

Bezirksgericht Maloja, 2. Juli 1996,  
P. c. Schweizer Union, Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft, Genf

**Tatbestand:** Am 19. März 1991 stellte die Klägerin bei der Beklagten einen Antrag auf Abschluss eines Einzelversicherungsvertrages. Am 3. Mai 1991 wurde der Vertrag abgeschlossen. Die Vertragsdauer war auf zehn Jahre vereinbart, beginnend am 1. April 1991.

Nach einem Ägyptenaufenthalt im Jahre 1987 traten bei der Klägerin Bauchschmerzen auf. In der Folge musste sie sich einer Blinddarm- und Bauchoperation im Kreisspital S. unterziehen. Dennoch verspürte sie weiterhin gelegentlich diffuse Schmerzen in der Bauchgegend. Nach Abklärungen im Jahre 1989 im Kantonsspital C. wurde die Klägerin als gesund entlassen. Eine weitere Untersuchung im Spätsommer 1989 im Kreisspital S. ergab dasselbe Ergebnis.

Im Sommer 1991 begab sich die Klägerin zu Dr. med. H. W., Spezialarzt für Tropenkrankheiten, in Behandlung. Dieser stellte bei ihr eine Amöbencolitis fest. Die Klägerin befand sich vom 28. Juni bis 9. Dezember 1991 in seiner Behandlung.

Im Herbst 1991 überwies Dr. med. R. E. die Klägerin an den Psychiater Dr. med. H. zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen. Die Klägerin brach die Behandlung bei Dr. med. H. jedoch ab und entschied sich für einen Kuraufenthalt in der B.-B. Klinik in Z. Am 24. September 1992 trat sie in diese Klinik ein. Die Beklagte leistete am 24. September 1992 Kostengutsprache für diesen Aufenthalt.

Nachdem die Bircher-Benner Klinik der Beklagten Ende November/Anfang Dezember 1992 ein ärztliches Zeugnis sowie das Eintrittszeugnis zugestellt hatte, wandte sich letztere an Dr. med. H. Am 3. Januar 1993 erteilte dieser der Beklagten eine schriftliche Auskunft, wonach die Klägerin an einer Agarophobie bei narzistischer Persönlichkeitsstörung leide. Mit Schreiben vom 22. Januar 1993 trat die Beklagte vom Versicherungsvertrag mit der Klägerin zurück.

Im Mai 1993 übernahm die Beklagte einen Anteil der Klinikkosten im Umfang von Fr. 82'591.30 auf freiwilliger Basis. Eine weitergehende Kostenübernahme lehnte die Beklagte ab. Am 24. April 1994 betrieb die Klägerin die Beklagte für einen Betrag von Franken 117'662.80.

Am 14. November 1995 erhob die Klägerin Klage beim Vermittleramt des Kreises Oberengadin mit folgenden Anträgen:

"1. Es sei die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin Franken 117'662.80 nebst 5 % Zins seit 24. April 1994 zu bezahlen.

2. Es sei festzustellen, dass die von der Beklagten für die Klägerin ausgestellte Versicherungspolice Nr. .. vom 3. Mai 1991 weiterhin und ohne Vorbehalt gültig sei.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten."

Anlässlich der Vermittlungstagfahrt vom 5. Dezember 1995 stellte die Beklagte folgende Rechtsbegehren:

"1. Abweisung der Klage.

2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich 6,5 % Mehrwertsteuer."

Am 2. Juli 1996 fand in der Chesa Planta in Samedan die Hauptverhandlung statt, an welcher die beiden Rechtsvertreter teilnahmen. Auf die Ausführungen der Parteien anlässlich dieser Verhandlung wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

**Gründe:** Die Parteien haben im Rahmen des Versicherungsvertrages vom 3. Mai 1991 eine Gerichtsstandsvereinbarung getroffen, wonach Streitigkeiten aus dem Vertrag vor dem Gericht des Wohnortes des Versicherungenehmers auszutragen sind. Die Klägerin hat ihren Wohnsitz unbestrittenermassen in St. M. Die Zuständigkeit des Bezirksgerichtes Maloja ergibt sich demnach aus Art. 15 und 19 Ziff. 1 ZPO.

Nach Massgabe von Art. 4 Abs. 1 VVG hat der Antragsteller Tatsachen anzugeben, welche für die Beurteilung der Gefahr erheblich sind. Als erheblich gelten jene Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben. Tatsachen, nach welchen der Versicherer in unzweideutiger bestimmter Fassung fragt, werden als erheblich vermutet (vgl. Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. A., Bern 1995, S. 251/2).

Wird ein Versicherungsantrag durch einen Versicherungsagenten ausgefüllt, so hat sich der Versicherer das Verhalten des Agenten als eigenes anrechnen zu lassen. Den Agenten trifft eine Belehrungs- und Aufklärungspflicht. Der Versicherer wird jedoch nicht gebunden, wenn der Agent zu einer klaren, verständlichen und einfachen Frage, die der Antragsteller ohne weiteres verstehen kann, unrichtige Belehrungen erteilt (vgl. Maurer, a.a.O., S. 210, namentlich N. 416).

Die Klägerin hatte im Antragsformular der Beklagten die Frage nach Geisteskrankheiten, nervösen Depressionen, Epilepsie oder Schwindelanfällen verneint. Ebenso hatte sie Augen-, Ohren-, Nasen- oder Rachenleiden, Kropf und Asthma, ausserdem Lungen- und Brustfellentzündung, Tuberkulose, Herzkrankheiten und hohen Blutdruck verneint. Die Beklagte machte im Prozess geltend, die Klägerin habe zu Unrecht Schwindelanfälle, Augen- und Ohrenleiden sowie Herzkrankheiten nicht angezeigt.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer erhebliche Gefahrstatsachen anzuzeigen, die er kannte bzw. kennen musste. Ihn trifft demnach ein Vorwurf, wenn er nicht genügend nachdenkt, so dass ihm eine meldepflichtige Tatsache nicht bewusst wird (vgl. Maurer, a.a.O., S. 254, N. 552c).

Die Klägerin konnte die Frage auf dem Antragsformular nach Geisteskrankheiten, nervösen Depressionen oder Epilepsie mit Recht verneinen. Aufgrund der Akten steht fest, dass die Klägerin in Zeitpunkt der Antragstellung keine Kenntnisse von allfälligen psychischen Leiden hatte. Hingegen hatte die Klägerin vor dieser Antragstellung Schwindelanfälle erlitten. Sie unterliess eine entsprechende Anzeige. Im Zusammenhang mit diesen Schwindelanfällen litt die Klägerin teilweise an Seh- und Hörstörungen sowie Herzklopfen. Diese gelegentlich aufgetretenen Begleiterscheinungen sind jedoch nicht als Augen- oder Ohrenleiden bzw. Herzkrankheit im Sinne der Antragsfrage 3 lit. b) und c) zu qualifizieren. Den bei den Akten liegenden Arztberichten sind keine entsprechenden Anhaltspunkte zu entnehmen.

Die Klägerin verneinte die Frage nach jemals erlittenen Unfällen. Die Beklagte brachte vor, die Klägerin habe zwischen 1971 und 1973 drei Knochenbrüche erlitten, 1975 eine Bandläsion und 1988 eine Rückenkontusion. Diese Unfälle habe sie verschwiegen.

Die beklagte Sachdarstellung stützt sich auf entsprechende Angaben des Kreisspitals O. gegenüber dem Hausarzt der Klägerin vom 6. September 1989. Die Angaben des besagten Spitals sind nicht zu bezweifeln. Demnach verletzte die Klägerin ihre Anzeigepflicht auch in diesem Punkt.

Die Klägerin hatte bei der Frage nach Operationen lediglich die 1987 erfolgte Darmoperation angegeben. Die Beklagte verwies demgegenüber auf den Bericht von Dr. med. H. an sie vom 3. Januar 1993, wonach sich die Klägerin 1988 zwei Bauchoperationen habe unterziehen müssen.

Diese Vorbringen der Beklagten wurden nicht bestritten. Der Bericht von Dr. med. H. ist diesbezüglich glaubwürdig. Die Klägerin verletzte somit ihre Anzeigepflicht.

Die Klägerin hatte sodann ausser dem angegebenen weitere Spitalaufenthalte verneint. Die Beklagte führte aus, die Klägerin habe so Spitalaufenthalte in S. und in C. im Jahre 1989 verschwiegen.

Die Klägerin erwähnte in der Prozesseingabe vom 16. Januar 1996 die Spitalaufenthalte im Jahr 1989 selber. Indem sie diese bei der Antragstellung nicht erwähnte, verletzte sie die Anzeigepflicht.

Schliesslich behauptete die Beklagte, die Klägerin habe die Antragsfrage 9 nach einem allfälligen Aids-Testresultat nicht beantwortet und damit eine Anzeige pflichtwidrig unterlassen.

Die dem Gericht je von beiden Parteien vorgelegten Exemplare des Antragsformulars enthalten einen entsprechenden Resultatvermerk. Die beklagte Behauptung ist aktenwidrig. Abgesehen davon gilt die Nichtbeantwortung einer vorgelegten Frage nicht als Anzeigepflichtverletzung, wenn der Versicherer den Vertrag gleichwohl abschliesst (vgl. Art. 8 Ziff. 6 VVG).

Die Frage nach anderen, neben dem Hausarzt bzw. allenfalls bereits angegebenen Ärzten zusätzlich konsultierten Ärzten hatte die Klägerin ebenfalls verneint. Die Beklagte hielt ihr vor, im Zeitraum 1987 bis 1991 neben den Dres. med. E. und F. die Dres. med. Sch., W., B., S. und W. sowie das Kantonsspital C. aufgesucht zu haben.

Die Konsultation der von der Beklagten genannten Ärzte durch die Klägerin ist aufgrund der Akten nachgewiesen. Die Klägerin gestand dies im Rahmen des Prozesses im wesentlichen auch ein. Durch dieses Verschweigen verletzte sie die Anzeigepflicht.

Sämtliche vorliegend der Klägerin von der Beklagten vorgelegten Antragsfragen sind klar, verständlich und einfach. Aufgrund der vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass die Klägerin die Anzeigepflicht gegenüber der Beklagten in mehreren Punkten verletzte, indem sie die Fragen 5, 6, 8 und 12 sowie teilweise die Frage 3 unrichtig beantwortete.

Zwischen einer Anzeigepflichtverletzung und einem später gemeldeten Versicherungsfall muss kein Kausalzusammenhang bestehen (vgl. Maurer, a.a.O., S. 255).

Es spielt vorliegend somit keine Rolle, dass zwischen den unter den Ziffern 2. lit. b) bb) bis ff) vorstehend aufgeführten Anzeigepflichtverletzungen und dem Aufenthalt der Klägerin in der Klinik B.-B. kein Zusammenhang besteht.

Nach Massgabe von Art. 6 VVG ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden, wenn der Versicherungsnehmer und Anzeigepflichtige beim Vertragsabschluss eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat.

Lediglich die Verschweigung erheblicher Gefahrstatsachen berechtigen einen Versicherer zum Vertragsrücktritt (vgl. Maurer, a.a. O., S. 251/2). Als erheblichen gelten solche Tatsachen, nach welchen der Versicherer in seinem Antragsformular unzweideutig und bestimmt fragt. Dies ist jedoch eine blosser Vermutung, welche vom Antragsteller widerlegt werden kann. Der Versicherungsnehmer hat nachzuweisen, dass die dem Versicherer verschwiegenen Tatsachen dessen Willensentschluss im konkreten Fall in Wirklichkeit nicht beeinflusst haben, mithin der Versicherer den Vertrag so, wie er zustande kam, auch dann abgeschlossen hätte, wenn die betreffende Tatsache gefehlt oder anders gelautet hätte (vgl. Maurer, a.a.O., S. 252/3)

Vorliegend steht fest, dass der Klägerin bezüglich ihrer psychischen und neurovegetativen Beschwerden keine Anzeigepflichtverletzung vorgeworfen werden kann. Im Zeitpunkt der Antragstellung sowie des Vertragsabschlusses wusste sie darüber nicht Bescheid. Sie konnte davon auch keine Kenntnisse haben.

Am 19. Mai 1993 unterbreitete die Beklagte der Klägerin eine Offerte für den Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages. Dieser Vertragsvorschlag enthielt gegenüber dem ursprünglichen Vertrag vom 3. Mai 1991 lediglich einen Deckungsausschluss für psychiatrischen und neurovegetativen Krankheiten und Beschwerden. Im übrigen entsprach der offerierte Vertrag dem ursprünglich abgeschlossenen in sämtlichen Punkten. Selbst Prämie und Vertragsdauer blieben sich gleich.

Indem die Beklagte der Klägerin den Abschluss eines neuen, mit dem alten identischen Vertrages anbot, gab sie eindeutig und klar zu verstehen, dass die von der Klägerin beim ersten Vertragsabschluss verschwiegenen Gefahrstatsachen nicht erheblich im Sinne des Gesetzes waren. Die Beklagte bestätigte so, dass sie den ursprünglichen Versicherungsvertrag auch in Kenntnis der verschwiegenen Tatsachen abgeschlossen hätte. Angaben über diese Tatsachen hätten demnach den damaligen Willensentschluss der Beklagten nicht beeinflusst.

Bei dieser Sach- und Rechtslage betreffen die von der Klägerin unterlassenen Anzeigen keine erheblichen Gefahrstatsachen. Der Klägerin kann daher keine rechtlich relevante Anzeigepflichtverletzung vorgehalten werden (vgl. Maurer, a.a.O., S. 251/2). Die Rücktrittserklärung der Beklagten vom 22. Januar 1993 erfolgte somit zu Unrecht. Der am 3. Mai 1991 abgeschlossene Vertrag hat weiterhin Bestand. Die Beklagte bleibt an diesen gebunden. Dementsprechend ist sie zu verpflichten, die der Klägerin durch den Aufenthalt in der Klinik Bircher-Benner entstandenen, noch offenen Kosten zu ersetzen, nach Massgabe ihrer Kostengutsprache vom 24. September 1992.

Der Umfang der Kosten wurde von der Beklagten nicht bestritten. Aufgrund der bei den Akten liegenden Unterlagen sind diese ausgewiesen und nicht zu beanstanden.

Nach Massgabe von Art. 104 Abs. 1 OR hat der Schuldner, welcher mit einer Geldzahlung in Verzug ist, Verzugszinsen von 5 % p. a. zu bezahlen. Der Schuldner muss durch Mahnung in Verzug gesetzt werden (vgl. Art. 102 Abs. 1 OR).

Die Klägerin betrieb die Beklagte am 24. April 1994 für einen Betrag von Fr. 117'662.80 nebst 5 % Zins seit dem 1. Mai 1994. Diese Betreuung ist als unmissverständliche Zahlungsaufforderung zu verstehen. Ab dem Zeitpunkt der Betreuung schuldet die Beklagte somit Verzugszinsen.

Bei diesem Verfahrensausgang ist die Beklagte vollumfänglich unterlegen. Die Verfahrenskosten sind somit ihr alleine zu auferlegen. Sie hat die Klägerin ausseramtlich zu entschädigen (vgl. Art. 122 Abs. 1 und 2 ZPO).

Demnach erkennt das Bezirksgericht:

Die Klage wird vollumfänglich gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin einen Betrag von Fr. 117'662.80, zuzüglich 5 % Zins seit 24. April 1994, zu bezahlen.

2. Es wird festgestellt, dass die von der Beklagten für die Klägerin ausgestellte Versicherungspolice Nr. ... vom 3. Mai 1991 weiterhin und ohne Vorbehalt gültig ist.

Die Verfahrenskosten, bestehend aus einer Gerichtsgebühr von Fr. 8'000.--, einem Streitwertzuschlag von Fr. 2'340.-- und Schreibgebühren von Fr. 260.--, sowie die vermittleramtlichen Kosten von Fr. 180.-- werden der Beklagten auferlegt.

Die Beklagte wird verpflichtet, die Klägerin mit Fr. 14'334.90 ausseramtlich zu entschädigen.

Gegen dieses Urteil kann innert 20 Tagen seit Mitteilung beim Bezirksgerichtspräsidenten Maloja zuhanden des Kantonsgerichts Graubünden Berufung erklärt werden.