

Versicherungsrechts-Newsletter 12/2015

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!

Der jeweils im Dezember erscheinende Newsletter veranlasst mich, auf die Tätigkeiten und Ereignisse des vergangenen Jahres in Politik, Wirtschaft und unserem eigenen Berufsstand zurück zu blicken und darüber nachzudenken, in wieweit sich diese Ereignisse auf die Versicherungswirtschaft im Allgemeinen und unseren Berufsstand im Besonderen auswirkten.

Es wurde im abgelaufenen Jahr des Entstehens der Republik Österreich vor 70 Jahren und der Unterzeichnung des österreichischen Staatsvertrages vor 60 Jahren gedacht. Daraus ist auch für unseren Berufsstand Folgendes zu schließen: Österreich ist ein lebenswertes und liebenswertes Land geworden, das ein Gefühl der Sicherheit und des sozialen Ausgleiches bot. Wiederaufbau und Wirtschaftswunder prägten das Land nachhaltig. Österreich wurde hinter der Bundesrepublik Deutschland zum wirtschaftlichen Spitzenreiter der westlichen Welt. Zum ersten Mal konnte sich die Bevölkerung mehr leisten als nur das Allernotwendigste. Zur sozialen Sicherheit gehörte auch nunmehr die finanzielle Fähigkeit, sich gegen die vielfältigen Risiken des Lebens privat zu versichern. Die Versicherer wiederum investierten die bei ihnen veranlagten Gelder und belebten dadurch auch die heimische Wirtschaft.

Vor 15 Jahren konnten sich in der Sparte Information und Consulting die Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten als selbstständiger Fachverband organisieren. Dass dieser Weg richtig war, wurde auch beim Expertentreffen in Alpbach von Experten aus vielen Bereichen, u.a. der Rechtsanwälte, der Versicherungswirtschaft, der Marktforschung und der Sozialpartner bestätigt. Unser Berufsstand trägt u.a. durch seine unabhängige Versicherungs- und Risikoanalyse wesentlich zur Funktionsfähigkeit und Effizienz des Versicherungsmarktes bei.

Ich möchte mich dafür bedanken, dass Sie im vergangenen Jahr so zahlreich von ihrem Wahlrecht bei den Wirtschaftskammerwahlen Gebrauch gemacht haben. Dadurch wurde das Ansehen und das politische Gewicht unseres Fachverbandes erheblich gestärkt. Dieser Erfolg wäre nicht möglich gewesen, wenn ich nicht in bewährter Weise von meinen Mitarbeitern im Fachverband und dem IVO sowie von den Funktionären auf Bundes- und Landesebene unterstützt worden wäre. Mit diesem Dank verbinde ich meine besten Wünsche an Sie alle für ein frohes Weihnachtsfest und ein gutes neues Jahr.

Mit freundlichen Grüßen
Gunther Riedlsperger

Inhalt:

I.	Versicherungsrechtliche Judikatur	2
1.	Österreich:	2
1.1.	Zur Auslegung des Begriffs „Berufsunfähigkeit“	2
1.2.	Zur Abgrenzung zwischen Schadenersatz- und Vertrags-Rechtsschutz	4
1.3.	Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick	7
2.	International:	8
2.1.	Makler muss über ihm verheimlichte Risiken nicht beraten	8
2.2.	Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick	10
II.	Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS)	11
	Zur Vorvertraglichkeit in der RS-Versicherung (RSS-0045-14 = RSS-E 4/15)	11
III.	Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS	13
1.	Rechtsfragen bei Umzug	13
2.	Keine Pflicht zur qualifizierten Ablehnung	13
IV.	Sonstiges	14
1.	Kauf eines Parkettbodens bei (Mit-)Verlegung im Arbeitszimmer kein Verbrauchergeschäft	14
2.	Kein Verbrauchergerichtsstand bei Werbung durch Dritte	14
3.	Keine Bereicherung des Arbeitnehmers bei zu Unrecht eingezahlten Beiträgen für die Mitarbeitervorsorge	14

I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich:

1.1. Zur Auslegung des Begriffs „Berufsunfähigkeit“

Zwischen den Parteien besteht ein Berufsunfähigkeitsversicherungsvertrag, dem unter anderem die Allgemeinen Bedingungen für den N (in der Folge AB) zu Grunde liegen. Auszugsweise ist vor allem der § 3 Pkt. 1 hervorzuheben, der die Berufsunfähigkeit wie folgt definiert:

„§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - nachzugehen und in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.“



Der Kläger erlitt am 28. 1. 2012 einen Arbeitsunfall. Auf Grund seiner Verletzungen befand er sich vom 29. 1. 2012 bis 8. 2. 2012 im Krankenhaus. Daran schloss ein Krankenstand mit ambulanter Kontrolle des Heilungsverlaufs an. Vom 22. 3. 2012 bis 1. 8. 2012 wurde der Kläger in einem Rehabilitationszentrum stationär behandelt. Anschließend befand er sich bis 11. 8. 2012 im Krankenstand und bis 31. 8. 2012 im Urlaub. Mit September 2012 begann der Kläger wieder zu arbeiten.

Die Beklagte zahlte an den Kläger für den Zeitraum 1. 2. 2012 bis 1. 6. 2012 100 % und für den Zeitraum 1. 6. 2012 bis 1. 8. 2012 50 % der vereinbarten monatlichen Rente und stellte den Kläger für diese Zeiträume prämienfrei. Während des Verfahrens anerkannte die Beklagte ihre Leistungspflicht bis einschließlich 31. 8. 2012, sodass über einen Teilbetrag von 1.839,74 EUR ein Teilanerkennnisurteil gefällt wurde.

Der Kläger begehrt die Zahlung weiterer 9.397,28 EUR, eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente von derzeit 900,75 EUR ab 1. 7. 2013 bis auf weiteres (längstens jedoch bis 1. 10. 2033) wegen der zumindest 75%igen Berufsunfähigkeit und die Feststellung, dass er ab 1. 7. 2013 bis auf weiteres, längstens jedoch bis 1. 10. 2033, für die Dauer der Berufsunfähigkeit von zumindest 75 % nicht verpflichtet sei, Versicherungsprämien für die Berufsunfähigkeitsversicherung zu bezahlen. Der Kläger sei auf Dauer zumindest zu 75 % berufsunfähig. Es stünden ihm daher 100 % der Rente zu. Er könne seit dem Arbeitsunfall seine Tätigkeit als Oberleitungsmonteur nicht mehr ausüben, er sei nur mehr für Hilfsdienste einsetzbar. Er habe zwar seine Tätigkeit bei seinem bisherigen Arbeitgeber wieder aufgenommen, doch entspreche diese nicht mehr der Lebensstellung vor dem Arbeitsunfall. Er erleide empfindliche Lohneinbußen. Aus der Wendung „in diesem Zeitraum“ in § 3 AB sei abzuleiten, dass die Ausübung einer Vergleichstätigkeit nach dem Zeitraum von sechs Monaten keinen Einfluss auf die Zahlungspflicht der Beklagten habe.

Die Beklagte beantragt die Abweisung der Klage. Der Kläger übe seit September 2012 eine andere Tätigkeit aus, die seiner Lebensstellung vor dem Arbeitsunfall vollkommen entspreche. § 3 AB sei nicht missverständlich formuliert, was durch § 13 AB verdeutlicht werde, nach dem jederzeit die Möglichkeit einer Nachprüfung bestehen solle. Der Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers entfalle, wenn er eine Vergleichstätigkeit ausübe.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab und schloss sich im Wesentlichen der Ansicht der beklagten Partei an.

Das Berufungsgericht gab der Berufung nicht Folge und schloss sich der Argumentation des Erstgerichts an.

Mit Urteil vom 26.11.2014, 7 Ob 163/14t, gab der OGH, der Revision des Klägers nicht Folge.

Nach ausführlicher Darstellung der bisherigen Rechtsprechung, wonach die Berufsunfähigkeitsversicherung eine Summenversicherung sei, und dass nicht die berufliche Leistungsfähigkeit des Versicherungsnehmers versichert sei, sondern nur in Verbindung mit bestimmten Berufen, wobei es auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ankomme, führte der OGH zur Auslegung des § 3 AB Folgendes aus.

Die Wortfolge „in dieser Zeit“ bezieht sich also auf „mindestens sechs Monate“ und nicht, wie die Revision meint, auf „sechs Monate“. Damit ist für einen durchschnittlichen Versicherungsnehmer klargestellt, dass eine Versicherungsleistung nur gewährt wird, wenn die Berufsunfähigkeit mindes-

tens sechs Monate dauert (dass sie also auch länger dauern kann), und dass in dieser Zeit (also mindestens sechs Monate oder auch länger) der Versicherungsnehmer auch keine Vergleichstätigkeit ausüben darf. Dieses Auslegungsergebnis wird durch § 13.1, 3 und 4 AB unterstützt. Danach ist der Versicherer berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad nachzuprüfen. Dabei kann auch erneut geprüft werden, ob die versicherte Person eine Vergleichstätigkeit ausübt. Diese Bestimmung bezieht sich auf den in § 3.1 AB genannten Zeitraum von zumindest sechs Monaten, das heißt, auch auf einen sechs Monate überschreitenden Zeitraum. Zusätzlich wird in § 13.3 AB ohne zeitliche Grenze eine Mitteilungsobliegenheit hinsichtlich der Minderung der Berufsunfähigkeit und der Wiederaufnahme oder Veränderung der beruflichen Tätigkeit festgelegt. § 13.4 AB regelt ebenfalls ohne zeitliche Grenze ausdrücklich, dass für den Fall, dass die Berufsunfähigkeit weggefallen ist oder sich der Grad vermindert, die Leistung eingestellt oder herabgesetzt wird. Aus der Gesamtheit der Regelungen der §§ 3 und 13 AB kann für einen verständigen Versicherungsnehmer kein Zweifel darüber bestehen, dass er keinen Anspruch auf Leistung mehr hat, wenn er, wann auch immer, einen Vergleichsberuf ausübt. Dem steht nicht entgegen, dass die Berufsunfähigkeitsversicherung eine Summenversicherung ist. Versicherte Gefahr ist, dass der Versicherungsnehmer seinen bisherigen Beruf oder einen bedingungsgemäßen angemessenen Vergleichsberuf nicht mehr ausüben kann. Da der Kläger ab dem 1. 9. 2012 einen bedingungsgemäßen angemessenen Vergleichsberuf ausübt, besteht die Berufsunfähigkeit des Klägers im Sinn von § 3 AB nicht mehr. Die Beklagte ist daher ab diesem Zeitpunkt nicht mehr zur Leistung verpflichtet, auch wenn der Kläger dem ursprünglich ausgeübten Beruf weiterhin nicht mehr nachgehen kann.

Fazit:

Bei der Beurteilung, ob einem Versicherten eine Leistung aus der Unfallversicherung wegen Berufsunfähigkeit zusteht, ist vor allem zu prüfen, ob der Versicherte eine andere Tätigkeit ausübt, die seiner Lebensstellung vor dem Arbeitsunfall nicht vollkommen entspricht. Der Leistungsanspruch des VN entfällt, wenn er eine Vergleichstätigkeit ausübt.

Durch § 3 wird klargestellt, dass eine Versicherungsleistung nur gewährt wird, wenn die Berufsunfähigkeit mindestens sechs Monate dauert (dass sie also auch länger dauern kann), und dass in dieser Zeit (also mindestens sechs Monate oder auch länger) der Versicherungsnehmer auch keine Vergleichstätigkeit ausüben darf.

1.2. Zur Abgrenzung zwischen Schadenersatz- und Vertrags-Rechtsschutz

Der Kläger schloss mit der Beklagten einen Vertrag über eine „Verkehrs- und Privat-Rechtsschutzversicherung“ mit Laufzeitbeginn am 23. 1. 2003 ab. Nach der vereinbarten Besonderen Bedingung R umfasst die Versicherung den Schadenersatz- und Straf-Rechtsschutz für den Privat- und Berufsbereich gemäß Art 19.1.1 und 1.2 ARB 2001.

Der 1967 geborene Kläger war als Installateur berufstätig. In den Jahren 1996 bis 1998 hatte er Schmerzen in der rechten Schulter und war beim Facharzt für Orthopädie Dr. H.X. in Behandlung. Die Schmerzen besserten sich nicht. Er versuchte andere Therapien bei anderen Ärzten. Wegen des Schulterleidens änderte er sein berufliches Tätigkeitsfeld. Am 16. 12. 2004, 14. 1. 2005 und 26. 1. 2005 suchte der Kläger Dr. X. neuerlich auf, primär wegen Beschwerden in der Lendenwirbelsäule im Zusammenhang mit einem Bandscheibenvorfall. Im Rahmen der Konsultation kam er auch auf seine immer noch bestehenden Schulterbeschwerden (nun in beiden Schultern) zu spre-

chen und wies darauf hin, dass „diese einfach nicht weggehen“ würden. Im September 2009 veranlasste ein anderer Arzt die Untersuchung der Schultern mit Röntgen und MRT, wodurch als Ursache für die Schulterbeschwerden ein chronisches Impingementsyndrom beider Schultern erkannt wurde. Ein vom Patientenanwalt beigezogener Sachverständige führte aus, dass Dr. X. eine Abklärung der Genese hätte durchführen müssen. Er habe wahrscheinlich eine Pathologie aufgrund seiner klinischen Untersuchungen in den Jahren 1996 bis 1998 ausgeschlossen. Durchschnittlich sei ein Patient mit Schulterbeschwerden bei einer Impingementsymptomatik älter als 40 Jahre. Wahrscheinlich habe das Alter des Patienten den Arzt veranlasst, die Ursache der Beschwerden im Zustand der Halswirbelsäule zu sehen. Retrospekt sei ihm die Unterlassung einer Röntgenuntersuchung beider Schultergelenke vorzuwerfen.

Der Haftpflichtversicherer des Arztes lehnte die Deckung ab. Der Kläger will nun gegen den Arzt gerichtlich vorgehen, weil dieser einerseits keinen Röntgenbefund eingeholt hat, bei dem die Ursache der Beschwerden des Klägers erkennbar gewesen wäre, und es andererseits auch unterlassen hat, den Kläger über die Möglichkeiten weitergehender Untersuchungen und/oder alternativer Behandlungsmethoden aufzuklären. Dies hätte der Arzt spätestens in den Jahren 1997/1998 und nochmals im Jahr 2004 veranlassen müssen.

Der Kläger beabsichtigt, gegen Dr. X. eine Klage auf Bezahlung von Schmerzensgeld von 20.000 EUR, Verdienstentgang von 5.000 EUR, Ersatz von Pflege- und Haushaltshilfekosten von 2.500 EUR sowie von vermehrten Bedürfnissen von 2.500 EUR und auch auf Feststellung einzubringen. Bei fachgerechter Behandlung wären die Schmerzzustände des Klägers früher gelindert worden und in dieser Zwischenzeit damit vermeidbar gewesen (zwischen dem 16. 12. 2004 bis zur Operation im Jahr 2009).

Die Beklagte lehnte die Deckung zunächst mit der Begründung ab, dass der Versicherungsfall nachvertraglich oder auch vorvertraglich eingetreten sei.

Der Kläger begehrt die Deckung der Klagsführung aus dem Rechtsschutzversicherungsvertrag, auch wenn kein Vertragsrechtsschutz vereinbart worden sei. Er mache einen deliktischen Schadenersatzanspruch geltend. Der Arzt habe durch seine Fehlbehandlungen die Schädigung im Schulterbereich verursacht und verschuldet. Dadurch habe er den Kläger am Körper verletzt und mangels hinreichender Aufklärung eine eigenmächtige Heilbehandlung (§ 110 StGB) vorgenommen. Durch die unterlassene Aufklärung und medizinische Fehlbehandlung seien Schäden entstanden, die zu einer Gesundheitsschädigung des Klägers von weit längerer Dauer als 14 Tage geführt hätten. Zudem habe der Arzt aufgrund des bestehenden Arzt-/Patientenverhältnisses zum Kläger unter anderem nach den Bestimmungen des Ärztegesetzes eine „Garantenstellung“.

Die Beklage beantragt die Abweisung der Klage. Der zwischen den Parteien bestehende Rechtsschutzversicherungsvertrag umfasse nicht den Allgemeinen Vertrags-Rechtsschutz. Der Kläger mache aber Ansprüche aus einer Verletzung des Behandlungsvertrags geltend.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren statt und folgte im Wesentlichen der Begründung des Klägers.

Das Berufungsgericht betätigte diese Entscheidung.



Der OGH gab mit Urteil vom 26.11.2014, 7 Ob 193/14d, der Revision der beklagten Versicherung Folge und änderte die Entscheidungen der Vorinstanzen im klageabweisenden Sinne ab.

In rechtlicher Hinsicht ist dabei Folgendes hervorzuheben:

Der zwischen den Parteien abgeschlossene Rechtsschutzversicherungsvertrag bezieht sich ausdrücklich nur auf den Schadenersatz- und Straf-Rechtsschutz für den Privat-, Berufs- und Betriebsbereich nach Art 19 ARB, nicht jedoch auf den Allgemeinen Vertrags-Rechtsschutz nach Art 23 ARB. Unstrittig ist, dass vertragliche Ansprüche daher von der Beklagten nicht zu decken sind.

Der OGH verneinte vor allem die Ansicht des Klägers und der Unterinstanzen, dass jener lediglich deliktische Schadenersatzansprüche gegen den Arzt geltend machen wolle, und begründete dies wie folgt:

Er (Der Kläger, Anm.) übergeht nämlich, dass der von ihm beabsichtigten Klage nur zugrunde liegt, dass der Arzt seinen Krankheitszustand nicht früher erkannt und daher nicht früher Maßnahmen zu dessen Linderung gesetzt habe, er also seine Pflichten aus dem Behandlungsvertrag verletzt hat. Deliktisch lässt sich ein Anspruch nicht begründen. Der Arzt hat den Kläger gerade nicht im Sinn von § 110 StGB (ohne Einwilligung) behandelt und ihn nach den Feststellungen und dem Vorbringen in der beabsichtigten Klage auch nicht im Sinn von § 88 StGB durch Unterlassung am Körper verletzt oder an der Gesundheit geschädigt, weil der körperliche Zustand des Klägers ohne Einwirkung des Arztes eintrat und weiter bestand. Es wurde nur verabsäumt, den ohne Zutun des Arztes bestehenden Zustand zu verbessern. Ein Schadenersatzanspruch aus Delikt wird daher nicht geltend gemacht.

Der Ansicht des Berufungsgerichts, dass ein Schadenersatzanspruch bereits dann aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts zugrundeliegt, wenn sich der Versicherungsnehmer nicht nur auf konkret ausverhandelte Vereinbarungen stützt, sondern auch auf Pflichten, die unabhängig vom Willen der Parteien aufgrund des Gesetzes bestehen, kann nicht gefolgt werden. Grundsätzlich besteht Privatautonomie. Die Parteien können ihre Vertragsbeziehung, solange nicht zwingende Bestimmungen dagegen stehen, selbst gestalten. Das Gesetz sieht für bestimmte Vertragstypen Regeln vor, die ergänzend jene Bereiche regeln, zu denen die Parteien keine Vereinbarungen getroffen haben. Selbst zwingende gesetzliche Bestimmungen zu einem bestimmten Vertragstyp würden nichts daran ändern, dass sie nur dann zur Anwendung kommen, wenn die Parteien im Rahmen ihrer Privatautonomie sich dazu entschlossen haben, ein Vertragsverhältnis einzugehen. Ursache der Geltung einer zwingenden Bestimmung ist nicht diese an sich, sondern der Vertragsabschluss. Sämtliche Ansprüche, die aus einem Vertrag abgeleitet werden, sind damit vertraglicher Natur nach Art 19.3.1.3 ARB.

Fazit:

Gerade dieser Fall zeigt die Wichtigkeit einer AVRS-Deckung nach Art 23 ARB.

Die Wendung „Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus schuldrechtlichen Verträgen des Versicherungsnehmers“ umfasst nicht nur die Geltendmachung oder Abwehr von Ansprüchen auf Erfüllung und Erfüllungssurrogate, sondern auch die Ausübung von Gestaltungsrechten wie zB Kündigung, Rücktritt oder Anfechtung. Von der Zusatzdeckung im Allgemeinen Vertrags-Rechtsschutz werden die Mangelfolge- oder Begleitschäden im Zuge einer Vertragserfüllung erfasst, die nicht die Folge der Verletzung eines absolut geschützten Rechtsguts sind.



1.3. Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

■ Zur Reichweite des Regresses nach § 67 Abs 1 VersVG (OGH vom 9.4.2015, 7 Ob 55/15m)

Nach § 67 Abs 1 VersVG gehen alle Ersatzansprüche des Versicherungsnehmers/Versicherten auf den Versicherer über, wobei es auf die Art eines solchen Anspruchs nicht ankommt, nicht aber Ansprüche der geschädigten Eigentümerin der Nachbarliegenschaft. Die Klägerin macht allerdings ausdrücklich nur Ansprüche der Nachbarin gegenüber den Beklagten geltend und nicht solche ihrer Versicherungsnehmerin.

Damit besteht keine Grundlage für den behaupteten Übergang eines Anspruchs der geschädigten Liegenschaftseigentümerin auf die Klägerin, sodass auf die Ansprüche selbst (insbesondere auf die Frage eines allfälligen Mitverschuldens) nicht (weiter) einzugehen ist.

■ Zum Besitz einer LV-Polizze im Todesfall (OGH vom 23.4.2015, 1 Ob 61/15z)

Die Beklagte hatte die Versicherungspolizze für den späteren Erblasser aufbewahrt. Bei vereinbarter Übernahme einer Obhutsverpflichtung bestand ein Verwahrungsvertrag. Bei einer Verwahrung durch Dritte und umso mehr bei einem bloßen Gefälligkeitsverhältnis bleibt aber der Besitz des Versicherungsnehmers und später seiner Verlassenschaft aufrecht. Hier sind ausschließlich die Rechtsbeziehungen zwischen dem Erblasser als Versicherungsnehmer und dem Ansprecher der Versicherungsleistung maßgeblich, im Streit zwischen mehreren Ansprechern der Leistung ist nur dieses „Innenverhältnis“ entscheidungsrelevant ist.



2. International:

2.1. Makler muss über ihm verheimlichte Risiken nicht beraten

Der Beklagte ist Versicherungsmakler. Der Kläger und dessen Ehefrau beauftragten ihn Ende des Jahres 2009 in den Geschäftsräumlichkeiten der Ehefrau, weil sie mit der bisherigen Betreuung durch den Versicherungsagenten der B Versicherungs-AG unzufrieden waren. Der Beklagte erhielt zumindest einen Ordner mit Unterlagen zu bestehenden Versicherungen der Eheleute – u.a. der Wohngebäudeversicherung – bei der B Versicherungs-AG ausgehändigt. Die bestehende Wohngebäudeversicherung hatte eine feste Laufzeit bis zum 14.12.2012.

Unter dem 14.12.2009 wurde ein schriftlicher Maklervertrag geschlossen. In dessen Ziffer 1 („Gegenstand des Auftrags“) trug der Beklagte später verschiedene private Versicherungen (Privathaftpflicht, Hausrat, Wohngebäude, Glas, Kfz) der Eheleute P bei der B Versicherungs-AG ein. Weiter heißt es dort:

„Der Auftraggeber hat keinen Anspruch darauf, unaufgefordert über die weiteren Risiken seines Gewerbebetriebes und /oder seiner privaten Risiken informiert zu werden. Hierzu bedarf es einer konkreten schriftlichen Aufforderung durch den Auftraggeber.“

Nach Ziffer 2 des Vertrages verpflichtete sich der Beklagte, den Versicherungsbedarf einschließlich des Risikos unter Berücksichtigung der individuellen Anforderungen des Auftraggebers zu analysieren und zu prüfen.

Auf dem Grundstück der Eheleute P stand zum Zeitpunkt des Maklervertragsschlusses ein im Eigentum des Klägers stehendes Lagerzelt mit den Maßen 12 m x 22,5 m, das für die Lagerung von Heuballen verwendet wurde und für das kein Versicherungsschutz bestand. Das Zelt war nicht Gegenstand der anlässlich der Beauftragung stattfindenden Besprechung. Am 28.6.2010 brannte das Lagerzelt infolge vorsätzlicher Brandstiftung durch Fremde ab.

Der Kläger nahm wegen des Brandschadens die B Versicherungs-AG in dem Rechtsstreit Landgericht Bielefeld – 18 O 372/10 – in Anspruch. Im Rahmen dieses Rechtsstreits, in dem er dem Beklagten den Streit verkündete, vertrat er unter anderem die Rechtsauffassung, das Lagerzelt sei von der Wohngebäudeversicherung umfasst. Das Landgericht wies die Klage mit Urteil vom 22.11.2011 ab. Die hiergegen eingelegte Berufung des Klägers, mit der er seinen ursprünglichen versicherungsvertraglichen Erfüllungsanspruch nicht mehr weiterverfolgte, sondern die begehrte Zahlung auf einen Schadensersatzanspruch wegen Fehlberatung stützte, wurde durch das Oberlandesgericht mit Urteil vom 10.10.2012 zurückgewiesen.

Der Beklagte wurde mit Schreiben vom 21.12.2012 vergeblich zur Zahlung aufgefordert.

Der Kläger begehrte wegen Fehlberatung vom beklagten Makler € 21.029,96 sA. Der Beklagte habe wissen müssen, dass das Lagerzelt nicht von der bestehenden Wohngebäudeversicherung umfasst gewesen sei, und daher den Abschluss einer landwirtschaftlichen Inhaltsversicherung anbieten müssen. In diesem Fall hätte er das Zelt vor dem Brand in einer landwirtschaftlichen Inhaltsversicherung zum Neuwert versichert.



Der Beklagte beantragte die Klageabweisung. Es sei mit Blick auf die Wohngebäudeversicherung vereinbart worden, dass er erst zum Ablauf der Bestandsversicherung und nach der Durchführung eines Ortstermins unter Hinzuziehung eines Fachmanns einer Versicherung ein Angebot für einen neuen Versicherungsvertrag erstellen sollen. Es fehle im Übrigen an der Kausalität, da kein Versicherungsschutz für das Lagerzelt – weder bei der B Versicherungs-AG noch bei anderen Versicherern – hätte erlangt werden können. Unbeschadet dessen hätte sich ein Sachversicherer auf Leistungsfreiheit wegen grob fahrlässiger Mitverursachung des Versicherungsfalls berufen können, da der Kläger das Lagerzelt nicht abgeschlossen habe. Ferner hat der Beklagte die Ansicht vertreten, dem Kläger sei ein überwiegendes Mitverschulden anzulasten, da er es bis zum Brandschadensfall unterlassen habe, ihn, den Beklagten, aufzufordern, die Risikoanalyse vorzunehmen.

Das Landgericht Bielefeld hat die Klage abgewiesen. Die Beweisaufnahme habe nicht ergeben, dass der Kläger dem Beklagten bei Abschluss des Vertrags mitgeteilt habe, er wolle umfassend versichert sein.

Das Oberlandesgericht Hamm als Berufungsgericht gab der Berufung nicht Folge (Urteil vom 21.5.2015, 18 U 132/14).

Für den österreichischen Rechtsbereich ist aus der Begründung Folgendes hervorzuheben:

Aus der Sachwalterrechtsprechung des Bundesgerichtshofs folgt umgekehrt auch, dass der Maklerauftrag sich in der Regel nur auf das aufgegebene Risiko und Objekt bezieht. Eine rechtliche Verpflichtung des Versicherungsmaklers dahingehend, den Kunden im Rahmen der ersten Kontaktaufnahme ungefragt einer umfassenden Analyse seiner gesamten Versicherungssituation zu unterziehen, besteht grundsätzlich nicht. Das Pflichtenprogramm des Maklers beschränkt sich daher, wenn keine abweichenden Abreden vorliegen, auf das konkrete Absicherungsanliegen des Versicherungsnehmers und die in diesem Zusammenhang dem Versicherungsmakler erkennbaren weiteren Absicherungsbedürfnisse. Wendet sich der Kunde also zur Absicherung eines speziellen Risikos an den Makler, bezieht sich der Maklervertrag nicht ohne weitere Anhaltspunkte auch auf andere Versicherungsangelegenheiten des Kunden. Dem Makler nicht zur Prüfung aufgebene – erst recht nicht ihm unbekannt – Risiken können demzufolge keine entsprechenden vertraglichen Beratungs- und Betreuungspflichten auslösen. Allerdings können den Makler insoweit in augenfälligen Sachverhalten entsprechende Erkundigungspflichten sowie Aufklärungs- und Beratungspflichten gegenüber dem Kunden treffen.

In Übereinstimmung mit anderen obergerichtlichen Entscheidungen kam das OLG Hamm als Berufungsgericht zu folgenden rechtlichen Schlussfolgerungen:

Der Versicherungsmakler schuldet eine Risikoanalyse und Bedarfsermittlung nur für das von dem Maklerkunden namhaft gemachte Objekt bzw. Risiko. Allerdings muss der Makler das Versicherungsanliegen anhand der ihm mitgeteilten Umstände korrekt erfassen. Soweit im Einzelfall erkennbarer Anlass besteht, muss er seine Bedarfsermittlung und Empfehlungen auch auf solche Objekte und Risiken erstrecken, die ersichtlich von dem konkreten Absicherungsinteresse seines Kunden erfasst sind.

Eine derartige Situation bestand hier nicht: Das Lagerzelt war kein Vermögensgegenstand, für den der Beklagte – für ihn erkennbar – Versicherungsschutz beschaffen bzw. empfehlen sollte. Es be-

stand für ihn kein Anlass zu der Annahme, der Kläger habe einen Versicherungsbedarf außerhalb der zur Prüfung überreichten Versicherungsunterlagen.

Fazit:

Der Makler hat zwar im Rahmen seiner Beratung zu prüfen, ob typischerweise Lücken im Versicherungsschutz des Kunden bestehen. Er muss aber nicht etwa argwöhnen, dass es weitere nicht versicherte Nebengebäude gebe, wenn sich derartige Hinweise weder aus den ihm übergebenen Unterlagen zur Wohngebäudeversicherung ergeben, noch dies auch aus anderen Dokumenten ersichtlich ist und eine Risikoanalyse für das Wohngebäude nicht vereinbart worden ist.

Entscheidend ist daher vor allem der Inhalt des Maklervertrages. Zur Vermeidung von Beweisschwierigkeiten sollte daher im Maklervertrag festgehalten werden, auf welche konkreten Risiken sich der Ratschlag des Maklers bezieht bzw. zu welchen Bereichen ausdrücklich keine Beratung durchgeführt wird.

2.2. Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

■ Zur Beweislast für die Verursachung durch Vorerkrankungen (OLG Karlsruhe, Urteil vom 3.4.2014, 9 U 123/13)

Eine mitwirkende Verursachung des Todes durch Vorerkrankungen gemäß § 182 VVG ist nur anzunehmen, wenn feststeht, dass der (unfallbedingte) Tod des Versicherungsnehmers ohne die Vorerkrankungen nicht eingetreten wäre. Für den Nachweis der Mitverursachung, der dem Versicherer obliegt, ist ein Vollbeweis gemäß § 286 Abs. 1 ZPO erforderlich.

Stirbt ein 75-jähriger Versicherungsnehmer nach dem unfallbedingtem Bruch eines Oberschenkelknochens, weil im Krankenhaus Dekubitus-Geschwüre auftreten, die zu einer tödlichen Sepsis führen, kann eine Mitverursachung des Todes durch Vorerkrankungen, wie z. B. bei einer arteriellen Verschlusskrankheit, nahe liegen. Für den Nachweis einer Mitverursachung im Sinne von § 182 VVG reicht dies jedoch nicht aus, weil bei einem 75-jährigen Patienten - auch ohne Vorerkrankungen - generell ein Risiko besteht, dass bei einem stationären Krankenhausaufenthalt Dekubitus-Geschwüre auftreten, die u. U. auch zu einer tödlich verlaufenden Sepsis führen können.

■ Vorsatzausschluss in der Privat-Haftpflicht bei Faustschlag durch kampferfahrenen Jugendlichen (OLG Koblenz, Urteil vom 24.6.2013, 10 U 235/13)

Der Vorsatzausschluss ist sowohl hinsichtlich eines Schädel-Hirn-Traumas als auch hinsichtlich der Verletzung eines anschließenden Sturzes mit dem Kopf auf den Asphaltboden anwendbar, wenn der Schlag durch einen 17 ½ Jahre alten Versicherten mit Erfahrung in Judo und Krafttraining ausgeführt wird.



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

Zur Vorvertraglichkeit in der RS-Versicherung (RSS-0045-14 = RSS-E 4/15)

Die Antragstellerin hat für ihren Betrieb eine Betriebs-Rechtsschutzversicherung abgeschlossen. Vereinbart sind u.a. die ARB 2007. Mit Wirkung vom 22.1.2013 wurde der Baustein Grundstücks- und Miet-Rechtsschutz im Privatbereich für den Firmeninhaber eingeschlossen.

Art 2.3. der ARB 2007 lautet:

„Artikel 2

3. In den übrigen Fällen gilt als Versicherungsfall der tatsächliche oder behauptete Verstoß des Versicherungsnehmers, Gegners oder eines Dritten gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften; der Versicherungsfall gilt in dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem eine der genannten Personen begonnen hat oder begonnen haben soll, gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften zu verstoßen.

Bei mehreren Verstößen ist der erste, adäquat ursächliche Verstoß maßgeblich, wobei Verstöße, die länger als ein Jahr vor Versicherungsbeginn zurückliegen, für die Feststellung des Versicherungsfalles außer Betracht bleiben.(...)“

Die Antragstellerin hat per 1.11.2011 einen Mietvertrag über die Wohnung (...) abgeschlossen. Mit der Vermieterin sei nach der Schilderung der Antragstellerin aufgrund des schlechten Zustandes der Wohnung vereinbart worden, dass Umbauten bzw. Renovierungen von der Mieterin vorgenommen würden. Diese wurden zwischen November 2011 und Anfang Jänner 2012 durchgeführt. Das Mietverhältnis wurde per 1.10.2014 aufgelöst, nunmehr begehrt die Antragstellerin von ihrer Vermieterin die Rückzahlung der Kautions sowie eine Investitionskostenabläse. Die Vermieterin verweigere dies jedoch mit der Begründung, dass die Umbauten ohne Genehmigung der Vermieterin durchgeführt worden seien.

Die Antragstellerin ersuchte um Rechtsschutzdeckung für das weitere Vorgehen gegen ihre Vermieterin. Mit Schreiben vom 15.10.2014 lehnte die Antragsgegnerin die Deckung zusammengefasst mit der Begründung ab, der Verstoß iSd Art 2.3. ARB liege darin begründet, dass die Antragstellerin im Jahr 2011 die erforderlichen Genehmigungen für die Umbauten nicht von ihrer Vermieterin eingeholt hätten. Da nach der 3monatigen Wartezeit für das Risiko „Grundstückseigentum und Miete“ erst per 22.4.2013 Deckung bestünde, sei der gegenständliche Versicherungsfall vorvertraglich eingetreten.

Die Antragstellerin beantragte mit Schlichtungsantrag vom 15.12.2014, der Antragsgegnerin die Deckung zu empfehlen.

Die Antragsgegnerin nahm zum Schlichtungsantrag mit Email vom 27.1.2015 wie folgt Stellung:
„(...)Beim Mietenrechtsschutz gilt als Versicherungsfall der tatsächliche oder behauptete Verstoß des Versicherungsnehmers, Gegners oder eines Dritten gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften. Der Versicherungsfall gilt in dem Zeitpunkt eingetreten, in dem eine der genannten Personen begonnen hat oder begonnen haben soll, gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften zu verstoßen. Es bedarf eines gesetzwidrigen oder vertragswidrigen Verhaltens eines Beteiligten, das als solches nicht sofort oder ohne weiteres nach au-

ßen zu dringen braucht. Ein Verstoß ist ein tatsächlich objektiv feststellbarer Vorgang, der immer dann, wenn er wirklich vorliegt oder ernsthaft behauptet wird, den Keim eines Rechtskonfliktes in sich trägt, der zur Aufwendung von Rechtskosten führen kann. Damit beginnt sich die vom Rechtsschutzversicherer übernommene Gefahr zu verwirklichen.

Es kommt nicht darauf an, ob der Handelnde sich des Verstoßes bewusst oder infolge von Fahrlässigkeit oder sogar auch unverschuldet nicht bewusst war, es soll sich um einen möglichst eindeutig bestimmbaren Vorgang handeln, der in seiner konfliktauslösenden Bedeutung für alle Beteiligten, wenn auch erst nachträglich, erkennbar ist. Es kommt weder auf den Zeitpunkt an, zu dem die Beteiligten von dem Verstoß Kenntnis erlangten, noch darauf, wann aufgrund des Verstoßes Ansprüche geltend gemacht werden.

Das Risiko GMRS wurde erst per 22.01.2013 in den Versicherungsvertrag eingeschlossen und besteht unter Berücksichtigung der 3-monatigen Wartefrist erst Versicherungsschutz für Verstöße ab dem 22.04.2013. Aus dem Schreiben der Gegenseite, das wir beischließen, ergibt sich ein zumindest behaupteter Verstoß des VN im Jahr 2011: Es wird behauptet, dass die erforderliche Genehmigung der Vermieterin für die beabsichtigten wesentlichen Veränderungen nicht eingeholt worden wären – hier ist der Zeitpunkt des ersten behaupteten Verstoßes und damit der Zeitpunkt des Versicherungsfalles anzusetzen. Ob die Behauptung der Gegenseite nun richtig ist oder nicht, ist für die Bestimmung des Versicherungsfalles grundsätzlich unwesentlich, da die Behauptung genügt.

Der Zeitpunkt des Versicherungsfalles ist somit vor Versicherungsschutz eingetreten, weshalb aus unserer Sicht bedingungskonform die Rechtsschutzdeckung abgelehnt wurde. Ob es sich um eine „Schutzbehauptung“ der Gegenseite handelt oder nicht, kann vom RS-Versicherer nicht geprüft werden – dies steht ihm natürlich auch nicht zu.“

In rechtlicher Hinsicht folgt:

(...) Die Ausführungen der Antragsgegnerin in ihrer Stellungnahme vom 27.1.2015 sind zwar grundsätzlich richtig, soweit sie sich darauf bezieht, dass auch ein lediglich durch die Gegenseite behaupteter Verstoß den Versicherungsfall darstellen kann. Die Antragsgegnerin lässt dabei jedoch den Absatz 2 des Art 2.3. außer Betracht, wonach Verstöße, die länger als ein Jahr vor Versicherungsbeginn gesetzt werden, bei der Feststellung des Versicherungsfalles außer Betracht bleiben.

Im konkreten Fall wurden die (laut der Vermieterin unzulässigen) Umbauarbeiten im November 2011 begonnen. Alle von der Antragstellerin vorgelegten Rechnungen stammen aus den Monaten November und Dezember 2011 bzw. benennen Leistungszeiträume aus diesen beiden Monaten. Die Schlichtungskommission geht daher aufgrund der Aktenlage davon aus, dass die Arbeiten spätestens Anfang Jänner 2012 abgeschlossen waren. Da somit der behauptete Verstoß mehr als 12 Monate vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn am 23.1.2013 gelegen wäre, ist jener bei der Feststellung des Versicherungsfalles entgegen der Ansicht der Antragsgegnerin nicht zu berücksichtigen.

Da somit der Versicherungsfall mit der Nichtbezahlung der Kautions bzw. der Investitionsablöse per 1.10.2014 festzusetzen ist und dieser Zeitpunkt unstrittig in den zeitlichen Geltungsbereich der gegenständlichen Rechtsschutzversicherung fällt, war der antragsgegnerischen Versicherung die Deckung zu empfehlen.

III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS

1. Rechtsfragen bei Umzug

Ein Mitglied wandte sich mit folgender Fragestellung an die RSS:

Der Kunde hat anlässlich des Umzuges eine (zeitwidrige) Kündigung ausgesprochen, die vom Versicherer zurückgewiesen wurde, weil die Kündigung erst nach Beginn des Umzuges ausgesprochen wurde. Es stellt sich nun die Frage, wie die Rechtslage in diesem Fall aussieht bzw. wie auf die neu ausgestellte Polizze reagiert werden sollte. Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

In der Haushaltsversicherung sind für den Fall des Umzugs die vereinbarten Bedingungen entscheidend. Einschlägige Bedingungen ermöglichen dem Kunden die Kündigung vor Beginn des Umzugs, ansonsten geht der Vertrag auf die neuen Räumlichkeiten über. Was ein „Umzug“ ist, wäre ein Fall der Auslegung, man muss jedoch davon ausgehen, dass der Umzug nicht vor Beginn des neuen Mietvertrages, aber nicht später als mit der neuen Hauptwohnsitzmeldung beginnt.

Wenn nun diese rechtzeitige Meldung verabsäumt wird, geht nach diesen Bedingungen der Versicherungsschutz auf die neuen Räumlichkeiten über – ein Kündigungsgrund liegt für den Versicherungsnehmer nicht vor. Die Frage ist nur, wie ist es zu behandeln, wenn sich aus dem Wohnungswechsel ein geändertes Risiko ergibt. Ist zB die neue Wohngegend riskanter und müsste daher eine höhere Prämie vorgeschrieben werden, ist die Vorschreibung des Versicherers als Anbot eines Neuvertrages unter Zugrundelegung einer geänderten Gefahr anzusehen, da gemäß der §§ 23ff. VersVG die Konsequenz einer Gefahrenerhöhung für den Versicherer nur die Kündigung des Vertrages sein kann.

Wenn man dagegen davon ausgeht, dass wegen der höheren m²-Zahl bzw. des höheren Versicherungswertes nunmehr eine Unterversicherung vorliegen würde, ist auch hier die neue Polizze unseres Erachtens als Anbot eines Neuvertrages zu sehen, da der Kunde nicht von vornherein gezwungen werden kann, der Korrektur der Unterversicherung zuzustimmen – wenngleich dies jedenfalls ratsam ist. Ob sich daraus eine neue Bindung ergibt, ist letztlich eine Sache der Auslegung der Vereinbarung, bei der auch der jeweilige Parteiwille zu berücksichtigen ist – speziell wenn dem Versicherer bereits bekannt ist, dass der Kunde den Vertrag kündigen möchte.

2. Keine Pflicht zur qualifizierten Ablehnung

Ein Mitglied stellte die Frage, ob vom Versicherer die Abgabe einer qualifizierten Ablehnung gemäß § 12 Abs 3 VersVG erzwungen werden kann.

Die RSS beantwortete diese Frage wie folgt:

Die Abgabe einer qualifizierten Ablehnung iSd § 12 Abs 3 VersVG durch den Versicherer kann nicht klagsweise durchgesetzt werden. Selbst eine nicht dem § 12 Abs 3 entsprechende Form der Ablehnung kann nicht direkt eingeklagt werden. Vielmehr steht bei Verzögerungen in der Abwicklung die in § 11 VersVG vorgesehene Verfahrensweise zur Verfügung: Hat der Versicherer nach zwei Monaten nach der Schadensmeldung seine Ermittlungen nicht abgeschlossen, kann der Versicherungsnehmer eine Erklärung des Versicherers verlangen, warum die Erhebungen noch nicht abgeschlossen sind. Wird dem binnen eines Monats nicht entsprochen, werden Abschlagszahlungen in der jedenfalls zu zahlenden Höhe fällig – dh. diese sind auch direkt einklagbar. Wenn der Versicherer dann noch Einwendungen hat, wird er sie dann im Gerichtsverfahren äußern müssen.

IV. Sonstiges

1. Kauf eines Parkettbodens ist bei (Mit-)Verlegung im Arbeitszimmer kein Verbrauchergeschäft

Ein Versicherungsmakler kaufte Fertigparkett, um drei Räume seiner Wohnung zu erneuern. In einem davon ist ein Arbeitszimmer für seine Tätigkeit als Versicherungsmakler eingerichtet. Nach der Verlegung zeigen sich Kratzspuren im Parkett, die von den beiden Katzen des Maklers verursacht wurden. Gerade deswegen hatte sich der Makler vor dem Kauf jedoch beim Händler nach dem Härtegrad des Parketts erkundigt und eine falsche Auskunft erhalten. Er begehrte aus dem Titel der Gewährleistung die Rückzahlung des Kaufpreises und den Ersatz der Kosten für Aus- und Einbau eines neuen Bodenbelags. Letzteres ist jedoch nur im Verbrauchergeschäft von der Gewährleistungspflicht des Händlers erfasst. Ist das Geschäft daher als unternehmerisches Geschäft zu werten, müsste der Makler dem Händler ein Verschulden an der falschen Auskunft (die vom Hersteller verursacht wurde) nachweisen.

Der OGH hielt in seinem Urteil vom 18.2.2015, 7 Ob 94/14w, dazu fest, dass bei gemischter privater und gewerblicher Tätigkeit ein Geschäft nur dann als Verbrauchergeschäft anzusehen ist, wenn der berufliche Zweck so nebensächlich ist, dass er im Gesamtzusammenhang nur eine ganz untergeordnete Rolle spielt, und gab daher der Revision gegen die klagsabweisenden Entscheidungen der Vorinstanzen nicht Folge.

2. Kein Verbrauchergerichtsstand bei Werbung durch Dritte

Eine Österreicherin suchte im Rahmen eines Thermenaufenthalts in Ungarn eine Friseurin auf, die in der Therme selbstständig ein Friseurgeschäft betreibt. Dieses Friseurgeschäft wird auch auf der auch deutschsprachigen Homepage der Therme beworben, ohne dass jedoch die Friseurin einen Einfluss auf die Darstellung hatte.

Nach einer fehlerhaften Dauerwellenbehandlung klagte die Kundin in Österreich die Friseurin auf Schmerzensgeld. Die Friseurin wendete die mangelnde Zuständigkeit österreichischer Gerichte ein, und zwar zu Recht, wie auch der OGH bestätigte (Beschluss vom 28.4.2015, 5 Ob 18/15f). Die Werbung auf der Homepage der Therme sei der Friseurin nicht zurechenbar, daher habe die Unternehmerin ihre Tätigkeit nicht auf andere Mitgliedstaaten hin ausgerichtet.

3. Keine Bereicherung des Arbeitnehmers bei zu Unrecht eingezahlten Beiträgen für die Mitarbeitervorsorge

Zwischen einem Zimmermädchen und deren Arbeitgeber kam es zum Rechtsstreit, ob der Arbeitnehmerin noch eine Abfertigung „alt“ zustünde, der Arbeitgeber sei nämlich davon ausgegangen, das Arbeitsverhältnis unterstehe der Abfertigung „neu“, weshalb er Beiträge in die Mitarbeitervorsorgekasse einbezahlt habe.

Der OGH bestätigte in seinem Urteil vom 29.7.2015, 9 ObA 65/15x, die Rechtsansicht der Vorinstanzen, wonach das Beschäftigungsverhältnis durchgehend seit 1995 bestanden habe und

dem Zimmermädchen daher eine Abfertigung „alt“ zustehe. Von besonderem rechtlichen Interesse ist allerdings die rechtliche Beurteilung, wonach das Zimmermädchen nicht in Höhe der entrichteten Beiträge zur Mitarbeitervorsorgekasse bereichert sei, weil ihr diese Beiträge nicht 1:1 zufließen würden. Vielmehr sei der Arbeitgeber gezwungen, die falsch eingezahlten Beträge selbst von der Mitarbeitervorsorgekasse gemäß § 69 ASVG zurückzufordern, jedoch nur für die letzten 5 Jahre.



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.

