

Versicherungsrechts-Newsletter 1/2014

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!

Das Jahr 2013 war für mich und meine Kollegen vor allem dadurch gekennzeichnet, uns gegen die Erlassung der wirtschaftsfeindlichen und marktfernen IMD 2 – Richtlinie zu wehren.

Auch im Jahre 2014 werde ich allen Angriffen von Leuten entgegentreten, die glauben, irgendjemanden vor uns Versicherungsmaklern im Sinne eines falsch verstandenen Konsumentenschutzes schützen zu müssen. Zur Stärkung unseres Ansehens als Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten unterstütze ich alle Bestrebungen, die darauf hinauslaufen, auch in unserem Berufsstand für mehr Sauberkeit und Klarheit zu sorgen (siehe auch mein Vorwort in *Der Versicherungsmakler*, 7/2013, S. 3).

Im Sinne der in diesem Newsletter veröffentlichten Entscheidung des OGH vom 15.1.2013, wonach allgemeine Richtlinien eines Fachverbandes, mit denen unter anderem Rechte und Pflichten der Mitglieder von Selbstverwaltungskörpern untereinander gleich einer Verordnung verbindlich sind, hat die RSS auftragsgemäß einen Entwurf derartiger Richtlinien ausgearbeitet. Dieser Entwurf wird Gegenstand weiterer Beratung und Begutachtung sein.

Auch 2014 wird die Versicherungswirtschaft uns Makler brauchen, weil wir die Produkte nicht nach dem Grundsatz der raschen Umsatzerhöhung vermitteln, sondern im Sinne echter Professionalität unsere Kunden auf bestehende individuelle Risiken aufmerksam machen und damit das wissenschaftlich festgestellte wachsende Vertrauen der Versicherungsnehmer in unsere Kompetenz rechtfertigen.

Der gut ausgebildete Versicherungsmakler wird auch in einem immer komplexer werdenden Umfeld sowie einer stets wachsenden Produktpalette ein gefragter Experte sein, die Herausforderungen der Zukunft meistern und diese als Chancen begreifen.

Dazu werden auch 2014 nicht nur die vergangenen, sondern die ebenfalls neu erscheinenden Newsletter beitragen. Als Service liegt das auf den neuesten Stand gebrachte Stichwort- und Judikaturverzeichnis bei.

Mit freundlichen Grüßen
Gunther Riedlsperger



Inhalt:

I.	Versicherungsrechtliche Judikatur.....	2
1.	Österreich:.....	2
1.1.	Zu den Risikoausschlüssen nach den Allgemeinen Bedingungen für die Berufshaftpflichtversicherung für Finanzdienstleister und Versicherungsvermittler 05/2007	2
1.2.	Zur Bemessung des Invaliditätsgrades in der Unfallversicherung.....	4
1.3.	Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick	6
2.	International:.....	7
2.1.	Zum Einsichtsrecht des Versicherungsnehmers in Sachverständigengutachten des Versicherers	7
2.2.	Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick.....	8
II.	Fälle aus der Rechtsservice- und Schlichtungsstelle (RSS)	9
1.	RSS-0010-13 = RSS-E 13/13	9
III.	Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS:	12
1.	Zur Zurückweisung einer zeitwidrigen Kündigung bzw. irrtümlichen Doppelversicherung.....	12
2.	Pflichten des Maklers können nach Kündigung der Vollmacht weiterlaufen	13
IV.	Gesetzgebung, Literatur & Sonstiges	14
1.	Zur Rechtsnatur von Richtlinien eines Fachverbandes der Wirtschaftskammer Österreich (hier. Wirksamkeit einer vereinbarten Schiedsklausel)	14
2.	Hotelgäste haben Recht auf unschädliches Duschwasser	15
3.	Versicherer müssen für Zinstief vorsorgen.....	15
4.	Neue Regelbedarfsätze für 2014	15

I. Versicherungsrechtliche Judikatur

1. Österreich:

1.1. Zu den Risikoausschlüssen nach den Allgemeinen Bedingungen für die Berufshaftpflichtversicherung für Finanzdienstleister und Versicherungsvermittler 05/2007

Zwischen den Parteien besteht eine Berufshaftpflichtversicherung, der die Allgemeinen Bedingungen für die Berufshaftpflichtversicherung für den Finanzdienstleister und Versicherungsvermittler 05/2007 zugrundeliegen.

Deren Artikel 6 lautet auszugsweise:

„Art 6 Versicherungsschutz, Deckungserweiterungen und Deckungseinschränkungen sowie Ausschlüsse vom Versicherungsschutz. [...]

6.3 Ausschlüsse vom Versicherungsschutz

6.3.4 Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf Haftpflichtansprüche

6.3.4.1 im Zusammenhang mit rechtlichen oder steuerlichen Auskünften. Gedeckt bleiben jedoch Auskünfte über die grundsätzliche steuerliche Behandlung einzelner Anlage- und



Versicherungsformen, soweit die persönlichen steuerlichen Verhältnisse des jeweiligen Mandanten nicht Gegenstand der Auskünfte sind sowie Rechtsauskünfte, die mit der Produktberatung im Versicherungsbereich und der Schadensabwicklung nach § 137 GewO notwendigerweise verbunden sind.“

Der Kläger war seit 1998 für seinen Mandanten als Vermögens- und Unternehmensberater tätig und „ordnete dessen Finanzen für ihn“. Seit diesem Zeitpunkt beriet der Kläger seinen Mandanten in steuerlichen Angelegenheiten, vertrat ihn gegenüber dem Finanzamt und erstellte auch sämtliche Steuererklärungen. Weiters empfahl er regelmäßig steuerlich vorteilhafte Beteiligungsmodelle. Ebenfalls über Empfehlung des Klägers, der dabei einen jährlichen Gewinn seines Mandanten von 100.000 EUR annahm, erwarb dieser 7,5 % Anteile an einem Bauherrenmodell, um die optimale jährliche Steuerersparnis zu erreichen.

Zu 7 Cg 195/09s des Landesgerichts Leoben begehrt der Mandant die Zahlung von 101.250 EUR sA Zug um Zug gegen Übertragung der 750/19.000 Anteile am Bauherrenmodell und die Feststellung der Haftung des Klägers (des dortigen Beklagten) für sämtliche zukünftige derzeit nicht bekannte Schäden in Bezug auf die Vermittlung dieser Anteile. Er stützt seine Ansprüche im Wesentlichen darauf, dass die Beratungstätigkeit des Klägers der Erlangung eines größtmöglichen Steuervorteils gedient habe. Unter diesem Gesichtspunkt habe der Kläger auch das Bauherrenmodell empfohlen. Auf Grund dieser Empfehlung habe der Mandant die Veranlagung mit 7,5 %-Miteigentumsanteilen vorgenommen. Die Schätzung des Gewinns für das Jahr 2007 sei vom Kläger aber viel zu hoch angesetzt worden, sodass nicht der gesamte veranlagte Betrag - wie geplant - steuerlich abgesetzt habe werden können. Darüber hinaus habe der Kläger auch nicht darüber aufgeklärt, dass noch mindestens über den Zeitraum von 18 Jahren laufend monatliche Zahlungen zu leisten seien, welche dem Kapitalaufbau dienen sollten, um einen noch zusätzlich aufzunehmenden Kredit abdecken zu können.

Der Kläger begehrt die Feststellung, dass die Beklagte verpflichtet sei, Deckungsschutz zu gewähren.

Sowohl das Erstgericht als auch das Berufungsgericht schlossen sich der Meinung der Beklagten an, dass nach Art 6.3.4.1 der vereinbarten Versicherungsbedingungen der Haftungsausschluss zum Tragen komme.

Der OGH ließ mit Urteil vom 23.5.2013, 7 Ob 43/13v, die Revision zu, gab aber der Revision des Klägers gegen die Entscheidung des Berufungsgerichtes keine Folge.

Zusammenfassend führte der OGH Folgendes aus:

Art 6.3 der AVB regelt die Ausschlüsse vom Versicherungsschutz. Art 6.3.4.1 legt fest, dass Auskünfte über die grundsätzliche steuerliche Behandlung einzelner Anlage- und Versicherungsformen, sohin allgemeine steuerliche Auskünfte vom Versicherungsschutz gedeckt sind. Steuerliche Auskünfte, soweit die persönlichen steuerlichen Verhältnisse des jeweiligen Mandanten Gegenstand der Auskünfte sind, das heißt individuelle steuerliche Auskünfte, sind hingegen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Der Kläger argumentiert zusammengefasst, dass die Grenze zwischen einer Anlagenberatung im Allgemeinen und einer konkreten Einzelfallberatung unter Berücksichtigung steuerlicher Aspekte fließend sei, weshalb die Deckung aus der Berufshaftpflichtversicherung für die Tätigkeit des Vermögensberaters auch im letzten Fall bejaht werden müsse. Der Risikoausschluss könne

letztlich nicht zur Anwendung gelangen, weil in diesem Fall die in der primären Risikoumschreibung zugestandene Deckung bei Anlageberatungen mit steuerlichem Bezug leicht unterlaufen werden könnten.

Ein solcher (Grenz-)Fall, wie ihn der Kläger vor Augen hat, nämlich im Zuge der Beratung über eine Anlageform auch steuerliche Auskünfte über das zu vermittelnde Produkt zu erteilen, liegt nicht vor. Vielmehr lag der Schwerpunkt des Auftrags an den Kläger gerade nicht darin, Vermögen aufzubauen, zu sichern oder zu erhalten, sondern im Rahmen der bereits seit Jahren erfolgten steuerlichen Betreuung in der Beratung über eine konkrete Veranlagung zur Erreichung des bestmöglichen Steuervorteils unter Zugrundelegung der individuellen finanziellen und steuerlichen Verhältnisse des Mandanten des Klägers.

Nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut des Art 6.3.4.1 AVB wollte die Beklagte aber eine solche schwerpunktmäßig steuerberatende Tätigkeit vom Versicherungsschutz ausschließen.

Fazit: Bei der Beratung in Versicherungsangelegenheiten sollte beachtet werden, nicht Tätigkeiten vorzunehmen, die anderen Berufen wie Wirtschaftstreuhändern oder Rechtsanwälten vorbehalten sind, weil jede Überschreitung der gewerberechtigten Befugnis zum Verlust der Versicherungsdeckung führen kann. Steuerliche Auskünfte sollten grundsätzlich Wirtschaftstreuhändern vorbehalten bleiben.

1.2. Zur Bemessung des Invaliditätsgrades in der Unfallversicherung

Zwischen den Parteien besteht ein Unfallversicherungsvertrag, dem die „Klipp & Klar Bedingungen U 500“ (in der Folge AVB) zu Grunde liegen. Art 7 lautet:

„Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Voraussetzung für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. ...

2. Art und Höhe der Leistung:

...

2.2. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

...

eines Beines

70 %

...

2.3 Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. ...“

Am 4. 9. 2009 verletzte sich der Kläger beim Abladen von Holzplatten am linken Knie. Er erlitt einen unverschobenen Längsbruch der linken Kniescheibe, der ordnungsgemäß abgeheilt ist. Es bestehen aber unfallbedingte Dauerfolgen, und zwar auf Grund einer Knorpelfissur eine Beugehemmung und Schmerzen beim Beugen des Kniegelenks. Das linke Kniegelenk kann er um

20 % weniger beugen als das rechte. Die linke Oberschenkelmuskulatur ist verschmächtigt (2 cm Umfangdifferenz).

Durch den Unfall wurde das vordere Kreuzband nicht verletzt. Die schon davor bestandene Instabilität des vorderen Kreuzbands führt ebenfalls zu einer Muskelschwäche des linken Beins. Die unfallkausale dauernde Invalidität des linken Beins beträgt 6 % des Beinwerts.

Der Kläger beehrte vorerst € 25.196,50, weil er durch den Längsbruch der Kniescheibe links eine dauerhafte Minderung des Beinwerts von 10 % erlitten habe.

Die Beklagte beantragt die Abweisung des Klagebegehrens, weil der von ihr beauftragte Gutachter für Unfallchirurgie festgestellt habe, dass das linke Kniegelenk des Klägers uneingeschränkt beweglich und bandstabil sei und keine Muskelverschmächtigungen vorlägen.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren mit 15.117,90 EUR sA statt, was dem festgestellten Invaliditätsgrad von 6 % des Beinwerts entspricht. Der Unfall sei in diesem Ausmaß kausal gewesen. Das Mehrbegehren wies es ab.

Das Berufungsgericht bestätigte den klagsabweisenden Teil des Urteils, hob aber den stattgebenden Teil auf.

Zusammenfassend kam das Berufungsgericht zu folgender rechtlichen Beurteilung:

Die Begriffe „normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit“ könnten von einem durchschnittlichen Versicherungsnehmer nur so verstanden werden, dass es bei der Beurteilung der Invalidität auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit des durchschnittlichen Versicherten seiner Altersgruppe ankomme. Ob die Beugefähigkeit des linken Knies des Klägers auf Grund des Unfalls von der Beugefähigkeit einer abstrakten Vergleichsperson gleichen Alters abweiche, sei nicht festgestellt. Es bedürfe in dieser Hinsicht einer Verfahrensergänzung.

Der OGH gab dem Rekurs der klagenden Partei mit Urteil vom 23.5.2013, 7 Ob 47/13g, Folge und stellte den klagestattgebenden Teil des Urteils wieder her.

Nach Auseinandersetzung mit der deutschen Lehre und Rechtsprechung zur Ermittlung des Invaliditätsgrades kam der OGH zu folgender rechtlicher Beurteilung:

Die generalisierende, abstrakte Betrachtungsweise zur Ermittlung des Invaliditätsgrads in der Unfallversicherung bezieht sich nur darauf, dass individuelle Erfordernisse des Berufs oder besondere Fähigkeiten, soweit sie medizinisch keine Bedeutung haben, außer Betracht zu bleiben haben. Ansonsten ist aber bei der Funktionsbeeinträchtigung vom konkreten Versicherungsnehmer und seiner individuellen Körpergestaltung auszugehen. Dies gilt umso mehr, wenn - wie hier - die beiden Gliedmaßen auf Grund des Unfalls nicht mehr gleich funktionsfähig sind und der Versicherte schon durch diese Differenz beeinträchtigt ist.

Das bedeutet für den vorliegenden Fall, dass der Ermittlung des Invaliditätsgrads beim Kläger seine konkrete Funktionsbeeinträchtigung auf Grund eines Vergleichs zwischen der Beweglichkeit des rechten und linken Kniegelenks zugrunde zu legen ist. Auch diese Beurteilung erfolgt damit rein nach medizinischen Gesichtspunkten.

Die Rechtssache ist daher bereits spruchreif. In diesem Fall ist in der Sache selbst zu entscheiden und das erstinstanzliche Urteil im klagsstattgebenden Umfang wiederherzustellen.

Fazit: Durch die AUVB ist klargestellt, dass es bei der Beurteilung des Invaliditätsgrades nicht auf individuelle Umstände, die nicht medizinischer Art sind, ankommen darf. Durch die Vereinbarung von Gliedertaxen, etwa für Ärzte, wird den individuellen Bedürfnissen eines Berufes Rechnung getragen (vgl auch Beschluss des OGH vom 4.9.2013, 7 Ob 149/13g).

Bei Prüfung von Deckungsablehnungen in der Unfallversicherung mit der Begründung, dass der beauftragte Gutachter für Unfallchirurgie keine dauerhafte Minderung des Beinwertes festgestellt habe, sollte beachtet werden, dass bei der Beurteilung von medizinischen Einschränkungen nicht auf eine abstrakte Vergleichsperson abzustellen ist, sondern bei der Beurteilung der Funktionsbeeinträchtigung vom konkreten Versicherungsnehmer und seiner individuellen Körpergestaltung auszugehen ist.

1.3. Stenogramm – weitere aktuelle versicherungsrechtliche Entscheidungen im Überblick

■ Zur Auslegung des Abschnitts A.3 der EHVB 1993 (OGH vom 19.6.2013, 7 Ob 99/13d)

Bei der Bestimmung Abschnitt A.3 der Ergänzenden Allgemeinen Bedingungen für die Haftpflichtversicherung (EHVB 1993) handelt es sich um einen Risikoausschluss. Die Versicherung ist nur dann leistungsfrei, wenn der Versicherungsfall einerseits grob fahrlässig herbeigeführt wurde und andererseits bewusst gegen geltende Gesetze, Verordnungen und behördliche Vorschriften verstoßen wird. Beide Voraussetzungen müssen kumulativ vorhanden sein. Die Leistungsfreiheit der Versicherung setzt daher nicht das Kennenmüssen, das heißt einen grob fahrlässigen Verstoß gegen Vorschriften voraus, sondern einen bewussten, das heißt vorsätzlichen Verstoß (7 Ob 264/04f, 7 Ob 136/05h). Der Versicherungsnehmer muss die Verbotsvorschrift zwar nicht in ihrem Wortlaut und in ihrem genauen Umfang kennen, er muss sich aber bei seiner Vorgangsweise bewusst sein, dass er damit gegen Vorschriften verstößt, muss also das Bewusstsein der Rechtswidrigkeit seiner Handlungsweise haben.

(Anm: Der Versicherer konnte weder beweisen, dass der Versicherungsnehmer, ein Heizungsbauer, bei der Installation eines Heizungskessels das zukünftige Bersten desselben als wahrscheinlich erkannt hat noch dass er die einschlägige ÖNORM gekannt hat.)

■ Zum Begriff der Naturgewalt im Sinne des Art 1 AKKB 2009 bei indirektem Blitzschlag (OGH vom 23.5.2013, 7 Ob 76/13x)

Maßgebend für das Vorliegen einer Naturgewalt im Sinn des Art 1 AKKB 2009 ist der unmittelbare Übergang eines Blitzes auf die versicherte Sache. Ursache der Schäden am

Pkw des Klägers war aber nicht die unmittelbare Einwirkung eines Blitzschlags, sondern die durch einen indirekten Blitzschlag an der Elektrik des Hotels ausgelöste Überspannung, die sich über das an die Steckdose angeschlossene Batterie-Ladegerät auf das Fahrzeug übertrug und dort zum eingetretenen Schaden führte. Schadensursache war die durch den indirekten Blitzschlag ausgelöste Überspannung in der Elektrik des Hotels. Es handelt sich hierbei nur um eine mittelbare Einwirkung des Blitzschlags auf das versicherte Fahrzeug, für deren Ersatz die Beklagte nach Art 1 AKKB 2009 nicht aufkommen muss.

2. International:

2.1. Zum Einsichtsrecht des Versicherungsnehmers in Sachverständigengutachten des Versicherers

Der Kläger begehrte Einsichtnahme in ein Sachverständigengutachten. Die Beklagte war der Wohngebäudeversicherer des Klägers. Der Kläger zeigte am 9.12.2010 über seinen Versicherungsmakler einen Wasserschaden an, der im Anwesen des Klägers aufgetreten war. Die Beklagte beauftragte das Sachverständigenbüro A. mit der Erstellung eines Schadensgutachtens. Die Besichtigung erfolgte am 15.12.2010 durch die Sachverständige B., die in der Folge ein schriftliches Sachverständigengutachten erstellte. Im Rahmen der Besichtigung oder im Vorfeld der Besichtigung wurde der Kläger auf seine Auskunft- und Aufklärungsobligationen aus dem Versicherungsvertrag hingewiesen. Die Beklagte verneinte ihre Eintrittspflicht hinsichtlich des geltend gemachten Schadensereignisses sowie die Vorlagepflicht des erstellten Sachverständigengutachtens an den Kläger.

Der Kläger behauptete im Wesentlichen, bereits aus dem Versicherungsvertrag ergebe sich ein Anspruch des Klägers auf Vorlegung des von der Beklagten in Auftrag gegebenen Sachverständigengutachtens. Der Kläger sei zur Prüfung der Eintrittspflicht des Beklagten und zur Abschätzung seines möglichen Prozessrisikos auf die Vorlage des Gutachtens angewiesen.

Das Amtsgericht Singen hat mit Urteil vom 8.6.2012, 3 C 15/12, den Anspruch des Klägers bejaht.

Aus seiner Urteilsbegründung ist als für den österreichischen Rechtsbereich relevant Folgendes hervorzuheben:

Der Kläger hat einen Anspruch auf Herausgabe des Gutachtens aus dem bestehenden Versicherungsvertrag.

Dies folgt zum einen daraus, dass nach § 85 Abs. 2 VVG Kosten eines Sachverständigengutachtens dem VN nicht erstattet werden, da das VVG erkennbar davon ausgeht, dass dem VN solche Kosten nur bei Vorliegen besonderer Umstände entstehen, weil regelmäßig der Versicherer ein Schadensgutachten einholen wird. Dieses Gutachten wird in der Regel ausreichen, um die Schadensregulierung vornehmen zu können. Damit zwischen beiden Vertragspartnern Waffengleichheit herrscht, muss der VN auch Einsicht in das Ergebnis des Sachverständigengutachtens erhalten.

Hinzu kommt, dass vorliegend der Kläger durch die Beklagte ausdrücklich auf seine Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten aus dem Versicherungsvertrag entsprechend § 28 Abs. 4 VVG hingewiesen wurde. Der Kläger hatte danach die Begutachtung des Schadens durch eine von der Beklagten ausgewählte Sachverständige zu dulden und Zugang zu dem versicherten Grundstück zu gewährleisten. Soweit der Kläger dieser Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheit nicht nachgekommen wäre, hätte sich die Beklagte auf ihre Leistungsfreiheit berufen. Wenn der Kläger einerseits zur Mitwirkung verpflichtet ist bzw. im Fall der Obliegenheitsverletzung seinen Leistungsanspruch verliert, besteht dem gegenüber der Anspruch des VN auf Auskunft und Einsicht in das Gutachten.

Soweit die Rechtsprechung teilweise eine Vorlagepflicht aus § 810 BGB (Anm.: Vorlage von Urkunden) oder aus § 242 BGB (Anm.: Grundsatz von Treu und Glauben) verneint, wird nicht berücksichtigt, dass zwischen den Parteien ein Vertragsverhältnis besteht, das die Vorlagepflicht umfasst.

Der Vorlagepflicht der Beklagten steht auch nicht entgegen, dass die Beklagte davon ausgeht, dass ihre Eintrittspflicht nicht besteht. Gerade diese ist zwischen den Parteien streitig, sodass die Vorlage des Gutachtens erforderlich ist, damit sich der Kläger Gewissheit verschaffen kann, ob er wegen der Eintrittspflicht der Beklagten Klage erhebt oder nicht. Eine angemessene Abschätzung seines Prozessrisikos ist ohne Vorlage des Gutachtens nicht möglich und liefe auf eine in dem Vertragsverhältnis nicht angemessene Benachteiligung einer Vertragspartei – nämlich hier des VN – hinaus.

Fazit: Durch 11c Abs 2 VersVG ist in Österreich gesetzlich geregelt, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben ist, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person der Auskunftserteilung oder Einsichtsgewährung zustimmt.

Die Einsicht in andere Gutachten ist im VersVG hingegen nicht geregelt.

Daraus kann nicht der Schluss gezogen werden, dass VN grundsätzlich überhaupt kein Recht haben, in andere Sachverständigengutachten Einsicht nehmen zu dürfen. Die Überlegungen, dass der Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheit des Versicherungsnehmers aus Gründen der „Waffengleichheit“ ein Anspruch auf Auskunft und Einsicht in das Gutachten des Versicherers gegenübersteht, könnten durchaus auch von österreichischen Gerichten übernommen werden. Die Grundsätze von „Treu und Glauben“, die den Versicherungsvertrag beherrschen, können hier eine Rolle spielen (vgl RS0018055).

2.2. Stenogramm – weitere Entscheidungen aus Europa im Überblick

- **Plexiglas-Wellplatten gehören zur Gebäudeverglasung (LG Landshut, Urteil vom 30.1.2012, 12 S 2398/11)**

Bei einer Gebäudeverglasung im Sinne des § 2 Nr. 1 a AVB handelt es sich um einen Oberbegriff, unter dem sämtliche Arten der Verglasung zusammengefasst werden, die Bestandteil eines Gebäudes sind, dieses gegen Einwirkungen von außen abschirmen,



zugleich aber keine blickdichte Mauer oder Decke bilden, sondern den umbauten Raum erhellen. Ob eine derartige "Verglasung" in einer ebenen Fläche besteht oder in Wellen geformt oder sonst wie gestaltet ist, kann dahingestellt bleiben, solange dem Zweck gedient wird.

■ **Verschweigen einer psychotherapeutischen Behandlung wegen Überarbeitung kann arglistig sein (OLG Köln, Urteil vom 5.6.2012, 20 U 1/12 – nicht rechtskräftig)**

Eine Depression ist in der Berufsunfähigkeitsversicherung ein offensichtlich gefahrerheblicher Umstand im Sinne der Obliegenheit zur wahrheitsgemäßen Beantwortung von Gesundheitsfragen im Antragsformular. Dafür genügt auch eine psychotherapeutische Behandlung, die der VN auf Überarbeitung zurückführt.

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

1. RSS-0010-13 = RSS-E 13/13

Folgender Sachverhalt steht (zusammengefasst) unbestritten fest:

Die Antragstellerin trat aufgrund eines Antrages auf „Spezial-Rechtsschutz für Finanzdienstleister“ vom 29.7.2005 einem Gruppen-Rechtsschutzversicherungsvertrag, abgeschlossen zwischen der Antragstellervertreterin und der Antragsgegnerin, bei.

Nach Angaben der Antragstellerin wies diese in einer Beilage auch auf die mitzuversichernde Y (Einzelunternehmen des Geschäftsführers) sowie die Mitversicherung der Lebensgefährtin B.B. im Privatbereich hin. Die Schadensfallkündigung seitens des Versicherers sei vereinbarungsgemäß jeweils mit einer Frist von drei Monaten zur Hauptfälligkeit möglich.

Die Antragsgegnerin brachte vor, dass dagegen zur Schadensfallkündigung keine von den ARB abweichende Vereinbarung getroffen worden sei.

Mit Schreiben vom 16.5.2008 wurde der Antragstellerin von der Antragsgegnerin eine Polizzae zugestellt. Dabei hielt sie fest, den bestehenden Sammelvertrag für Finanzdienstleister in Einzelverträge aufgesplittet zu haben.

In der angefügten Polizzae bzw. deren Anlage ist lediglich die X GmbH als Versicherungsnehmer genannt, die Y scheint nicht in der Polizzae auf.

Mit Email vom 3.6.2008 an die Antragstellervertreterin hielt die Antragstellerin Folgendes fest:

„(...)wir haben nun die Einzelpolizzae (...) erhalten.

In dieser Polizzae ist - entgegen den Vereinbarungen beim Antrag - nicht enthalten, dass sowohl die X GmbH als auch das Einzelunternehmen des Geschäftsführers A.A. versichert sind.

Wir ersuchen Sie (oder die Antragsgegnerin) um Bestätigung, dass der versicherte Unternehmenskreis dem oben beschriebenen entspricht.



Wir merken uns für die Bestätigung den 3.7.2008 und stellen klar, dass wir ein Schweigen bis zu diesem Termin als Bestätigung des Versicherungsumfanges werten werden. (...)

Mit Schreiben vom 4.10.2012 kündigte die Antragsgegnerin den gegenständlichen Versicherungsvertrag im Schadenfall per 9.11.2012. Dieser Kündigung widersprach die Antragstellerin mit Email vom 9.10.2012, da die Kündigungsfrist von 3 Monaten nicht eingehalten worden sei.

Die Antragsgegnerin berief sich in der Folge auf die Rahmenvereinbarung, laut der keine Sondervereinbarung für Schadenfallkündigungen bestünde.

Die Antragstellerin kündigte in der Folge den Vertrag zur Hauptfälligkeit 31.12.2013.

Mit Schlichtungsantrag vom 15.3.2013 beantragte die Antragstellerin die Feststellung, dass der Vertrag bis zum 31.12.2013 aufrecht ist und das Risiko Y sowie im Privatbereich A.A. und B.B. mitversichert sind.

Sie brachte in weiterer Folge zusammengefasst vor, dass zum einen der Vertrag mit der Kündigungsklausel „Schadenfallkündigung per 31.12. mit Frist 3 Monaten“, zum anderen auch mit den beantragten Risiken Y sowie im Privatbereich der Geschäftsführer A. A. und dessen Lebensgefährtin B. B. zustande gekommen sei.

Die Antragsgegnerin gab zu diesem Schlichtungsantrag mit Email vom 27.5.2013 folgende Stellungnahme ab:

„Ad 1.) Feststellung, dass der Vertrag per 31.12.2013 gekündigt ist: am 04.10.2012 haben wir den Vertrag schadensbedingt unter Hinweis auf Art 15.3.2. der Allgemeinen Rechtsschutzbedingungen 2000 unter Einhaltung der statuierten Frist von einem Monat zum 09.11.2012 gekündigt - entsprechend den ARB.

Im Rahmenvertrag ist unter Punkt 9. (Vertragslaufzeit der Versicherungsverträge) festgehalten: "Die seitens des Versicherers einzuhaltende Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zur Hauptfälligkeit. Kündigungen im Schadenfall bleiben davon unberührt." Es gelten diesbezüglich also die Bestimmungen der ARB. Die Vereinbarung war die Rechtsgrundlage der daraus entstandenen Einzelverträge. (...)

Ad 2.) Feststellung, dass auch die Y mitversichert sind: Versichert war die X GmbH; im "Privatbereich" Herr A. A. und dessen LG - die Prämie wurde auf dieser Basis berechnet“.

Ferner beantragte die Antragsgegnerin die Feststellungen, dass der gegenständliche Versicherungsvertrag per 9.11.2012 gekündigt sei und die Y nicht mitversichert sei. Ein Schreiben, dass die Polizze fehlerhaft und unvollständig wäre, sei bei der Antragsgegnerin nie eingetroffen.

Die Schlichtungskommission wies den Schlichtungsantrag hinsichtlich der Feststellung, dass der Rechtsschutzversicherungsvertrag bis zum 31.12.2013 inkl. des Risikos Y aufrecht sei, zurück.

Hinsichtlich des Versicherungsschutzes hinsichtlich A. A. sowie B. B. stellte die Schlichtungskommission fest, dass diesbezüglich der Vertrag bis 31.12.2013 aufrecht sei.

Der Versicherungsvertrag ist ein Konsensualvertrag und formfrei (vgl. RSS-0019-12-9=RSS-E 1/13 ua.). Wie jeder Vertrag kommt ein Versicherungsvertrag gemäß § 861 ABGB durch Angebot und Annahme zustande, wobei für das Zustandekommen des Vertrages außer der Einigung über den Vertragsinhalt auch noch die ausdrückliche oder stillschweigende Erklärung des Abschlusswillens erforderlich ist (vgl. Dittrich/Tades, ABGB36 (2003), § 861/E 140 ua.).

Nach ständiger Rechtsprechung werden Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) als Allgemeine Geschäftsbedingungen Vertragsbestandteil, wenn sie vertraglich vereinbart wurden. Dem Versicherungsnehmer muss deutlich erkennbar sein, dass der Versicherer nur zu seinen AVB oder sonstigen Bedingungen kontrahieren will. Diesem Willen muss sich der Versicherungsnehmer unterworfen haben (vgl. RIS-Justiz RS0117648 ua.).

Im vorliegenden Fall ist strittig, ob zwischen den Streitparteien die vom Antragstellervertreter Z angebotenen Bedingungen „Rechtsschutz für Finanzdienstleister (Stand 01.10.2004)“ oder die nach den Angaben der Antragsgegnerin zwischen ihr und dem Antragstellervertreter abgeschlossene Rahmenvereinbarung Vertragsbestandteil wurde.

Diese Beweisfrage kann aber in einem reinen Aktenverfahren iSd Pkt. 3.1. der Verfahrensordnung von der Schlichtungskommission nicht geklärt werden.

Gemäß Pkt. 5.3. lit g der Verfahrensordnung erfordert dies eine umfangreiche Beweisaufnahme, die in einem streitigen Verfahren vor dem zuständigen Gericht behandelt werden muss. In diesem wird die Antragstellerin allenfalls zu beweisen haben, dass die Bedingungen „Rechtsschutz für Finanzdienstleister (Stand 01.10.2004)“ Bestandteil des Versicherungsvertrages wurden.

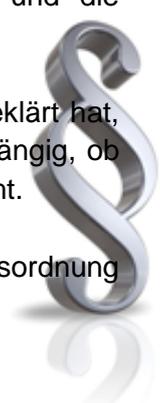
Ebenso ist es eine Beweisfrage, ob sich der Versicherungsschutz vereinbarungsgemäß auch auf die Y bezieht. Die Antragstellerin wird in einem allfälligen gerichtlichen Deckungsstreit zu beweisen haben, dass der Antrag samt dem Beiblatt der Antragsgegnerin zugegangen ist und diese dem Antrag nicht im Sinne des § 5 VersVG widersprochen hat.

Es ist soweit unstrittig, dass der Gruppen-Rechtsschutzversicherungsvertrag per 1.1.2008 aufgelöst wurde. Welcher Vertragsinhalt jedoch in der Folge zwischen den Streitparteien als Nachfolgevertrag vereinbart worden ist, ist nach der Aktenlage nicht zweifelsfrei geklärt.

Nach Ansicht der Schlichtungskommission wäre es im Sinne des Grundsatzes von Treu und Glauben Sache der Antragsgegnerin gewesen, die Antragstellerin ausreichend darüber zu informieren, welche Änderungen sich durch die Kündigung des Gruppenvertrages und die Umstellung auf einen Einzelvertrag ergeben.

Ob und wieweit die Antragsgegnerin die Antragstellerin im oben genannten Sinne aufgeklärt hat, kann nach der Aktenlage nicht zweifelsfrei festgestellt werden. Davon ist aber auch abhängig, ob die Maklerklausel gemäß Pkt. 11 für den gegenständlichen Vertrag vereinbart ist oder nicht.

Daher war der Antrag in den Punkten 1 und 2 gemäß Pkt. 5.3. lit g der Verfahrensordnung zurückzuweisen.



Da die Antragsgegnerin ihre Deckungspflicht hinsichtlich des Geschäftsführers der Antragstellerin und dessen Lebensgefährtin für den Privatbereich anerkannt hat, war spruchgemäß zu empfehlen.

III. Aus der Beratungstätigkeit des Fachverbandes und der RSS:

1. Zur Zurückweisung einer zeitwidrigen Kündigung bzw. irrtümlichen Doppelversicherung

Ein Mitglied wandte sich mit folgendem rechtlichen Problem an die RSS:

Das Mitglied hat die Betreuung eines Kunden neu übernommen und bei Sichtung des Vertragsbestandes entdeckt, dass eine Doppelversicherung des Gebäudes besteht. Beim älteren der beiden Verträge war das zu versichernde Hotelgebäude als „Wohnhaus“ versichert. Eine Außendienstmitarbeiterin eines anderen Versicherers hat in der Folge die Betreuung des Kunden übernommen und alle Risiken beim neuen Versicherer neu eingedeckt. Dabei teilte sie dem Kunden mit, dass aber die „alte“ Versicherung derzeit nicht kündbar sei.

Nunmehr hat das Mitglied versucht, die Doppelversicherung durch Kündigung der „alten“ Versicherung zu beseitigen. Der Versicherer hat die Kündigung vom 3. Juli am 16. Juli zurückgewiesen. Frage: Ist dies wirksam, bzw. wie sollte weiter vorgegangen werden?

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

Die Judikatur zur Zurückweisungspflicht zeitwidriger Kündigungen durch den Versicherer hält fest, dass alle derartigen Fälle im Einzelfall beurteilt werden müssen. In der Entscheidung 7 Ob 97/01t wurde ein Zeitraum von 3 Wochen trotz Weihnachtsfeiertage und Millenniums-Umstellung als zu lang beurteilt.

Soweit dies aus den Unterlagen herauszulesen ist, wurde die Kündigung am 16.7.2013 zurückgewiesen – wann die Kündigung beim Versicherer eingelangt ist bzw. der Zugang angenommen werden muss, ist nicht genau ersichtlich. Sie schreiben, Sie haben „per sofort zum 3. Juli“ die Kündigung ausgesprochen. Die Kündigung ist aber mit 18.6. datiert, die Vollmacht wurde mit 25.6. ausgestellt. Ein Zeitrahmen von 2 Wochen könnte von einem Gericht allenfalls auch als rechtzeitig iSd bisherigen Rechtsprechung gesehen werden.

Wenn man davon ausgehen müsste, dass die Zurückweisung rechtzeitig war, wäre weiter zu prüfen, ob in der Folge eine ordnungsgemäße Kündigung eines der Verträge möglich ist. Die Frage, wann der Besitzwechsel eingetreten ist (Grundbuch!), ist aus den Unterlagen völlig offen. Die Kündigung über das Konstrukt einer Doppelversicherung (§ 59 f. VersVG) wäre nur für die Zukunft und nur für den späteren Vertrag möglich.

Ein Risikowegfall liegt insofern nicht vor, als das versicherte Gebäude als solches weiterhin durch Feuer, Leitungswasser, etc. zerstört bzw. beschädigt werden kann – die Widmung des Gebäudes hat auf das Risiko selbst keinen Einfluss, allenfalls auf die Folgen und deren Ausmaß.

Es stellt sich weiters die Frage, ob und in welchem Umfang einer der Vorvermittler bzw. der jeweiligen Versicherer schadenersatzpflichtig sein kann (immer unter der Voraussetzung des

geschilderten Sachverhaltes – der Einwand eines etwaigen Mitverschuldens des Kunden ist nicht berücksichtigt):

Zum 1. Vertrag: Der Versicherungsagent im versicherungsvertragsrechtlichen Sinn (dh auch der Außendienstmitarbeiter) muss einer berechtigten Deckungserwartung des Kunden widersprechen bzw. muss der Versicherer mündliche Zusagen des Mitarbeiters (sofern beweisbar) gegen sich gelten lassen. Die Frage ist also, ob der Versicherer im Schadensfall eine Obliegenheitsverletzung bzw. Anzeigepflichtverletzung geltend machen würde. Im Ergebnis kann es dazu kommen, dass der Versicherer dennoch voll zu leisten hat, weil ihm die tatsächlichen Umstände bekannt waren und dennoch keine höhere Prämie verrechnet werden kann – eine rückwirkende Anpassung der Prämie aufgrund von Irrtums scheidet meiner Ansicht nach aufgrund des geschilderten Sachverhalts aus.

Zum 2. Vertrag: Hier könnte der Versicherer zu einem Schadenersatz herangezogen werden, wenn erst nunmehr bekannt ist, dass es sich um eine von der AD-Mitarbeiterin verschuldete Doppelversicherung handelt. Frist für die Geltendmachung eines Schadenersatzes wäre 3 Jahre ab Kenntnis von Schaden und Schädiger – ggf. könnte man hier über eine Anfechtung wg. Irrtums nachdenken, sofern die 3-Jahres-Frist ab Vertragsabschluss noch nicht abgelaufen ist.

2. Pflichten des Maklers können nach Kündigung der Vollmacht weiterlaufen

Ein Mitglied stellte folgende Anfrage an die RSS:

Ein Makler hat vom VN Vollmachten für den Privat- und Betriebsbereich (Landwirt) erhalten. Während einer laufenden Schadensabwicklung legt der Makler seine Vollmachten nieder. Muss der Makler seine Tätigkeit bei der Schadensabwicklung dennoch fortführen? Kann der VN ggf. die Kosten eines Dritten dem Makler in Rechnung stellen?

Die RSS gab dazu folgende Auskunft:

Da im Maklergesetz über die Kündigung des Maklervertrages keine Regelungen zu finden sind, gilt grundsätzlich die Regelung des § 1021 ABGB, wonach der Machthaber die angenommene Vollmacht ohne Frist aufkündigen kann, sofern zwischen den Vertragsteilen im Maklervertrag keine andere Regelung getroffen wurde.

Hinsichtlich noch offener Schäden kann aber die Bestimmung des § 1021 Satz 2 ABGB zur Anwendung kommen, welche wie folgt lautet:

Wenn er sie aber vor Vollendung des ihm insbesondere aufgetragenen, oder vermöge der allgemeinen Vollmacht angefangenen Geschäftes aufkündet; so muß er, dafern nicht ein unvorgesehenes und unvermeidliches Hinderniß eingetreten ist, allen daraus entstandenen Schaden ersetzen.

Auch wenn es dazu nach unserer Recherche keine unmittelbar anwendbare Judikatur gibt, sind wir der Meinung, dass ein Makler sich seinen Pflichten nach § 28 MaklerG, sofern diese bereits entstanden sind, nicht durch Kündigung der Vollmacht entziehen kann. Daher könnte er unseres Erachtens nach obiger Bestimmung im konkreten Fall schadenersatzpflichtig werden, sofern er nicht Gründe für die Kündigung des Maklervertrages aus wichtigen Gründen geltend machen kann.

IV. Gesetzgebung, Literatur & Sonstiges

1. Zur Rechtsnatur von Richtlinien eines Fachverbandes der Wirtschaftskammer Österreich (hier. Wirksamkeit einer vereinbarten Schiedsklausel)

Zwischen zwei Mitglieder des Fachverbandes der Immobilien- und Vermögenstreuhänder war ein Rechtsstreit wegen unlauteren Wettbewerbs anhängig. Dabei warf ein Mitglied dem anderen standeswidriges Verhalten vor.

Der Beklagte bestritt nicht nur das Klagebegehren, sondern wendete auch ein, der verfolgte Anspruch sei nicht klagbar, weil beide Streitparteien Mitglieder einer Landesinnung der Immobilien- und Vermögenstreuhänder der Wirtschaftskammer Österreich seien. Nach den verbindlichen Standes- und Berufsausübungsregeln der Immobilien- und Vermögenstreuhänder der Wirtschaftskammer Österreich hätten Mitglieder bei Streitfällen und Meinungsverschiedenheiten miteinander zunächst eine einvernehmliche Lösung zu suchen bzw. einen Schlichtungsversuch durch die Berufsvertretung zu unternehmen.

Sämtliche Gerichtsstufen wiesen den Antrag auf Erlassung einer einstweiligen Verfügung ab.

Im Ergebnis führte der OGH in seiner Entscheidung vom 15.1.2013, 4 Ob 203/12z, zusammenfassend Folgendes aus:

Die gesetzliche Ermächtigung des Fachverbandes der Wirtschaftskammer Österreich, für ihre Mitglieder bindende Vorschriften zu erlassen, ergibt sich unmittelbar aus Art 120b Abs 1 erster Satz B-VG. Danach haben die Selbstverwaltungskörper das Recht, ihre Aufgaben in eigener Verantwortung frei von Weisungen zu besorgen und im Rahmen der Gesetze Satzungen zu erlassen.

Diese Bestimmung wird im Schrifttum dahin verstanden, dass „Satzungen“ autonom erlassene, generell-abstrakte Rechtsvorschriften sind, mit denen ua Rechte und Pflichten der Mitglieder von Selbstverwaltungskörpern untereinander und im Verhältnis zum Selbstverwaltungskörper hoheitlich gestaltet werden. Dabei ist die Bezeichnung als „Satzung“ rechtlich nicht wesentlich, weil auch anders bezeichnete Rechtsvorschriften (zB wie hier: „Richtlinien“) als Satzung gelten. Typische Regelungsgegenstände sind etwa Finanz- und Personalwesen und (wie hier) Berufspflichten bzw Standesregeln.

§ 120b Abs 1 erster Satz B-VG legt damit für Satzungen von Selbstverwaltungskörpern - abweichend vom strengen Legalitätsprinzip des Art 18 Abs 2 B-VG - eine andere Form der Gesetzesbindung fest; diese dürfen demnach Rechtsverhältnisse von Verbandsangehörigen nach eigenen rechtspolitischen Vorstellungen („in eigener Verantwortung“) hoheitlich gestalten, sofern sie dabei „im Rahmen der Gesetze“ verbleiben, also nicht gegen Gesetze verstoßen. Gesetzesrecht darf demnach ergänzt werden, soweit die gesetzlichen Rahmenbestimmungen

beachtet werden und nicht gegen höherrangiges Recht verstoßen wird. Die Satzungsermächtigung des Art 120b Abs 2 B-VG statuiert ein „gesetzesergänzendes Ordnungsrecht“ und ist insoweit lex specialis zur allgemeinen Ermächtigung des Art 18 Abs 2 B-VG; einer ausdrücklichen Ermächtigung zur Satzungserlassung in einem einfachen Gesetz (hier etwa: dem WirtschaftskammerG) bedarf es nicht.

2. Hotelgäste haben Recht auf unschädliches Duschwasser

In einer Entscheidung des OGH vom 29.8.2013, 8 Ob 106/12i, sprach dieser aus, dass einem Hotelgast (im vorliegenden Fall einer Chirurgin), die sich beim Duschen im Hotel mit Legionellen infizierte, Schmerzensgeld iHv € 9.600 sowie den Ersatz von kausalen Auslagen und der Kosten einer Haushaltshilfe während der Zeit ihres Krankenstandes zu. Jedem Gastwirt oder Hotelier müsse bewusst sein, dass er alle Maßnahmen zu ergreifen habe, um seinen Gästen die gefahrlose Benutzung des Beherbergungsbetriebes und seiner Anlagen zu ermöglichen. Dabei habe er u.a. die Wasserversorgungsanlage entsprechend warten zu lassen. Dass er alle von dieser ausgehenden Gefahren konkret kenne, sei nicht entscheidend. Der Hotelier könne sich nicht darauf berufen, dass eine von ihm beauftragte Installateurfirma den Schaden verursachte. Diesbezüglich stehe ihm allenfalls der Regress gegen den Installateur offen.

3. Versicherer müssen für Zinstief vorsorgen

Die FMA hat durch Verordnung vom 3.12.2013, BGBl. II Nr. 396/2013, die Höchstzinssatzverordnung geändert. Österreichs Versicherer müssen daher angesichts der niedrigen Zinsen für Versicherungsverträge mit Garantien zusätzliche Rückstellungen in Höhe von rund 80 Mio. Euro bilden. An der seit 2012 geltenden Höchstverzinsung von 1,75% für neue Lebensversicherungsverträge wird vorerst nichts geändert.

4. Neue Regelbedarfsätze für 2014

Im Unterhaltsrecht ist unter dem Begriff des Regelbedarfs derjenige Betrag zu verstehen, der bei der Bemessung des Unterhalts (der grundsätzlich für ein Kind in einem gewissen Prozentsatz des Einkommens des Unterhaltspflichtigen zusteht) nicht unterschritten werden soll. Das BMJ ermittelt anhand der „Kinderkostenanalyse“ der Statistik Österreich diese Regel- bzw. Durchschnittsbedarfsätze werden jährlich als „Regelbedarfssätze des Landesgerichts für Zivilrechtssachen Wien“ veröffentlicht und ist in der Folge auch von steuerlicher Relevanz.

Die Sätze lauten wie folgt:

Kindesalter	0-3 J.	3-6 J.	6-10 J.	10-15 J.	15-19 J.	19-28 J.
Regelbedarfsatz 2013	€ 190	€ 243	€ 313	€ 358	€ 421	€ 528
Regelbedarfsatz 2014	€ 194	€ 249	€ 320	€ 366	€ 431	€ 540

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.