

No.

a) Reagiert der Versicherungsnehmer nicht auf die Mahnschreiben des Versicherers und macht auch nicht geltend, er bezahle aufgrund einer Verrechnungsmöglichkeit mit einem Guthaben aus der Prämienabrechnung für das abgelaufene Versicherungsjahr nicht, sondern nimmt die Barauszahlung der entsprechenden Prämienrückerstattung vorbehaltlos entgegen, hat er keine Verrechnungserklärung abgegeben, welche die Suspension der Versicherung hindern würde.

b) Massgebend für den Neubeginn der Versicherungsdeckung im Sinne von Art. 21 Abs. 2 VVG ist nicht das Datum der Einzahlung der rückständigen Prämie samt Zinsen und Kosten, sondern dasjenige der Verbuchung der Einzahlung beim Versicherer.

(Krankenversicherung)

Bezirksgericht Unterrheintal, 12. Mai/15. Dezember 1995,
G. c. La Suisse, Société d'assurances contre les accidents, Lausanne

Tatbestand: G. schloss bei der La Suisse eine Krankentaggeldversicherung für das Personal ihrer Reinigungsfirma H. ab. Zur Hauptsache wurden folgende Leistungen vereinbart: "Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit: 80% des Lohnes, zahlbar ab dem 8. Tag, während 720 Tagen pro Fall und im Fall von Tuberkulose und Poliomyelitis während 1'800 Tagen pro Fall, ohne Erweiterung auf Unfälle." Gesamthaft wurde eine Lohnsumme von Fr. 128'000.-- versichert (Anteil Männer: Fr. 60'000.--, Anteil Frauen: Fr. 68'000.--). Aufgrund dieser Daten errechnete die La Suisse eine Jahresprämie im Betrag von Fr. 2'819.60. Dabei handelte es sich um eine Vorausprämie, die halbjährlich, d.h. am 1. März bzw. 1. September des jeweiligen Kalenderjahres, fällig wurde, mit jährlicher definitiver Abrechnung. Als Beginn des fünfjährigen Versicherungsvertrages wurde der 25. Februar 1991 festgesetzt, wobei mangels Kündigung durch eine Partei eine stillschweigende Verlängerung vereinbart wurde. Zum integrierenden Bestandteil des Vertrages wurden die allgemeinen Bestimmungen (AVB; Ausgabe MC 87) erklärt.

Am 17. Mai 1991 gründete G. unter der gleichen Adresse die Firma H. P. AG. Gemäss dem zwischen den Parteien abgeschlossenen Kollektivversicherungsvertrag begann am 1. März 1992 das zweite Versicherungsjahr. Unbestritten ist, dass die Klägerin die im damaligen Zeitpunkt fällige provisorische Halbjahresprämie nicht bezahlte und in

der Folge von der La Suisse zur Zahlung gemahnt und auf die Verzugsfolgen hingewiesen wurde. Schliesslich leitete die Beklagte die Betreuung gegen G., Reinigungsfirma H., ein. Der entsprechende Zahlungsbefehl wurde G. am 27. Juli 1992 zugestellt, worauf diese sogleich Rechtsvorschlag erhob. Geltend gemacht wurden Fr. 1'409.80 nebst Zins zu 5% seit 1.4.1992 (Rechnung vom 1.2.92, Kollektiv-Krankenversicherung), Fr. 10.-- Mahnspesen sowie Fr. 54.-- Zahlungsbefehlskosten, insgesamt Fr. 1'473.80.

Am 3. September 1992 bezahlte G. auf das Postcheckkonto der Beklagten Fr. 1'473.80 ein. Die La Suisse setzte daraufhin die Versicherungspolice mit Wirkung ab 9. September 1992 wiederum in Kraft. Gemäss Arztattest vom 18. Januar 1993 war die Klägerin wegen einer cervicalen Diskushernie in der Zeit vom 3. September 1992 bis 18. Januar 1993 bzw. bis auf weiteres zu hundert Prozent arbeitsunfähig und vom 8. bis 18. Dezember 1992 in Spitalbehandlung. Während ihres Spitalaufenthaltes quittierte G. gegenüber K. am 15. Dezember 1992 die Entgegennahme von Fr. 2'135.10, wobei auf dem Beleg "definitive Prämienabrechnung vom 25.02.91 - 29.02.92" vermerkt war.

Nach Eingang der Schadenanzeige bei der Beklagten teilte diese der Klägerin mit Schreiben vom 29. April 1993 mit, dass der Versicherungsvertrag vom 14. Juni bis 9. September 1992 zufolge Nichtbezahlens der Prämien suspendiert gewesen sei. Da der Beginn der Arbeitsunfähigkeit von G. in diese Zeitspanne gefallen sei, entfalle die Pflicht zur Erbringung von Versicherungsleistungen. Im weiteren wurde die Police mit sofortiger Wirkung widerrufen, weil die Klägerin dem Schadeninspektor keinen Einblick in die Buchhaltungsunterlagen gewährt und ihn auch nicht ermächtigt habe, bei der Ausgleichskasse Erkundigungen einzuholen.

Mit Schreiben vom 2. Februar 1994 hielt die Generaldirektion der La Suisse an ihrem Standpunkt fest, wonach die Versicherungspolice per 14. Juni bis 9. September 1992 suspendiert worden und die Arbeitsunfähigkeit von G. während dieser Zeitspanne eingetreten sei, so dass keine Versicherungsleistungen geschuldet seien. Die Beklagte erklärte sich gegenüber dem klägerischen Rechtsvertreter indessen mit der einvernehmlichen Kündigung des Versicherungsvertrages per 31. August 1993 bereit.

Klägerischerseits wird vorgebracht, dass G. vom Versicherungsvertreter K. anlässlich des Ausfüllens des Versicherungsantrages im Februar 1991 auf die Möglichkeit der Verrechnung eines allfälligen Prämienüberschusses mit der nächstfälligen Prämie hingewiesen worden sei. Die Klägerin habe daraufhin ausdrücklich erklärt, dass sie in einem solchen Fall Verrechnung wünsche. Beim Ausfüllen des Formulars zur definitiven Prämienberechnung sei ihr aufgefallen, dass die Lohnsummen zu hoch beziffert seien und sie deswegen viel zu viel Prämien bezahlt habe. Eingedenk der gegenüber K. abgegebenen Verrechnungserklärung habe sie daher die Prämie für das erste Halbjahr des zweiten Versicherungsjahres nicht bezahlt und sei davon ausgegangen, dass sie zufolge Prämienüberschusses bzw. Verrechnung desselben mit der am 1. März 1992 fälligen Halbjahresprämie zumindest bis 31. August 1992 versichert sei. Im weiteren wurde darauf hingewiesen, dass die Beklagte ihre Mahnungen anstatt der neuen Versicherungsnehmerin, H.P. AG, G. persönlich zugestellt habe. Dieser Fehler bewirke, dass die Mahnungen als nicht geschehen zu betrachten seien und damit die Formerfordernisse gemäss Ziffer 14.2 AVB nicht erfüllt seien. Aus diesen Gründen sei der Versicherungsvertrag nicht suspendiert gewesen und die Beklagte habe der Klägerin für deren am 3. September 1992 eingetretene hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit Fr. 49'467.-- (20

Taggelder im September 1992, je 30 Taggelder für die Monate Oktober 1992 bis August 1993) zu bezahlen, wobei für die Klägerin ein monatliches Bruttoeinkommen von Fr. 5'300.-- zugrundegelegt wurde.

Die Beklagte bestreitet, dass die Klägerin gegenüber K. eine Verrechnungserklärung abgegeben habe für den Fall, dass bei der definitiven Prämienabrechnung ein Überschuss resultiere. In Abrede gestellt wird auch, dass der Versicherungsvertrag von der H.P. AG formell übernommen worden sei. Zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres sei gemäss Vereinbarung die Hälfte der (provisorischen) Jahresprämie von Fr. 2'819.60 fällig geworden. Dieser Betrag sei in der Folge nicht bei der Beklagten eingegangen. Die Leistungspflicht der La Suisse habe zu ruhen begonnen, nachdem die Klägerin auf diese Folge mit der Mahnung vom 9. Mai 1992 ausdrücklich hingewiesen worden sei. G. ihrerseits habe gegenüber der Beklagten zu keiner Zeit zum Ausdruck gebracht, dass sie die einverlangte Prämie deshalb nicht bezahle, weil sie aufgrund der Prämienabrechnung für das erste Versicherungsjahr noch ein Guthaben aufweise, das sie zur Verrechnung stelle. Da das Leiden, welches zur hundertprozentigen Arbeitsunfähigkeit der Klägerin führte, am 8. August 1992 eingetreten sei, habe zu jenem Zeitpunkt aufgrund des vorstehend umschriebenen Zahlungsverzugs der Klägerin keine Versicherungsdeckung bestanden.

Für den Fall, dass für das von der Klägerin geltend gemachte Schadenereignis wider Erwarten Versicherungsdeckung bestünde, erachtet sich die Beklagte zufolge "betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruchs" als an den Vertrag nicht gebunden. Unter Hinweis auf die AHV-Abrechnung der H.P. AG, die SUVA-Rekapitulation sowie den Lohnsummenfragebogen für die Zeit vom 25.02.1991 bis 29.02.1992 sei davon auszugehen, dass die Klägerin ihrem Klagebegehren offensichtlich einen völlig unhaltbaren Brutto-Monatslohn von Fr. 5'300.-- zugrunde lege.

Eventualiter macht die Beklagte geltend, dass die Forderung der Klägerin, soweit sie überhaupt quantifizierbar sei, jedenfalls um die Hälfte zu kürzen sei, weil G. das Schadenereignis erst vier Monate nach dessen Eintritt mitgeteilt habe.

Am 6. Juni 1995 wurde K., Aussendienstmitarbeiter der Beklagten, als Zeuge befragt. Er gab zu Protokoll, den Versicherungsantrag zusammen mit G. ausgefüllt zu haben. Es habe sich dazumal um eine Einzelfirma gehandelt, deren Umwandlung in eine Aktiengesellschaft sei aber bereits im Gespräch gewesen. Es sei besprochen worden, dass die Prämien vorerst provisorisch erhoben würden, bevor die definitive Abrechnung folgen würde. K. bestritt, dass über eine allfällige Verrechnungsmöglichkeit diskutiert worden sei. Den Rückerstattungsbetrag habe er G. im Dezember 1992 im Spital persönlich ausbezahlt. Die Klägerin habe die Quittung unterschrieben und das Geld vorbehaltlos entgegengenommen. Nachher habe man noch zusammen Kaffee getrunken.

In Absprache mit den Parteien wurde auf die Durchführung einer Schlussverhandlung verzichtet. Stattdessen bestand Gelegenheit, schriftlich zum Beweisergebnis Stellung zu nehmen; soweit erforderlich, wird darauf zurückzukommen sein.

Gründe: a) Entsprechend der Police ist zwischen den Parteien ein Versicherungsvertrag über eine kollektive Krankentaggeldversicherung zustande gekommen, wobei der Vertragsbeginn auf den 25. Februar 1991 datiert wurde. Vereinbart war eine provisorische

sche Jahresprämie von Fr. 2'819.60, zahlbar halbjährlich - am 1. März bzw. 1. September des jeweiligen Kalenderjahres - mit anschliessender definitiver Abrechnung. Die Klägerin verlangt von der Beklagten Taggelder für die Zeit vom 3. September 1992 bis 31. August 1993 (abzüglich einer Wartefrist von 7 Tagen) zufolge vollständiger krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Die Beklagte ihrerseits verweigert diese Leistungen mit der Begründung, dass der Versicherungsvertrag im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles wegen Nichtbezahlens der Prämie suspendiert gewesen sei und dementsprechend keine Versicherungsdeckung bestanden habe. Die Klägerin beruft sich demgegenüber auf Verrechnung besagter Prämie mit ihrem Guthaben aus der definitiven Prämienabrechnung vom ersten Versicherungsjahr (25.02.91 bis 29.02.92).

Zunächst macht die Klägerin geltend, dass der Krankentaggeldversicherungsvertrag im Zeitpunkt des Eintritts der Rückenbeschwerden deshalb nicht suspendiert sein konnte - und damit Versicherungsdeckung bestanden habe -, weil die La Suisse die Mahnungen nicht an die eigentliche Versicherungsnehmerin, die H.P. AG, sondern an G. persönlich gerichtet habe. Aufgrund dieses Fehlers müssten die Mahnungen als nicht geschehen betrachtet werden. Die Beklagte bestreitet, dass das Versicherungsverhältnis formell auf die H.P. AG übergegangen sei, weshalb die Klägerin zu Recht Adressantin der Mahnungen gewesen sei.

Prämienschuldner ist gemäss Art. 18 Abs. 1 VVG in der Regel der Versicherungsnehmer; an diesen hat der Versicherer auch die Mahnung zu richten, wenn die Prämie nicht rechtzeitig bezahlt wird (Art. 20 Abs. 1 VVG). Vorliegend ist davon auszugehen, dass G. als Inhaberin ihrer nicht im Handelsregister eingetragenen Einzelfirma "Reinigungsfirma H." im Zeitpunkt des Vertragsschlusses mit der La Suisse Versicherungsnehmerin war.

Die Ausführungen der Parteien stimmen im weitern darin überein, dass G. am 17. Mai 1991 an der gleichen Adresse die H.P. AG gründete und dabei auch Sacheinlagen aus ihrer Einzelfirma einbrachte. Im übrigen ist unbestritten, dass die Klägerin die Mahnungen der Beklagten entgegennahm. Ob die Mahnungen nun an die H.P. AG oder an G. hätten gerichtet werden müssen, braucht aufgrund nachfolgender Erwägungen nicht näher geprüft zu werden.

G. war Inhaberin der Reinigungsfirma H. sowie - nach deren Umwandlung in eine Aktiengesellschaft - Mitglied des Verwaltungsrates der H.P. AG. Von Seiten der Klägerin wird nicht behauptet, dass sie die Beklagte auf die Gründung der H.P. AG aufmerksam gemacht und eine Vertragsanpassung verlangt habe, wonach fortan - d.h. ab dem 17. Mai 1991 - die H.P. AG Versicherungsnehmerin der kollektiven Krankentaggeldversicherung sei; aus den Akten ergeben sich diesbezüglich ebenfalls keine Anhaltspunkte. Somit bestand für die Beklagte kein Anlass, ihre Korrespondenz an eine andere Adresse als diejenige gemäss Versicherungspolice zu senden. Abgesehen davon wäre es angesichts der Stellung von G. bei der Reinigungsfirma H. bzw. bei deren Nachfolgerin, der H.P. AG, geradezu rechtsmissbräuchlich, den Mahnungen der Beklagten die Wirksamkeit mit der Begründung abzuspochen, dass diese fälschlicherweise an G. anstatt an die H.P. AG gerichtet worden seien. Die Beklagte bringt zu Recht vor, dass die Klägerin Kenntnis von den Mahnungen hatte und genau wusste, worum es sich handelte; insoweit stellt sich auch die Frage nicht, ob der Versicherungsvertrag von der H.P. AG formell übernommen wurde. Im übrigen ist der Behauptung der falschen Zustellung der

Mahnungen entgegenzuhalten, dass die Klägerin am 15. Dezember 1992 den aus der definitiven Prämienabrechnung resultierenden Überschuss persönlich entgegennahm, und zwar ohne jeglichen Hinweis darauf, dass sie das Geld für die H.P. AG entgegennehme, insbesondere hat sie die Unterschrift auf der Quittung nicht mit einem entsprechenden Zusatz versehen. Die Klägerin selbst hat somit keine strikte Unterscheidung zwischen ihr bzw. ihrer Einzelfirma sowie der H.P. AG vorgenommen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es der Beklagten unter diesen Umständen nicht zum Nachteil gereicht, dass sie die Mahnungen G. zustellte.

Gemäss Ziffer 14.2 AVB hat die Nichtbezahlung der Prämien innert der Frist von 30 Tagen zum einen die Inrechnungstellung von Verzugszinsen und Kosten (lit. a) zur Konsequenz, zum andern die Zustellung einer Mahnung, welche eine letzte Frist von 14 Tagen zugesteht (lit. b). Nach Ablauf dieser zusätzlichen Frist werden einerseits neu eintretende Schäden nicht mehr entschädigt - dies selbst dann, wenn die Prämie später bezahlt wird -, andererseits kann die La Suisse den Versicherungsnehmer für die unbezahlte Prämie betreiben.

Wie oben bereits dargelegt wurde, war aufgrund des Versicherungsvertrages am 1. März 1992 die Bezahlung einer provisorischen Halbjahresprämie im Betrag von Fr. 1'409.80 fällig. Aus den Akten geht hervor - und wird von der Klägerin auch nicht bestritten -, dass dieser Betrag nicht bezahlt wurde. Eine erste Mahnung wurde G. am 11. April 1992 zugestellt. Am 9. Mai 1992 wurde sie mit eingeschriebener Mahnung erneut auf den Prämienausstand hingewiesen und insbesondere auf die bevorstehende Suspension der Versicherungspolice aufmerksam gemacht. Da die Prämie auch nach dieser Mahnung nicht innert gesetzter Frist bezahlt wurde, wurde die Versicherungspolice per 14. Juni 1992 suspendiert.

Da die Klägerin den speziellen Bestimmungen hinsichtlich Inverzugsetzung eines Versicherungsnehmers (vgl. Ziff. 14.2 AVB) Folge leistete und die Klägerin insbesondere ausdrücklich auf die Säumnisfolgen hinwies, ist gegen die Suspension des Versicherungsvertrages per 14. Juni 1992 nichts einzuwenden.

Von einer Suspension des Versicherungsvertrages könnte indessen dann nicht ausgegangen werden, wenn - wie dies die Klägerin vorbringt - die am 1. März 1992 fällige provisorische Halbjahresprämie mit dem Guthaben der Klägerin gemäss definitiver Prämienabrechnung für das Versicherungsjahr vom 25. Februar 1991 bis 29. Februar 1992 verrechnet worden wäre. Die Beklagte bestreitet, dass besagte Prämie verrechnungsweise beglichen worden sei.

Gemäss Ziff. 14.1 AVB ist die provisorische Prämie an den vertraglichen Fälligkeitsdaten fällig. Die definitive Prämie wird am Ende des Versicherungsjahres aufgrund der vom Versicherungsnehmer gelieferten Zahlen berechnet, welche die La Suisse jederzeit überprüfen kann. Die zu deklarierenden Löhne umfassen den Gesamtbetrag der den weniger als 70 Jahre alten Versicherten ausgerichteten Saläre. Diese Regelung der Prämienberechnung bringt mit sich, dass erst am Ende eines Versicherungsjahres Klarheit herrscht, wie hoch die Prämie tatsächlich ist. Die Klägerin bringt vor, beim Ausfüllen des Fragebogens für die Berechnung der definitiven Prämie festgestellt zu haben, dass die im Versicherungsantrag angegebenen Lohnsummen viel zu hoch gewesen seien, und sie demnach auf den grössten Teil ihrer einbezählten Jahresprämie einen Rückerstattungsanspruch gehabt habe. Weiter habe sie gefolgert, dass dies auf-

grund der von ihr gegenüber K. abgegebenen Verrechnungserklärung dazu führen müsse, dass sie die erste Halbjahresprämie 1992 nicht zu bezahlen habe und zumindest bis 31. August 1992 versichert sei.

Gemäss Art. 124 Abs. 1 OR tritt eine Verrechnung nur insofern ein, als der Schuldner dem Gläubiger zu erkennen gibt, dass er von seinem Rechte der Verrechnung Gebrauch machen wolle. Im schweizerischen Recht muss zur Verrechenbarkeit als solcher noch eine einseitige Verrechnungserklärung hinzutreten, um die Verrechnungswirkungen herbeizuführen. Es handelt sich dabei um die Ausübung eines Gestaltungsrechts durch empfangsbedürftige Willenserklärung (BGE 107 Ib 111).

Klägerischerseits wird ausgeführt, dass G. anlässlich der Stellung des Versicherungsantrages gegenüber K. ausdrücklich erklärt habe, dass ein Überschuss an Prämien mit der nächstfälligen Prämie zu verrechnen sei. Zu prüfen ist demnach, ob die Klägerin eine Verrechnungserklärung im Sinne von Art. 124 Abs. 1 OR abgegeben hat.

Auszugehen ist von der Aussage des Zeugen K. Dieser gab zu Protokoll, mit der Klägerin besprochen zu haben, dass die Prämien vorerst provisorisch erhoben würden und nachher die definitive Abrechnung erfolgen sollte; hingegen sei mit G. nicht über eine allfällige Verrechnungsmöglichkeit diskutiert worden. Im weitern ist von Belang, dass die Klägerin zweimal gemahnt (11. April und 9. Mai 1992) und auf den Prämienausstand aufmerksam gemacht wurde. Dass G. auf diese Schreiben hin nicht reagierte und der Beklagten ihre Verrechnungsabsicht kundtat, ist - wird ihren Vorbringen gefolgt - unverständlich; dies umso mehr, als ihr am 9. Mai 1992 für den Fall der Nichtbezahlung der Prämie innert 14 Tagen auch noch die einschneidende Konsequenz der Suspension der Police angedroht wurde. Spätestens hier wäre eine Reaktion angebracht gewesen, um nicht zu riskieren, dass fortan krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeiten nicht mehr versichert würden. Die Beklagte macht denn auch geltend, dass die Klägerin ihr gegenüber nie zum Ausdruck gebracht habe, dass sie die einverlangte Prämie deshalb nicht bezahle, weil sie aufgrund der Prämienabrechnung für das erste Versicherungsjahr noch ein Guthaben aufweise, das sie zur Verrechnung stelle. Selbst wenn die Barauszahlung einer Versicherungsleistung im Spital eher ungewöhnlich ist und G. dazumal nicht im Vollbesitz ihrer Kräfte war, so steht zur angeblichen Verrechnungserklärung im Widerspruch, dass G. am 15. Dezember 1992 die Prämienrückerstattung aufgrund der definitiven Prämienabrechnung für das Versicherungsjahr vom 25. Februar 1991 bis 29. Februar 1992 vorbehaltlos entgegennahm. Wäre die am 1. März 1992 fällig gewordene Prämie - wie dies die Klägerin behauptet - durch Verrechnung mit ihrem Guthaben aus der definitiven Prämienabrechnung getilgt worden, so wäre eine Barauszahlung der zuviel bezahlten Prämien nicht mehr möglich gewesen. Zu berücksichtigen ist auch, dass aus der Quittung, welche die Klägerin bei der Auszahlung unterschrieb, klar hervorgeht, dass das Guthaben aus der definitiven Prämienabrechnung resultierte. Nicht zuletzt aufgrund der Aussage des Zeugen K. ergeben sich auch keine Hinweise darauf, dass G. anlässlich der Barauszahlung überrumpelt worden wäre und nicht die Möglichkeit gehabt hätte, sich des Grundes der Auszahlung zu vergewissern.

Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass die Klägerin gegenüber der Beklagten keine Verrechnungserklärung abgegeben hatte und somit die Verrechnungswirkung überhaupt nicht eintreten konnte. Dass die Klägerin am 3. September 1992 der Beklagten exakt jenen Betrag, welchen jene anlässlich des Betreibungsverfahrens für

die am 1. März 1992 fällig gewordene Prämie (inkl. Verzugszins, Mahnspesen und Zahlungsbefehlskosten) forderte, auf deren Postcheckkonto überwies, deutet ebenfalls darauf hin, dass G. keine Verrechnungsabsichten hatte. Demnach war die Suspension des Versicherungsvertrages per 14. Juni bis 9. September 1992 Rechtens.

b) Gemäss Ziff. 14.2 AVB werden während der Suspension der Police neu eintretende Schäden nicht mehr entschädigt. Sie liegen von Gesetzes wegen ausserhalb der Garantie, und zwar auch dann, wenn die Prämie später bezahlt wird. Zu prüfen ist demnach, zu welchem Zeitpunkt das schädigende Ereignis eintrat, aus welchem vorliegend die Entstehung eines Leistungsanspruchs gegenüber der La Suisse geltend gemacht wird.

Gemäss Arztattest vom 18. Januar 1993 manifestierte sich das Leiden der Klägerin, eine cervicale Diskushernie, erstmals am 8. August 1993 (recte: 1992). Die ärztliche Behandlung begann am 11. August 1993 (recte: 1992). Im weitem wurde eine hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit ab 3. September 1992 bis auf weiteres attestiert. Die Arbeitsunfähigkeit von G. trat am 3. September 1992 ein, mithin zu einer Zeit, als die Police suspendiert war. Die Beklagte hat demnach die Erbringung jeglicher Leistung zu Recht verweigert. Dieses Ergebnis vermag auch nicht zu ändern, dass die Klägerin am 3. September 1992 eine Prämienzahlung leistete; denn massgebend für den Neubeginn der Versicherungsdeckung ist nicht das Datum der Einzahlung, sondern dasjenige der Verbuchung der Einzahlung beim Versicherer (Art. 21 Abs. 2 VVG). Unter den gegebenen Umständen ist die Klage abzuweisen, und auf die Eventualstandpunkte gemäss Klageantwort vom 16. September 1994 ist nicht weiter einzugehen.

I. Inhaltsverzeichnis

IX, 2 (Zahlungsverzug)

II. Gesetzesregister

VVG 18, 20, 21

OR 124

III. Sachregister

Prämie

Entgegennahme der - nach eingetretenem Verzug

Verrechnungserklärung

Suspension des Vertrages

bei Prämienverzug

Verzug

Zeitpunkt für den Wegfall der Verzugsfolgen bei Entgegennahme der Prämie
nach eingetretenem -