



RSS

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

Stubenring 16 / Top 7
1010 Wien
Tel: 05 - 90 900 - DW 5085 (Fax DW 118225)
schlichtungsstelle@ivo.or.at

eine Einrichtung der



RSS-0043-19-10
= RSS-E 46/19

Empfehlung der Schlichtungskommission vom 27.6.2019

Vorsitzender	Hofrat Dr. Gerhard Hellwagner
Beratende Mitglieder	Johann Mitmasser Herbert Schmaranzer Kurt Krisper
Schriftführer	Mag. Christian Wetzelsberger

Antragstellerin	(anonymisiert)	Versicherungs- nehmer
vertreten durch	(anonymisiert)	Versicherungs- makler
Antragsgegner	(anonymisiert)	Versicherer
vertreten durch	-----	

Spruch

Der Antrag, der antragsgegnerischen Versicherung die Deckung von Dauerfolgen aus dem Unfall des (anonymisiert) vom 2.5.2017 zu empfehlen, wird abgewiesen.

Begründung

Die Antragstellerin hat bei der antragsgegnerischen Versicherung eine Unfallversicherung zur Polizzennr. (anonymisiert) abgeschlossen. Vereinbart sind die AUVB 2008, deren Art 7 auszugsweise lautet:

„Artikel 7 - Dauernde Invalidität

1. Wann besteht ein Anspruch auf Leistung für Dauernde Invalidität?

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität (Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit auf Lebenszeit) zurückbleibt, wird - unbeschadet der Bestimmungen des Artikel 7, Punkt 5 - aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.

Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an schriftlich geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen

Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, zu begründen.(...)“

Der mitversicherte (*anonymisiert*) erlitt am 2.5.2017 einen Unfall, bei dem er sich die Fingerkuppe des linken Mittelfingers gequetscht bzw. abgetrennt hat. Die Antragstellerin meldete unmittelbar darauf den Unfall.

Am 20.6.2018 kontaktierte die Antragstellervertreterin und ersuchte um Beauftragung eines Gutachters zur Feststellung der Unfallfolgen. Ein ärztliches Attest wurde nicht mitgesendet.

Am 21.6.2018 teilte die Antragsgegnerin folgendes mit:

„(...) grundsätzlich ist ein Anspruch auf dauernde Invalidität innerhalb von 15 Monaten ab Unfalldatum unter Vorlage eines aktuellen ärztlichen Attestes zu stellen, aus dem die Art der Bewegungseinschränkung hervorgeht und bestätigt wird, dass eine dauernde Invalidität auf Lebenszeit besteht.

Weiters weisen wir darauf hin, dass uns bei längerer Heilbehandlung immer die laufenden Befunde zu übermitteln sind.

Wir ersuchen daher um Übermittlung eines solchen Befundes.(...)“

Die Antragstellervertreterin leitete diese Information an die Antragstellerin weiter und teilte der Antragsgegnerin am 24.10.2018 folgendes mit:

Herr (anonymisiert) hat aufgrund der erlittenen Verletzung ein Problem mit der Feinmotorik, da ja die Fingerkuppe gequetscht und nicht mehr vorhanden ist. Weiters hat er ein ständiges Krüppeln im Finger. Dies wird jedoch vom Hausarzt nicht bestätigt, daher möchten wir Sie bitten, trotz nicht vorhandenem aktuellen Befund, einen Gutachter zu beauftragen.

Die Antragsgegnerin wies mit Schreiben vom 21.11.2018 die Deckung für Leistungen für eine dauernde Invalidität unter Berufung auf Art 7.1. der AUVB 2008 ab.

Dagegen richtet sich der Schlichtungsantrag vom 22.5.2019. Es sei dem Versicherer fristgerecht mitgeteilt worden, dass Dauerfolgen bestehen.

Die Antragsgegnerin teilte am 7.6.2019 mit, am Schlichtungsverfahren nicht teilzunehmen. Daher war gemäß Pkt. 2 der Verfahrensordnung der von der Antragstellerin geschilderte Sachverhalt der Empfehlung zugrunde zu legen. Die Schlichtungskommission ist jedoch in ihrer rechtlichen Beurteilung dieses Sachverhalts frei.

Rechtlich folgt:

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

Nach ständiger Rechtsprechung (vgl zuletzt etwa E des OGH vom 18.2.2015, 7 Ob 5/15h) sind allgemeine Vertragsbedingungen so auszulegen, wie sie sich einem durchschnittlichen

Angehörigen aus dem angesprochenen Adressatenkreis erschließen. Ihre Klauseln sind, wenn sie nicht auch Gegenstand und Ergebnis von Vertragsverhandlungen waren, objektiv unter Beschränkung auf den Wortlaut auszulegen.

Nach Art 7.1. der vereinbarten Versicherungsbedingungen AUVB 2008 muss ein Anspruch auf Leistung für eine dauernde Invalidität innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an gerechnet ärztlich festgestellt und geltend gemacht werden.

Art 7.1. AUVB 2008 wortgleiche oder vergleichbare Klauseln waren bereits Gegenstand zahlreicher oberstgerichtlicher Entscheidungen. Zur 15-Monatsfrist wird in ständiger Rechtsprechung die Auffassung vertreten, dass es sich dabei um eine Ausschlussfrist handelt, bei deren - auch unverschuldeter - Versäumung der Entschädigungsanspruch des Unfallversicherten erlischt. Die Zweckrichtung der Regelung liegt in der Herstellung von möglichst rascher Rechtssicherheit und Rechtsfrieden. Es soll der später in Anspruch genommene Versicherer vor Beweisschwierigkeiten infolge Zeitablaufs geschützt und eine alsbaldige Klärung der Ansprüche herbeigeführt werden. Die durch Setzung einer Ausschlussfrist vorgenommene Risikobegrenzung soll damit im Versicherungsrecht (in aller Regel) eine Ab- und Ausgrenzung schwer aufklärbarer und unübersehbarer (Spät-)Schäden bewirken.

Die Geltendmachung der Invalidität setzt nach der Bedingungslage weder die Nennung eines Invaliditätsgrades noch eines bestimmten Anspruchs voraus; erforderlich ist die Behauptung, es sei Invalidität dem Grunde nach eingetreten und die Vorlage eines entsprechenden ärztlichen Befundes.

Nach dem der Empfehlung zugrunde liegenden Sachverhalt hat die Antragstellerin keinen ärztlichen Befund übermittelt, aus dem Dauerfolgen hervorgehen. Das Verlangen der Antragstellervertreterin, dennoch einen Gutachter zur Ermittlung von Dauerfolgen zu beauftragen, ist vom Wortlaut des Art. 7.1. nicht gedeckt.

Da der Antragsgegnerin wiederholt auf die Folgen der Versäumung der 15-Monats-Frist hingewiesen hat, verstößt ihre Berufung auf die Verfristung des Anspruches auch nicht gegen Treu und Glauben (vgl RS0082222).

Dem Standpunkt der Antragstellervertreterin, dass die antragsgegnerische Versicherung alleine aufgrund der Angaben der Antragstellerin einen Gutachter entsenden müsse, ist entgegenzuhalten, dass der Versicherer einen objektiven Ansatzpunkt für die Entsendung eines Gutachters verlangen kann, zumal er die Kosten dieses Gutachters zu tragen hat.

Es war daher spruchgemäß zu empfehlen.

Für die Schlichtungskommission:

Dr. Hellwagner eh.

Wien, am 27. Juni 2019