

Versicherungsrechts-Newsletter 4/2016 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 Newsletter 2/2016 habe ich mitgeteilt, dass ich eine zunehmende Verärgerung und Verunsicherung der Unternehmerschaft wahrnehmen musste.

Zu Recht fühlt sie sich von der Bürokratie erdrückt und von der Politik benützt. Besonders bedrückt mich, dass die Republik Österreich wirtschaftlich nicht mehr zum Kreis der Besten von Europa zählt. Die Abgabenquote ist einfach zu hoch, um die internationale Wettbewerbsfähigkeit unserer Betriebe in Europa zu stärken. Die Politik will sich mit dem Durchschnitt zufriedengeben.

Hätten wir Versicherungsmakler in der Vergangenheit nur durchschnittliche Leistungen angeboten, hätten wir im Wettbewerb auf dem umkämpften Versicherungsmarkt nicht bestehen können. Als Standesvertreter war ich daher stets bemüht, das Ansehen unseres Berufsstandes zu stärken und für die Überzeugung zu werben, dass wir eine wichtige überdurchschnittliche Rolle im Dreieck mit Kunden und Versicherer spielen. Zur Förderung dieses Zieles wurde vom Fachverband die Rechts- und Disziplinarkommission (RDK) eingerichtet.

Ich betrachte es als große Auszeichnung und Ehre für unseren Berufsstand, dass sich die ehemalige Vizepräsidentin und Vorsitzende des für Versicherungsfragen zuständigen Fachsenats 7 des Obersten Gerichtshofes, Dr. Ilse Huber, bereit erklärt hat, den Vorsitz der RDK zu übernehmen. Im Rahmen der Roadshow, die der Fachverband im heurigen Frühjahr quer durch die Bundesländer veranstaltet, wird auch für Sie, sehr geehrte Mitglieder in den Bundesländern, die Möglichkeit bestehen, sich über die Tätigkeit der RDK zu informieren und die Vorsitzende kennenzulernen.

Mit der RDK haben wir kein Neuland betreten, sondern konnten auch auf Erfahrungen aus der Vergangenheit aufbauen. Eine Ehrenschiedsgerichtsordnung existierte seit 1983, weiters wurde 1993 vom Bundesgremialtag der Versicherungsmakler eine Berufsordnung beschlossen, in deren Pkt. 5 auch Standesregeln festgeschrieben worden sind.

Die Einrichtung der RDK ist somit ein weiterer Meilenstein, das Ansehen unsres Berufsstandes zu stärken, um sich in Zukunft noch besser auf dem Versicherungsmarkt behaupten zu können.

Mit freundlichen Grüßen
Gunther Riedlsperger



Inhalt:

I.	Versicherungsrechtliche Judikatur.....	2
1.	Österreich:.....	2
1.1.	Zur Frage, ab wann die Berufung auf Verfristung des Anspruches nach Art 7 AUVB gegen Treu und Glauben verstößt.....	2
1.2.	Zum Risikoausschluss für Spiel und Wette in der Rechtsschutzversicherung hinsichtlich einer von einem Treuhänder gehaltenen Kommanditbeteiligung als einmalige Veranlagung.....	5
1.3.	Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick	7
2.	International:.....	8
2.1.	Zur Zurechnung der falschen Beantwortung von Gesundheitsfragen durch den Makler bei Verwendung eigener Formulare.....	8
2.2.	Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick.....	10
II.	Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS)	11
	Leitungswasserschadenversicherung: Auslegung von Versicherungsbedingungen (RSS-0018-15 = RSS-E 18/15)	11
III.	Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS	13
1.	Besitzwechselkündigung bei Verkauf der GmbH-Anteile?.....	13
2.	Rechtsschutzversicherung: Deckung für Anfechtungsklage des Masseverwalters	13
IV.	Sonstiges	15
1.	Arbeitnehmerrechte: Behinderter darf sein Leiden verheimlichen	15
2.	OGH zur Kündigung eines Kreditvertrages	15
3.	Literatur	15

I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich:

1.1. Zur Frage, ab wann die Berufung auf Verfristung des Anspruches nach Art 7 AUVB gegen Treu und Glauben verstößt

Der Kläger begehrt vom beklagten Unfallversicherer die Zahlung von 5.625 EUR sA. Seine mitversicherte Tochter habe sich am 25. 1. 2012 anlässlich eines Sturzes beim Schifahren eine Teilläsion des vorderen Kreuzbandes mit Meniskusbeteiligung zugezogen. Die genannte Verletzung bringe eine dauernde Invalidität von 10 % des Beinwertes mit sich. Nach erfolgter Schadensmeldung habe die Beklagte darauf verwiesen, dass etwaige Leistungsansprüche aus dem Titel der bleibenden Invalidität mittels Vorlage eines ärztlichen Befundberichts fristgerecht innerhalb von 15 Monaten zu stellen seien. Auf Grund der nachfolgenden Korrespondenz habe der Kläger davon ausgehen können, dass er den Anspruch seiner Tochter aus dem Titel der dauernden Invalidität jedenfalls ausreichend geltend gemacht habe. Die Berufung der Beklagten auf die Ausschlussfrist des Art 7.1. AUVB sei treuwidrig.

Die Beklagte beantragt die Abweisung der Klage. Infolge verspäteter und nicht vertragskonformer Anspruchstellung bestünde keine Leistungspflicht gemäß Art 7.1. AUVB.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab und traf folgende Feststellungen:

Am 1. 2. 2012 meldete die Versicherungsmaklerin des Klägers der Beklagten den Unfall. In ihrem Antwortschreiben vom 2. 2. 2012 wies die Beklagte ausdrücklich darauf hin, dass etwaige Leistungsansprüche aus dem Titel der bleibenden Invalidität mittels Vorlage eines ärztlichen Befundberichts innerhalb von 15 Monaten zu stellen seien. Am 11. 2. 2013 übermittelte die Versicherungsmaklerin des Klägers einen Arztbrief vom 1. 2. 2013 an die Beklagte mit der Bitte um weitere Bearbeitung. Am 14. 2. 2013 ersuchte die Beklagte die Versicherungsmaklerin um Übermittlung weiterer Unterlagen, woraufhin ihr am 6. 3. 2013 ein Befund vom 6. 2. 2013 übermittelt wurde. In keinem der an die Beklagte übermittelten Schreiben und Schriftstücke ist explizit vom etwaigen Bestehen bzw der Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Titel der dauernden Invalidität die Rede. Aus den Meldungen und Unterlagen ergibt sich ein Riss des vorderen Kreuzbandes.

Rechtlich ging das Erstgericht davon aus, dass der Kläger einen Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität nicht explizit geltend gemacht habe und sich den Befunden keine Mitteilung einer dauernden Invalidität entnehmen lasse, weshalb der Anspruch verfristet sei.

Das Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil.

Mit Beschluss vom 18.2.2015, 7 Ob 225/14k, gab der OGH der Revision Folge, hob die Urteile der Vorinstanzen auf und verwies die Rechtssache zur ergänzenden Verhandlung und Entscheidung an das Erstgericht zurück.

Der Oberste Gerichtshof begründete diese Entscheidung zusammengefasst wie folgt:

Die bloße Mitteilung des Unfalls und der unmittelbaren Verletzungsfolge genügt grundsätzlich noch nicht für die Geltendmachung des Ersatzanspruchs für Dauerfolgen; die Schadensmeldung kann für sich allein noch nicht als Geltendmachung der Leistung für dauernde Invalidität gewertet werden.

Vom Obersten Gerichtshof wurde aber im Einklang mit deutscher Judikatur und Lehre bereits mehrfach betont, dass auch ein Versicherungsverhältnis im besonderen Maße von Treu und Glauben beherrscht wird, welchen Grundsatz der Versicherungsnehmer ebenso gegen sich gelten lassen muss wie der Versicherer. Diese starke Betonung von Treu und Glauben soll der Tatsache Rechnung tragen, dass jeder der beiden Vertragspartner auf die Unterstützung durch den jeweils anderen angewiesen ist, weil er dem jeweils anderen in der einen oder anderen Weise unterlegen ist: Der Versicherungsnehmer verfügt zB allein über die Kenntnis wesentlicher Umstände für den Vertragsschluss und die Schadensabwicklung; der Versicherer ist dem Versicherungsnehmer überlegen durch die Beherrschung der Versicherungstechnik, seiner Geschäftskunde, seinen umfangreichen Erfahrungen und wegen der Sachverständigen, deren er sich bedienen kann. Treu und Glauben beeinflussen daher das Versicherungsverhältnis in vielfacher Weise und können nach herrschender Meinung ergänzende Leistungs- oder Verhaltenspflichten.

Vor dem Hintergrund der zitierten Judikatur erweist sich die Schadensmeldung vom 1. 2. 2012, die lediglich den durch keinen ärztlichen Befund untermauerten Hinweis auf eine auch bloß vermutete Verletzungsfolge (Kreuzbandriss) enthielt, noch nicht als klare Geltendmachung einer Leistung für dauernde Invalidität.

Das Ersuchen um Bearbeitung und Rückmeldung vom 1. 2. 2013 im Zusammenhang mit dem vorgelegten Arztbrief, dem sich die durch den Sturz verursachte Verletzung (Kreuzbandriss) und auch die immer noch anhaltenden Kniebeschwerden entnehmen ließen, gaben aber nunmehr ausreichend deutlich zu erkennen, dass der Kläger Dauerfolgen dem Grunde nach behauptet und damit Leistungen für eine dauernde Invalidität beansprucht. Die Beklagte lehnte auch ihre Leistungspflicht ausschließlich unter dem Hinweis auf das Fehlen eines entsprechenden ärztlichen Befundberichts ab, woraus ersichtlich ist, dass sie offenbar selbst eine ausreichende Geltendmachung des Anspruchs zugrunde legte.

Im vorgelegten Arztbrief fehlt ein ausdrücklicher ärztlicher Ausspruch über eine wahrscheinlich dauernde Invalidität. Ohne Hinweis darauf, dass die Beklagte aus der hier vorliegenden Verletzung an sich nicht auf eine dauernde Invalidität schließen könne, forderte sie nur weitere Unterlagen, insbesondere die OP-Berichte an.

Dieser Aufforderung kam der Kläger nach. Er übermittelte mit dem Hinweis, dass keine Operation erfolgt sei, einen weiteren ärztlichen Befund, dem ebenfalls die Diagnose Kreuzbandriss und die immer noch anhaltenden Kniebeschwerden zu entnehmen waren, der aber auch keinen ärztlich begründeten Ausspruch über eine wahrscheinlich dauernde Invalidität enthielt. Auch jetzt erfolgte kein Hinweis der Beklagten, dass sie darin immer noch keinen ärztlichen Befundbericht nach Art 7.1. AUVB erblickte. Vielmehr setzte sie vorerst überhaupt keine Reaktion und lehnte ihre Leistungspflicht erst nach Ablauf der Frist wegen Fehlens eines Befundberichts ab. Damit verstößt ihre Berufung auf den Fristablauf gegen Treu und Glauben. Sie hätte nämlich den Kläger im Sinn der Judikatur darauf hinweisen müssen, dass sie den vorliegenden Befunden noch immer keine dauernde Invalidität entnehmen könne, sodass es dem Kläger möglich gewesen wäre, fristgerecht eine Ergänzung der Befunde vorzunehmen.

Fazit: Auch wenn der OGH im vorliegenden Fall zu Gunsten des Kunden entschieden hat, ist Vorsicht geboten. Grundsätzlich ist die 15-Monats-Frist streng als Präklusivfrist zu betrachten, innerhalb der nicht nur die Invalidität geltend zu machen ist, sondern auch ein entsprechender Befund vorzulegen ist. Im konkreten Fall hat der Versicherer den Kunden nicht darauf hingewiesen, dass die bislang vorgelegten Unterlagen noch keinen ärztlichen Befundbericht enthalten.

Sollte sich ein Versicherer darauf berufen, dass die 15-Monats-Frist versäumt wurde, ist im Einzelfall zu prüfen, ob aus den rechtzeitig vorgelegten Unterlagen zumindest die Geltendmachung von Dauerfolgen hervorgeht und der Versicherer nach den Umständen des Einzelfalles den Kunden auffordern hätte müssen, einen dahingehenden ärztlichen Befund vorzulegen.



1.2. Zum Risikoausschluss für Spiel und Wette in der Rechtsschutzversicherung hinsichtlich einer von einem Treuhänder gehaltenen Kommanditbeteiligung als einmalige Veranlagung

Der Erstkläger schloss mit der Beklagten einen Rechtsschutzversicherungsvertrag ab. Die Zweitklägerin ist als Ehegattin des Erstklägers mitversichert.

Über Beratung durch eine Bank zeichneten der Erstkläger, ein als Leiter einer Rechtsabteilung im Konzern der beratenden Bank bis zu seiner Pensionierung tätiger Jurist, und seine Ehegattin, die Zweitklägerin, am 5. 11. 2004 die Beitrittsunterlagen für eine treuhändig gehaltene Kommanditbeteiligung im Nominale von je 35.000 EUR zuzüglich 5 % Agio an einem geschlossenen Immobilienfonds im EU-Raum. Sie informierten die Beklagte nicht vom Abschluss dieser Veranlagung. Die Kläger erlitten durch diese Veranlagung große Verluste und suchten beim beklagten Rechtsschutzversicherer um Rechtsschutzdeckung an.

Mit Schreiben vom 30. 11. 2012 und 20. 12. 2011 lehnte die Beklagte die Deckung unter Verweis auf die Risikoausschlüsse gemäß Art 7.1.7. ARB 2000 (Streitigkeit aus dem Gesellschaftsrecht) und Art 7.1.13. ARB 2000 (Spekulationsgeschäft) ab.

Die Kläger begehren die Feststellung, dass die Beklagte aus dem zwischen den Streitparteien bestehenden Rechtsschutzversicherungsvertrag für die klagsweise Geltendmachung von Ansprüchen gegen die Bank auf Grund fehlerhafter Beratung Deckung bis zum vertraglich vereinbarten Höchstbetrag zu gewähren habe. Es liege kein „Spekulationsgeschäft“ im Sinn des Art 7.1.13. ARB 2000 vor, weil der Veranlagung kein Spiel- oder Wettverträgen vergleichbares aleatorisches Element inne wohne. Bei der hier vorliegenden Kommanditbeteiligung stehe die Vermögensveranlagung und nicht der unternehmerische Zweck im Vordergrund, weshalb der Versicherungsschutz gemäß Art 23.1.1. ARB 2000 gegeben sei. Nur eine erhebliche Gefahrenerhöhung würde gemäß Art 13.1. iVm Art 13.3. ARB 2000 zur Leistungsfreiheit der Beklagten führen; diesen Nachweis habe die Beklagte zu erbringen; Zweifel darüber gingen zu ihren Lasten.

Die Beklagte wendet ein, dass eine Kommanditbeteiligung an einem geschlossenen ausländischen Fonds ein extrem hohes spekulatives Risiko darstelle, bei welchem ein Totalverlust zu erwarten sei. Es liege daher der Risikoausschluss des Art 7.1.13. ARB 2000 vor. Die Zeichnung der Unternehmensbeteiligung falle zudem unter den Begriff „sonstige Erwerbstätigkeit“ des Art 23.1.1. ARB 2000, weshalb der Versicherungsschutz auch aus diesem Grund nicht bestehe. Die Kläger hätten die Beklagte von der Zeichnung der Unternehmensbeteiligung und der daraus resultierenden Gefahrenerhöhung informieren müssen. Die Verletzung dieser Meldepflicht führe gemäß Art 13.1. iVm Art 13.3. ARB 2000 zur Leistungsfreiheit der Beklagten.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren mit der Beschränkung auf Ansprüche in Höhe von 73.500 EUR betreffend die Zeichnung der Kommanditbeteiligung an dem näher umschriebenen Immobilienfonds statt. Der Risikoausschluss des Art 7.1.13. ARB 2000 gelange nicht zur Anwendung, weil die von den Klägern getätigte Veranlagung vom Risikograd nicht mit Spiel- oder Wettverträgen vergleichbar und das aleatorische Element nicht Hauptgegenstand des Vertrags sei. Die einmalige Anschaffung einer Kommanditbeteiligung sei als Verwaltung privaten Vermögens dem Privatbereich zuzuordnen, weshalb auch der Risikoausschluss des Art 23.1.1. ARB 2000 nicht vorliege. Abgesehen davon, dass der Erwerb einer Kommanditbeteiligung keine wesentliche

Gefahrenerhöhung im Sinn des Art 13 ARB 2000 darstelle, hätten die Kläger im Zeitpunkt des Erwerbs keine Kenntnis von dem mit der Veranlagung verbundenen Risiko gehabt; daher könne sich die Beklagte nicht mit Erfolg auf eine Verletzung der Mitteilungspflicht berufen.

Das Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil.

Mit Urteil vom 12.3.2015, 7 Ob 210/14d, gab der OGH der Revision nicht Folge. Aus den Entscheidungsgründen ist Folgendes hervorzuheben:

Art 7.1.13. ARB 2000 enthält Risikoausschlüsse, deren Zweck es ist, dass mit den von der Risikogemeinschaft aufgebrachten Beträgen keine Auseinandersetzungen aus aleatorischen Verträgen finanziert werden. Die in Art 7.1.13. ARB 2000 angeführten Verträge bergen besondere Risiken, denen der Versicherungsnehmer sich bewusst ausgesetzt hat; den anderen Mitgliedern der Risikogemeinschaft ist eine Beteiligung hier nicht zumutbar

Die Revisionsausführungen stützen sich darauf, dass es sich bei der gegenständlichen Kommanditbeteiligung um ein (hoch) spekulatives Geschäft handle. Sie lassen jedoch unberücksichtigt, dass nach Art 7.1.13. ARB 2000 nur Spiel- oder Wettverträgen ähnliche Spekulationsgeschäfte vom Risikoausschluss erfasst sind.

Nach ausführlichen Auseinandersetzung mit den Begriffen „Spiel“ und „Wette“ im Sinne des §§ 1270 bis 1272 ABGB bestätigte der Oberste Gerichtshof die Rechtsmeinung der Vorinstanzen, dass der vorliegende Erwerb einer Kommanditbeteiligung an einem geschlossenen Immobilienfonds, bei dem der Veranlagungszweck im Vordergrund steht, mit Spiel und Wette nicht vergleichbar sei

Der Risikoausschluss gemäß Art 23.1.1. ARB 2000 sei nicht verwirklicht, Streitigkeiten aus privater Vermögensveranlagung seien grundsätzlich dem privaten Lebensbereich zuzuordnen. Die Grenze zur betrieblichen Tätigkeit oder sonstigen Erwerbstätigkeit werde dann überschritten, wenn dabei unternehmerischer Einsatz entfaltet werde oder in größerem Umfang und mit Wiederholungsabsicht Spekulationsgeschäfte getätigt werden. Die Höhe des veranlagten Vermögens allein spiele dabei nicht die ausschlaggebende Rolle.

Eine Gefahrenerhöhung gemäß Art 13.3. ARB 2000 verneinte der OGH mit der Begründung, der Versicherer habe mit einem derartigen Geschäft rechnen müssen. Die im EU-Raum getätigte Veranlagung in der Höhe von 35.000 EUR pro Kläger für eine Dauer von 10 Jahren sei weder bezogen auf Veranlagungshöhe und -zeitraum noch hinsichtlich des Veranlagungsorts unüblich.

Fazit:

Deckungsablehnungen unter Berufung auf den Deckungsausschluss „Spiel“ und „Wette“ sind grundsätzlich zu hinterfragen. Auch in einer Entscheidung des OGH vom 2.9.2015, 7 Ob 111/15x, wurde die Aufnahme eines Fremdwährungskredites samt Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages als Tilgungsträger ebenfalls nicht als einem Spiel oder einer Wette ähnliches Spekulationsgeschäft beurteilt.

Weiters hat der Oberste Gerichtshof festgehalten, dass allgemein übliche, das Durchschnittsrisiko kennzeichnende Gefahrenerhöhungen und solche, deren Unterstellung unter die §§ 23 ff VersVG den Versicherungsschutz der Mehrzahl der Versicherungsnehmer erheblich entwerten würde,

mitversichert sind. Diese Überlegungen sind allgemein auf die Beurteilung von Gefahrenerhöhungen anzuwenden.

1.3. Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

■ Zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (OGH vom 2.9.2015, 7 Ob 131/15p)

Der Versicherer kann sich aber auch ohne Vertragsauflösung auf Leistungsfreiheit berufen, wenn er von der Verletzung der betreffenden vorvertraglichen Anzeigepflicht (Anzeigepflicht) erst nach dem Versicherungsfall erfahren hat. Der Versicherer bleibt nur dann zur Leistung im Sinne des § 21 VersVG verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer jede mögliche Mitursache des falsch angezeigten oder verschwiegenen Umstands am Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang der Leistungen des Versicherers ausschließen kann.

(Hier: Übernahme eines risikoreichen Bauprojektes in einem besonders heiklen Stadium, in dem Folgeschäden unvermeidbar sind)

■ Zur Aufklärungsobliegenheit nach einem Kfz-Diebstahl (OGH vom 16.10.2015, 7 Ob 141/15h)

Bei der Angabe über den Ort des Pkw-Diebstahls sowie über die Namhaftmachung von Personen, die die Richtigkeit der Angaben des Versicherungsnehmers bestätigen können, handelt es sich um elementare Teile der Schadensanzeige, die vom Versicherungsnehmer mit besonderer Sorgfalt beantwortet werden müssen.

Wahrheitswidrige Angaben über die Zeit des Kfz-Diebstahls sind für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam und stellen grundsätzlich einen Verstoß gegen die Aufklärungsobliegenheit dar.

(Anm.: In diesem Fall jedoch kein „dolus coloratus“, weil die falsche Zeitangabe in der polizeilichen Anzeige mit Sprachschwierigkeiten erklärbar war und in der Schadenmeldung richtiggestellt wurde.)



2. International:

2.1. Zur Zurechnung der falschen Beantwortung von Gesundheitsfragen durch den Makler bei Verwendung eigener Formulare

Der Kläger wurde in den Jahren 2009, 2010 und 2011 regelmäßig ärztlich untersucht und behandelt. Dabei wurden in den ärztlichen Unterlagen die Diagnosen Alopezie, multiple Leberhämangiome, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose, Milzzyste, Skoliose, Herzklappeninsuffizienz und Spannungskopfschmerzen festgehalten. Wegen der Behandlungen nahm er Leistungen seines damaligen Krankenversicherers in Anspruch. Ihm fehlten Ende 2011 drei Zähne.

Der Kläger reichte bei der Beklagten unter dem 8. Dezember 2011 über einen Versicherungsmakler, mit dem er seinen Gesundheitszustand telefonisch erörtert hatte, einen Antrag auf Abschluss einer privaten Krankenversicherung ein. Bei der Beklagten ging auf elektronischem Wege ein vierseitiger Antrag ein. Auf der zweiten Seite dieses Antrags war die Frage nach Beschwerden und Untersuchungen innerhalb der letzten drei Jahre lediglich unter Hinweis auf Bluthochdruck seit 1995 und entsprechende Medikation mit dem Zusatz "keine Herz-Kreislaufkrankung" bejaht. Auf die Frage nach fehlenden Zähnen war auf derselben Seite angegeben, dass dem Kläger ein Zahn fehle. In einem von der Beklagten übersandten Formblatt gab der Kläger am 29. Dezember 2011 an, nicht an Migräne, Kopfschmerzen, Kropf- oder Schilddrüsenerkrankungen zu leiden. Die Beklagte nahm den Antrag mit einem Prämienzuschlag wegen Bluthochdrucks und mit Wirkung zum 1. Januar 2012 an. Dabei bezeichnete sie den Makler als "Ansprechpartner in allen Versicherungsfragen".

Der Kläger erlitt am 1. Mai 2012 einen Herzinfarkt. Er unterzog sich einer Zahnbehandlung.

Die Beklagte trat mit Schreiben vom 1. und 26. März 2013 vom Versicherungsvertrag zurück und verwies dabei am 1. März 2013 auf die Behandlungen in den Jahren 2009 bis 2011 und am 26. März 2013 auf die Anzahl der fehlenden Zähne, die der Kläger jeweils nicht korrekt angegeben habe.

Der Kläger beantragte die Feststellung, dass der Krankenversicherungsvertrag fortbestehe und nicht durch den Rücktritt des Versicherers beendet sei.

Das Landgericht hat der Klage stattgegeben.

Das Versicherungsverhältnis zwischen den Parteien sei nicht durch den Rücktritt der Beklagten beendet worden. Das in Anspruch genommene Rücktrittsrecht wegen einer Verletzung der Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 1 VVG bestehe nicht, denn die Anzeigepflicht entstehe nicht bereits dadurch, dass Fragen des Versicherers irgendwo in Textform existierten, sondern erst, wenn der Versicherer "in Textform gefragt hat". Insoweit sei die Beklagte beweisfällig geblieben. Der hierzu vorgelegte Ausdruck des bei ihr eingegangenen Antragsformulars erlaube nicht den Rückschluss, dass dieser dem Kläger vorgelegen habe. Insbesondere sei es möglich, dass die Seite mit den Gesundheitsfragen nachträglich vom Makler eingefügt worden sei. Dem erst nach der mündlichen Verhandlung unterbreiteten Angebot der Beklagten, den Makler als Zeugen zu vernehmen für die

Behauptung, dass der gesamte Versicherungsantrag dem Kläger zur Kenntnis gelangt und aufgrund seiner Angaben ausgefüllt worden sei, sei nicht nachzugehen. Auch die Tatsache, dass der Kläger bei gehöriger Sorgfalt hätte jedenfalls erkennen können, dass eine Seite des Antragsformulars fehle, rechtfertige nicht ihn so zu behandeln, als seien ihm die Gesundheitsfragen gestellt worden.

Die Berufung der beklagten Versicherung hatte Erfolg (OLG Köln vom 6.6.2014, 20 U 210/13). Aus der Begründung ist für den österreichischen Rechtsbereich Folgendes hervorzuheben:

Wenn dem Kläger - wie die Beklagte behauptet - der Fragenkatalog bekannt war und dieser nach seinen Angaben beantwortet wurde, so hat er bewusst, also vorsätzlich, sogar arglistig gehandelt hat. Wer eine derartige Vielzahl von Arztbesuchen und Behandlungen und zudem die ärztliche Behandlung wegen Herzklappeninsuffizienz nicht offenbart, weiß, dass er mit seinem Verschweigen Einfluss auf die Entscheidung des Versicherers über den Abschluss der Krankenversicherung nimmt. Dies gilt auch dann, wenn einige der festgestellten Diagnosen nach Meinung des behandelnden Arztes keinen besonderen Krankheitswert haben und der Kläger selbst sich für altersüblich gesund hält.

Im Ergebnis nichts anderes gilt, wenn- wie der Kläger behauptet - der Makler die Formularseite mit den Gesundheitsfragen eigenmächtig ausgefüllt und dem Antrag erst nach der Unterzeichnung durch den Kläger beigefügt hat. In diesem Fall hat der Makler, dessen Verhalten dem Kläger zuzurechnen ist, arglistig gehandelt.

Der Versicherungsnehmer muss sich das Handeln und die Kenntnis eines von ihm eingeschalteten Maklers über § 166 Abs. 1 BGB zurechnen lassen.

Unstreitig hat der Kläger den Versicherungsmakler mit der Vermittlung eines für ihn günstigen Versicherungsvertrages beauftragt. Die Erfüllung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 1 S. 1 VVG gehört zu den Pflichten des Versicherungsnehmers. Macht der Makler in diesem Zusammenhang Angaben gegenüber dem Versicherer, wird er im Pflichtenkreis des Versicherungsnehmers tätig. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass der Makler die Angaben nicht in einen vom Versicherer zur Verfügung gestellten Fragebogen einträgt, sondern in ein Formular, das er selbst erstellt hat, denn dieses enthält die typischen Gesundheitsfragen des Versicherers und dient der Erfüllung der Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers.

Auf der Grundlage des Klägervortrags hat der Makler arglistig gehandelt. Dabei kann offen bleiben, ob der Kläger - wie dieser bei seiner Anhörung durch das Landgericht erklärt hat - im Telefonat mit dem Makler "locker über meine Erkrankungen gesprochen" und welche Beschwerden, Behandlungen und Diagnosen er ihm mitgeteilt hat. In jedem Fall ist eine dem Kläger zuzurechnende Arglist des Maklers anzunehmen, und zwar unabhängig davon, ob dieser die Aufnahme ihm vom Kläger offenbarter ärztlicher Behandlungen in das Formular unterlassen und damit bewusst verschwiegen oder ohne konkrete Kenntnis die Gesundheitsfragen - bis auf die Angabe des Bluthochdrucks - "ins Blaue hinein" verneint hat. Als Makler war er sich der Bedeutung der im Antragsformular aufgeführten Gesundheitsfragen für die Entscheidung der Beklagten zweifellos bewusst.

Fazit:

Gemäß § 16 VersVG trifft den Versicherungsnehmer die Pflicht, beim Abschluss des Vertrages alle erheblichen Gefahrenumstände anzugeben. Auch wenn der Versicherungsmakler selbst Gesundheitsfragen in einem eigenen Formular formuliert, wird er dadurch diesbezüglich nicht zum Erfüllungsgehilfen des Versicherers. Vielmehr liegt es weiterhin in der Verantwortung des Kunden, alle erheblichen Gefahrenumstände mitzuteilen. In dieser Aufgabe kann der Makler den Kunden vertreten, in einem solchen Fall ist ein Fehlverhalten des Maklers, etwa Verschweigung von Vorerkrankungen, dem Kunden zuzurechnen.

2.2. Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

■ Festlegung des Versicherungsfalles in der Rechtsschutzversicherung (BGH, Urteil vom 25.2.2015, IV ZR 214/14)

Erhebt ein Versicherungsnehmer einer Rechtsschutzversicherung einen Anspruch gegen einen Dritten, ist für die Festlegung der den Versicherungsfall kennzeichnenden Pflichtverletzung allein der Tatsachenvortrag entscheidend, mit dem der Versicherungsnehmer den Verstoß seines Anspruchsgegners begründet.

Anderenfalls hätte dieser es - als mit Blick auf den Rechtsschutzversicherungsvertrag Außenstehender - selbst bei Verfolgung grundsätzlich versicherter vertraglicher Ansprüche in der Hand, allein schon durch die Wahl seiner Verteidigung (hier: Aufrechnung mit Schadensersatzanspruch) dem Versicherungsnehmer den Rechtsschutz zu entziehen.

■ Sturmschadenversicherung: Verteilung der Beweislast (OLG Karlsruhe, Urteil vom 30.9.2014, 12 U 63/14)

Vom Haftungsausschluss nach § 6 Abs 3a FEVB 01 (Allgemeine Bedingungen zur Feuer- und Elementarschadenversicherung; Anm: Gebäude befindet sich bei Errichtung nicht am Stand der Technik) sind nur solche Schadenfälle betroffen, in denen sich das Schadensereignis bei natürlicher Betrachtung weit weniger als eigentlicher Elementarschaden darstellt, sondern überwiegend als die Verwirklichung eines im Gebäude selbst angelegten erheblichen Risikos, wobei der Elementargewalt eher die Funktion eines letzten Auslösers zukommt.

§ 6 Abs 4b FEVB 01 regelt einen Ausschluss des Versicherungsschutzes mit Wiedereinschluss. Die Beweislast für den Ausschluss obliegt dabei dem Versicherer. Hat dieser den Nachweis geführt, dass Regenwasser durch Öffnungen des Daches in das versicherte Gebäude eingedrungen ist, so muss wiederum der Versicherungsnehmer den Wiedereinschluss, nämlich dass diese Öffnungen durch ein versichertes Elementarereignis entstanden sind, beweisen.



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

Leitungswasserschadenversicherung: Auslegung von Versicherungsbedingungen (RSS-0018-15 = RSS-E 18/15)

Die Antragstellerin hat bei der antragsgegnerischen Versicherung für ihre Liegenschaft u.a. eine Leitungswasserschadenversicherung abgeschlossen. Vereinbart sind die AWBG 2005, deren Art 1 und 3 auszugsweise lauten:

„Artikel 1

(...)

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Schäden, die an den versicherten Gebäuden dadurch entstehen, dass Wasser aus Zu- oder Ableitungsrohren oder angeschlossenen Einrichtungen von Wasserleitungs- Warmwasserversorgungs- oder Zentralheizungsanlagen sowie aus Etagenheizungen austritt.(...)

2. Bei der Versicherung von Gebäuden umfasst der Versicherungsschutz ferner Folgendes:

2.1. Die Kosten für die Behebung von Bruch- und Korrosionsschäden einschließlich der hierfür erforderlichen Nebenarbeiten an den innerhalb des Gebäudes oder an dessen Außenwänden befindlichen Zu- und Ableitungsrohren der unter Pkt. 1 genannten Anlagen. Im Rahmen der Versicherungssumme sind auch Bruch- und Korrosionsschäden an Wasserzu- und Wasserablenungsrohren (auch an geschlossenen Warmwassersystemen) innerhalb des Versicherungsgrundstückes sowie Wasserzuleitungsrohre (auch an geschlossenen Warmwassersystemen) außerhalb des Versicherungsgrundstückes (...) mitversichert (...).

2.2. Die Behebung von Frostschäden einschließlich der hierfür erforderlichen Nebenarbeiten an den unter Pkt. 2.1 angeführten Zu- und Ableitungsrohren sowie an den an die Leitung angeschlossenen Einrichtungen und Armaturen wie Wasserhähnen, Wassermessern, Wasserbehältern, Badewannen, Brausetassen, Waschbecken, Spülklosetts, Heizkörpern, Heizkesseln, Boilern u. dgl. (...)

Artikel 3

1. Die Versicherung erstreckt sich nicht auf

1.6. Schäden an den an die Leitung angeschlossenen Einrichtungen und Armaturen wie Wasserhähnen, Wassermessern, Wasserbehältern, Badewannen, Brausetassen, Waschbecken, Spülklosetts, Heizkörpern, Heizkesseln und Boilern – mit Ausnahme der nach Artikel 1, Pkt. 2.1. und 2.2. eingeschlossenen Schäden.(...)“

Am 16.2.2015 ereignete sich ein Korrosionsschaden an der Heizungsanlage in der Liegenschaft der Antragstellerin. Laut Rechnung vom 17.2.2015 war die Innenwand des Fußbodenheizungsverteilers durchgerostet, wodurch es zu einem Kurzschluss zwischen Vor- und Rücklauf kam.

Die Antragstellerin beehrte von der antragsgegnerischen Versicherung die Zahlung der Reparaturkosten iHv € 2.058,90.



Die antragsgegnerische Versicherung lehnte die Deckung dieser Kosten mit Email vom 19.2.2015 mit der Begründung ab, es sei eine Armatur getauscht worden, ein versichertes Rohrgebrecen habe nicht vorgelegen.

Die Antragstellerin beantragte mit Schlichtungsantrag vom 7.4.2015, der Antragsgegnerin die Deckung des Schadens zu empfehlen. Es liege ein versichertes Rohrgebrecen vor. Dabei berief sie sich auf die Entscheidung des OGH vom 30.5.2007, 7 Ob 14/07w.

Die Antragsgegnerin teilte mit Email vom 3.6.2015 mit, sich am Schlichtungsverfahren nicht zu beteiligen.

Aufgrund der Weigerung der Antragsgegnerin, war daher gemäß Pkt. 2 der Verfahrensordnung der von der Antragstellerin geschilderte Sachverhalt der Empfehlung zugrunde zu legen. Die Schlichtungskommission ist aber in ihrer rechtlichen Beurteilung frei.

In rechtlicher Hinsicht folgt:

Der Versicherungsvertrag ist ein Konsensualvertrag, der formfrei geschlossen werden kann. Wie alle Geschäftsbedingungen werden auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Umfang Vertragsbestandteil, in dem sie vereinbart worden sind (vgl E des OGH vom 21.4.2004, 7 Ob 315/03d; RS0117649; vgl u.a. RSS-0015-14=RSS-E 20/14)

Nach ständiger Rechtsprechung, insbesondere nach der von der Antragstellerin zitierten Entscheidung des OGH vom 30.5.2007, 7 Ob 14/07w (zuletzt E des OGH vom 18.2.2015, 7 Ob 5/15h), sind allgemeine Vertragsbedingungen so auszulegen, wie sie sich einem durchschnittlichen Angehörigen aus dem angesprochenen Adressatenkreis erschließen. Ihre Klauseln sind, wenn sie nicht auch Gegenstand und Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf den Wortlaut auszulegen.

Ausgehend von diesen von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen, die auch der ständigen Rechtsprechung der Schlichtungskommission entsprechen (vgl dazu auch zuletzt RSS-0014-15-10=RSS-E 15/15) und dem der Empfehlung zugrunde zu legenden Sachverhalt kann der Antragstellerin nicht beigespflichtet werden, dass der Heizungsverteiler ein Rohr iSd Bedingungen wäre. Bei einem Heizungsverteiler handelt es sich wie in der zitierten Entscheidung 7 Ob 14/07w um eine „angeschlossene Einrichtung“ und um kein Rohr im technischen Sinne. Nach dem abgeschlossenen Versicherungsvertrag und den Teil des Vertrages gewordenen Versicherungsbedingungen sind Schäden an angeschlossenen Einrichtungen nur bei Frostschäden versichert (vgl Art 1 Pkt 2.2. AWBG 2005). Hingegen sind die Kosten für die Behebung von Bruch- und Korrosionsschäden lediglich an den Zu- und Ableitungsrohren der angeschlossenen Anlagen versichert (Art 1 Pkt. 2.1. AWBG 2005).

Nach dem der Entscheidung der Schlichtungskommission zugrunde zu legenden Sachverhalt besteht daher kein Anspruch auf Deckung der geltend gemachten Schäden.



III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS

1. Besitzwechselkündigung bei Verkauf der GmbH-Anteile?

Ein Makler wandte sich mit folgender Fragestellung an die RSS: Ein Versicherer lehnt eine Besitzwechselkündigung einer Gebäudeversicherung ab. Die Liegenschaft stand im Eigentum einer GmbH und hatte die Liegenschaft verleast. Die Gesellschaftsanteile der GmbH werden nunmehr an zwei andere GmbHs verkauft, an denen der Leasingnehmer Mehrheitseigentümer ist.

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

Aus dem Grundbuch geht kein Eigentumsübergang hervor, sondern lediglich eine Berichtigung des Wortlautes gemäß § 136 GBG. Die betreffende Liegenschaft ist und war im Eigentum des Unternehmens mit der Firmenbuchnr. (...), die nunmehr ihren Namen nach dem Gesellschafterwechsel geändert hat.

Es liegt daher keine Veräußerung der versicherten Sache, nämlich der Liegenschaft vor, sondern nur ein Wechsel der Gesellschafter des Eigentümers.

Die Frage, ob der Verkauf der Liegenschaft an den Leasingnehmer auch unter § 69 ff. VersVG fällt, stellt sich daher nicht – österreichische Judikatur zu dieser Frage wäre uns nicht bekannt. Die deutsche Lehre sieht es jedoch kritisch, wenn die versicherte Sache an den Versicherungsnehmer veräußert würde und nimmt in dieser Konstellation keine Anwendbarkeit der §§ 69ff. VersVG an (vgl. Prölss/Martin, VersVG27, § 69 Rn 18), weil das versicherte Interesse des Versicherungsnehmers in diesem Fall nicht wegfällt.

2. Rechtsschutzversicherung: Deckung für Anfechtungsklage des Masseverwalters

Folgender Sachverhalt wurde der RSS von einem Mitglied geschildert:

Die Versicherungsnehmerin hat einem deutschen Unternehmen wiederholt Bauteile geliefert, der Vertragspartner zahlte nur schleppend. Nunmehr ist das deutsche Unternehmen insolvent, der Masseverwalter fordert wegen Gläubigerbegünstigung mehr als € 80.000 zurück, die das Unternehmen trotz angeblich bereits bestehender Zahlungsunfähigkeit bezahlt habe. Die Versicherungsnehmerin habe die Zahlungsunfähigkeit erkennen können. Der Rechtsschutzversicherer lehne die Deckung mit der Begründung ab, es liege kein versichertes Ereignis vor, sofern sich die Versicherungsnehmerin darauf berufe, der Versicherungsfall sei aus dem Baustein Allgemeiner Vertrags-Rechtsschutz zu decken, sei außerdem die Streitwertgrenze überschritten, da alle geleisteten Teilzahlungen zusammenzurechnen seien.

Dazu gab die RSS folgende Stellungnahme ab:

Der Einwand des Versicherers, der Versicherungsfall sei kein versicherbares Ereignis, weil es sich beim Rückforderungsanspruch des Insolvenzverwalters um einen gesetzlichen Anspruch handle, kann aus unserer Sicht nicht geteilt werden. In der Entscheidung des OGH vom 19.6.2013, 7 Ob 96/13p, wurde die Deckungspflicht für die Abwehr der Anfechtungsklage aus dem Allgemeinen Vertragsrechtsschutz grundsätzlich bejaht.

Allerdings erscheint uns der Einwand berechtigt, dass die vertraglich vereinbarte Anspruchsobergrenze überschritten sei. Der Vorwurf des Insolvenzverwalters lautet, dass die

Versicherungsnehmerin bereits ab 30.9.2013 von der Zahlungsunfähigkeit der Gemeinschuldnerin ausgehen hätte müssen und dennoch weitere Lieferungen getätigt hat und Teilzahlungen entgegengenommen hat. Diesbezüglich ist nach der Rechtsprechung von einem einheitlichen Versicherungsfall auszugehen (vgl. RS0111811: „War nach der Sachlage schon beim ersten Verstoß mit weiteren gleichartigen Verstößen zu rechnen, liegen in der Regel nicht mehrere selbständige Verstöße, sondern ein einheitlicher Verstoß im Rechtssinn vor. Dies kann sowohl bei vorsätzlichen Verstößen der Fall sein, bei denen der Wille des Handelnden von vornherein den Gesamterfolg umfasst und auf dessen "stoßweise Verwirklichung" durch mehrere gleichartige Einzelhandlungen gerichtet ist, wie auch bei Fällen gleichartiger fahrlässiger Verstöße, die unter wiederholter Außerachtlassung derselben Pflichtenlage begangen werden.“), weil der Verstoß vom Insolvenzverwalter zumindest ernsthaft behauptet wird – ob dieser Verstoß tatsächlich vorlag, kann in einem Deckungsprozess nicht überprüft werden, weil dadurch das Ergebnis des Haftungsprozesses vorweggenommen würde.

Letztlich bleibt die Frage offen, ob den vorherigen Vermittler eine Haftung dafür trifft, über das Risiko des Versicherungsnehmers, in einem derartigen Ausmaß in die Haftung genommen werden zu können, ohne dass hierfür Versicherungsschutz besteht, beraten hat. Der Versicherungsnehmer müsste neben dem Beratungsfehler auch beweisen, dass er bei korrekter Beratung den Versicherungsschutz gegen höhere Prämie abgeschlossen hätte und müsste sich die ersparten Prämien bei der Ermittlung seines Vermögensschadens anrechnen lassen.



IV. Sonstiges

1. Arbeitnehmerrechte: Behinderter darf sein Leiden verheimlichen

Ein Mann wurde 2011 als Schweißer eingestellt. Ein Jahr nach dessen Einstellung erfuhr der Arbeitgeber durch die Abrechnung der sogenannten „Ausgleichstaxe“ von der Behinderung des Mannes, die bereits 2003 mit 60 % festgestellt wurde.

Auch auf Nachfrage verweigerte der Arbeitnehmer die Auskunft, welche Behinderung er hat. Der Arbeitgeber kündigte den Mann daraufhin, man könne ja nicht beurteilen, ob man den Arbeitnehmer in seiner Position überhaupt einsetzen könne.

Letztlich gab der Oberste Gerichtshof der Klage des Arbeitnehmers gegen seine Kündigung statt (9 ObA 107/15y vom 26.11.2015): Der Arbeitnehmer habe bereits ein Jahr anstandslos gearbeitet, dabei kam weder eine Einschränkung der Einsatzfähigkeit noch ein Gefährdungspotential für ihn oder andere Personen hervor. Das Interesse des Arbeitgebers an der Information war daher niedriger zu bewerten als das Interesse des Arbeitnehmers an der Geheimhaltung der Behinderung. Somit war die mit der verschwiegenen Behinderung begründete Kündigung diskriminierend und damit unzulässig, so der OGH.

2. OGH zur Kündigung eines Kreditvertrages

Ein Kreditnehmer beschwerte sich bei seiner Bank gegen die Berechnung von Überziehungszinsen und Spesen. Die Bank stellt daraufhin den Kredit fällig – zu Unrecht, wie nun der Oberste Gerichtshof bestätigte (8 Ob 52/14a vom 15.12.2015). Ein Kreditvertrag könne zwar bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gelöst werden, also wenn einer Partei die Fortsetzung des Vertrages billigerweise nicht zumutbar ist. Im konkreten Einzelfall waren die strittigen Punkte des Vertrages zu gering, um die Kündigung des ganzen Kreditvertrages zu rechtfertigen.

3. Literatur

Zwei aktuelle Neuerscheinungen am Fachbuchmarkt dürfen hier vorgestellt werden:



Als Nachlese zum 1. Haftpflichtforum der Donau-Universität Krems ist nun der Tagungsband erschienen: Experten aus Lehre und Praxis widmen sich ausgewählten Themen aus dem Bereich der Haftpflichtversicherung (internationale Haftpflicht-Konzepte, Produkthaftung). Brandaktuell dabei mit Blick auf die Causa Volkswagen: D&O-Versicherungen für ManagerInnen.

Erwin Gisch; Klaus Koban; Thomas Ratka
Haftpflichtversicherung, D&O-Versicherung und Manager-Rechtsschutz (f. Österreich)
ISBN 978-3-214-04739-9
Manz'sche Verlags- u. Universitätsbuchhandlung
€ 36,-, 134 Seiten, 2016



Weitere Themen:

- Produkthaftung, Produktsicherheit und Versicherung
- Nationale und internationale Haftpflichtkonzepte für KMU
- Das bewusste Zuwiderhandeln gegen Vorschriften in der Betriebshaftpflichtversicherung
- Die Haftpflichtversicherung im Lichte der Entscheidungen der Schlichtungskommission
- Die Haftung des Versicherungsmaklers

Der Abschluss eines Versicherungsvertrages lässt sich meist in kurzer Zeit und problemlos realisieren. Der Rücktritt oder eine Kündigung gestalten sich oft wesentlich schwieriger. Zahlreichen Regeln sind zu beachten (VersVG, KSchG, KHVG etc.).

Zusätzlich gelten unterschiedliche Vertragsbedingungen der einzelnen Versicherungen. Verschiedene Fristen und Termine sind äußerst komplex und für Laien kaum zu durchschauen. Selbst Versicherungsprofis stoßen bisweilen an ihre Grenzen.

Gerhard Veits und Christian Weixlbaumer sind profunde Kenner der Problematik, und haben sich es zur Aufgabe gemacht, ein leicht zu verwendendes Praxishandbuch zu gestalten, das mit vielen Fallbeispielen, Grafiken und Mustertexten Laien wie Profis hilfreich zur Seite steht.

Ein Must-Have für Profis und interessierte Laien!

Gerhard Veits; Christian Weixlbaumer

Kündigung & Rücktritt von Versicherungsverträgen durch den Versicherungsnehmer

ISBN 978-3-903090-42-2

Goldegg Verlag

€ 49,-- (Sonderpreis bis 15. April: € 39,--), 216 Seiten, 2016



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.