

Kantonsgericht des Kantons Zug, 11. Juni 1999,  
W. c. Genfer Versicherungen, Genf

**Tatbestand:** Am 16. Mai 1995 unterzeichnete M. C., der Arbeitgeber der Klägerin (im Folgenden Arbeitgeber genannt), einen "Antrag für eine Kollektivkrankenversicherung" bei der Beklagten. Unter Ziff. 1.4 hatte der Arbeitgeber durch Ankreuzen der entsprechenden Felder unter anderem anzugeben, ob sich unter den zu versichernden Personen Invalide, nur teilweise arbeitsfähige oder arbeitsunfähige Personen befänden. Diese drei Fragen waren mit einem Stern (\*) versehen, welcher zu folgendem Hinweis führte: "Wenn ja, Anmeldeschein". Der Arbeitgeber verneinte alle drei Fragen.

Der Antrag wurde von der Beklagten akzeptiert und per 1. Juni 1995 trat die Versicherung in Kraft. Die Versicherung sollte für den Arbeitgeber, für zwei männliche sowie drei weibliche Angestellte jeweils den Lohnausfall während 716 Tagen zu 80% abdecken. Für das Personal wurde eine Volldeckung gemäss Art. 10.1. 1 der Allgemeinen Bedingungen für die Kollektiv-Krankenversicherung der Beklagten (im Folgenden AVB genannt) vereinbart. Am 19. Juni 1995 trat die Klägerin beim vorstehend genannten Arbeitgeber eine Stelle als Bardame im Restaurant Ch. mit einem 60% Pensum an. Gemäss Anstellungsvertrag vom 27. Juni 1995 wurde der Klägerin der Beitrag für die "Krankengeldversicherung" direkt vom Lohn abgezogen.

Die Klägerin gilt seit März 1994 gegenüber der IV als durch langdauernde Krankheit zu 40% in ihrer Erwerbstätigkeit eingeschränkt. Sie erhält seither eine halbe IV-Rente. In der Zeit zwischen dem 11. Februar 1996 und dem 10. August 1997 war die Klägerin nach eigenen Angaben wegen ihres Rückenleidens zu 100% arbeitsunfähig. Ihr Arbeitgeber meldete diesen Fall am 10. Mai 1996 der Beklagten. Diese teilte daraufhin am 27. Juni 1996 dem Arbeitgeber schriftlich mit, dass gestützt auf Art. 9.1 AVB für diesen Schadenfall keine Leistungen übernommen werden könnten bzw. dass die Klägerin durch den Vertrag nicht versichert sei. An diesem Standpunkt änderten auch verschiedene direkte Kontakte zwischen der Klägerin und der Beklagten nichts.

Am 20. März 1998 reichte die Klägerin beim Kantonsgericht des Kantons Zug die vorliegende Klage ein und stellte die eingangs erwähnten Rechtsbegehren. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen Folgendes aus:

Die Klägerin habe am 19. Juni 1995 ihre Stelle im Restaurant Ch. angetreten. Da ihr Arbeitgeber bereits vor diesem Zeitpunkt bei der Beklagten eine Kollektiv-Krankenversicherung abgeschlossen habe, sei die Klägerin mit Dienstantritt automatisch in diese Versicherung aufgenommen worden. Aus dem Antrag für die Kollektiv-Krankenversicherung gehe hervor, dass eine Versicherungsdeckung ohne Einschränkung vereinbart worden sei, weshalb die vereinbarten Leistungen auch für vorbestandene Krankheiten zu erbringen seien. Zwischen dem 11. Februar 1996 und dem 10. August 1997 sei die Klägerin zu 100% arbeitsunfähig gewesen, weshalb die Beklagte ihr 80% des versicherten Lohnes für diese Zeit auszurichten habe.

Mit Klageantwort vom 27. April 1998 verlangte die Beklagte die Abweisung der Klage, im Wesentlichen mit folgender Begründung:

Es sei richtig, dass der Arbeitgeber der Klägerin mit der Beklagten eine Kollektiv-Krankenversicherung abgeschlossen habe. Er sei aber bereits bei der Antragstellung darauf hingewiesen worden, dass invalide und arbeitsunfähige Personen nur mittels Anmeldeschein und nicht automatisch in die Versicherung aufgenommen würden. Ein solcher Anmeldeschein sei nie eingereicht worden, weshalb die Klägerin auch nicht in die Versicherung aufgenommen worden sei. Dies wäre aber Voraussetzung dafür, dass die Beklagte überhaupt Leistungen erbringen könnte.

In einem zweiten Schriftenwechsel beharrten die Parteien auf ihren Standpunkten.

An der Hauptverhandlung vom 8. Februar 1999 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

**Gründe:** Die Klägerin verlangt von der Beklagten die Bezahlung von Krankentaggeldern für die Zeit ihrer Arbeitsunfähigkeit. Die Beklagte verneint aber aus verschiedenen Gründen eine Leistungspflicht.

Zunächst macht die Beklagte geltend, die Klägerin sei bei ihr nicht versichert. Wie es sich damit verhält, kann vorliegend offen bleiben, da die Klägerin nämlich auch dann keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen hätte, wenn sie in die Versicherung bei der Beklagten aufgenommen worden wäre.

Die Beklagte verneint ihre Leistungspflicht unter Berufung auf Art. 9.1 Abs. 2 AVB. Da die Klägerin teilweise arbeitsunfähig gewesen sei, habe sie sowieso nicht in den Genuss der Versicherungsleistungen kommen können. Die Klägerin dagegen argumentiert, sie sei zwar teilweise erwerbsunfähig, sie habe aber ihr vertragliches Pensum grundsätzlich erfüllen können. Zudem sei in der Kollektivversicherung eine Volldeckung vereinbart worden, wonach die vereinbarte Leistungsdauer auch für vorbestandene Krankheiten gelte.

Art. 9.1 Abs. 2 AVB lautet wie folgt: "Jede zu versichernde Person, die am Tage ihrer Aufnahme in die Versicherung infolge Krankheit oder Unfall ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist, kommt erst am Ende ihrer Arbeitsunfähigkeit in den Genuss der Versicherung." Art. 10. 1. 1 AVB lautet: "Bei Volldeckung gilt die vereinbarte Leistungsdauer auch für vorbestandene Krankheiten."

Es steht vorliegend unbestritten fest, dass die Klägerin eine halbe IV-Rente bezieht und jedenfalls während der relevanten Zeit teilweise erwerbs- bzw. arbeitsunfähig war. Im Zeitpunkt des möglichen Eintritts in die Versicherung war die Klägerin mithin teilweise arbeitsunfähig. Gemäss klarem Wortlaut von Art. 9.1 Abs. 2 AVB konnte die Klägerin somit - bei Antritt ihrer Stelle und solange diese Arbeitsunfähigkeit andauerte - nicht in den Genuss von Versicherungsleistungen kommen. Daran ändert auch nichts, dass zwischen dem Arbeitgeber der Klägerin und der Beklagten eine Volldeckung vereinbart wurde, da zwischen der vorbestandenen Krankheit gemäss Art. 10.1.1 AVB und der bei Eintritt in die Versicherung bestehenden Arbeitsunfähigkeit klar unterschieden werden muss.

Die Beklagte macht ausserdem geltend, dass sie auch im Fall einer allfälligen Verpflichtung zur Leistung diese gemäss Art. 33.4 AVB verweigern könnte, da die Klägerin weder ihre Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen noch ihre Obliegenheiten aus dem Versicherungsvertrag erfüllt habe.

Am 10. Mai 1996 meldete der Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit der Klägerin bei der Beklagten. Mit Schreiben vom 2. Juni 1996 schickte der Arbeitgeber der Beklagten Kopien von Arztzeugnissen, um die vollständige Arbeitsunfähigkeit der Klägerin für die Zeit vom 11. Februar 1996 bis zum 30. April 1996 nachzuweisen. Die Originale wurden nachgereicht, ebenso weitere Zeugnisse für die Zeit von Mai 1996 und ab dem 1. Juni 1996 bis auf Weiteres. Mit Schreiben vom 27. Juni 1996 verweigerte die Beklagte dann ihre Leistungen unter Berufung auf die Tatsache, dass die Klägerin wegen ihrer teilweisen Invalidität nicht versichert sei. Mit Schreiben vom 30. August 1996 forderte die Klägerin die Beklagte auf zu bestätigen, dass die Beklagte keine Versicherungsleistungen erbringen werde. Dieser Bitte entsprach die Beklagte mit ihrem Schreiben vom 4. September 1996. Erstmals mit Schreiben vom 11. Juli 1997 forderte die Klägerin von der Beklagten die Bezahlung von Taggeldern. Am 21. Juli 1997 erklärte daraufhin die Beklagte, den Fall erneut prüfen zu wollen, und verlangte die Unterzeichnung einer Vollmacht, damit sie Einsicht in die IV-Akten nehmen könne. Diese Vollmacht wurde der Beklagten verweigert. Am 8. August 1997 wiederholte dann die Beklagte, dass sie keine Leistungen erbringen werde und berief sich dabei zusätzlich noch auf Art. 33.4 AVB.

Es ist unbestritten und ergibt sich auch aus den vorliegenden Arztzeugnissen, dass die Klägerin es unterlassen hat, sich 14-täglich einer ärztlichen Kontrolle zu unterziehen und dies mittels Zeugnissen zu belegen, wozu sie gemäss Art. 33.1 und 33.3 AVB verpflichtet gewesen wäre. Da sich die Klägerin auf das Bestehen der Versicherung berufen wollte, hatte sie ihrerseits ihre aus dem Versicherungsvertrag fliessenden Pflichten grundsätzlich zu erfüllen, auch wenn die Beklagte das Bestehen des Versicherungsanspruches verneinte. Kommt hinzu, dass der Arbeitgeber der Klägerin es als Versicherungsnehmer der Beklagten unterliess, den Schadenfall der Beklagten rechtzeitig anzumelden. Die Anmeldung erfolgte erst drei Monate nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, weshalb es der Beklagten erschwert wurde, für diese Zeit einen Beweis für die Arbeitsunfähigkeit zu verlangen. Zu berücksichtigen ist aber insbesondere, dass die Klägerin es auch sonst an der erforderlichen Mitarbeit fehlen liess. Als sie erstmals Leistungen von der Beklagten verlangte, dauerte die - behauptete - vollständige Arbeitsunfähigkeit bereits über ein Jahr. Eine vertrauensärztliche Untersuchung war zu diesem Zeitpunkt kaum mehr sinnvoll bzw. nicht mehr aussagekräftig für die Vergangenheit. Die einzige Möglichkeit für die Beklagte, die Dauer und das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit zu überprüfen, war daher, Einblick in die IV-Akten zu nehmen. Dies wurde ihr aber von der Klägerin verunmöglicht, weil diese sich weigerte, eine entsprechende Vollmacht zu unterzeichnen. Da die Klägerin ihre Obliegenheiten gegenüber der Beklagten im Schadenfall mehrfach nicht erfüllt hat, durfte die Beklagte ihre Leistung verweigern und hätte ausserdem vom Vertrag zurücktreten können (Art. 33.4 AVB).

Unter diesen Umständen kann offen bleiben, ob die Klägerin ihre Arbeitsunfähigkeit rechtsgenüchlich nachgewiesen hat, was von der Beklagten bestritten wird. Auch die offerierte Zeugenbefragung von Dr. med. P. G. kann daher unterbleiben.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass die Klage gestützt auf Art. 9.1 Abs. 2 AVB sowie 33.4 AVB abgewiesen werden muss.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten der Klägerin aufzuerlegen (§ 38 Abs. 1 ZPO). Zudem hat sie die Beklagte für ihre Umtriebe angemessen zu entschädigen (§ 40 Abs. 1 ZPO). Da der Klägerin mit Verfügung vom 17. April 1998 die Unentgeltlichkeit der Rechtspflege und des Rechtsbeistandes zuerkannt wurden, sind die Gerichtskosten sowie die Kosten ihres Rechtsvertreters auf die Staatskasse zu nehmen. Die Klägerin hat dem Staat diese Kosten zu vergüten, wenn sie zu Vermögen gelangt (§ 51 bis ZPO).

## URTEILSSPRUCH

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die gerichtlichen Kosten betragen

Fr.	2'000.--	Gerichtsgebühr
Fr.	30.--	Kanzleikosten
Fr.	110.--	Auslagen

Fr.	2'140.--	total
-----	----------	-------

und werden auf die Staatskasse genommen.

Die Klägerin hat dem Staat diese Kosten zu vergüten, wenn sie zu Vermögen gelangt.

3. Die Klägerin hat die Beklagte für die prozessualen Umtriebe mit Fr. 1'075.-- (inkl. MwSt.) zu entschädigen.

Der Vertreter der Klägerin wird mit Fr. 4'873.50.-- (Honorar und Barauslagen bis Ende 1998: Fr. 3'258.90; 6,5 % MwSt. bis Ende 1998: Fr. 211.85; Honorar und Barauslagen ab 1999: Fr. 1'304.90; 7,5 % MwSt. ab 1999: Fr. 97.85) aus der Staatskasse entschädigt. Die Klägerin hat dem Staat diese Kosten zu vergüten, wenn sie zu Vermögen gelangt.

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Erhalt mittels schriftlich begründeter Eingabe im Doppel an die Kanzlei des Obergerichts die Berufung gemäss § 201 ZPO an das Obergericht des Kantons Zug erklärt werden.

5. Gegen den Entscheid betreffend Kosten und Entschädigungen kann innert 10 Tagen schriftlich, begründet und im Doppel unter Beilage des angefochtenen Entscheides bei der Justizkommission des Obergerichts des Kantons Zug Beschwerde geführt werden, soweit der Entscheid nicht mit der Hauptsache mittels Berufung weitergezogen wird und die Kosten und Entschädigungen Fr. 500.-- übersteigen.

6. Mitteilung an die Parteien und an das Bundesamt für Privatversicherungen.