



Versicherungsrechts-NEWS

Nr. 2/2025

Versicherungsrechts-NEWS des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

Aktuelle Judikatur zum Versicherungsrecht & Versicherungsvermittlerrecht
zusammengestellt von der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des Fachverbandes (RSS)

Inhalt

1. Unfallversicherung: Wann wird der Mitwirkungsanteil abgezogen? (OGH vom 18.12.2024, 7 Ob 201/24w)2
2. Die Wiederherstellungsklausel und ein Verzicht auf Zinsen (OGH vom 18.12.2024, 7 Ob 180/24g)4
3. Rücktrittsbelehrung auch bei Vertragsänderung einer Lebensversicherung nötig? (OGH vom 18.12.2024, 7 Ob 155/24f)5
4. Stenogramm - weitere versicherungsrechtliche Urteile im Überblick7
Zum Risikoausschluss für bewusstes Zuwiderhandeln gegen Vorschriften in den AHVB (OGH vom 18.12.2024, 7 Ob 185/24t)7
Kfz-Kasko: Bei Lastschriftmandat ist Konto ausreichend gedeckt zu halten - Voraussetzungen für Leistungsfreiheit des Versicherers (OGH vom 18.12.2024, 7 Ob 178/24p)7
Lebensversicherung: keine Nichtigkeit des Vertrages bei fehlendem Garantieverprechen (OGH vom 18.12.2024, 7 Ob 156/24b)8

Redaktionsschluss: 31.1.2025



1. Unfallversicherung: Wann wird der Mitwirkungsanteil abgezogen? (OGH vom 18.12.2024, 7 Ob 201/24w)

Ein Versicherungsnehmer erlitt am 11.9.2019 im Urlaub einen Unfall. Beim Laufen rutschte er auf einer nassen Poolumrandung aus und verdrehte sich dabei sein linkes Knie. Die daraus folgenden Verletzungen führten, so die Feststellungen des gerichtlich bestellten Gutachters, zu einer dauernden Invalidität von 2% des Beinwertes (70%). Er hatte bereits vor dem Unfall eine Beinachsenfehlstellung und daraus folgend eine Überbelastung des Knies samt Knorpelschaden und Arthrose, den Mitwirkungsanteil beurteilte der Gutachter mit 75%.

Am 16.5.2020 erlitt der Versicherungsnehmer neuerlich einen Unfall, er rutschte bei Hochsteigen einer Kellertreppe mit seinen Flip-Flops aus und erlitt dabei eine Zerrung am linken Knie.

2021 wurde dem Versicherungsnehmer eine Knieprothese eingesetzt.

Er klagte seinen Unfallversicherer auf Zahlung von 10.000 EUR für den ersten Unfall, rund 7.000 EUR für den zweiten Unfall sowie rund 10.000 EUR an Genesungsgeld für die Zeit des Krankenhausaufenthalts nach seiner Knieoperation. Weiters begehrte er die Feststellung, dass die Rückforderung von weiteren 4.000 EUR, die der Versicherer nach seinem 1. Unfall auszahlte und die dieser nun rückfordere, unzulässig sei.

Der Versicherer wendete ein, dass dem Versicherungsnehmer keine Invaliditätsleistung zustehe: Beim ersten Unfall erreiche die Gesamtinvalidität nach Abzug des Mitwirkungsanteils nicht die Schwelle von 1%, durch den 2. Unfall sei überhaupt keine Invalidität eingetreten. Die Knieoperation sei auch nicht Folge der Unfälle, sondern der bereits bestehenden Fehlstellung, weshalb auch das Genesungsgeld nicht zustehe.

Das Erstgericht wies die Klage ab, das Berufungsgericht gab der Berufung des Klägers nicht Folge.

Der Oberste Gerichtshof bestätigte diese Entscheidungen. Nach allgemeinen Ausführungen über die Auslegung von Versicherungsbedingungen ging er auf die Regelungen der Gliedertaxe und der Kürzung des Invaliditätsgrades durch den Mitwirkungsanteil wie folgt ein:

„Die zwischen den Streitparteien in Art 3.3. EUVBP 2016 vereinbarte Gliedertaxe bestimmt nach einem abstrakten und generellen Maßstab für eine Vielzahl von Gliedmaßen und körperlichen Funktionen feste Invaliditätsgrade bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der mit ihnen benannten Glieder (hier Beinwert 70 %). Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktions- oder Gebrauchsunfähigkeit wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes angenommen (Art 3.4. EUVBP 2016). Die Funktions- oder Gebrauchsunfähigkeit eines Gliedes wird üblicherweise in Bruchteilen der vollen Gebrauchsunfähigkeit ausgedrückt. Der in der Gliedertaxe vorgesehene Prozentsatz wird entsprechend dieses Bruchteils vermindert.

Art 11.2. AUVB 2016 enthält eine Regelung zur Leistungskürzung bei mitwirkenden Ursachen. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Fall der Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern. (...)



Art 11.2. AUVB 2016 sieht eine sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes insofern vor, als eine Versicherungsleistung nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen zu erbringen ist, der Versicherer also nur für die Folgen einzutreten hat, für die der Unfall (allein) kausal ist. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer versteht diese Regelung so, dass unfallfremde Krankheiten oder Gebrechen grundsätzlich zu seinen Lasten gehen, nämlich zu einer Kürzung des Anspruchs oder einem Abzug von der Gesamtinvalidität führen. Aus der Klausel folgt für den Versicherungsnehmer klar, dass der Unfallversicherer keinen Versicherungsschutz für unfallfremde Ursachen von Gesundheitsschädigungen wie Krankheiten oder konstitutionell oder schicksalhaft bedingte gesundheitliche Anomalien bietet

Die Einschränkung der Deckungspflicht (nur) auf unmittelbar durch den Unfall herbeigeführte Folgen ist vom durchschnittlichen Versicherungsnehmer zu erwarten, sodass keine Sittenwidrigkeit im Sinn des § 879 ABGB vorliegt.“

Der Unfallversicherungsvertrag sehe, so der OGH, gestaffelte Versicherungsleistungen vor, bei einer festgestellten Invalidität von 1 bis 19% betrage die Leistung zwischen 2.000 und 38.000 EUR. Für den Versicherungsnehmer sei erkennbar, dass unterhalb von 1% keine Leistung erfolge.

Nach der Bedingung „Unfallkapital UVCP0001“ errechne sich die Versicherungsleistung durch Multiplikation des ärztlich festgestellten Grades der dauernden Invalidität mit der für diesen Invaliditätsgrad festgelegten Versicherungssumme. Ebenso legen die Bedingungen fest, dass der festgestellte Invalidität um den Mitwirkungsanteil von Vorerkrankungen zu bereinigen ist. Damit folge für den Versicherungsnehmer klar, dass auch Punkt 1. UVCP0001 vom ärztlich festgestellten Grad der dauernden Invalidität ausgehe, der den bestehenden „Vorzustand“ der versicherten Person berücksichtigt, wenn bei ihr bereits vorhandene Krankheiten oder Gebrechen die Unfallfolgen beeinflussten. Der Argumentation des Versicherungsnehmers, dass lediglich die an sich festgestellte Invalidität über 1% liegen müsse, damit der Versicherer dem Grunde nach leistungspflichtig werde, und dann diese Leistung um den Mitwirkungsanteil zu kürzen sei, konnte der OGH daher nach der Bedingungslage nicht folgen.

Der Mitwirkungsanteil von 75% führe daher dazu, dass die Gesamtinvalidität nach dem 1. Unfall lediglich 0,35% betrage und der Versicherer nicht leistungspflichtig werde.

Zu den weiteren Punkten der in den Vorinstanzen abgewiesenen Klage (Entschädigung für den 2. Unfall sowie Genesungsgeld) ging die Revision des Klägers schon gar nicht mehr ein.

Fazit:

Der OGH hält fest, dass die Vorerkrankungen, wenn sie einen gewissen (in den Bedingungen festgelegten) Anteil an der Invalidität erreichen, bei der Bemessung der Gesamtinvalidität mit zu berücksichtigen sind. Erst wenn der unfallkausale Gesamtinvaliditätsgrad damit ermittelt ist, entscheidet sich, ob und in welchem Umfang der Versicherer leistungspflichtig wird. Das gilt damit auch für die Frage, ob ggf. eine Progressionsstufe erreicht wird. Auch hier gilt: Erst wenn der unfallkausale Anteil auch eine Progressionsstufe erreicht, greift die Progression der Versicherungssumme.



2. Die Wiederherstellungsklausel und ein Verzicht auf Zinsen (OGH vom 18.12.2024, 7 Ob 180/24g)

Ein Brand eines Wohngebäudes führte zu einem Rechtsstreit, der letztlich vor dem OGH endete. Ein Ehepaar erwarb 2018 eine Liegenschaft samt Wohngebäude und übernahm dabei auch eine landwirtschaftliche Bündelversicherung.

Am 26.5.2019 brannte das Wohngebäude ab, die Versicherungsnehmer verloren ihr gesamtes Hab und Gut. Sie wollten das Wohngebäude wieder errichten, waren jedoch auf die Zahlungen des Versicherers angewiesen. Der Versicherer leistete vor Klageeinbringung neben Abbruch- und Entsorgungskosten und Akontierungen für das Inventar - lediglich Akontozahlungen iHv 40.000 EUR. Ansonsten zahlte der Versicherer erst jeweils nach Rechnungsvorlage. Er bot den Versicherungsnehmern eine „Abschlagszahlung“, die diese jedoch ablehnten, weil sie davon ausgingen, dass die Höchsthaftungssumme weit über diesem Betrag liege, zumal die Versicherungssumme laut dem von der Vorbesitzerin abgeschlossenen Vertrag auch valorisiert werden müsste.

Letztlich bestätigte der Versicherer im September 2020 eine Fristverlängerung für die Sicherstellung der Wiederherstellung des Gebäudes bis Ende 2022. Als absehbar war, dass dies nicht ausreichen würde, weil gerade erst Kostenvoranschläge eingeholt wurden, ersuchten die Versicherungsnehmer um Fristverlängerung. Der Versicherer bot an, die Frist bis 1.12.2023 zu verlängern, aber unter der Voraussetzung, auf Zinsen komplett zu verzichten. Die Versicherungsnehmer gaben dem wirtschaftlichen Druck nach und stimmten zu, um nicht um die Neuwertspitze „umzufallen“.

Kurz nach Klageeinbringung im November 2022 bezahlte der Versicherer den Zeitwert des Gebäudes, dennoch blieben aus Sicht der Versicherungsnehmer fast 700.000 EUR offen.

Das Erstgericht gab der Klage im Ausmaß von rund 570.000 EUR samt Zinsen statt, das Berufungsgericht reduzierte dies um rund 91.000 EUR.

Drei Themen waren vom OGH noch zu behandeln, wobei er in allen Punkten die Entscheidung des Berufungsgerichts bestätigte.

Zur Fälligkeit der Neuwertspitze:

Während der Kläger argumentierte, es sei immer eine Wiederherstellung geplant gewesen, weshalb auch der Neuwert bereits mit der Schadenmeldung, spätestens aber Ende 2022 mit der erteilten Baubewilligung fällig gewesen sei, ging das Berufungsgericht erst von einem späteren Zeitpunkt aus.

Der OGH wiederholte die ständige Rechtsprechung, wonach zwar keine 100%ige Sicherheit verlangt werden könne, aber angesichts der getroffenen Vorkehrungen kein vernünftiger Zweifel an der Durchführung der Wiederherstellung bestehe. Der Abschluss eines bindenden Vertrags über die Wiederherstellung sei grundsätzlich ausreichend, die Erteilung der Baubewilligung jedoch nicht. Das Berufungsgericht sei nach dem Akteninhalt zu Recht davon ausgegangen, dass die Wiederherstellung erst gesichert war, als die Klagsseite selbst in einem Schriftsatz die Klagsforderung ausgedehnt habe, weil vorher die Beauftragung nach eigenen Angaben gar nicht möglich gewesen sei.



Verzinsung der Ansprüche:

Im Verfahren vor dem OGH war nicht mehr Thema, dass fällige Ansprüche gemäß § 11 VersVG zu verzinsen sind und auf diese Zinsen auch nicht verzichtet werden kann.

Gleichzeitig gibt aber § 94 VersVG dem Versicherungsnehmer in der Feuerversicherung einen weiteren Zinsanspruch. Als Ausgleich dafür, dass die Dauer der Ermittlungen häufig von Zufällen abhängig ist und die Fälligkeit der Entschädigungsleistung deshalb gelegentlich für einen langen Zeitraum aufgeschoben werden kann, erhält der Versicherungsnehmer Zinsen bereits ein Monat nach der Anzeige des Versicherungsfalles. Auf genau diesen Anspruch von rund 6.000 EUR für die Zeit, bis der Bericht des Schadensgutachters fertig war, hat der Versicherungsnehmer jedoch nach Ansicht der Gerichte wirksam verzichtet. Im Gegenzug dazu wurde ihm vom Versicherer eine Verlängerung der Wiederherstellungsfrist um fast ein Jahr gewährt. Das stehe in keinem groben Missverhältnis, so die Gerichte, und sei daher zulässig.

Zur Wertsicherung der Versicherungssumme:

Im Versicherungsvertrag der Vorbesitzerin war eine „Prämiengarantie“ für drei Jahre vereinbart, im Gegenzug dafür wurde auch die Versicherungssumme nicht valorisiert. Hier waren das Berufungsgericht und der OGH der Ansicht, dass diese Vereinbarung wirksam war. Dass es zuvor bereits einen Versicherungsvertrag zwischen der Vorbesitzerin und dem Versicherer gab, war insofern nicht von Bedeutung, als der frühere Vertrag gekündigt worden war und erst mit einer gewissen zeitlichen Deckungslücke und ausdrücklich als „Neuvertrag“ wieder abgeschlossen wurde.

Fazit:

Einiges an Streitpotential ergab sich hier aus den Umständen des Einzelfalles: Unklarheit über die Leistungspflicht des Versicherers führte zu Unsicherheit beim Versicherungsnehmer, ob eine Wiederherstellung überhaupt möglich war. Auch zahlte der Versicherer einen großen Teil erst nach Klageeinbringung. Der professionellen Schadenabwicklung durch einen gerade für diese Fälle qualifizierten ausgebildeten Versicherungsmakler kommt große Bedeutung zu und kann mitunter auch einen Rechtsstreit vermeiden.

3. Rücktrittsbelehrung auch bei Vertragsänderung einer Lebensversicherung nötig? (OGH vom 18.12.2024, 7 Ob 155/24f)

Schließlich ein Fall, zu dem es noch keine Lösung gibt: Selbst der OGH sieht keine eindeutige Lösung und sah sich verpflichtet, die Rechtsfrage von Europäischen Gerichtshof beantworten zu lassen. Was war passiert?

Eine Versicherungsnehmerin schloss 2013 eine fondsgebundene Lebensversicherung mit einer Laufzeit von 25 Jahren und einer Monatsbruttoprämie von 50 EUR (wertgesichert) ab. Ein Jahr später beantragte sie, dass die Monatsprämie auf 100 EUR erhöht werden sollte, dafür auf eine Wertanpassung im Jahr 2014 verzichtet werden sollte.

Der Versicherer übermittelte der Versicherungsnehmerin daraufhin im Juli 2014 einen Nachtrag zum Versicherungsvertrag, auf der letzten Seite befand sich ein Hinweis des



Versicherers zu einem Rücktrittsrecht vom Vertrag nach Zugang der Polizze, das innerhalb von einer Woche (wenn die Voraussetzungen des § 3 KSchG - Haustürgeschäft vorliegen) bzw. 14 Tagen (bei Nichtaushändigung von Versicherungsbedingungen oder Antragskopie) auszuüben sei. Selbiges wiederholte sich 2015, als der Versicherer einen Nachtrag wegen „Einschluss einer Wertanpassungsvereinbarung“ zusandte.

2022 erklärte die Versicherungsnehmerin den Rücktritt von allen Änderungen des Vertrages 2014 und 2015, sie verlangte die Prämien Differenz samt Zinsen zurück. Der Versicherer lehnte den Rücktritt ab, die Versicherungsnehmerin trat ihre Ansprüche an den Verein für Konsumentinformation ab.

Die Unterinstanzen wiesen die Klage ab, die Rücktrittsbelehrung sei nicht intransparent. Das Rücktrittsrecht würde an den Vertragsabschluss bzw die Mitteilung über den Vertragsabschluss anknüpfen und stünde daher bei bloßen Vertragsänderungen nicht zu.

Es stellte sich dabei jedoch für den OGH die Frage, ob der Versicherer nicht bei den Vertragsänderungen auch auf die Bestimmung des § 165a VersVG hinweisen hätte müssen - gemäß dieser Bestimmung besteht nämlich ein 30tägiges Rücktrittsrecht für Lebensversicherungsverträge.

Dieses Rücktrittsrecht beruht auf Art 186 Abs 1 der Richtlinie 2009/138/EG. Nach dessen Wortlaut stellt diese Bestimmung auf den Vertragsschluss ab. Demgegenüber stehen jedoch auch Informationspflichten des Versicherers während der gesamten Laufzeit des Vertrages, insbesondere bei Änderungen von bestehenden Verträgen (Art 185 Abs 3).

In der österreichischen Lehre finde sich dazu laut OGH keine Stellungnahme, in Deutschland sei die überwiegende Mehrheit der Lehre der Auffassung, dass das Rücktrittsrecht auch bei später vorgenommenen Änderungen des Vertrages unabhängig von ihrem Umfang und Bedeutung zustehe.

Teilweise werde jedoch vertreten, dass nur Änderungen von einigem Gewicht ein neuerliches Widerrufsrecht auszulösen vermögen. Dabei soll es sich typischerweise um solche Änderungen handeln, die auch Gegenstand eines neuen, eigenständigen Versicherungsvertrages sein könnten, etwa Deckungserweiterungen von einigem Gewicht.

Sinn des Rücktrittsrechts sei der Schutz des Versicherungsnehmers vor Übereilung. Aus Sicht des OGH sei nun aber offen, ob ein solcher Schutz auch dann notwendig sei, wenn es zu Änderungen eines bestehenden Vertrages komme, und gegebenenfalls, ob diese Änderungen so wesentlich sein müssen, dass diese in ihrer wirtschaftlichen Tragweite einem Vertragsabschluss gleichkommen.

Fazit:

Der Ball liegt nun beim Europäischen Gerichtshof. Sollte der EuGH ein Rücktrittsrecht auch nach Vertragsänderungen bejahen, würde dies unter Umständen einigen Versicherungsnehmern zusätzliche Rücktrittsmöglichkeiten bieten.



4. Stenogramm - weitere versicherungsrechtliche Urteile im Überblick

Zum Risikoausschluss für bewusstes Zuwiderhandeln gegen Vorschriften in den AHVB (OGH vom 18.12.2024, 7 Ob 185/24t)

Der Vorsatz des Versicherungsnehmers in Art 7.2.1 AHVB braucht sich nur auf das Zuwiderhandeln, nicht aber auch auf die damit möglicherweise verbundenen Schadenfolgen erstrecken. Selbst wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt des Schadens nicht billigt, sondern im Gegenteil hofft, dass er nicht eintreten werde, reicht der bewusste Verstoß für sich allein schon aus, um die Leistungsfreiheit des Versicherers zu bewirken.

(hier: Arzt entnimmt mit einer Spritze ein Narkosemittel aus einer angebrochenen Flasche, die er entgegen den einschlägigen Vorschriften nicht entsorgt, sondern über Nacht gelagert hatte. Dadurch werden drei Patientinnen mit einem Darmkeim infiziert, eine Patientin stirbt in der Folge an einer Sepsis. Der Arzt wusste von der besonderen Gefahr, dass das Narkosemittel verkeimt werden kann und dass Keime in der Lösung eine Sepsis auslösen können. Er hat damit bewusst diesen Vorschriften zuwider gehandelt und in Kauf genommen, dass durch seine Handlungen die gegenständlichen Schadenseintritte wahrscheinlich eintreten würden.)

Kfz-Kasko: Bei Lastschriftmandat ist Konto ausreichend gedeckt zu halten - Voraussetzungen für Leistungsfreiheit des Versicherers (OGH vom 18.12.2024, 7 Ob 178/24p)

Haben die Parteien bezüglich der Prämie ein Lastschriftverfahren vereinbart, so soll der Versicherer das Geld vom Bankkonto des Versicherungsnehmers abrufen, wodurch die Prämienschuld in einvernehmlicher Abänderung des § 36 VersVG zu einer Holschuld wird. In diesem Fall hat der Versicherungsnehmer das seinerseits erforderliche getan, wenn er den Geldbetrag zur Abholung bereit hält bzw zum Fälligkeitstermin der geschuldete Betrag vom Konto des Versicherungsnehmers abgebucht werden kann, sodass der Versicherungsnehmer für entsprechende Deckung durch ein Guthaben oder für eine Kreditzusage der Bank sorgen muss. Da der Gesetzeswortlaut des § 38 Abs 3 VersVG keine entsprechende Ausnahme vorsieht, gelangt § 38 VersVG auch dann zur Anwendung, wenn die Parteien eine Lastschriftvereinbarung getroffen haben. Die Warnfunktion, die der geforderte Rechtsfolgenhinweis für den Versicherungsnehmer erfüllt, greift schließlich auch im Fall einer Lastschriftvereinbarung.

(hier: Versicherungsnehmer hat trotz ausreichender Belehrung im Sinne des § 38 Abs 3 VersVG nicht für Deckung seines Kontos gesorgt, knapp 4 Wochen nach dem Schreiben des Versicherers tritt ein Totalschaden am Fahrzeug ein)



Lebensversicherung: keine Nichtigkeit des Vertrages bei fehlendem Garantieverprechen (OGH vom 18.12.2024, 7 Ob 156/24b)

Die fondsgebundene Lebensversicherung ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Leistung des Versicherers überwiegend nach der Entwicklung eines Investmentfonds oder eines aus Wertpapieren bestehenden Anlagestocks richtet. Der Versicherungsnehmer trägt das bei Wertpapieren immanente Risiko des Wertverlusts, hat aber auch die Chance auf eine positive Wertentwicklung des Anlagestocks. Er erhält damit grundsätzlich nicht (zumindest nicht überwiegend) eine der Höhe nach garantierte, sondern eine kurs- und kapitalmarktabhängige Leistung. Die Höhe wird durch den Wert der auf die Versicherung entfallenden Anteileinheiten des Anlagestocks zu einem in den Versicherungsbedingungen festgelegten Zeitpunkt errechnet.

Bei der fondsgebundenen Lebensversicherung trägt der Versicherungsnehmer das Veranlagungsrisiko. Die hier zu beurteilende Klausel regelt klar und unmissverständlich, dass die beklagte Versicherungsgesellschaft selbst keine Kapitalgarantie übernimmt. Damit gibt die Klausel lediglich die ohnehin bestehende Rechtslage wieder. Eine (zusätzliche) Garantie der Beklagten wäre dagegen ein „mehr“, ihr Fehlen kann damit aber auch keine Verbraucherrechte nach § 9 KSchG beschneiden.

(hier: Versicherungsnehmer begehrte die Rückabwicklung des Vertrages, weil die Klausel, wonach der Versicherer keine Garantie für den Wert der Fondsanteile übernimmt, gröblich benachteiligend und intransparent sei, alle drei Instanzen teilten diese Meinung nicht)



Die



RSS

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 vier Fachleuten, die allesamt umfangreiches Fachwissen auf dem Gebiet des Versicherungsrechtes aufweisen, beurteilt Ihren Fall. Vorsitzende der Schlichtungskommission sind Frau Univ. Prof. Dr. Sonja Bydlinski, MBA, und Herr SenPräs. d. OLG i.R. Hofrat Dr. Gerhard Hellwagner.

Nähere Infos bei:

Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des
Fachverbandes der Versicherungsmakler und
Berater in Versicherungsangelegenheiten
Stubenring 16 / Top 7, 1010 Wien
rss@wko.at

Impressum:

Medieninhaber:

Fachverband der Versicherungsmakler und
Berater in Versicherungsangelegenheiten
Stubenring 16 / Top 7, 1010 Wien

Offenlegung

Grafik: © Tetra Images / Corbis