

Kantonsgericht Graubünden, 8. Januar 1996,
A.-St. c. Elvia Leben, Genève

Tatbestand: Am 6. Februar 1992 unterzeichnete der verstorbene Ehemann der Klägerin bei der Beklagten ELVIA Leben den Antrag für eine gebundene Vorsorge über ein Kapital im Todesfall von Fr. 93'734.-- und eine Zusatzversicherung über eine jährliche Rente. Gestützt auf diesen Antrag stellte die Versicherung am 11. Februar 1992 die Police für die gemischte Lebensversicherung aus.

Am 11. Juli 1992 verschied der Ehemann der Klägerin unerwartet. Das von Dr. med. B., C., am 27. Juli 1992 ausgestellte Zeugnis post mortem stellte als Todesursache akutes Herzversagen infolge akutem Herzinfarkt fest. Der Arzt bestätigte, dass der Ehemann der Klägerin seit März 1988 wegen Hypertonie (Bluthochdruck) behandelt wurde. In der Folge trat die ELVIA Versicherung mit Schreiben vom 5. August 1992 vom Versicherungsvertrag zurück und verweigerte die Zahlung an die Klägerin wegen Verletzung der Anzeigepflicht bei Vertragsabschluss. Sie begründete diesen Rücktritt mit der Tatsache, dass sie aufgrund der nicht wahrheitsgetreu beantworteten Fragen 9.6, 9.7 und 9.8 des entsprechenden Antragsformulars bei Vertragsabschluss von unzutreffenden Voraussetzungen ausgegangen sei. Der entsprechende Vertrag wäre folglich bei genauer Kenntnisse der Sachlage nicht oder nicht zu denselben Bedingungen abgeschlossen worden.

Die Klägerin liess die vorliegende Streitsache am 1. Februar 1993 zur Sühneverhandlung beim Vermittleramt des Kreises Oberengadin anmelden. Die am 29. Oktober 1993 durchgeführte Vermittlung verlief erfolglos. Der Leitschein wurde am 14. Januar 1994 ausgestellt. Die Klägerin prosequierte die Streitsache mit Prozesseingabe vom 31. Januar 1994 an das Bezirksgericht Maloja. Sie stellte folgendes Rechtsbegehren:

"1. Die Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin Fr. 93'734.-- nebst Zins zu 5% seit 1. August 1992 zu bezahlen.

2. Unter voller vermittleramtlicher, gerichtlicher und aussergerichtlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beklagten."

Die Beklagte beantragte in ihrer Prozessantwort vom 8. März 1994 die kosten- und entschädigungsfällige Abweisung der Klage.

Die Hauptverhandlung vor erster Instanz fand am 21. März 1995 statt. Das Bezirksgericht Maloja wies die Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beklagten ab. Im wesentlichen begründete die Vorinstanz das gefällte Erkenntnis damit, dass die Frage 9.6 des Antragsformulars als gesamthaft gesehen unrichtig beantwortet worden sei. Die Hypertoniebehandlung sei eine erhebliche Gefahrentatsache gemäss Art. 4 Abs. 2 VVG, welche auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, entscheidenden Einfluss gehabt hätte. Im übrigen verwarf sie die von der Klägerin vorgebrachten Argumente zur Frage der Anzeigepflichtverletzung.

Gegen dieses Urteil liess die Klägerin mit Schreiben vom 16. Oktober 1995 Berufung an das Kantonsgericht von Graubünden erheben mit dem Begehren um Aufhebung der Ziff. 1 des Urteilsdispositivs des Bezirksgerichtes Maloja vom 21. März 1995, mitgeteilt am 26. September 1995. Die Klägerin verlangte die Gutheissung ihrer am 31. Januar 1994 an das Bezirksgericht instanziierten Forderungsklage. Gleichzeitig wurde die Aufhebung von Ziff. 2 des Urteilsdispositivs und die Überbindung sämtlicher Kosten an die Beklagte beantragt.

Am 8. Januar 1996 fand die mündliche Berufungsverhandlung vor Kantonsgericht Graubünden statt. Die Rechtsvertreter der Klägerin und der Beklagten trugen ihre Begehren mündlich vor. Von der Möglichkeit der Replik und Duplik wurde beiderseits Gebrauch gemacht.

Die Klägerin begründete ihren Standpunkt hauptsächlich mit den Argumenten, dass die Frage 9.6 des Antragsformulars offensichtlich als zweideutig zu bezeichnen sei, da die erste Teilfrage mit "ja", die zweite Teilfrage mit "nein" hätte beantwortet werden müssen. Aufgrund der Regel "in dubio contra stipulatorem" könne die unrichtige Beantwortung der diesbezüglichen Frage nicht als Anzeigepflichtverletzung betrachtet werden. Die Hypertoniebehandlung sei keine erhebliche Gefahrentatsache, weshalb angenommen werden dürfe, dass der Vorsorgevertrag auch bei Kenntnis der entsprechenden Behandlung unverändert abgeschlossen worden wäre.

Die Beklagte machte hingegen geltend, die Frage 9.6 des Antragsformulars hätte nicht mit "nein" beantwortet werden dürfen. Der Ehemann der Klägerin sei seit vier Jahren wegen Hypertonie in ärztlicher Behandlung gewesen: er sei von seinem Hausarzt über die Tragweite dieser bedeutungsvollen Krankheit aufgeklärt worden und habe täglich entsprechende Medikamente einnehmen müssen. Unter diesen Umständen müsse man die Hypertonie eindeutig als erhebliche Gefahrentatsache einstufen. Es liege deswegen eine Anzeigepflichtverletzung vor.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien und des vorinstanzlichen Urteils wird, soweit entscheiderelevant, im nachfolgenden eingegangen.

Gründe: Die Berufungserklärung ist innert der peremptorischen Frist von 20 Tagen von der schriftlichen Mitteilung des erstinstanzlichen Urteils dem Präsidenten der ersten Instanz in dreifacher Ausfertigung zu erklären. Sie hat die formulierten Anträge auf Abänderung des erstinstanzlichen Urteils und der Beurteile sowie neue Einreden, soweit solche noch zulässig sind, zu enthalten. (vgl. 218 ff ZPO). Diese Voraussetzungen sind bei vorliegendem Fall erfüllt.

Auf die frist- und formgerecht eingereichte Berufung wird somit eingetreten.

Gemäss den allgemeinen Versicherungsbedingungen für gebundene Vorsorgepolicen der beklagten Versicherung, welche gemäss Versicherungspolice dem Vorsorgevertrag zugrundeliegen, untersteht der Vertrag, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart wird, den allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der schweizerischen Gesetzgebung, insbesondere dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG), dem Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge vom 25. Juni 1982 (BVG) sowie der Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen vom 13. November 1985 (BVV3). Hingegen enthalten weder die Versicherungspolice noch die allgemeinen Versicherungsbedingungen für gebundene Vorsorgepolicen eine Bestimmung über die Anzeigepflicht bei Vertragsabschluss. Es kommen somit gemäss Hinweis in den allgemeinen Versicherungsbedingungen die entsprechenden Bestimmungen des VVG zur Anwendung.

Art. 4 VVG sieht in Abs. 1 vor, der Antragsteller habe dem Versicherer an Hand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen. Gemäss Abs. 2 der genannten Bestimmung werden diejenigen Gefahrentatsachen als erheblich bezeichnet, welche geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss ausüben. Eine Vermutung für die Erheblichkeit besteht für Gefahrentatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind.

Gefahrentatsachen sind alle Tatsachen, die bei der Beurteilung der Gefahr in Betracht fallen und den Versicherer demzufolge über den Umfang der zu deckenden Gefahr aufklären können; dazu sind nicht nur jene Tatsachen zu rechnen, welche die Gefahr verursachen, sondern auch solche, die bloss einen Rückschluss auf das Vorliegen von Gefahrenursachen ge-

statten (BGE 116 V 226 mit Hinweisen). Nach herrschender Lehre und Rechtsprechung weist die Anzeigepflicht des Antragstellers keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Angabe jener Gefahrentatsachen, nach denen der Versicherer ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt hat; der Antragsteller ist daher ohne entsprechende Fragen nicht verpflichtet, von sich aus über bestehende Gefahren Auskunft zu geben (BGE 116 V 227 mit Hinweisen).

Folge der Verletzung der Anzeigepflicht ist gemäss Art. 6 VVG das Recht des Versicherers, vom Vertrag zurückzutreten, wenn er dies binnen vier Wochen, nachdem er von dieser Verletzung Kenntnis erhalten hat, erklärt.

Auszugehen ist im vorliegenden Falle vom Fragenkomplex 9.6 - 9.8 und insbesondere von der Frage 9.6 des beklaglichen Fragebogens, den der verstorbene Ehemann der Klägerin zusammen mit dem Versicherungsagent seinerzeit ausgefüllt hatte. Frage 9.6 lautet folgendermassen: "Sind Ihnen für eine Dauer von mehr als einem Monat Medikamente verschrieben worden? Haben Sie sich speziellen Behandlungen unterzogen (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Radiotherapie)?" Im Rahmen der Fragen 9.7 und 9.8 wurde nach medizinischen Beratungen, Behandlungen und Untersuchungen gefragt.

Gemäss Abs. 3 des Art. 4 VVG besteht eine Vermutung für die Erheblichkeit von Gefahrentatsachen, welche im Fragebogen des Versicherers Gegenstand bestimmter und unzweideutiger Fragen sind. Die Frage 9.6 des beklaglichen Fragebogens hat tatsächlich, wie der Rechtsvertreter der Klägerin geltend machte, zwei unterschiedliche Teilfragen zum Inhalt. Diese sind ihrer jeweiligen Aussage nach in bestimmte und unzweideutige Worte gefasst. Dass der Inhalt der beiden Teilfragen unklar sei, behauptet der Berufungskläger nicht. Er sieht die Zweideutigkeit vielmehr in der Tatsache, dass zwei verschiedene, unterschiedlich beantwortbare Fragen gestellt werden. Erweist sich der Inhalt der Fragen aber als unmissverständlich, so hilft dem Kläger auch die Berufung auf die Unklarheitsregel "in dubio contra stipulatorem" nicht weiter, kommt doch die Unklarheitsregel nur dann zur Anwendung, wenn die übrigen Auslegungsmittel versagen und der bestehende Zweifel nicht anders behoben werden kann (BGE 110 II 146 zit. in: Gauch, Allgemeiner Teil OR, Zürich 5. Aufl., N1232). Keinesfalls darf die Regel "in dubio contra stipulatorem" angewendet werden, weil die Auslegung streitig ist (Gauch, a.a.O., N1232).

Die Tatsache, dass der Punkt 9.6 des Fragebogens zwei unterschiedlich beantwortbare Teilfragen enthält, vermag an der Vermutung des Art. 4 Abs. 3 VVG nichts zu ändern. Wie unter Ziffer b) zu zeigen sein wird, ist es durchaus üblich, dem Antragsteller innerhalb einer Frage mehrere Möglichkeiten offenzulassen. Trifft dann auch nur eine dieser Möglichkeiten zu, ist die entsprechende Frage insgesamt mit "ja" zu beantworten. Die Frage 9.6 darf aus diesem Grunde trotz der Aufteilung in zwei ihrem Inhalt nach unmissverständliche Fragen als klar und unzweideutig bezeichnet werden. Der Vermutung von Art. 4 Abs. 3 VVG folgend kann somit grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Medikamenteneinnahme sowie die Hypertoniebehandlung als erheblich im Sinne der erwähnten Gesetzesbestimmung zu betrachten sind. Das Gegenteil wäre nur der Fall, wenn die Berufungsklägerin die Vermutung von Art. 4 Abs. 3 VVG widerlegt. Diesen Beweis des Gegenteils vermochte sie vorliegend nicht zu erbringen. Insbesondere ist es für die Frage der Erheblichkeit der Gefahrentatsache nicht entscheidend, ob sich A. subjektiv wohl fühlte oder nicht, und ebensowenig, dass die behandelte Hypertonie kein Risiko darstellen soll. Auch das vom Rechtsvertreter der Berufungsklägerin zitierte Bundesgerichtsurteil vom 20. Juni 1989, wonach die Frage nach einer "längeren ärztlichen Behandlung" als zweideutig qualifiziert wurde, überzeugt nicht. Tatsächlich war diese Frage ohne weitergehende Hinweise gestellt worden; im vorliegenden Fall bezieht sich die Frage auf einzunehmende Medikamente sowie auf spezielle Behandlungen, wobei für letztere in Klammern Beispiele aufgeführt werden. Zudem muss die Frage 9.6 im Zusammenhang mit den übrigen Fragen 9.7 und 9.8 angesehen werden, wo ebenfalls nach dem allgemeinen Gesundheitszustand gefragt wird. Die Fragestellung im zitierten Entscheid

ist mit derjenigen im beklaglichen Fragebogen nicht vergleichbar. Der Entscheid ist folglich für den vorliegenden Fall irrelevant. Wie der Zeugenaussage des behandelnden Arztes zu entnehmen ist, muss die Hypertonie als bedeutungsvolle Krankheit betrachtet werden und dies auch dann, wenn sie behandelt wird. Der Hinweis auf diese gesundheitliche Störung hätte die Versicherung somit mit Sicherheit zu weiteren Abklärungen im Rahmen des Vertragsabschlusses bewogen. Aus den dargestellten Gründen erweist sich die Hypertoniebehandlung als erhebliche Gefahrentatsache.

Haben wir es in casu mit einer erheblichen Gefahrentatsache zu tun, so muss abgeklärt werden ob A. seine Anzeigepflicht gegenüber der beklagten Versicherung wirklich verletzt hat oder nicht. Die Frage nach der Verletzung der besagten Pflicht beurteilt sich verschuldensunabhängig nach subjektiven wie auch nach objektiven Kriterien (BGE 116 V 227). Tatsächlich stand der verstorbene Ehemann der Klägerin seit 1988 in ärztlicher Behandlung wegen Hypertonie und musste deswegen täglich Medikamente einnehmen. Nach dem Wortlaut von Art. 4 und Art. 6 VVG hat der Antragsteller dem Versicherer in Beantwortung entsprechender Fragen nicht nur die ihm tatsächlich bekannten (von seinem positiven Wissen erfassten) erheblichen Gefahrstatsachen mitzuteilen, sondern auch diejenigen, die ihm bekannt sein müssen. Da der Verstorbene seit vier Jahren täglich Medikamente einnahm und dies selbstverständlich selbst tun musste, wusste er zwangsweise um seine Medikamenteneinnahme. Das Vorhandensein dieser Tatsache konnte ihm bei ernsthaftem Nachdenken nicht entgehen (vgl. BGE 116 V 228). Dies gilt umso mehr als im Fragebogen nach einer Medikamenteneinnahme von mehr als einem Monat gefragt wird. Damit kam zum Ausdruck, dass auch unbedeutendere, während relativ kurzer Zeit mit Medikamenten behandelte, gesundheitliche Störungen anzugeben waren und eine über Jahre hinweg bestehende Krankheit nicht verschwiegen werden durfte.

Zwar besteht, wie der klägerische Rechtsvertreter ausgeführt hat, die Frage 9.6 aus zwei Teilfragen, welche beide unterschiedlich beantwortet werden könnten. Trifft auch nur eine dieser Behandlungen auf den Versicherungsnehmer zu, so kann aber die ganze Frage nicht anders als mit "ja" beantwortet werden. Es liegt offensichtlich an der Versicherung, im Anschluss an die Antragstellung genauer abzuklären, welche der in einer einzelnen Frage aufgeführten Teilbereiche auf den jeweiligen Versicherungsnehmer zutreffen. Zweck des Fragebogens ist, der Versicherungsgesellschaft die Gelegenheit zu bieten, gegebenenfalls weitere notwendige Untersuchungen vorzunehmen. Es liegt im Wesen eines derartigen Fragebogens, dass jeweils zu bestimmten Teilbereichen spezifische Fragen gestellt werden. Teilweise können sich einzelne Fragen auf mehrere Sachverhalte beziehen. Aus diesem Grunde werden als Hilfe für den Antragsteller oft einzelne Beispiele angeführt. Von diesen muss nicht immer jede einzelne Angabe im konkreten Fall auf den Antragsteller zutreffen. Besteht aber die Möglichkeit, dass auch nur ein einziger Tatbestand zutreffen könnte, hat der Antragsteller mit einem "ja" zu antworten. Weitere, eingehendere Abklärungen sind dann der Versicherung überlassen. A. hätte die Frage nach der Medikamenteneinnahme nicht mit "nein" beantworten dürfen. Er nahm täglich Medikamente ein. Dass dies wie ein tägliches Ritual erfolgte, spielt hier keine Rolle, ebensowenig dass er sich subjektiv wohl fühlte. Irrelevant ist auch die Frage, ob die Versicherung bei Kenntnis der Krankheit denselben Versicherungsvertrag beziehungsweise überhaupt einen Versicherungsvertrag mit A. abgeschlossen hätte oder nicht. Der in bezug auf die Frage der Medikamenteneinnahme unzweideutige Punkt 9.6 wurde somit unzweifelhaft falsch beantwortet. Er hätte sowohl nach subjektiven wie objektiven Kriterien nur mit "ja" beantwortet werden können.

Aber auch die Frage nach einer speziellen Behandlung musste dem Antragsteller unmissverständlich in Erinnerung rufen, dass er seit Jahren wegen Hypertonie in Behandlung war. Nach Aussagen seines Arztes war der Verstorbene über seine Krankheit und deren Tragweite aufgeklärt worden. Er wusste unzweifelhaft um diese gesundheitliche Störung. Zudem muss die Hypertonie als Krankheit bezeichnet werden, die A. bei ernsthaftem Nachdenken

als solche hätte erkennen müssen. Irrelevant ist, ob die Behandlung dieser Krankheit als spezielle Behandlung gemäss Frage 9.6 zu betrachten ist. Der Antragsteller hätte unter den gegebenen Umständen auf jeden Fall im Rahmen der Fragen 9.6 - 9.8 auf diese Gefahrstatsache hinweisen müssen. Mit seinen Angaben hat der Antragsteiler vielmehr ein für ihn günstiges Gesundheitsbild gezeichnet, welches in Wirklichkeit nicht bestanden hatte. Ohne Zweifel war Mario A. sich seiner Krankheit bewusst, weshalb sogar die Frage nach speziellen Behandlungen im Zusammenhang mit der Frage nach der Medikamenteneinnahme mit "ja" hätte beantwortet werden müssen.

Das Gericht kommt aus den dargelegten Gründen zum Schluss, dass A. seine Anzeigepflicht verletzt hat.

In Art. 8 VVG sind diejenigen Tatbestände aufgeführt, bei deren Vorliegen der Versicherer trotz Anzeigepflichtverletzung nicht vom Vertrage zurücktreten darf. Zu prüfen ist vorliegend die Frage, ob der Versicherer die Verschweigung oder die unrichtigen Angaben veranlasst hat oder ob der Versicherer die verschwiegene Tatsache gekannt hat oder gekannt haben muss.

Wie bereits oben dargelegt, muss die dem Verstorbenen vorgelegte Frage 9.6 (Medikamenteneinnahme) ihrem Inhalt nach als eindeutig und klar bezeichnet werden. Wie den Zeugenaussagen zu entnehmen ist, fand die Besprechung zwischen den Vertretern der Versicherung und dem Antragsteller in ruhiger Atmosphäre und ohne irgendwelche störenden äusseren Einflüsse statt. Die zum Zeitpunkt der Zusammenkunft geschlossene Bar des Restaurants Da M. als Besprechungsort kann unter den von den Zeugen beschriebenen Umständen nicht als ungeeignet angesehen werden. Zudem ist belegt, dass auch die Sprachverständigung für den Antragsteller kein Problem darstellte. Das Gericht kommt deshalb zum Schluss, dass der Versicherung kein Verschulden an der unrichtigen Beantwortung der Frage 9.6 des Fragebogens angelastet werden kann.

Es kann auch nicht die Rede davon sein, dass der Versicherer die verschwiegene Tatsache gekannt hat oder hätte kennen sollen. Auch anhand der Beantwortung der Fragen 9.7 und 9.8 musste sich die Versicherung nicht veranlasst sehen, weitere Abklärungen zu treffen. Entgegen den Ausführungen der Berufungsklägerin bestanden für die Versicherung und Berufungsbeklagte keine Anhaltspunkte dafür, dass der Antragsteller nicht gänzlich gesund war. Gesamthaft gesehen liess der Antragsteller mit seinen Antworten tatsächlich den Eindruck entstehen, mit seiner Gesundheit sei alles in Ordnung. Davon durfte die Versicherung in guten Treuen ausgehen und von weiteren Abklärungen absehen.

Aus dem Gesagten erhellt, dass die Versicherung zum Vertragsrücktritt berechtigt war. Dies erfolgte innert der in Art. 6 VVG statuierten, vierwöchigen Verwirkungsfrist seit Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzung und somit rechtzeitig.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens gehen die Kosten des Berufungsverfahrens von Fr. 4'000.-- zu Lasten der Berufungsklägerin. Diese hat die Berufungsbeklagte zudem mit Fr. 1'500.-- ausseramtlich zu entschädigen.

Demnach erkennt das Kantonsgericht:

Die Berufung wird abgewiesen.