

Obergericht des Kantons Thurgau, 27. Mai 1999,  
De B. c. Winterthur Leben, Winterthur

**Tatbestand:** Am 7. Juli 1989 unterzeichnete M. De B. einen Antrag zum Abschluss eines Versicherungsvertrags mit der Winterthur Lebensversicherungs-Gesellschaft, aufgrund dessen letztere am 15. August 1989 eine Police ausstellte, wobei ein Vorbehalt zu einem im Jahr 1983 erlittenen Unfall angebracht wurde. Der Berufungskläger hatte diesen Unfall im Fragebogen über seinen Gesundheitszustand angegeben, worauf die Versicherungsgesellschaft beim Hausarzt Dr. Th. M., W., diesbezüglich einen vertraulichen ärztlichen Bericht einholte. Am 8. April 1994 verletzte sich M. De B. bei einem Sturz, woraufhin er bei der Berufungsbeklagten Leistungen aufgrund von Erwerbsunfähigkeit geltend machte. Mit Schreiben vom 18. November 1994 teilte die Versicherung dem Berufungskläger mit, sie trete in Anwendung von Art. 6 VVG vom Vertrag zurück, da er in seinem Antrag vom 7. Juli 1989 seine vorbestanden Rückenbeschwerden nicht angegeben habe. Mit Urteil vom 12. Oktober/4. November 1998 wies das Bezirksgericht B. die Klage von M. De B. auf Leistung einer Rente wegen Erwerbsausfalls ab.

Dagegen erhob M. De B. rechtzeitig Berufung mit dem Antrag, es sei festzustellen, dass der Vertragsrücktritt der Winterthur-Leben rechtswidrig und unwirksam sei, und sie sei zur Leistung der gemäss Vorsorgevertrag vom 15. August 1989 geschuldeten Erwerbsausfallrente, rückwirkend ab 16. Mai 1994, zu verpflichten, zuzüglich 5% Zins seit 22. Juni 1994 auf Fr. 2'960.--, seit 16. Dezember 1994 auf Fr. 5'420.-- und seit 30. August 1996 auf Fr. 65'273.--. Zur Begründung führte er an, sein Hausarzt sei von der Berufungsbeklagten beauftragt worden, einen Arztbericht zu erstellen, in welchem auf das posttraumatische Reizknie Bezug genommen worden sei. Ebenso sei darauf hingewiesen worden, dass schon vor der Behandlung des posttraumatischen Reizknie eine teilweise Invalidität oder ein erhöhtes Risiko vorzeitiger Invalidität oder längerer Krankheit bestanden habe, weswegen die Umschulung auf eine Bürotätigkeit erfolgt sei. Im Weiteren sei auch auf die Rehabilitation in B. und auf die weitere Behandlung durch Dr. E., Oberarzt Chirurgie Kantonsspital F., hingewiesen worden. Wie der Berufungskläger habe auch dessen Hausarzt in diesem Bericht zuhanden der Winterthur-Leben vom 29. Juni 1989 die Rückenprobleme als Folge der Fehlbelastung wegen des Reizknie nicht separat erwähnt. Sollte diese Nichtangabe der Rückenbeschwerden einen Rücktrittsgrund darstellen, wie es die Berufungsbeklagte geltend mache, habe sie sich die Fehlleistung des Arztes selber anzurechnen, da sie seine Auftraggeberin gewesen sei. Da der Berufungskläger von seinem Arzt gewusst habe, dass durch den hinkenden Schongang infolge der Kniekontusion eine Fehlbelastung des Rückens erfolgt sei, habe er deshalb davon ausgehen dürfen, dass er diese Beschwerden nicht separat anzeigen müsse. Eine weitere Fehlbelastung habe jedoch durch die Umschulung verhindert werden können, sodass die Beschwerden abgeklungen seien und deshalb auch nicht mehr zur Anzeige hätten gebracht werden müssen. Die Berufungsbeklagte behaupte, mit dem Erhalt des ausführlichen SUVA-Berichts, welchen sie am 3. November 1994 angefordert habe, und dem Bericht von Dr. Th. M. vom 22. Oktober 1994 die Entscheidungsgrundlage für den Rücktritt erhalten zu haben. Dr. Th. M. habe - wie bereits schon am 2. August 1989 - in seinem Schreiben vom 22. Oktober 1994 auf die Behandlung im Kantonsspital F. und in der Rehabilitationsklinik B. hingewiesen. Diesmal habe die Berufungsbeklagte diesen Hinweis zum Anlass genommen, einen Bericht bei der SUVA einzuholen, aufgrund dessen sie dann den Rücktritt erklärt habe. Wenn also diese Auskünfte der SUVA Grundlage für den Vertragsrücktritt gebildet hätten und die Berufungsbeklagte durch den Hinweis des Hausarztes im Schreiben vom 22. Oktober 1994 auf den Klinikaufenthalt in B. veranlasst worden sei, Auskünfte bei der SUVA einzuholen, so müsse sie sich vorwerfen lassen, dies nicht schon bei der Überprüfung des Versicherungsantrags getan zu haben. Werde ferner die Fragebeantwortung durch Dr. Th.

M. vom 3. November 1994 näher betrachtet, so stelle die Berufungsbeklagte dort unter Ziff. 2 konkret die Frage, ob die Rückenbeschwerden/degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit dem Unfall im Jahr 1983 in kausalem Zusammenhang stünden. Damit könne die Annahme der Vorinstanz nicht zutreffen, die Rückenbeschwerden seien erst mit der Fragebeantwortung durch den Hausarzt vom 6. November 1994 bekannt geworden. Tatsache sei, dass bereits im ärztlichen Zeugnis vom 22. September 1994 zuhanden der Berufungsbeklagten von einem posttraumatischen Lumbovertebralsyndrom bei massiven degenerativen Veränderungen gesprochen worden sei. Die vierwöchige Frist zur Erklärung des Rücktritts sei somit nicht eingehalten worden. Im Übrigen sei davon auszugehen, dass die Winterthur-Lebensversicherungsgesellschaft von Seiten ihrer Tochtergesellschaft, der Neuenburger-Versicherung, Kenntnis von den angeblich verschwiegenen Gefahrstatsachen gehabt habe. In jenem Zeitpunkt hätten sich nämlich 90% der Aktien im Eigentum der Berufungsbeklagten befunden.

Die Berufungsbeklagte beantragte die Abweisung der Berufung. Zur Begründung führte sie an, die Verletzung der Anzeigepflicht sei nicht durch die Unvollständigkeit des Arztberichts, sondern durch die Falschangabe des Berufungsklägers begangen worden. Wenn es sich um eine einfache und klare Frage handle, sei der Antragsteller selber zur wahrheitsgemässen Antwort verpflichtet. Die Berufungsbeklagte habe sich keine angebliche Fehlleistung von Dr. Th. M. anrechnen zu lassen, wenn jener die Rückenbeschwerden im Bericht vom 29. Juni 1989 nicht separat erwähnt habe. Auch habe sich der Berufungskläger keinesfalls in guten Treuen darauf verlassen dürfen, dass er die Rückenbeschwerden bei der Beantwortung des Antragsformulars nicht erwähnen müsse. Die Fragen 7 und 10.7 seien klar und einfach gewesen und vom Berufungskläger selber mit "nein" beantwortet worden. Erläuterungen über die Frage, ob die Berufungsbeklagte weitere Abklärungen über den Unfall von 1983 und dessen Folgen hätte treffen müssen, würden sich bei dieser Verletzung der Anzeigepflicht erübrigen. Vom Versicherer werde bei der Prüfung von Unterlagen auch kein übermässiger Aufwand verlangt. Im Weiteren habe die Berufungsbeklagte innert gesetzlicher Frist den Rücktritt vom Vertrag erklärt. Aufgrund der Angaben von Dr. S. im ärztlichen Zeugnis vom 22. September 1994 sei nämlich unklar gewesen, wann die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule ihren Anfang genommen hätten, und ob sie in Zusammenhang mit dem Unfall gestanden seien. Erst mit dem Schreiben von Dr. Th. M. vom 6. November 1994 sei diese Frage beantwortet worden. Die Berufungsbeklagte sei diesbezüglich auch nicht schon früher von der Neuenburger-Versicherung informiert worden; die funktionale Zusammenlegung der Unternehmen sei erst per 1. Januar 1997 erfolgt. Die Berufungsbeklagte sei zudem nicht gehalten gewesen, im Zeitpunkt der Antragstellung bei einer anderen Versicherungsgesellschaft Abklärungen über allfällige Gesundheitsschädigungen des Berufungsklägers vorzunehmen.

In seiner Replik machte der Berufungskläger geltend, bei Dr. Th. M. habe es sich nicht um eine schlichte Hilfsperson gehandelt; jener sei vom Versicherer beauftragt worden, einen vertraulichen ärztlichen Bericht zu erstellen, welcher als Grundlage für den Abschluss des Versicherungsvertrags gedient habe. Die Darstellung der Berufungsbeklagten, wonach Dr. Th. M. erst nach Abschluss des Versicherungsvertrags mit der Erstellung des Gutachtens beauftragt worden sei, sei falsch, da die entsprechende Police vom 15. August 1989 datiere. Der Berufungskläger habe sich nach Treu und Glauben auf die Aufschlüsse der fachkundigen Ärzte verlassen und die Rückenbeschwerden als mittelbare Folge der Kniekontusion vernachlässigen dürfen. Der Rücktritt der Berufungsbeklagten sei schon deshalb unzulässig, da die angeblich verschwiegene Tatsache bei Eintritt des befürchteten Ereignisses bereits weggefallen gewesen sei. Die Fragen 7 und 10.7 seien im gegebenen Sachzusammenhang alles andere als klar und unmissverständlich gewesen. Die Rückenbeschwerden hätten als Folge der unfallbedingten Fehlbelastung nicht als "Krankheit der Knochen und Gelenke" betrachtet werden müssen. Der Berufungskläger habe seine Klinikaufenthalte in B. und F. angegeben. Er sei jedoch naturgemäss nicht in der Lage gewesen, alle gesundheitlichen Einschränkungen eingehend im Detail aufzuzeigen. In solchen Situationen hätte der Versicherer von sich aus Auskünfte einholen müs

sen. Da dies unterlassen worden sei, könne sich die Berufungsbeklagte nicht auf verschwiegene Tatsachen berufen, die mangels Überprüfung erst später zutage getreten seien. Die Behauptung der Berufungsbeklagten, sie sei erst aufgrund des ausführlichen SUVA-Berichts in der Lage gewesen, über den Rücktritt zu entscheiden, treffe nicht zu, da jener erst nach dem Rücktrittsschreiben bei der Versicherung eingetroffen sei.

In ihrer Duplik erklärte die Berufungsbeklagte, der Berufungskläger versuche mit seinen Ausführungen vom eigentlichen Thema abzulenken; es gehe einzig um die Anzeigepflichtverletzung, welche der Berufungskläger begangen habe, indem er die klar formulierten Fragen falsch beantwortet habe. Es gehe auch nicht um die Frage, ob die Rückenbeschwerden im Zeitpunkt der Antragstellung nicht mehr vorhanden gewesen seien. Der Versicherer habe lediglich wissen wollen, ob einmal eine solche Störung aufgetreten sei. Da aufgrund des ärztlichen Zeugnisses von Dr. S. noch unklar gewesen sei, wann es zu den degenerativen Veränderungen gekommen sei, habe man einen zweiten Bericht einholen müssen. Im Weiteren habe der behauptete Datenaustausch zwischen der Berufungsbeklagten und der Neuenburger-Versicherung nicht stattgefunden.

**Gründe:** Gemäss Art. 4 VVG hat der Antragsteller dem Versicherer anhand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der gefährerheblichen Tatsachen, soweit und sowie sie ihm bei Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen. Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben. Die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet.

Wenn der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, so ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden, wenn er binnen vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktritt (Art. 6 VVG).

Gefahrstatsachen 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 gestatten (BGE 108 II 146; Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3.A., § 20 S. 249). Die Anzeigepflicht des Antragstellers weist keinen umfassenden Charakter auf. Der Anzeigepflichtige hat die für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen nicht von sich aus, sondern nur auf Frage des Versicherers zu deklarieren. Eine Anzeigepflicht besteht demnach nur insofern und insoweit, als die Fragen des Versicherers reichen (Keller/Röllli, Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2.A., S. 94; Maurer, § 21 S. 251). Als nicht erheblich und somit auch nicht meldepflichtige Gefahrstatsachen gelten geringfügige Gesundheitsstörungen des Antragstellers, wie etwa vereinzelt aufgetretene Unpässlichkeiten, die der Anzeigepflichtige in guten Treuen als belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens betrachten darf und bei der gebotenen Sorgfaltspflicht nicht als Erscheinung eines ernsthaften Leidens beurteilen muss (Maurer, § 21 S. 252; BGE 116 II 340).

Formuliert der Versicherer die Frage so, dass ein bestimmter Krankheitstypus (z.B. Krankheit der Atmungsorgane) sich dem Anzeigepflichtigen als deklarationspflichtig einprägen muss, so kann er die Frage wohl dahin verstehen, dass er nicht alle überstandenen Krankheiten, sondern nur diejenigen Krankheitserscheinungen anzuzeigen hat, die in die Kategorie der in der Frage besonders hervorgehobenen Leiden fallen. Anders ist zu entscheiden, wenn die betreffenden Kategorien deutlich nur als im Vordergrund stehende Beispiele angeführt werden (Keller/Röllli, S. 111).

Gleichgültig ist, ob die Fragen vom Versicherer selbst oder von einem Beauftragten vorgelegt werden. Als Beauftragter erscheint in der Lebensversicherung auch der Arzt, dem grundsätzlich die gleiche Rechtsstellung wie einem mit der Befragung beauftragten Abschluss- oder Vermittlungsagenten zukommt, sofern und soweit er nicht bloss einen sachverständigen Befund zu erstatten, sondern überdies Gefahrsdeklarationen des Anzeigepflichtigen zuhanden des Versicherers entgegenzunehmen hat (Keller/Röllli, S. 95). Wenn der Versicherer einen Arzt beauftragt, den Fragebogen auszufüllen, so kommt ihm die gleiche Stellung zu wie einem Vermittlungsagenten. Der Versicherer muss sich allfällige Fehler des Arztes anrechnen lassen (Maurer, § 21 Fn 552 mit Hinweisen).

Hat der Antragssteller beim Abschluss einer Versicherung eine für ihn erkennbare erhebliche Gefahrstatsache, nach der er ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt worden war, unrichtig beantwortet oder verschwiegen, so steht dem Versicherer nach Art. 6 VVG das Recht zu, binnen 4 Wochen seit Kenntnis der Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurückzutreten (BGE 116 IV 226 f.). Wann die Anzeigepflicht verletzt ist, beurteilt sich verschuldensunabhängig nach subjektiven wie auch nach objektiven Kriterien. Der Antragsteller hat dem Versicherer in Beantwortung entsprechender Fragen nicht nur die ihm tatsächlich bekannten erheblichen Gefahrstatsachen mitzuteilen, sondern auch diejenigen, die ihm bekannt sein müssten. Damit stellt das Gesetz ein objektives (vom tatsächlichen Wissen des Antragstellers über den konkreten Sachverhalt unabhängiges) Kriterium auf, bei dessen Anwendung die Umstände des einzelnen Falls, insbesondere die persönlichen Eigenschaften (Intelligenz, Bildungsgrad, Erfahrung) und die persönlichen Verhältnisse des Antragstellers zu berücksichtigen sind. Es ist daher nicht von einer absoluten, sondern von einer relativen Objektivierung des Kriteriums auszugehen (Maurer, § 21 S. 254). Entscheidend ist, inwieweit ein Antragsteller nach seiner Kenntnis der Verhältnisse und gegebenenfalls nach den ihm von fachkundiger Seite erteilten Aufschlüssen eine Frage des Versicherers in guten Treuen verneinen durfte. Er genügt seiner Anzeigepflicht nur, wenn er ausser den ihm ohne weiteres bekannten Tatsachen auch diejenigen angibt, deren Vorhandensein ihm nicht entgehen kann, wenn er über die Fragen des Versicherers ernsthaft nachdenkt (BGE 116 IV 227 f.). Zwischen der Verletzung der Anzeigepflicht und einem später gemeldeten Versicherungsfall muss kein Kausalzusammenhang bestehen (Maurer, § 21 S. 255).

Bei Verletzung der Anzeigepflicht ist der Versicherer nicht an den Vertrag gebunden, wenn er binnen vier Wochen, nachdem er von jener Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktritt. Dabei handelt es sich nicht um eine Verjährungs-, sondern um eine Verwirkungsfrist, deren Lauf weder gehemmt noch unterbrochen werden kann (Pra 83, 1994, Nr. 195 S. 645; Maurer, § 21 S. 254). Die Frist beginnt erst, wenn der Versicherer zuverlässige Kunde von Tatsachen erhält, aus denen sich der sichere Schluss auf eine Verletzung der Anzeigepflicht ziehen lässt. Blosser Vermutungen, die zu grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit drängen, dass die Anzeigepflicht verletzt ist, genügen nicht. Da somit die vierwöchige Frist nicht bereits bei bloss vermuteter Obliegenheitsverletzung beginnt, bleibt auch für die im Einzelfall erforderlichen medizinischen oder anderweitigen Abklärungen genügend Raum (Pra 83, 1994, Nr. 195).

Die von der Berufungsbeklagten M. De B. schriftlich unterbreitete Frage lautete: "Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Gesundheitsstörungen: Krankheiten der Knochen und Gelenke, wie Hexenschuss, Ischias, Wirbelsäulebeschwerden, Arthritis", Rheumatismus oder andere?" Diese unter Ziff 10.7 aufgeführte Frage verneinte der Berufungskläger mit einem Kreuz. Die weitere Frage (Ziff. 7), ob bei ihm besondere Untersuchungen durchgeführt worden seien, z.B. Röntgen, Blutdruck, EKG, Aids-Test, bejahte er, unterstrich aber lediglich "Aids-Test", nicht aber "Röntgen". Inwieweit dem Berufungskläger aus der Beantwortung der Frage Ziff. 7 ein Vorwurf gemacht werden will, kann offen gelassen werden. Immerhin bejahte er jene Frage, ohne allerdings auch das Wort "Röntgen" zu unterstreichen.

Wesentlich ist die Verneinung der Frage 10.7, obwohl der Berufungskläger wegen Rückenbeschwerden lange Zeit in Behandlung war (vgl. Schreiben von Dr. Th. M. vom 9. Ja

nuar 1995, kläg.act. 2). Diesbezüglich behauptete der Berufungskläger, da ihm von seinem Arzt mitgeteilt worden sei, die Rückenbeschwerden seien Folge der Kniekontusion, habe er davon ausgehen dürfen, dass er diese Beschwerden nicht separat im Fragebogen angeben muss. Ferner seien die Beschwerden durch die Umschulung abgeklungen, weshalb sie auch aus diesem Grund nicht mehr hätten zur Anzeige gebracht werden müssen.

Entgegen der Meinung des Berufungsklägers vermag ihn die Behauptung, er sei der Meinung gewesen, die Rückenbeschwerden seien auf den Unfall zurückzuführen, nicht zu entlasten. Wie den Akten der SUVA entnommen werden kann, erhob M. De B. gegen eine Verfügung der SUVA-Kreisagentur St. Gallen vom 2. Februar 1987, in welcher die SUVA die Behandlungskosten für die gemeldeten Rückenbeschwerden mit der Begründung ablehnte, jene seien keine Folgen des Unfalls vom 27. April 1983, Einspruch. Mit Entscheid vom 9. Juli 1987 wies die SUVA die Einsprache mit der Begründung ab, aufgrund der medizinischen Beurteilung von Dr. med D. seien die Rückenbeschwerden von M. De B. nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall bzw. auf dessen Folgen zurückzuführen. Im Weiteren empfahl sie dem Berufungskläger, eine Kopie des Einspracheentscheids der zuständigen Krankenkasse vorzulegen. Somit hatte M. De B. zwei Jahre vor Antragstellung ein Rechtsmittel gegen die von der SUVA vertretene Auffassung, die Rückenbeschwerden seien nicht unfallbedingt, ergriffen und diesbezüglich einen negativen Entscheid erhalten. Damit hätte ihm die ganze Rückenproblematik an sich, aber auch die Tatsache, dass es sich nicht um eine Unfallfolge handelte, bewusst sein müssen. Hätte er über die Frage 10.7 ernsthaft nachgedacht, so hätte ihm nicht entgehen können, dass er die zumindest früher bestandenen Rückenbeschwerden hätte angeben müssen, zumal der Versicherer nach seiner Fragestellung "Haben oder hatten Sie jemals..." nicht nur nach gegenwärtig noch dauernden, sondern auch nach vergangenen, ausgeheilten Krankheiten fragte (vgl. Keller/Röllli, S. 111).

Entgegen der Meinung des Berufungsklägers muss sich die Berufungsbeklagte auch die Handlungsweise von Dr. Th. M. nicht anrechnen lassen. Jener war von der Versicherung nicht damit beauftragt worden, den Fragebogen über den Gesundheitszustand auszufüllen, sondern er wurde lediglich aufgrund der erfolgten Meldung des Antragstellers um Abgabe eines vertraulichen ärztlichen Berichts gebeten. Zwar ist erstaunlich, dass in diesem Bericht auf die Rückenproblematik nicht eingegangen wurde, obwohl der Berufungskläger diesbezüglich 15 Mal in Behandlung gewesen war. Der Versicherte kann jedoch daraus im Verhältnis zur Versicherung nichts zu seinen Gunsten ableiten. Bei der Einholung des Arztberichts ging es lediglich darum, die Gesundheitsangaben des Antragstellers zu verifizieren, nicht aber darum, ihn selbst von der Pflicht zur Angabe der durchgemachten Krankheiten und Beschwerden zu befreien.

Der Berufungskläger verletzte somit seine Anzeigepflicht gegenüber der Berufungsbeklagten.

Am 8. April 1994 erlitt der Berufungskläger erneut einen Unfall, worauf Dr. med. S. zuhanden der Winterthur-Lebensversicherungsgesellschaft ein ärztliches Zeugnis ausstellte, in welchem die Diagnose auf posttraumatisches Lumbovertebralsyndrom bei massiven degenerativen Veränderungen lautete. Daraufhin stellte die Berufungsbeklagte Dr. Th. M. einen vom 3. Oktober 1994 datierten Fragebogen zu. Diesem am 22. Oktober 1994 ausgefüllten und am 27. Oktober 1994 bei der Winterthur-Leben eingegangenen, beantworteten Fragebogen ist zu entnehmen, dass die ersten Anzeichen der Rückenbeschwerden bzw. degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule im Oktober 1984 aufgetreten waren und die erste Konsultation diesbezüglich am 16. November 1984 stattfand. Entgegen der Meinung der Vorinstanz erhielt die Berufungsbeklagte somit nicht erst mit der Auskunftserteilung durch Dr. Th. M. vom 6. November 1994 Kenntnis von der Falschangabe, sondern vielmehr am 27. Oktober. Auch wenn der beantwortete Fragebogen bereits am Montag, 26. Oktober 1994, bei der Berufungsbeklagten eingegangen wäre, ist die vierwöchige Frist von Art. 6 VVG zur Erklärung des Rücktritts eingehalten worden. Erst zu diesem Zeitpunkt wusste die Winterthur-Lebensversicherung, wann die Anzeichen der Er

krankung erstmals aufgetreten waren, nämlich im Oktober 1984, und wann die erste Konsultation erfolgte. Zweifellos war die Berufungsbeklagte daher berechtigt, am 19. November vom Vertrag zurückzutreten.

Die Berufung erweist sich somit als unbegründet. Bei diesem Verfahrensausgang bezahlt der Berufungskläger für das Berufungsverfahren eine Verfahrensgebühr von Fr. 15'000.--, und er hat die Berufungsbeklagte für das Berufungsverfahren mit Fr. 12'000.-- zuzüglich 7,5% MWST zu entschädigen.