



RSS



Rechtsservice- und Schlichtungsstelle
des Fachverbandes der Versicherungsmakler und
Berater in Versicherungsangelegenheiten

Johannesgasse 2, Stiege 1, 2. Stock, Tür 28

1010 Wien

Tel: 01- 955 12 00 – 42 (Fax DW 70)

schlichtungsstelle@ivo.or.at

RSS-0074-16-13

= RSS-E 13a/17

Die Schlichtungskommission des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten Österreichs hat durch seinen Vorsitzenden Hofrat Dr. Gerhard Hellwagner unter Beiziehung der beratenden Mitglieder Mag. Dr. Franz Josef Fiedler, Mag. Matthias Lang, KR Dr. Elisabeth Schörg und Dr. Hans Peer sowie unter Anwesenheit des Schriftführers Mag. Christian Wetzelberger in seiner nichtöffentlichen Sitzung vom 19. April 2017 in der Schlichtungssache [REDACTED]

[REDACTED], vertreten durch [REDACTED],
[REDACTED],
gegen [REDACTED]

[REDACTED], vertreten durch [REDACTED]
[REDACTED] beschlossen:

1. Der Antrag, der antragsgegnerischen Versicherung die Ausstellung einer Ersatzpolizze zu empfehlen, wird abgewiesen.
2. Der Antrag, der antragsgegnerischen Versicherung die Nachzahlung ausständiger Renten bis April 2016 zu empfehlen, wird zurückgewiesen.
3. Der antragsgegnerischen Versicherung wird die Nachzahlung ausständiger Renten ab Mai 2016 empfohlen.
4. Der Antrag, der antragsgegnerischen Versicherung den Verzicht auf die Verwendung, Verwertung und Weitergabe aller ab dem 13.11.2015 erhaltenen personenbezogenen Gesundheitsdaten des Antragstellers, Herausgabe an den Antragsteller und Vernichtung allfälliger Kopien zu empfehlen, hilfsweise die ab dem 13.11.2015 erfolgte

Einholung personenbezogener Gesundheitsdaten für unzulässig und rechtswidrig zu erklären, wird abgewiesen.

Begründung:

Der Antragsteller hat am 20.6.2007 über Vermittlung der [REDACTED] bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt. Der Vertrag kam am 2.7.2009 zustande, Vertragsbeginn war der 1.7.2009. Vereinbart sind die Allgemeinen Bedingungen für den [REDACTED] - Berufsunfähigkeitsversicherung. Aus diesen ist auszugsweise hervorzuheben:

„§ 12 Was ist zu beachten, wenn die Versicherungsleistung geltend gemacht wird?

1. Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- die Originalpolizze;
- ein Nachweis über die letzte Prämienzahlung.

(...)

4. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheime und deren

Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Sozialversicherungsträger, Behörden, derzeitige und frühere Arbeitgeber sowie andere Personenversicherer zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

5. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. (...)

§ 15 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit

und ihren Grad oder den Umfang der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen; dies gilt nicht für zeitlich begrenzte Anerkennnisse nach § 13. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 4 ausüben kann, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 12 gelten entsprechend. (...)

4. Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad vermindert, stellen wir unsere Leistungen ein oder setzen sie herab. Die Einstellung oder Herabsetzung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 14 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden. (...)"

Der Antragsteller war bis 21.5.2013 Rechtsanwalt [REDACTED], er meldete seine Berufsunfähigkeit mit Schreiben vom 27.5.2013 und begehrte die Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente ab 1.6.2013. Die Antragsgegnerin teilte zu dieser Schadensmeldung mit Schreiben vom 31.10.2013 Folgendes mit:

„(...)Aus den uns nun vorliegenden medizinischen Unterlagen ersehen wir, dass Herr [REDACTED] aufgrund der Erkrankung diese Voraussetzungen erfüllt. Wir werden daher den Vertrag wie von Ihnen gefordert per 01.06.2013 prämienfrei weiterführen. Die Rücküberweisung der ggf. für den Zeitraum gezahlten Prämien wurde bereits durchgeführt. Weiters werden wir ab 01.06.2013 die volle monatliche Rentenleistung in Höhe von € 1.300,-- erbringen. (...)"

Die Antragsgegnerin ersuchte in weiterer Folge einmal pro Jahr mittels Fragebogen um Angaben zur gesundheitlichen Situation, Behandlungen im letzten Jahr sowie zur derzeitigen beruflichen Situation.

Dabei unterzeichnete der Antragsteller am 13.11.2015 folgende Erklärung:

„Ich ermächtige die [REDACTED] alle Ärzte und Krankenhäuser, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben sowie Versicherungsgesellschaften, gesetzlichen Rentenversicherungsträgern, Behörden sowie Krankenkassen sachdienliche Auskünfte einzuholen. Die auskunftgebenden Personen /Stellen entbinde ich von der Schweigepflicht.“

Die Antragsgegnerin stellte offenbar aufgrund dieser Ermächtigung weitere Erkundungen an. Sie teilte mit Schreiben vom 26.4.2016 bzw. 2.5.2016 Folgendes mit:

„(...)Im Zuge der Bearbeitung und Prüfung Ihres aktuellen Leistungsantrages im Hinblick auf eine eventuelle Berufsunfähigkeit haben wir festgestellt, dass diese Angaben leider unrichtig waren. Aus den eingereichten Unterlagen geht hervor, dass Sie bereits vor Vertragsbeginn wegen Hauterkrankungen behandelt worden sind.

Da Sie die an Sie gerichteten Gesundheitsfragen falsch bzw. unvollständig beantwortet haben und es sich dabei um für den Vertragsabschluss wesentliche Umstände handelt nach denen ausdrücklich gefragt wurde, liegt eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vor.

Wir ersuchen Sie daher, die Originalpolizze zu o.a. Vertrag zu retournieren. Nach erfolgter Vertragsänderung (Vergabe der Klausel) geht Ihnen die geänderte Originalpolizze umgehend zu. Sollten wir innerhalb einer Frist von zwei Wochen keine Rückmeldung von Ihnen erhalten, fechten wir den gegenständlichen Vertrag an, und erklären den Rücktritt.(...)“

Ab Mai 2016 stellte die Antragsgegnerin die Zahlungen an den Antragsteller ein.

Der Antragsteller beantragte mit Schlichtungsantrag vom 22.11.2016 folgende Empfehlungen an die Antragsgegnerin:

A. Ausstellung einer Ersatzpolizze - die Originalpolizze sei dem Antragsteller bei der Auflösung seiner Rechtsanwaltskanzlei verlorengegangen

B. Nachzahlung von Renten bis April 2016 in noch zu ermittelnder Höhe, da die Rente seit Antragstellung im Juli 2007 an den Verbraucherpreisindex anzupassen gewesen wäre.

C. Nachzahlung der Berufsunfähigkeitsrente ab Mai 2016

D. Verzicht auf die Verwendung, Verwertung und Weitergabe aller ab dem 13.11.2015 erhaltenen personenbezogenen Gesundheitsdaten des Antragstellers, Herausgabe an den Antragsteller und Vernichtung allfälliger Kopien; hilfsweise wird beantragt, die ab dem 13.11.2015 erfolgte Einholung personenbezogener Gesundheitsdaten für unzulässig und rechtswidrig zu erklären.

Zusammengefasst seien diese Daten nicht entsprechend der gesetzlichen Regelungen des § 11a VersVG von der Antragsgegnerin ermittelt worden.

Der Antragsteller wurde von der Geschäftsstelle aufgefordert, als Antragstellervertreter einen Versicherungsmakler zu benennen. Diesem Ersuchen kam der Antragsteller mit Schreiben vom 3.1.2017 nach.

Die Antragsgegnerin nahm durch ihren Rechtsfreund [REDACTED] mit Schreiben vom 17.3.2017 zum Schlichtungsantrag zusammengefasst wie folgt Stellung:

„ (...) Zu Unterpunkt A:

In den Versicherungsbedingungen ist geregelt, welche Unterlagen dem Versicherer zur Leistungsprüfung zu übermitteln

sind: Der § 12 der Allgemeinen Bedingungen für den [REDACTED] [REDACTED] sieht vor, dass vom Versicherungsnehmer unverzüglich die Originalpolizze und ein Nachweis über die letzte Prämienzahlung einzureichen sind, sobald Leistungen aus dieser Versicherung verlangt werden.

Meine Mandantin hat folglich die Originalpolizze beim Versicherungsnehmer angefordert.

Bislang wurde vom Versicherungsnehmer, Herrn [REDACTED] [REDACTED], die Originalpolizze nicht vorgelegt. Er gibt an, dass diese für ihn nicht mehr auffindbar wäre. Gemäß § 22 der Allgemeinen Bedingungen für den [REDACTED] ist der Verlust der Versicherungspolizze schriftlich anzuzeigen.

Meine Mandantin wird daher aufgrund der Information im Zuge des Leistungsfalles, wonach die Polizze nicht mehr auffindbar wäre, eine Ersatzpolizze ausstellen und diese Herrn [REDACTED] [REDACTED] zusenden. (...)

Zu Unterpunkt B und C:

Herr [REDACTED] teilt in einem Schreiben (von meiner Mandantin übersandter Fragebogen im Zuge der regelmäßigen Nachprüfung von Renten) vom 13.11.2015, eingelangt am 19.11.2015, mit, dass er sich seit 2010 laufend in psychotherapeutischer Behandlung bei [REDACTED] befunden hätte und weiterhin berufsunfähig im Sinne der Versicherungsbedingungen wäre.

Meiner Mandantin liegen jedoch Anhaltspunkte dafür vor, dass [REDACTED] seiner vorvertraglichen Aufklärungspflicht bzw. seiner Nachmeldspflicht im Rahmen der Antragstellung (Antragsdatum 20.06.2007) nicht entsprochen hat.

Gemäß § 12 der Allgemeinen Bedingungen für den [REDACTED] [REDACTED] kann meine Mandantin notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Meiner Mandantin ist zur Zeit damit befasst, entsprechende Erhebungen zur Verletzung der vorvertraglichen Aufklärungspflicht durchzuführen. Da die diesbezüglichen Informationen zur Anzeigepflichtverletzung erst kurzfristig

vorliegen und die Prüfung im Gange ist, kann keine Fälligkeit einer Leistung vorliegen.

Insbesondere im laufenden Gerichtsverfahren am [REDACTED]

(Anm.: Der Antragsteller klagt den seinerzeitigen Vermittler, die Antragsgegnerin ist Zeugin) sind weitere vorvertragliche, bislang nicht bekannte Umstände zum Gesundheitszustand von Dr. Amann dokumentiert worden, die eine Prüfung erfordern. Dazu ist jedoch der Abschluss des Verfahrens, sowie die Vorlage des Gerichtsaktes abzuwarten.

Es ist daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, eine weitere Prüfung zu veranlassen, weil erst im Anschluss an das Gerichtsverfahren die Unterlagen angefordert werden können, welche den grundsätzlichen Anspruch auf Leistung be- oder widerlegen.

Am 22. Juni 2009 bestätigt der Versicherungsnehmer [REDACTED], dass sein Gesundheitszustand im Vergleich zum Jahre 2007 unverändert blieb. Etwaige Änderungen im Zeitraum 2007 bis zur Annahme des Antrages hätten vom Versicherungsnehmer [REDACTED] gemeldet werden müssen. Auf Grund des oben genannten Sachverhaltes sieht es meine Mandantin als ihre Verpflichtung an, auch zum Schutze der Gemeinschaft der Versicherten zu klären, ob gegenständlicher Vertrag überhaupt gezeichnet worden wäre.

Bestritten wird auch die Berechnung des Versicherungsnehmers und verweise ich namens meiner Mandantin auf die unten angeführte Aufstellung.

<i>Zeitraum</i>	<i>Erhöhungssatz</i>	<i>Jahresrente Plan B</i>	<i>Erhöhung Plan B</i>	<i>Auszuzahlende Monatsrente</i>
<i>06/2013- 07/2014</i>	<i>0,000%</i>	<i>18.000</i>	<i>0</i>	<i>1.500,00</i>
<i>07/2014- 07/2015</i>	<i>0,875%</i>	<i>18.000</i>	<i>158</i>	<i>1.513,17</i>
<i>07/2015- 07/2016</i>	<i>0,875%</i>	<i>18.000</i>	<i>317</i>	<i>1.526,42</i>

07/2016-	0,250%	18.000	363	1.530,25
07/2017				

Ein Anerkenntnis kann nur für einen Zeitraum der tatsächlichen Zahlungen angenommen werden und nur dann, wenn die durch die Zahlungen ausgedrückte Willenserklärung frei von Irrtum ist. Da die Leistung von zahlreichen Umständen abhängig ist, kann durch zeitlich begrenzte Zahlungen nicht auf ein Anerkenntnis für die Zukunft geschlossen werden.

Die Rentenleistungen für einen Zeitraum vom 01.06.2013 bis zum 01.06.2016 wurden von meiner Mandantin an Herrn [REDACTED] in Unkenntnis der nunmehr möglichen und derzeit in Prüfung befindlichen Anzeigepflichtverletzung übernommen. Ob diesbezüglich ein Irrtum vorlag, ist noch offen.

Zu Unterpunkt D:

Am 13.11.2015 ermächtigte Herr [REDACTED] meine Mandantin, bei allen Ärzten und bei allen Krankenhäusern, die ihn untersucht, beraten oder behandelt haben, sachdienliche Auskünfte einzuholen. Die auskunftgebenden Personen/Stellen wurden von der Schweigepflicht entbunden. Eine zeitliche Einschränkung auf eine „aktuelle Leistungsprüfung“ kann dieser Ermächtigung nicht entnommen werden. Von einer „Vortäuschung“ unwahrer Tatsachen kann keine Rede sein und verwahren wir uns gegen derartige Vorwürfe.

Gemäß § 11a VersVG darf der Versicherer im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten nur verwenden, soweit dies u.a. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Meine Mandantin geht davon aus, dass die Untersuchung der Verletzung der vorvertraglichen Aufklärungspflicht bzw. der Nachmeldspflicht für die Beurteilung der Leistungspflicht unerlässlich und im Sinne des Schutzes der Versicherungsgemeinschaft geboten ist. (...)

In rechtlicher Hinsicht folgt:

Zu Pkt. 1. des Spruches:

Nach ständiger Rechtsprechung führt das Fehlen des Rechtsschutzbedürfnisses zur Abweisung der Klage als unbegründet. Das Rechtsschutzinteresse fehlt, wenn der Kläger das mit der Klage verfolgte Rechtsschutzziel schon erreicht hat (vgl. RS0037983). Da die Antragsgegnerin im Zeitpunkt der Beschlussfassung durch den Vorsitzenden das Begehren auf Ausstellung einer Ersatzpolizze erfüllt hat, war dieses Begehren abzuweisen.

Zu Pkt. 2 des Spruches:

Der Antragsteller stützt sich in seinem Begehren auf eine Indexanpassung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente. Ob der Beginn einer solchen auch bereits mit Antragstellung im Jahr 2007 bzw. Abschluss des Vertrages im Jahr 2009 vereinbart war, stellt ebenso eine Beweisfrage dar wie die Frage, in welcher Höhe der Versicherer im Zeitraum 6/2013 bis 4/2016 tatsächlich Zahlungen geleistet hat. Aus der Aktenlage ist keine Begründung dafür zu entnehmen, wieso die Antragsgegnerin mit Schreiben vom 31.10.2013 eine „volle“ Leistung in Höhe von monatlich € 1.300,-- zusagt, obwohl laut Polizze (und im Ergebnis auch der Stellungnahme des Rechtsfreundes der Antragsgegnerin) die Monatsrente € 1.500,-- betragen soll.

Daher war der Schlichtungsantrag in diesem Punkt gemäß Pkt 5.3. lit g der Verfahrensordnung zurückzuweisen, weil der Sachverhalt betreffend den Antragsgegenstand strittig ist und nur durch ein Beweisverfahren nach den Zivilverfahrensgesetzen geklärt werden kann.

Zu Pkt. 3 des Spruches:

Soweit der Antragsteller begehrt, der Antragsgegnerin die Zahlung ausständiger Renten ab Mai 2016 zu empfehlen, ist Folgendes auszuführen:

Die Antragsgegnerin begründet die Nichtauszahlung mit mangelnder Fälligkeit der Leistung aufgrund der vorliegenden Erhebungen zu einer allfälligen Anzeigepflichtverletzung des Antragstellers.

Die vereinbarten Versicherungsbedingungen enthalten keine unmittelbar anwendbaren Bestimmungen über die Fälligkeit von Leistungen, wenn der Versicherer nachträglich Gründe für einen möglichen Wegfall der Leistungspflicht wegen Verletzung von Anzeigepflichten erfährt.

Der Versicherer kann gemäß § 16 Abs 2 VersVG vom Vertrag zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer § 16 Abs 1 VersVG zuwider die Anzeige von erheblichen Umständen unterlassen hat.

Unabhängig davon, ob der Antragsteller seine Anzeigepflicht schuldhaft verletzt hat oder nicht (was im Übrigen eine Beweisfrage darstellt), hat die Antragsgegnerin nach der Aktenlage den Rücktritt bislang nur angedroht. Auch eine gerichtliche Anfechtung des Versicherungsvertrages ist bis dato nicht aktenkundig. Aus dem der Empfehlung zugrunde liegenden Sachverhalt ergibt sich jedoch, dass die AG grundsätzlich das Weiterbestehen des Versicherungsvertrages anerkennt. Es besteht keine vertragliche Grundlage für ein Aussetzen der weiteren Zahlungen mangels Fälligkeit.

Zu Pkt. 4 des Spruches:

§ 11a VersVG lautet wie folgt:

„§ 11a. (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand

des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies

- 1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder*
- 2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder*
- 3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag*

unerlässlich ist. Das Verbot der Verwendung von Daten aus genetischen Analysen gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.

(2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

- 1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder*
- 2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder*
- 3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen oder (...) "*

Der Antragsteller hat die Ermächtigung vom 13.11.2015 gegenüber der Antragsgegnerin ohne jegliche Einschränkungen unterzeichnet. Er ist deren Begehren, „alle Ärzte und Krankenhäuser, die diesen untersucht, beraten oder behandelt haben“, von der Schweigepflicht zu entbinden, damit vollinhaltlich nachgekommen.

Objektiv kann diese vom Antragsteller unterzeichnete Erklärung somit nur als Einzelzustimmung iSd § 11a Abs Z 3 VersVG beurteilt werden.

Soweit sich der Antragsteller sinngemäß darauf beruft, dass diese Erklärung sich ausschließlich auf die aktuelle

Leistungsprüfung bezog, nicht hingegen auf medizinische Unterlagen aus der Zeit vor Abschluss des Versicherungsvertrages, so ist ihm zu erwidern, dass die von ihm unterzeichnete Erklärung diese Einschränkung nicht enthält.

Schon aus dem Wortlaut des § 11a Abs 1 Z 3 VersVG „zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich“ ergibt sich mit hinreichender Deutlichkeit, dass damit auch die Ermittlung und Überprüfung von Gesundheitsdaten auf etwaige anspruchsvernichtende Tatsachen gemeint ist.

Es war daher spruchgemäß zu entscheiden.

Für die Schlichtungskommission:

Dr. Hellwagner eh.

Wien, am 19. April 2017