klage.

Vor diesem Gericht streiten die Parteien des Ausgangsverfahrens über die Auslegung der Art. 1 Abs. 1 Buchst. g und 50 der Richtlinie 2002/83, insbesondere was die Frage betrifft, ob der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Eingehung der Verbindlichkeit oder aber zum Zeitpunkt der Zahlung der Versicherungsprämie zu bestimmen ist.

Die Rechtbank van eerste aanleg te Brussel hat daher das Verfahren ausgesetzt und dem Gerichtshof die folgenden Fragen zur Vorabentscheidung vorgelegt:

1. Steht Art. 50 der Richtlinie 2002/83 einer nationalen Regelung wie der in den Art. 173 und 175/3 WDRT entgegen, wonach Versicherungsverträge (einschließlich Lebensversicherungen) einer jährlichen Steuer unterliegen, wenn das Risiko in Belgien belegen ist, insbesondere wenn der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Belgien hat oder, falls der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist, wenn sich die Niederlassung dieser juristischen Person, auf die sich der Vertrag bezieht, in Belgien befindet, ohne dass der Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses berücksichtigt wird?

2. Stehen die sich aus den Art. 49 AEUV und 56 AEUV ergebenden gemeinschaftsrechtlichen Grundsätze über die Beseitigung von Hindernissen für den freien Personen- und Dienstleistungsverkehr zwischen den Mitgliedstaaten der Gemeinschaft einer nationalen Regelung wie der in den Art. 173 und 175/3 WDRT entgegen, wonach Versicherungsverträge (einschließlich Lebensversicherungen) einer jährlichen Steuer unterliegen, wenn das Risiko in Belgien belegen ist, insbesondere wenn der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Belgien hat oder, falls der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist, wenn sich die Niederlassung dieser juristischen Person, auf die sich der Vertrag bezieht, in Belgien befindet, ohne dass der Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses berücksichtigt wird?

Der EuGH beantwortete die 1. Frage mit Urteil vom 21.2.2013, C-243/11, wie folgt:

Art. 50 der Richtlinie 2002/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5.11.2002 über Lebensversicherungen ist dahin auszulegen, dass er es einem Mitgliedstaat nicht verwehrt, eine indirekte Steuer auf Lebensversicherungsprämien zu erheben, die von natürlichen Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in diesem Mitgliedstaat haben, als Versicherungsnehmer gezahlt werden, wenn die betreffenden Versicherungsverträge in einem anderen Mitgliedstaat abgeschlossen wurden, in dem diese Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatten.

Auf Frage 2 war daher nicht mehr einzugehen.

Fazit: In Ermangelung einer Harmonisierung auf Unionsebene kann ein Mitgliedsstaat jederzeit eine indirekte Steuer auf Versicherungsverträge einführen oder aufheben bzw. deren Satz oder Bemessungsgrundlage ändern. Das Ziel der Vermeidung von Doppelbesteuerungen und von Wettbewerbsverzerrungen lässt sich mit einer „dynamischen“ Auslegung von Art. 50 Abs 1 Richtlinie 2002/83/EG besser erreichen, zumal dies mit der Vollendung des Binnenmarktes im Bereich der Direktversicherungen, vereinbar ist.

2.2. Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

■ Zur Zulässigkeit der Einschaltung von verdeckten Ermittlern durch Versicherer (OLG Köln, Urteil vom 3.8.2012, 20 U 98/12)

Eine Überprüfung der Auskünfte des Versicherungsnehmers mit verdeckten Ermittlungsmethoden wie der Observierung ist mit dem im Versicherungsverhältnis geltenden Gebot der wechselseitigen Rücksichtnahme grundsätzlich nicht vereinbar. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz gilt aber dann, wenn der über bloße Zweifel an der Richtigkeit der Angaben hinausgehende begründete Verdacht für ein vorsätzlich vertragswidriges Verhalten des Versicherungsnehmers besteht.

■ Zum Nachweis der Fahrereigenschaft des Versicherungsnehmers bei einem Verkehrsunfall durch dessen Verletzungsbild (OLG Koblenz, Beschluss vom 16.2.2012, 10 U 817/11)

Hat der VN bei einem Unfall keine erheblichen Fuß-/Beinverletzungen oder – bei einem Anziehen der Beine als Beifahrer – schwerste Verletzungen des Becken und der Oberschenkel erlitten, obwohl sich ohne derartige Verletzungen aufgrund des Beschädigungsbildes des Fahrzeugs nicht erklären lässt, wie der VN auf dem Beifahrersitz den Unfall erlebt haben will, lässt dies nur den Schluss zu, dass er sich nicht auf dem Beifahrersitz befand.



II. Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS)

1. RSS-0004-13 = RSS-E 10/13

Zwischen den Streitteilen besteht eine Vermögensschadenhaftpflichtversicherung für das Gewerbe eines planenden, berechnenden und kontrollierenden Baumeisters.

Die Antragstellerin war im Jahr 2008/2010 mit der Planung und Bauaufsicht des Bauprojektes (...) beauftragt. Im Zuge der Bauausführung und nach Fertigstellung wurden diverse Mängel und Planungsfehler beanstandet.

Mit Fax vom 17.3.2011 erstattete die Antragstellerin eine erste Schadensmeldung (in Folge Schaden Nr. "" ""9), welche in weiterer Folge nach Rückfrage der Antragsgegnerin präzisiert wurde.

Zusammengefasst brachte die Antragstellerin vor, es werden ihr Planungsfehler vorgeworfen, die auf Änderungen während der Ausführungsplanung gegenüber den ursprünglich bei der Gewerbebehörde eingereichten Unterlagen beruhen. Dabei wurden Fenster weggelassen, wodurch die nach der Arbeitsstättenverordnung vorgeschriebene Fensterfläche von 5% der Bodenfläche als Sichtkontaktfläche ins Freie unterschritten wurde.

Die Bezirkshauptmannschaft (...) erteilte daraufhin mit Bescheid vom 8.9.2010 die Auflage, zusätzliche Fenster einzubauen. Die Berufung wurde vom Unabhängigen Verwaltungssenat (...) mit Bescheid vom 15.11.2010 als unbegründet abgewiesen.

Für diesen Schadenfall lehnte die Antragsgegnerin mit Schreiben vom 7.4.2011 wie folgt ab:
„(...)Aufgrund der uns vor vorliegenden (sic!) ist von einem Zuwiderhandeln gegen geltende Verordnungen bzw. behördlichen Vorschriften auszugehen.

Wir müssen daher, aufgrund der der (sic!) Bedingung P155, Artikel 6, Punkt 1.1 und Punkt 1.2, die Deckung für den Schadenfall ablehnen. Eine Versicherungsleistung können wir daher nicht erbringen.

Pflichtgemäß weisen wir darauf hin, dass vermeintliche Ansprüche dann erlöschen, wenn diese nicht innerhalb eines Jahres – gerechnet ab Zugehen dieses Schreibens – beim zuständigen Gericht geltend gemacht werden (§ 12. (3) VersVG). (...)

Die Antragsgegnerin wurde in der Folge durch die Fa. (...) von weiteren Schäden aufgrund mangelhafter Planung und Bauausführung informiert. Die Antragsgegnerin forderte daraufhin die Antragstellerin zur Schadensmeldung auf. Diese wurde mit Schreiben vom 9.12.2011 erstattet (in der Folge Schaden Nr. "" ""4):.

Nach umfangreicher Korrespondenz zwischen den Parteien bzw. dem Rechtsvertreter der Antragstellerin, lehnte die Antragsgegnerin die Deckung der beiden Schäden zusammenfassend wie folgt ab:

„(...)Schaden zu geringe Sichtkontaktflächen

Dieser Schaden wurde uns bereits im März 2011 gemeldet. In der Beilage übermitteln wir Ihnen eine E-Mail von Herrn (...). Entgegen Ihrer Mitteilung im Schreiben vom 16.04.2012 wurde der Bauherr nicht informiert.

Unabhängig davon wurde die Übernahme dieses Schadens ja bereits mit Schreiben vom 07.04.2011 qualifiziert abgelehnt (Schreiben als Kopie in der Beilage).

Betreffend der restlichen Mängel verweisen wir auf die Ausführungen des Sachverständigen (...).

Bei diesem Bauvorhaben sind viele Verstöße begangen worden, welche auf die fehlerhafte Planung als auch auf die mangelnde Bauleitung zurückzuführen sind. Unserer Meinung nach wurden die Schäden durch bewusste Fahrlässigkeit, zumindest bedingt vorsätzlich verursacht. (...)

Neben dem Ausschluss wegen bewussten Zuwiderhandelns gegen Vorschriften machte die Antragsgegnerin auch eine Obliegenheitsverletzung der mangelnden Information des Versicherers über den Schadenfall geltend.

Gegen diese Ablehnung richtete sich der Schlichtungsantrag der Antragstellerin. Sie beantragte die Deckung der beiden Schäden und begründete dies im Wesentlichen damit, dass die vorgeworfenen Verstöße nicht vorlägen. Die Nichtbeachtung der vorgeschriebenen Fensterfläche sei nicht von ihr zu verantworten, sondern vom Bauherrn gewünscht und mit dem Arbeitsinspektorat akkordiert gewesen. Eine Verletzung der Mitwirkungspflicht liege nicht vor, vielmehr habe die Antragstellerin selbst umfangreiche Gutachten zur Abwehr der Forderungen in Auftrag gegeben.

Die Antragsgegnerin beantragte die Abweisung des Schlichtungsantrages und verwies im Wesentlichen auf die bereits dargestellten Argumente.

Die Schlichtungskommission wies den Schlichtungsantrag mit folgender Begründung zurück:

1. Zum Schaden Nr. "" ""9 (betreffend der Sichtkontaktflächen):

Gemäß § 12 Abs 3 VersVG ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

Die Frist des § 12 Abs 3 VersVG ist keine prozessuale, sondern eine materiellrechtliche Ausschlussfrist (vgl etwa 7 Ob 143/73 ua.).

Dass die Jahresfrist des § 12 Abs 3 VersVG mit Schreiben vom 7.4.2011 in Gang gesetzt worden ist, ist unstrittig. Anhand des wechselseitigen Vorbringens und der der Schlichtungskommission

vorliegenden Korrespondenz ist es jedoch strittig, ob diese Frist tatsächlich präkludiert wurde (vgl 7 Ob 3/82;

In den Entscheidungen 7 Ob 31/94, 7 Ob 11/89 und 7 Ob 34/89 hat der Oberste Gerichtshof dargelegt, dass die Berufung auf den Fristablauf treuwidrig sein kann, wenn sich der Versicherer nach Fristablauf noch auf Verhandlungen einlässt und neue Gutachten anfordert. Dies bedeutet, dass diese Vorgehensweisen des Versicherers Indizien für einen im Gesamtkontext zu beurteilenden Verzicht auf die Verjährungseinrede darstellen könnten. Es kann aber nur bei Würdigung aller Umstände des festgestellten Sachverhalts beurteilt werden, ob der Versicherer mit seinen die Gutachtenseinholung nach Ablauf der Verjährungsfrist begleitenden Verhaltensweisen auf die bereits eingetretene Verjährung konkludent verzichtete oder nicht (vgl 7 Ob 147/09g).

Nach Ansicht der Schlichtungskommission muss es im Hinblick auf diese Rechtsprechung auch möglich sein, dass das Versicherungsunternehmen diese Frist mehrmals verlängert.

Ob im genannten Schadensfall die Antragstellerin die Jahresfrist wegen Vergleichsverhandlungen mit der Antragsgegnerin verstreichen ließ, ist aufgrund der Stellungnahme der Antragsgegnerin strittig.

Es war schon daher hinsichtlich dieser Frage der Schlichtungsantrag gemäß Punkt 5.3. lit g der Verfahrensordnung zurückzuweisen, weil dieser Antragsgegenstand besser in einem streitigen Verfahren zu behandeln ist, zumal es sich um ein umfangreiches Beweisverfahren handelt.

In diesem streitigen Verfahren wird die Antragstellerin zu beweisen haben, dass die Frist durch Vergleichsverhandlungen auch über diesen Versicherungsfall gehemmt wurde.

2. Zum Schaden Nr. "" ""4 (weitere Bau- und Ausführungsmängel):

Die Antragstellerin vertritt die Meinung, dass die Ablehnung wegen vorsätzlichen Handelns im Sinne des Art 6 der Bedingungen P155 nicht gerechtfertigt sei, weil diese Voraussetzungen nicht zutreffen und man „bei einer derart strengen Interpretation praktisch jeder Schadensfall zur Ablehnung gebracht werden könne“.

Dazu ist Folgendes auszuführen:

Bei der Beurteilung des Wesens des Anspruchs des Versicherungsnehmers aus der Haftpflichtversicherung sind das Deckungs- und das Haftpflichtverhältnis zu unterscheiden. Der Versicherungsanspruch in der Haftpflichtversicherung ist auf die Befreiung von begründeten und die Abwehr von unbegründeten Haftpflichtansprüchen gerichtet. Unbeschadet dieser beiden Komponenten (Befreiungs- und Rechtsschutzanspruch) handelt es sich um einen einheitlichen Anspruch des Versicherungsnehmers. Er entsteht in dem Zeitpunkt und wird fällig, in dem der Versicherungsnehmer von einem Dritten auf Schadenersatz wegen eines unter das versicherte Risiko fallenden Ereignisses oder einer solchen Eigenschaft in Anspruch genommen wird, unabhängig davon, ob die Haftpflichtforderung begründet ist, weil Versicherungsschutz auch die Abwehr unberechtigter Ansprüche in sich schließt (vgl 7 Ob 84/08s vom 11.9.2008).

Daraus folgt aber, dass der Versicherer dann die Deckung bedingungsgemäß ablehnen kann, wenn der Versicherungsfall grob fahrlässig herbeigeführt wurde und kumulativ dazu ein bewusster Verstoß gegen die für den versicherten Betrieb geltenden Gesetze, Verordnungen und

Vorschriften vorliegt. Dem Versicherer obliegt es, den bewussten Verstoß zu beweisen (vgl 7 Ob 264/04f vom 12.1.2005).

§ 152 VersVG stellt klar, dass der Täter den Schaden zumindest bedingt vorsätzlich zufügen muss, um den Ausschlusstatbestand zu verwirklichen. Bedingter Vorsatz setzt voraus, dass die betreffende Person eine Handlung oder Unterlassung setzt, obwohl sie die wahrscheinlichen schädlichen Folgen voraussehen musste, diese jedoch in Kauf genommen hat.

Ob die Antragstellerin vorsätzlich gehandelt oder im Sinne des Art 6 Pkt. 1.2 der Bedingung P155 bewusst gegen Vorschriften verstoßen hat, ist eine Tatfrage (vgl RS0081689).

Es wird daher in einem streitigen Verfahren zu klären sein, ob die Behauptung des Versicherers richtig ist, dass im vorliegenden Fall die Antragstellerin bewusst gegen Bau- bzw. Arbeitnehmerschutzvorschriften verstoßen hat, oder das Vorbringen der Antragstellerin, dass sie nicht vorsätzlich gehandelt habe oder bewusst gegen bauliche oder sonstige öffentlich-rechtliche Vorschriften verstoßen habe.

Ebenso stellt der behauptete Vorwurf der Antragsgegnerin, dass die Antragstellerin ihre Mitwirkungspflicht verletzt habe, eine Beweis- und Tatfrage dar, die nach Pkt. 5.3. lit g der Verfahrensordnung in einem streitigen Verfahren zu klären ist, zumal der Antragstellerin, auch wenn man eine Obliegenheitsverletzung annehmen sollte, der Kausalitätsgegenbeweis gemäß § 6 Abs 3 Satz 2 VersVG offen steht.

Die genannten Erwägungen treffen aber auch auf den unter Pkt. 1 genannten Schadenfall zu.

Es war daher spruchgemäß zu entscheiden.

III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS:

1. Kurzfristige Änderung der Courtagevereinbarung?

Ein Mitglied wandte sich mit folgender Fragestellung an die RSS:

Ein Versicherer habe ihm in einem Schreiben eine Änderung bei den Provisionen in der klassischen Lebensversicherung bekanntgegeben. Bei der prämienfreien Verlängerung bestehender Verträge käme es dabei aufgrund einer geänderten Berechnungsweise in den meisten Fällen zu einer gegenüber der bisherigen Vereinbarung niedrigeren Provision. Er fragte, ob die Vorgehensweise des Versicherers rechtens sei.

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

In Ihrer Courtagevereinbarung ist in Art. 10 bzw. 12 folgendes festgehalten:

Art 10: Änderungen und /oder Ergänzungen dieses Übereinkommens bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform und können nur mit (...) vereinbart werden.



Art 12: Dieses Übereinkommen wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Es kann von jedem Vertragspartner unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Letzten eines Monats aufgekündigt werden.

Die Kündigung hat mittels eingeschriebenen Briefes zu erfolgen. Im Fall der Kündigung durch einen der Vertragspartner bleibt der Courtaganspruch aus bereits vor der Rechtswirksamkeit der Kündigung vermittelten und im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen zustande gekommenen Verträgen (siehe Art. 2) aufrecht.

Daraus folgt, dass eine einseitige Änderung der Vereinbarung unzulässig ist.

Das Schreiben des Versicherten vom Dezember 2012 könnte jedoch als eine Änderungskündigung interpretiert werden. Darunter ist nach der Rechtsprechung eine Kündigung unter der Bedingung, dass sich der Vertragspartner mit einer bestimmten Änderung des Vertrages nicht einverstanden erklärt, zu verstehen.

Dazu ist jedoch zu bemerken, dass Kündigungen der Courtagvereinbarung nach Art. 12 grundsätzlich mittels eingeschriebenen Brief zu erfolgen haben.

Die Parteien können vom Formvorbehalt zwar nicht einseitig, wohl aber einverständlich abgehen, auch ohne Einhaltung der Schriftform und nicht nur ausdrücklich, sondern auch konkludent.

Ob Sie sich diesen neuen Bedingungen des Versicherers daher unterworfen haben, hängt somit auch davon ab, wie Sie dem Versicherer gegenüber seit diesem Schreiben aus Dezember 2012 reagiert haben bzw. ob dieser aus Ihrem Verhalten eine schlüssige Zustimmung zur Änderung bzw. zur Nichteinhaltung der Formvorschrift erblicken könnte.

Nach dem von Ihnen mitgeteilten Sachverhalt wäre allerdings auch eine unwidersprochene Änderungskündigung erst zum 31.1.2013 wirksam geworden (siehe Art. 12).

Da die Versicherung nicht gezwungen werden kann, die alten Provisionstabellen über den 31.1.2013 hinaus anzuerkennen, ist zu befürchten, dass im Streitfall der Versicherer die gesamte Courtagvereinbarung vertragsgemäß kündigt. Für im Jänner 2013 verlängerte Verträge sollten Sie allerdings die Abrechnung nach der alten Provisionsberechnung schriftlich fordern.

2. Zur Frage der Umdeutung einer zeitwidrigen Kündigung

Folgender Sachverhalt wurde von einem Mitglied geschildert:

Der Makler übermittelte eine Kündigung zu einer landwirtschaftlichen Bündelversicherung wegen Besitzwechsels. Der Betrieb wurde zwar übergeben, jedoch war die Grundbucheintragung noch nicht erfolgt, weshalb der Versicherer die Kündigung zurückwies.

Die neuerliche Kündigung erfolgte versehentlich erst rund 1 ½ Monate nach der Verständigung über die erfolgte Grundbucheintragung.

Frage: Darf der Versicherer diese zeitwidrige Kündigung zurückweisen bzw. müsste die erste Kündigung zu einer Besitzwechselkündigung, die mit Eintragung im Grundbuch erfolgt, umgedeutet werden?

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

Eine Kündigung des VN oder Versicherer, bei der die Kündigungsfrist nicht eingehalten oder zum falschen Kündigungstermin ausgesprochen wurde, ist rechtlich so zu behandeln, als ob sie unter



Einhaltung der vorgeschriebenen Frist zum nächstzulässigen Termin ausgesprochen worden wäre, wenn dies dem mutmaßlichen, dem Empfänger erkennbaren Willen des Erklärenden entspricht. Diese Wirkung tritt auch ein, wenn der Versicherer die zeitwidrige Kündigung zurückweist.

Im vorliegenden Fall war im Übrigen bereits im Kündigungszeitpunkt aufgrund der Formulierung des Schreibens offen, wann die Kündigung erfolgen kann, zumal der Grundbuchsauszug noch gar nicht vorlag und die Nachreichung angekündigt wurde. Dem Versicherer hätte daher klar sein müssen, dass der Kunde eine Auflösung mit Übergabe – wann auch immer diese eingetragen werden sollte – wünscht, daher hätte der Versicherer die fehlerhafte Erklärung unseres Erachtens umdeuten müssen.

IV. Gesetzgebung, Literatur & Sonstiges

1. Ab 1.1.2014: Verwaltungsgerichtsbarkeit neu

Mit 1.1.2014 tritt die Verwaltungsgerichtsbarkeits-Novelle 2012 (BGBl. I Nr. 51/2012) in Kraft, die wesentliche Änderungen im administrativen Instanzenzug bringt. Anstelle der Unabhängigen Verwaltungssenate, des Bundesvergabebamtes und rund 120 weiterer Sonderbehörden in Bund und Ländern treten die 9 Landesverwaltungsgerichte, ein Bundesverwaltungs- und ein Bundesfinanzgericht. Die Landesverwaltungsgerichte sind Verwaltungsgerichte erster Instanz für Angelegenheiten der Landesverwaltung, der mittelbaren Bundesverwaltung sowie anderer Selbstverwaltungskörperschaften (Ausnahmen bestehen für Angelegenheiten der Gemeinden). Die beiden Bundesgerichte behandeln Angelegenheiten der Bundesverwaltung. Gegen Erkenntnisse aller 11 Verwaltungsgerichte besteht die Möglichkeit der Revision an den Verwaltungsgerichtshof bzw. der Beschwerde an den Verfassungsgerichtshof (wegen der Verletzung verfassungsgemäß gewährleisteter Rechte). Vor den Verwaltungsgerichten besteht kein Anwaltszwang, eine rechtskundige Vertretung kann jedoch zweckmäßig sein, zumal die Verwaltungsgerichte auch in der Sache selbst entscheiden können.

Noch nicht abgeschlossene Verwaltungsverfahren unterliegen mit 1.1.2014 der neuen Rechtslage.

2. Zur Gerichtszuständigkeit im grenzüberschreitenden Verbrauchergeschäft

Der OGH hat vor kurzem über eine Zuständigkeitsfrage entschieden, die bei grenzüberschreitenden Geschäften von besonderer Bedeutung ist (Beschluss vom 8.5.2013, 6 Ob 14/13x). Nach Art 15 EuGVVO ist ein Verbraucher am Sitz seines Wohnortes zu klagen, wenn die Tätigkeit des Unternehmers auch auf den Verbraucherwohnsitz ausgerichtet ist. Im konkreten Fall hat ein Immobilienmakler einen Mann, der ein Gut in Oberösterreich geerbt hatte, in seiner Heimat, den Niederlanden, angerufen, um von ihm einen Auftrag für die Vermittlung der Liegenschaft zu erhalten. Die Liegenschaft wurde erfolgreich vermittelt, der Makler forderte nun die Provision vom Verkäufer. Dieser bestreitet, dem Makler einen Auftrag gegeben zu haben, der Makler sei nur im Auftrag der Käuferin tätig geworden. Der OGH gab dem Revisionsrekurs des Maklers gegen die Zurückweisung der Klage nicht Folge. Auch ein Anruf zur Geschäftsanbahnung sei eine Maßnahme zur Absatzförderung im Land des Angerufenen, und damit müsse der Anspruch auf Maklerprovision in den Niederlanden geltend gemacht werden.

Die

Rechtsservice- und Schlichtungsstelle

des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten behandelt rechtliche Probleme in Versicherungsfragen, wenn der Versicherungsvertrag von einem Makler vermittelt wurde

- rechtlich fundiert
- rasch
- kostengünstig

Eine Kommission, bestehend aus fünf Fachleuten, die allesamt umfangreiches Fachwissen auf dem Gebiet des Versicherungsrechtes aufweisen, beurteilt Ihren Fall. Vorsitzender der Schlichtungskommission ist Herr SenPräs. d. OLG i.R. Hofrat Dr. Gerhard Hellwagner.

Nähere Infos bei:

Interessensverband der Versicherungsmakler und Berater
in Versicherungsangelegenheiten Österreichs

Johannesgasse 2/Stiege 1/2.Stock/Tür 28, 1010 Wien

schlichtungsstelle@ivo.or.at

Impressum:

Medieninhaber:

Fachverband der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

Johannesgasse 2/Stiege 1/2.Stock/Tür 28, 1010 Wien

Offenlegung

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen trotz sorgfältigster Bearbeitung ohne Gewähr. Eine Haftung der Wirtschaftskammern Österreichs ist ausgeschlossen.

