

Amtsgericht Luzern-Land, 3. November 1999,  
Sch. c. Winterthur Leben, Winterthur

**Tatbestand:** Mit Klage vom 15.7.1998 beantragte die Klägerin, die Beklagte sei zu verurteilen, ihr Fr. 100'000.-- zuzüglich 5% Zins seit 12.6.1995 zu bezahlen. Zur Begründung führte sie an, ihr Ehemann, H. Sch., habe am 14.8.1990 bei der Hauptagentur Kriens-Grosshof der Beklagten und dem Agenten A. B. eine Todesfallrisikoversicherung in der Höhe von Fr. 100'000.-- abgeschlossen, deren Begünstigte die Klägerin sei. Am 12.6.1995 habe ihr Ehemann Suizid begangen. In der Folge habe sich die Beklagte geweigert, ihr die Begünstigungszahlung zu leisten mit der Begründung, dass im Antrag zur Versicherung vom 14.8.1990 nichts von vorbestandenen psychischen Problemen erwähnt worden sei. Daher sei die Beklagte mit Schreiben vom 2.2.1996 und in Anwendung von Art. 6 VVG vom Vertrag zurückgetreten. Es liege jedoch keine Anzeigepflichtverletzung vor, bzw. der Versicherer habe die Anzeigepflichtverletzung selbst verursacht. Zudem sei die Rücktrittserklärung verspätet erfolgt.

In ihrer Klageantwort vom 1.10.1998 beantragte die Beklagte, die Klage sei abzuweisen. Sie machte geltend, der Ehemann der Klägerin hätte sie als Versichererin über seinen Klinikaufenthalt vom 16.11. bis 12.12.1988 in G., der auch wegen seines psychischen Zustands erfolgt sei, sowie über seine Behandlung vom 10.10.1988 bis 5.5.1989 beim Psychiater Dr. J. K. informieren und dies im Antrag angeben müssen. Indem ihr der Antragsteller diese Angaben nicht mitgeteilt habe, habe er ihr die Möglichkeit genommen, das Ausmass der Gesundheitsstörungen hinreichend festzustellen, und habe die Anzeigepflicht verletzt. Weil ihr die Risikoverhältnisse nicht umfassend bekannt gewesen seien, sei lediglich ein Risikozuschlag von 8%o festgesetzt worden. Es werde bestritten, dass ihr Vermittlungsagent vom Antragsteller am 14.8.1990 tatsächlich über sämtliche Tatsachen in Kenntnis gesetzt worden sei und ihm mitgeteilt habe, der Erschöpfungszustand sowie der Klinikbesuch müssten im Antragsformular keinen Eingang finden. Sie habe die Anzeigepflichtverletzung nicht selber verursacht. Der Vertrag sei am 2.2.1996 fristgerecht gekündigt worden. Eine Koordination der Akten und der Austausch von Informationen zwischen der "Winterthur-Versicherungen" und ihrer Gesellschaft erfolge nur auf entsprechenden Hinweis des Versicherungsnehmers. Daher könne das Wissen einer Gesellschaft der andern nicht zugerechnet werden.

In ihrer beschränkten Replik vom 4.11.1998 hielt die Klägerin an ihren Anträgen und im Wesentlichen an ihrer Begründung fest. Es treffe nicht zu, dass in jedem Fall das Wissen des Vermittlungsagenten über die dem Versicherer selbst verborgenen Gefahrstatsachen dem Versicherer nicht zugerechnet werden könnten. A. B. habe sämtliche Angelegenheiten behandelt, welche die Winterthur betroffen hätten, und damit auch diejenigen Angelegenheiten der Beklagten. Er sei daher auch über den Aufenthalt des Versicherungsnehmers in G. orientiert gewesen. A. B. habe daher seine Belehrungs- und Aufklärungspflicht verletzt, was der Beklagten angerechnet werden müsse. Im Übrigen habe die Beklagte mit Schreiben von Dr. H. K. vom 18.12.1995 zu ihren Händen zuverlässige Kenntnis von Tatsachen erhalten, welche den sicheren Schluss auf eine allfällige Verletzung der Anzeigepflicht zugelassen habe.

Mit beschränkter Duplik vom 4.12.1998 hielt auch die Beklagte an ihren Anträgen fest. Der genaue Kenntnisstand des Vermittlungsagenten über die Person des Versicherungsnehmers im Zeitpunkt der Vermittlungstätigkeit sei ungewiss. Für die Beurteilung, ob der Versicherer die angebliche Fehlberatung durch den Agenten zu vertreten habe, sei eine allfällige nachträgliche Kenntnisnahme des Agenten über die persönlichen Umstände des Versicherungsnehmers irrelevant. Es werde bestritten, dass ihr Agent vom Klinikaufenthalt vom 16.11. bis 12.12.1988 sowie von den Konsultationen bei einem Psychiater gewusst und die genaue Diagnose der behandelnden Ärzte gekannt habe. Der Agent habe seine

Aufklärungs- und Belehrungspflicht beim Ausfüllen des Versicherungsantrags nicht verletzt werden können, nachdem alle Fragen aus subjektiver Sicht klar und zweifelsfrei gewesen seien. Die Klägerin schliesse aus den Arztberichten von Dr. W. auf ein Wissen des Agenten und zu Recht nicht auf ein Wissen des Versicherers. Sie habe erst am 17.1.1996 sichere Kenntnis von einer Anzeigepflichtverletzung erhalten, die erhebliche Tatsachen betreffen, weshalb ihre Rücktrittserklärung nicht verspätet erfolgt sei.

Am 14.1.1999 und 19.8.1999 fanden Gerichtsverhandlungen statt.

Am 30.8.1999 reichte die Beklagte eine Stellungnahme zum Beweisergebnis ein. Im Wesentlichen machte sie geltend, die Anzeigepflichtverletzung des Versicherungsnehmers sei erstellt. Aus den Aussagen des Zeugen Dr. J. K. gehe hervor, dass der Versicherungsnehmer nicht nur an einem Erschöpfungszustand, sondern an einer psychischen Krankheit gelitten habe. Der Versicherungsnehmer habe gewusst, dass er bei einem Psychiater in Behandlung gewesen sei, auch wenn er selber seine Krankheit nicht als solche habe wahrhaben wollen. Es sei beim Ausfüllen des Gesundheitsformulars nicht entscheidend, ob sich der Antragsteller in psychischer Hinsicht gesund fühle oder nicht. Allein massgebend sei der Umstand, dass er in ärztlicher Behandlung und für vier Wochen in Kur gewesen sei. Die Klägerin reichte am 27.9.1999 ebenfalls eine Stellungnahme zum Beweisergebnis ein. Zusammenfassend machte sie geltend, H. Sch. habe seinen Zustand selbst einer nicht anzeigepflichtrelevanten Tatsache zugeordnet und habe dies nach Treu und Glauben auch nicht tun müssen. Er habe somit die erhebliche Gefahrstatte (sofern überhaupt eine solche vorliege) für sich persönlich nicht erkannt und habe das Antragsformular aus seiner Sicht subjektiv vollständig und richtig ausgefüllt. A. B. sei vollumfänglich über den Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers informiert gewesen. Nicht nur der Versicherungsnehmer sondern auch der Agent B. sei der Ansicht gewesen, dass die Überlastungssituation nicht deklarierungswürdig sei, was insbesondere aus dem Schreiben vom 23.1.1998 hervor gehe. Zudem erwecke der Winterthur-Konzern gegenüber einem unbedarften Dritten den Anschein, dass wenn die "Winterthur-Versicherungen" eine Leistung erbringe, dies auch die "Winterthur-Leben" wisse. Analog, eines Konzernverhaltens oder einer Konzernhaftung könnten daher die verschiedenen Arztberichte die bei der Winterthur-Regionaldirektion eingereicht worden seien und die Taggeldleistungen ausgelöst hätten, der Beklagten angerechnet werden. Daher habe der Versicherungsnehmer davon ausgehen dürfen, dass die Beklagte Kenntnis gehabt habe von den Taggeldzahlungen.

**Gründe:** Örtliche Zuständigkeit. Als Gerichtsstand für Streitigkeiten aus Versicherungsverträgen stehen dem Versicherten wahlweise der ordentliche Gerichtsstand gemäss Art. 59 BV, d.h. der Sitz oder Wohnsitz des Versicherers, oder sein schweizerischer Wohnsitz zur Verfügung (Art. 46a VVG, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag SR 221.229.1, in Verbindung mit Art. 28 Abs. 1 VAG, Versicherungsaufsichtsgesetz, SR 961.01; Maurer, Privatversicherungsrecht, 3. Aufl., Bern 1995, S. 126). Sowohl der Wohnsitz der Klägerin als Anspruchsberechtigte wie auch der letzte Wohnsitz ihres Ehemannes als Versicherungsnehmer befindet bzw. befand sich im Amt Luzern-Land, so dass das hiesige Gericht zuständig ist.

**Beweisverfahren:** Im Beweisverfahren wurden die aufgelegten Urkunden zu den Akten genommen, und A. B. sowie J. K. wurden als Zeugen einvernommen. Weitere Beweiserhebungen, welche am Ausgang des Prozesses etwas ändern könnten, sind nicht beantragt.

**Legitimation:** An der Gerichtsverhandlung vom 14.1.1999 brachte die Beklagte vor, gemäss Faustpfandverschreibung vom 24.9.1990 sei die Todesfallrisikopolicy Nr. ..., welche Gegenstand dieses Prozesses bilde, dem Schweizerischen Bankverein, Basel, als Faustpfand übergeben worden. Sämtliche Ansprüche und Rechte aus dieser Policy seien

dem Schweizerischen Bankverein abgetreten worden. Die Klägerin sei daher heute gar nicht mehr anspruchsberechtigt, und die Klage sei aus diesem Grunde abzuweisen.

Abtretung und Verpfändung von Versicherungsansprüchen sind nach Art. 73 VVG grundsätzlich zulässig. Bei einer Verpfändung jedoch bleibt der Versicherungsnehmer in allen Beziehungen der Gegenkontrahent des Versicherers und das Subjekt der daraus für ihn entstehenden Rechte und Pflichten. Der Pfandgläubiger wird nicht Anspruchsberechtigter und erwirbt lediglich ein beschränktes dingliches Recht am Versicherungsanspruch (Maurer, a.a.O., S. 391 mit weiteren Hinweisen; Roelli/Jaeger, Komm. zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Bd. 3, Bern 1933, N 86 zu Art. 73 VVG; Koenig, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Bern 1967, Aufl., S. 155). Dennoch ist es möglich, dass der Versicherungsnehmer dem Pfandgläubiger in bestimmten Situationen ausdrücklich gewisse Rechte einräumt (Roelli/Jaeger, a.a.O., N 86 zu Art. 73 VVG).

In der vorliegenden Faustpfandverschreibung vom 24.9.1990 wird festgehalten, dass der Ehemann der Klägerin dem Schweizerischen Bankverein die Todesfallrisikopolice Nr. .. unter Abtretung aller ihm daraus gegen die Versicherungsgesellschaften zustehenden Rechte und Ansprüche übergebe. Mit Schreiben vom 11.2.1999 hielt die UBS AG fest, dass sie sämtliche Rechte und Pflichten aus der ihr verpfändeten Lebensversicherungspolice an die Klägerin abgetreten habe. Nach Eingang dieser Erklärung hat die Beklagte die Sachlegitimation der Klägerin nicht mehr bestritten. Demzufolge ist die Klägerin im vorliegenden Prozess aktivlegitimiert.

Versicherungsvertrag: Bei einer Lebensversicherung ist der Versicherungsfall in der Regel mit der Dauer des menschlichen Lebens verknüpft. Die Todesfallversicherung ist diejenige Lebens- und Personenversicherung, bei welcher der Eintritt des Todes der versicherten Person den Versicherungsfall bildet (Koenig, a.a.O., S. 391; Maurer, a.a.O., S. 434 f).

Unter den Parteien ist unbestritten, dass der Ehemann der Klägerin am 14.8.1990 eine Todesfallrisikoversicherung in der Höhe von Fr. 100'000.-- bei der Rechtsvorgängerin der Beklagten abgeschlossen hat und dass er am 12.6.1995 freiwillig aus dem Leben geschieden ist. Da sich demzufolge das versicherte Risiko während der Vertragsdauer verwirklicht hat, kommt es zu einem Versicherungsfall.

Rücktritt: Es ist unter den Parteien unbestritten, dass die Beklagte mit Schreiben vom 2.2.1996 in Anwendung von Art. 6 VVG vom Vertrag zurückgetreten ist. Umstritten ist jedoch, ob die Voraussetzungen für einen Rücktritt gemäss Art. 6 VVG erfüllt sind.

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 Verträge zurücktritt (Art. 6 VVG). Der Vertrag ist, ab Beginn nichtig, wenn der Versicherer sein Rücktrittsrecht ausübt. Dabei darf die Verletzung der Anzeigepflicht nur mit grösster Zurückhaltung, angenommen werden. Diese Zurückhaltung drängt sich schon wegen der strengen Folgen des Gesetzes auf, das eine Auflösung des Vertrags und nicht dessen Anpassung vorsieht (BGE 118 II 338 ff. = Pra 82 [1993] Nr. 210; Maurer, a.a.O., Fn 554).

Die Beklagte macht geltend, der Antragsteller habe ihre Fragen zu seinem Gesundheitszustand nicht vollständig beantwortet. Er habe verschwiegen, dass er vom 16.11.1988 bis 12.12.1988 in der Klinik für medizinische Rehabilitation in G. hospitalisiert, dieser Aufenthalt auch wegen seines psychischen Zustands erforderlich gewesen sei sowie dass er vom 10.10.1988 bis 5.5.1989 beim Psychiater Dr. J. K. in Behandlung gestanden habe. Demgegenüber führt die Klägerin an, es habe sich der Laienmeinung nach nicht um eine Krankheit, sondern um eine Arbeitsüberlastungssituation gehandelt. Zudem sei es lediglich um geringfügige Gesundheitsstörungen gegangen, die nicht deklariierungspflichtig gewesen seien.

Objektiv erhebliche Gefahrstatsachen: Es muss sich um verschwiegene Tatsachen handeln, die auf Grund einer objektiven, vernünftigen Würdigung möglicherweise den

Entschluss des Versicherers, den Vertrag, überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, beeinflussen. Dass der Versicherer, bei Kenntnis der Gefahrstatsache, sicher nicht oder sicher nicht so, wie geschehen, kontrahiert hätte, ist nicht gefordert. Es genügt vielmehr, dass die Gefahrstatsache nach vernünftigem Ermessen den Schluss auf die Möglichkeit eines abweichenden rechtsgeschäftlichen Willens des Versicherers gestattet. Es kommt auf die zur Zeit des Vertragsabschlusses herrschenden konkreten Verhältnisse an, insbesondere auf den konkreten Versicherer und das konkrete Versicherungsrisiko (Roelli/Keller, Komm. zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Bd. I, 2. Aufl., Zürich 1967, S. 98). Der Versicherer, welcher sich auf die Erheblichkeit einer Gefahrstatsache beruft, um die Verletzung, der Anzeigepflicht geltend zu machen, trägt die Beweislast. Diese Rechtslage wird für den Versicherer dadurch erleichtert, dass nach Art. 4 Abs. 3 VVG Gefahrstatsachen, auf welche schriftliche Fragen des Versicherers in bestimmter und unzweideutiger Fassung gerichtet sind, als erheblich vermutet werden. Sobald eine präzise Fragestellung vorliegt, muss entgegen Art. 8 ZGB nicht mehr der Versicherer den Beweis der Erheblichkeit führen. Es ist vielmehr Sache des Versicherungsnehmers, den Gegenbeweis anzutreten, dass die Tatsache, nach welcher gefragt worden war, nicht geeignet ist, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Koenig, a.a.O., S. 174 ff., Maurer, a.a.O., S. 251 ff.). Als nicht erheblich und somit als nicht meldepflichtige Gefahrstatsache gelten geringfügige Gesundheitsstörungen des Antragstellers, wie vereinzelt aufgetretene Unpässlichkeiten, die in guten Treuen als belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens betrachtet werden dürfen. Ob eine geringfügige Gesundheitsstörung vorliegt, die nicht meldepflichtig ist, hängt von der Wichtigkeit der früheren Beschwerden, von der Art, der Häufigkeit und der Stärke des Auftretens ab, entweder für sich allein betrachtet oder in Verbindung mit anderen Gesundheitsstörungen (Maurer, a.a.O., Fn 547, Roelli/Keller, a.a.O., S. 111, BGE 116 II 340 = Pra 79 [1990] Nr. 273 BGE 106 V 174 und 109 V 38 E. 1b).

Vermutung der Erheblichkeit: Der Antragsteller und Ehemann der Klägerin hat die Frage 3 im Antragsformular der Beklagten "Mussten Sie in den letzten drei Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalls mehr als zwei Wochen aussetzen?" mit Nein beantwortet. Die weitere Frage 6 "Wurden Sie schon in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer Kuranstalt behandelt, operiert oder untersucht?" wurde vom Antragsteller mit Ja beantwortet, wobei er jedoch in diesem Zusammenhang nur die ByPass-Herzoperation vom 15.10.1984 am Unispital in Zürich angab. Die Frage 10.5 "Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Gesundheitsstörungen: Erkrankung des Gehirns oder Nervensystems wie Ohnmachten, Krämpfe oder Lähmungserscheinungen, Epilepsie, Nerven- oder Gemütsleiden, psychische Störungen oder andere?" wurde vom Antragsteller ebenfalls verneint.

Der in Frage 3 verwendete Begriff "Krankheit" ist als Ausdruck des täglichen Lebens bestimmt gefasst. Dabei kommt es nicht darauf an, wie der Arzt ein Leiden würdigt, sondern darauf, wie der Laie über die Sache denken muss. Wird nach "Krankheit" gefragt, so steht fest, dass der Versicherer wissen will, ob die zu versichernde Person frei von krankhaften Erscheinungen sei, wobei der Begriff der "Krankheit" nur auf eigentliche Leiden anzuwenden ist (Roelli/Keller, a.a.O., S. 109). Die Frage 3 ist demzufolge klar und eindeutig formuliert. Auch die Fragen 6 und 10.5 enthalten Ausdrücke der Alltagssprache bzw. aus dem medizinischen Bereich, die allerdings auch Laien geläufig sind, wenn auch vielleicht nicht entsprechend ihrer genauen technischen Definition (vgl. BGE 110 II 504). Nachdem diese erwähnten Fragen klar und eindeutig gestellt waren, spricht die Vermutung für die Erheblichkeit ihrer Antworten.

Krankheitscharakter: Unter den Parteien ist unbestritten, dass der Antragssteller vom 10.10.1988 bis 5.5.1989 bei Dr. J. K., Arzt L. Psychotherapeut, in Behandlung, war und sich vom 16.11. bis 12.12.1988 in der Klinik für medizinische Rehabilitation, G., aufhielt. Aus der Zeugenaussage von Dr. J. K. geht hervor, dass er als Psychiater den Antragsteller behandelte und mit ihm Systemtherapie betrieb, bei dem das ganze Lebensfeld be-

rücksichtigt wurde. Dabei spielt es entgegen der Ansicht der Klägerin keine entscheidende Rolle, dass er mit dem Antragsteller Systemtherapie und keine Psychoanalyse betrieb. Entscheidend ist, dass sich Dr. K. nur mit Psychiatrie und mit diesen Patienten beschäftigt und der Antragsteller als solcher Patient vom Hausarzt an ihn überwiesen wurde. Aus der Anamnese bei Eintritt in die Klinik G. geht zudem hervor, dass er bei Eintritt vom 16.11.1988 unter einem Erschöpfungszustand mit reaktiv depressiven Verstimmungen (massive Einschlafstörungen, deutliche Nervosität, morgendliche Abgeschlagenheit, die zu einem grossen Absinken der Arbeitsleistung geführt haben litt und dieser Aufenthalt nicht auf seine Herzprobleme zurückzuführen war was auch von seinem damaligen Arzt Dr. J. K. bestätigt wurde. Dieser hielt denn auch als Zeuge fest, dass der Aufenthalt in G. als Erholungs- und Entlastungsaufenthalt für den Antragsteller bestimmt gewesen sei und die notwendige Entlastung für den Patienten gebracht habe. Nach diesem Aufenthalt ab 20.12.1988 habe er den Patienten noch bei fünf weiteren Gesprächen, verteilt über sechs Monate, gesehen. Von dieser Aussage kann ausgegangen werden, nachdem von den Parteien keine Beweiseinreden gegen seine Aussagen geltend gemacht wurden und auch sonst keine Anhaltspunkte vorliegen, die gegen seine Glaubwürdigkeit sprechen würden. Der Antragsteller war während seines beinahe vierwöchigen Aufenthalts in der Klinik für medizinische Rehabilitation in G. nicht in der Lage, seiner Arbeit nachzugehen und, wurde erst ab dem 15.12.1988 wieder voll arbeitsfähig geschrieben. Der Aufenthalt in G. brachte zwar eine Entlastung des Problems, doch hatte er auch im Anschluss daran noch verschiedene Gespräche mit seinem Psychiater Dr. J. K. Unter diesen Umständen musste der Antragsteller seinem Zustand Krankheitscharakter beimessen, nachdem es sich nicht um vereinzelt aufgetretene Unpässlichkeiten handelte, die er in guten Treuen als belanglose und vorübergehende Beeinträchtigungen des Wohlbefindens betrachten durfte.

Zusammenfassend spricht im vorliegenden Fall die Vermutung für die Erheblichkeit der Antworten auf die Fragen 3, 6 und 10.5. Zudem kann aufgrund der obigen Erwägungen beim Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers nicht von bloss geringfügigen Gesundheitsstörungen gesprochen werden. Daher und weil es der Klägerin nicht gelingt, die Vermutung zu entkräften, kann davon ausgegangen werden, dass es sich in den betreffenden Fragen um objektive erhebliche Gefahrstatsachen handelt.

Unrichtiges Mitteilen oder Verschweigen: Eine Anzeigepflichtverletzung liegt vor, wenn erhebliche Gefahrstatsachen unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen wurden (Art. 6 VVG). Gemäss herrschender Rechtsprechung ist weder nach einem rein subjektiven noch nach einem rein objektiven Kriterium zu beurteilen. Ob der Antragsteller seine Anzeigepflicht erfüllt hat oder nicht (Pra 79 Nr. 273) und ob damit von einem unrichtigen Mitteilen oder einem Verschweigen ausgegangen werden kann. Indem das Gesetz sich nicht damit begnügt, dass der Antragsteller dem Versicherer in Beantwortung entsprechender Fragen die ihm tatsächlich bekannten erheblichen Gefahrstatsachen anzeigt, sondern darüber hinaus vorschreibt, der Antragsteller habe auch die erheblichen Gefahrstatsachen anzuzeigen, die ihm bekannt sein müssen, stellt es ein objektives, vom tatsächlichen Wissen des Antragstellers über den konkreten Sachverhalt unabhängiges Kriterium auf. Bei der Anwendung dieses Kriteriums ist jedoch den Umständen des Einzelfalls Rechnung zu tragen, namentlich der Eigenschaften wie Intelligenz, Bildung Erfahrung, und das Befinden des Antragstellers (Pra 79 Nr. 273 vgl. auch Roelli/Keller, a.a.O., S. 122). Dabei kann es vorkommen, dass Menschen mit psychischen Problemen ihr Leiden nicht als Krankheit anerkennen, es verdrängen und sich auch nicht behandeln lassen und den Begriff "Krankheit" nur mit somatischen Beeinträchtigungen in Verbindung bringen. Ist jedoch dem Versicherungsnehmer aufgrund seiner persönlicher Eigenschaften wie Intelligenz, Bildungsgrad und Erfahrung die Einsicht zuzutrauen, dass auch psychische Erkrankungen vom Begriff der Krankheit erfasst werden, er diese jedoch bei einer entsprechenden Fragestellung nicht angibt, so ist ihm eine Verletzung der Anzeigepflicht vorzuwerfen (Pra 88 (1999) Nr. 92 S. 512 = Plädoyer Nr. 2/99, S. 57).

Objektiv unrichtig: Da den psychischen Problemen des Versicherungsnehmers Krankheitscharakter zukam (vgl. Erw. 5.1.2.), mussten sie auch im Formular über seinen Ge

sundheitszustand erwähnt werden. Demzufolge hätte der Antragsteller in der Frage 6 im Formular nebst der Behandlung seiner Herzprobleme im Uni-Spital Z. auch seinen Aufenthalt in G. in der Klinik für medizinische Rehabilitation vom 16.11.1988 bis 12.12.1988 angeben müssen, der im Zusammenhang mit seinen psychischen Problemen stand. In diesem Zusammenhang, hätte er auch die Frage 10.5, die sich nach der "Erkrankung des Gehirns oder Nervensystems wie psychische Störungen" erkundigt, nicht mit "nein" beantworten dürfen. Ebenso wäre er bei Frage 3 verpflichtet gewesen, anzugeben, dass er während seines beinahe vierwöchigen Aufenthalts in G. nicht in der Lage gewesen ist, seiner Arbeit nachzugehen und erst ab 15.12.1988 wieder voll arbeitsfähig geschrieben wurde. Zusammenfassend hat der Antragsteller die Fragen 6 und 10.5 objektiv gesehen nicht richtig bzw. nicht vollständig beantwortet.

Subjektiv unrichtig: Aus der Zeugenbefragung mit dem Psychiater J. K. geht hervor, dass der Antragsteller sich zuerst gegen seine Ueberweisung an einen Psychiater gestäubt habe, weil es aus seiner Sicht der Lösung der Probleme nicht entsprochen habe. Aus Sicht des Antragstellers litt er - was die Phase vom 10.10.1988-5.5.1989 betraf - nicht unter psychischen Problemen, sondern es ging um verschiedene Geschäftsprobleme, die auch Auswirkung hatten auf den partnerschaftlichen Bereich.

Der Zeuge J. K. konnte nicht mit Sicherheit sagen, ob er seinem Patienten gegenüber festgehalten habe, dass er sein Problem nicht als "technisches" betrachte. Ebenso konnte er sich nicht mehr erinnern, ob er ihm gegenüber den Bericht von G. vom 14.12.1988 eröffnet habe, worin festgehalten sei, dass er unter einem depressiven Erschöpfungszustand leide. Gemäss seiner Aussage habe er ihm jedoch immerhin bereits im ersten Gespräch mitgeteilt, dass er bei ihm eine Erschöpfungsdepression diagnostiziere. Er habe daher eine Überweisung dieses Patienten als völlig gerechtfertigt betrachtet. Dennoch sträubte sich der Antragsteller dagegen, seine Probleme als psychische zu akzeptieren. Wie bereits erwähnt, anerkennen gerade Menschen mit psychischen Problemen ihr Leiden häufig nicht als Krankheit, verdrängen es und lassen es nicht (oder kaum) behandeln und bringen den Begriff "Krankheit" nur mit somatischen Beeinträchtigungen in Verbindung (Pra 88 (1999) Nr. 92 S. 512). Dies traf gemäss der Beurteilung des Zeugen J. K. auch für den Antragsteller zu. Gerade die Tatsachen, dass der Arzt ihm ausdrücklich mitgeteilt hat, er leide unter einer Erschöpfungsdepression, er vom 10.10.1988 bis 5.5.1989 bei einem Psychiater in Behandlung war und ein Aufenthalt in G. notwendig wurde, hätten ihm seine psychischen Probleme bewusst machen müssen. Dies schliesst auch aus, dass er sich beim Ausfüllen des Formulars über seinen Gesundheitszustand in psychischer Hinsicht gesund fühlen konnte. Auch wenn es nahe lag, dass er von seinem technischen Beruf her seine Probleme als bloss organisatorische Schwierigkeiten und nicht als psychische betrachtete, hätte er aufgrund seiner Intelligenz und Erfahrung sowie seinem Bildungsgrad und seinem Befinden auch subjektiv die Einsicht entwickeln können und müssen, dass er unter einer psychischen Krankheit leidet (Pra 79 Nr. 273; Pra 88 (1999) Nr. 92). Daher waren seine Aussagen auch subjektiv betrachtet nicht richtig bzw. unvollständig.

Zusammenfassend hat der Antragsteller beim Ausfüllen des Formulars über seinen Gesundheitszustand objektiv erhebliche Gefahrstatsachen unrichtig mitgeteilt bzw. verschwiegen. Demzufolge konnte die Beklagte vom Vertrag zurücktreten, sofern sie nicht selbst die Verschweigung oder unrichtige Angabe veranlasst und die Rücktrittsfrist gemäss Art. 6 VVG eingehalten hat.

Verursachung der Anzeigepflichtverletzung durch den Versicherer: Die Klägerin macht geltend, der zuständige Versicherungsagent A. B. habe dem Versicherungsnehmer bei der Ausfüllung des Fragebogens zu verstehen gegeben, der chronische Überlastungszustand und sämtliche damit zusammenhängenden Arzt- und Klinikaufenthaltsbesuche seien nicht relevant bzw. nicht deklarierungswürdig. Da zwischen dem Versicherungsnehmer und A. B. ein tiefes persönliches Vertrauensverhältnis bestanden habe, habe er auf die Aufklärungen und Belehrungen des Agenten vertrauen dürfen. Die Beklagte bestreitet, dass der Agent vom Antragsteller über sämtliche Tatsachen in Kenntnis gesetzt worden

sei bzw. dieser dem Antragsteller gesagt habe, der Erschöpfungszustand und der Klinikbesuch müssten im Antragsformular keinen Eingang finden.

Der Versicherungsnehmer hat grundsätzlich für den Inhalt der Antworten, die in dem von ihm unterzeichneten Fragebogen abgegeben worden sind, einzustehen. Der Versicherer kann allerdings, auch wenn die Anzeigepflicht verletzt ist, vom Verträge nicht zurücktreten, wenn der Versicherer die Verschweigung oder die unrichtige Angabe veranlasst hat (Art. 8 Ziff. 2 VVG). Die Frage, ob und inwieweit der Vermittlungsagent durch seine Handlungen den Versicherer verpflichtet, ist - vorbehaltlich einer rechtsgeschäftlichen Erweiterung der gesetzlichen Vertretungsbefugnis - nach Art. 34 VVG zu beurteilen. Danach gilt der Agent dem Versicherungsnehmer gegenüber als ermächtigt, für den Versicherer alle diejenigen Handlungen vorzunehmen, welche die Verrichtungen eines solchen Agenten gewöhnlich mit sich bringen, oder die der Agent mit stillschweigender Genehmigung des Versicherers vorzunehmen pflegt (Art. 34 Abs. 1 VVG). Zur Frage, welche Funktionen ein Agent gewöhnlich ausübt, unterscheidet die Praxis zwischen Abschluss- und Vermittlungsagent. Wird ein Vermittlungsagent für den Versicherer tätig, muss sich der Versicherer das Wissen und das Verhalten des Vermittlungsagenten nur in beschränktem Umfang als eigenes zurechnen lassen. Die Funktion des Vermittlungsagenten besteht darin, dem Kunden das Antragsformular zu erläutern, ihn über erklärungsbedürftige Punkte - insbesondere unklare oder technisch schwierige Fragen - zu belehren und allfällige Missverständnisse zu beseitigen. Dabei besteht diese Belehrungs- und Aufklärungspflicht nicht nur insoweit, als es sich um objektiv unverständliche, unklare, schwerverständliche oder an besondere Sachkunde appellierende Fragen handelt, sondern auch subjektiv, vom Antragsteller aus, wenn diese eine Frage nicht als klar und zweifelsfrei erscheint (Roelli, Keller, a.a.O., S. 158; Urteil des Obergerichts vom 14.2.1978 i.S. K.W./A.). Diesbezüglich darf sich der Antragsteller darauf verlassen, dass die Erläuterungen des Agenten zutreffend sind, und dem Versicherer sind die durch den Agenten erteilten Auskünfte zuzurechnen; umgekehrt wird der Versicherer nicht gebunden, wenn der Vermittlungsagent zu einer klaren, einfachen und verständlichen Frage, die der Kunde ohne weiteres verstehen kann, unrichtigere Belehrungen abgibt (Pra 87 [1998] Nr. 74 S. 451 minweiteren Hinweisen, insbes. Maurer, a.a.O., Fn 416 und Fn 552). Zu prüfen ist daher, ob A. B. dem Antragsteller falsche Belehrungen und Aufklärungen erteilt und in der Folge die Fragen auf dem Antragsformular nicht vollständig ausgefüllt hat, wie die Klägerin geltend macht, und wofür sie gemäss Art. 8 ZGB beweispflichtig ist. Die Klägerin legte als Beweis das Schreiben vom 23. 1. 1998 auf. Gleichzeitig beantragte sie die Einvernahme von A. B. als Zeugen.

Unter den Parteien ist unbestritten, dass A. B. als Vermittlungsagent bei der Beklagten tätig ist. Wie bereits in Erw. 5.1.1. festgehalten worden ist, waren die Fragen 3, 6 und 10.5, die nicht richtig bzw. nicht vollständig beantwortet worden sind, klar und eindeutig formuliert. Die Klägerin hat auch nicht nachgewiesen, dass diese Fragen für den Antragsteller subjektiv gesehen unverständlich gewesen wären, und der Agent dies hätte erkennen können. Daher traf ihn in diesem Zusammenhang keine Aufklärungspflicht. Selbst wenn A. B. als Vermittlungsagent, wie die Klägerin geltend macht, den Antragsteller durch seine Auskunft dazu veranlasst haben sollte, diese klaren Fragen nicht richtig zu beantworten, wird die Beklagte aufgrund der obigen Erwägungen durch das Verhalten ihres Agenten B. von vornherein nicht gebunden. Zudem ist nicht schlüssig nachgewiesen, dass der Versicherer bzw. ihr Agent A. B. die Falschbeantwortung veranlasst hat, wie im Folgenden zu zeigen sein wird.

Im Schreiben vom 23.1.1998 hielt A. B. fest, er habe von der dauernden Überarbeitungssituation des Antragstellers und dem Besuch bei Dr. K. gewusst, der diesem einen Erholungsaufenthalt empfohlen habe. Seines Erachtens sei es um keine Krankheit, sondern um ein physisches Problem gegangen, das durch den Aufenthalt habe gelöst werden können. An der Zeugenbefragung vom 14.1.1999 hielt dieser fest, er habe beim zur Diskussion stehenden Versicherungsantrag als Vermittlungsagent mitgewirkt. Er sei mit dem Versicherungsnehmer das Antragsformular und die einzelnen Klauseln durchgegangen

und habe dieses zusammen mit ihm ausgefüllt. Es sei ihm bekannt gewesen, dass der Antragsteller einmal in einer Klinik in G. gewilt und dass dieser Aufenthalt mehrere Wochen gedauert habe. Nach seinem Wissensstand sei dies im Zusammenhang mit einem Herzproblem gewesen. Bei ihren Diskussionen habe der Antragsteller manchmal von Überarbeitung gesprochen. Von psychischen Problemen und von einem Klinikaufenthalt bzw. von einer ärztlichen Behandlung durch Dr. K. in diesem Zusammenhang habe er jedoch nichts gewusst. Beim Ausfüllen sei denn auch der Aufenthalt in G. kein Thema gewesen. Er sei beim Antragsteller nicht von einer Gemütsverfassung ausgegangen, bei der er psychische Probleme habe annehmen müssen. Wenn er hätte annehmen müssen, es würde eine deklarationspflichtige Krankheit vorliegen, so hätte er sie sicher angegeben. Er habe dem Antragsteller sicher nicht gesagt, er solle seine psychischen Probleme nicht deklarieren. Die Parteien machten keine Beweiseinreden gegen den Zeugen A. B. geltend. Es liegen denn auch keine Anhaltspunkte vor, die gegen die Glaubwürdigkeit des Zeugen bzw. seine Aussagen sprechen würden, auch wenn der Zeuge zur Beklagten in einem Vermittler- und zur Winterthur-Versicherung in einem Agenturverhältnis steht. Daher kann von seinen Aussagen ausgegangen werden.

Sowohl aus dem Schreiben vom 23.1.1998 als auch aus der Zeugenbefragung geht hervor, dass A. B. im Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses und auch später über die psychischen Probleme des Antragstellers nicht informiert war. Es ist denn auch glaubhaft, dass H. Sch., der seine psychischen Probleme selbst nicht wahrhaben wollte, den Versicherungsagenten nicht auf entsprechende Störungen hinwies. Entgegen der Ansicht der Klägerin konnte er daher - entsprechend seiner Zeugenaussage - dem Antragsteller auch nicht gesagt haben, er müsse seine psychischen Probleme nicht deklarieren. Dagegen wusste er aber immerhin, dass ihm vom Arzt Dr. K. ein Aufenthalt von mehreren Wochen in der Klinik in G. verschrieben wurde, was notwendigerweise zu einer entsprechenden Arbeitsunfähigkeit führte. Dennoch und obwohl klarerweise in Frage 3 und 6 danach gefragt worden war, nahm er diese Angaben in seinem Formular über den Gesundheitszustand des Antragstellers nicht auf. Der Vorwurf der Klägerin, die Anzeigepflichtverletzung sei durch den Versicherer bzw. durch ihren Agenten A. B. verursacht worden, kann daher nicht völlig von der Hand gewiesen werden. Auch hätte ihn die Einweisung des Antragstellers in die Klinik in G. darauf aufmerksam machen müssen, dass es sich beim Aufenthalt des Antragstellers nicht um einen üblichen Erholungsaufenthalt anstelle von den üblichen Ferien handeln konnte, sondern dass es um etwas Schwerwiegenderes gehen musste. Trotzdem ist das Nichtangeben des Aufenthalts in G. durch den Agenten plausibel erklärbar. Einerseits war er vom Antragsteller - soweit ersichtlich - nicht über den wahren Grund dieses Aufenthalts informiert worden. Daher brachte er diesen Aufenthalt mit der ihm bekannten Überarbeitungssituation des Antragstellers in Verbindung und diese wiederum mit den früheren Herzproblemen, die eine Herabsetzung der Leistungsfähigkeit zur Folge hatten, und nach Meinung von A. B. durch den Aufenthalt gelöst werden konnten. Aus der Zeugenaussage von Dr. K. geht jedoch hervor, dass es sich nicht um eine einfache Überlastungssituation handelte. Diese war höchstens mitverursachende Ursache der beim Antragsteller diagnostizierten Erschöpfungsdepression. Andererseits bestanden für A. B. keine klaren Anhaltspunkte für psychische Probleme auf Seiten des Antragstellers. Demzufolge führten die unvollständige Information von A. B. durch den Antragsteller und die Tatsache, dass die psychischen Probleme des Antragstellers für einen Dritten nicht ohne weiteres erkennbar waren, zur unvollständigen Beantwortung dieser Fragen. Da beim Ausfüllen offenbar keine Unsicherheiten auftauchten und der Antragsteller auch keine entsprechenden Fragen stellte, kamen dem Agenten B. bei der Beantwortung der klar formulierten Fragen auch keine Aufklärungs- und Belehrungspflichten zu. Zusammengefasst kann ihm nicht nachgewiesen werden, dass er den Antragsteller falsch belehrt hätte und die unvollständigen Antworten demzufolge durch das Mitwirken von A. B. verschuldet worden wären.

Kenntnis oder Kennenmüssen der verschwiegenen Tatsachen: Die Klägerin macht geltend, Dr. W. habe mit Arztberichten vom 21.11.1988, 17.2.1989 und 31.3.1989 der

Winterthur-Regionaldirektion angezeigt, dass der Versicherungsnehmer an einem Erschöpfungszustand bei chronischer Arbeitsüberlastung leide und sich deshalb in der Klinik in G. befinde. Zudem habe die Beklagte, Agentur Kriens-Grosshof, der Firma des Antragstellers aufgrund des Erschöpfungszustands Taggeldleistungen erbracht. Auch von daher hätte sich die Beklagte nicht darauf berufen können, dass sie seinen Zustand nicht kenne. Die Beklagte wendet dagegen ein, die Taggeldleistungen hätten den Bereich der Krankenversicherung und damit die "Winterthur-Versicherungen", der vorliegende Antrag vom 14.8.1990 jedoch die "Winterthur Leben", eine eigenständige und unabhängige Gesellschaft, betroffen. Eine Koordination der Akten oder ein Austausch von Informationen zwischen diesen Gesellschaften erfolge nur auf entsprechenden Hinweis des Versicherungsnehmers.

Der Versicherer kann, auch wenn die Anzeigepflicht verletzt ist, vom Verträge nicht zurücktreten, wenn er die verschwiegene Tatsache gekannt hat oder gekannt haben muss (Art. 8 Ziff. 3 VVG). Der Versicherer muss in seinem eigenen Betrieb in zumutbarer Weise hinsichtlich der verschwiegenen Tatsache nachforschen. Er ist jedoch nicht verpflichtet, sich bei anderen Versicherern zu erkundigen oder Erhebungen anzustellen, wenn er Verdacht auf eine Anzeigepflichtverletzung hat. Somit dürfte eine eng begrenzte Erkundigungspflicht zu bejahen sein. Nur die Kenntnis oder das Kennenmüssen des Versicherers oder seines Vertreters wird nach Ziff. 3 beachtet. Dabei wird das Wissen des Abschlussagenten, der zum selbständigen Vertragsabschluss ermächtigt ist, nicht jedoch das des Vermittlungsagenten dem Versicherer angerechnet. Diejenigen Gefahrstatsachen, die derselbe Versicherungsnehmer demselben Versicherer beim Abschluss eines früheren, aber noch laufenden Vertrages derselben oder einer anderen Versicherungsart deklariert hat, müssen diesem Versicherer bekannt sein. Das trifft dagegen nicht zu hinsichtlich solcher Tatsachen, die einem anderen Versicherer, mag dieser auch zu jenem Versicherer z.B. im Verhältnis von Mutter- und Tochtergesellschaft stehen, deklariert worden sind (Maurer, a.a.O., Fn 553a und 557a Roelli/Keller, a.a.O., S. 161 ff., insbes. S. 163).

Wie die Klägerin zu Recht geltend macht, gingen am 21.11.1988, 17.2.1989 und 31.3.1989 Arztberichte von Dr. W. der "Winterthur-Versicherungen", Regionaldirektion Luzern, zu. Daraus geht hervor, dass der Patient seit Monaten unter einem Erschöpfungszustand bei chronischer Arbeitsüberlastung litt, vom 3.11.1988 bis 13.11.1988 zu 80%, vom 14.11.1988 bis 15.1.1989 zu 100% und vom 16.1.1989 bis 5.3. 1989 zu 50% arbeitsunfähig war sowie sich ab 14.11.1988 in der Klinik für medizinische Rehabilitation in G. aufhielt. Im Zwischenbericht vom 31.3.1989 wurde dabei festgehalten, dass sich die Beschwerden sehr langsam bessern würden, und die ärztliche Behandlung noch fünf Monate dauern dürfte. Entsprechend der verschriebenen Arbeitsunfähigkeit wurden Krankentaggelder für den Antragsteller ausbezahlt. Diese Fakten über den Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers waren demzufolge den "Winterthur-Versicherungen", Regionaldirektion Luzern, schon vor dem Abschluss einer Todesfallrisikoversicherung, vom 14.8.1990 bekannt gewesen. Die Klägerin hat indes weder substantiiert behauptet noch bewiesen, dass auch die Beklagte die erwähnten Arztberichte - etwa im Zusammenhang mit Abklärungen zu den deklarierten Herzproblemen von H. Sch. - tatsächlich eingesehen und damit gekannt hat.

Streitig ist dagegen, ob das Wissen der "Winterthur-Versicherungen" auch der Beklagten ("Winterthur Leben") anzurechnen ist. Im vorliegenden Fall war der Ehemann der Klägerin bei den "Winterthur-Versicherungen" versichert und gleichzeitig, was die Lebensversicherung betrifft, bei der Beklagten, einer selbständigen Gesellschaft des gleichen Konzerns. Dass es sich bei der Beklagten und den "Winterthur-Versicherungen" um selbständige Gesellschaften handelt, die im gleichen Konzern organisiert sind, geht auch aus der Zeugenaussage von A. B. hervor (vgl. Handschin, Der Konzern im geltenden schweizerischen Privatrecht, Zürich 1994, S. 21). Eine dem Mutterunternehmen anvertraute Information kann grundsätzlich an ein Tochterunternehmen weitergeleitet werden, ohne dass eine Weiterleitung an Dritte vorliegt, weil in beiden Fällen institutionelle Mechanismen bestehen, die verhindern, dass Informationen an Aussenstehende weitergegeben

werden (Handschin, a.a.O., S. 272 ff., insbes. S. 274). Zudem hat der Antragsteller beim Ausfüllen des Antrags zur Todesfallrisikoversicherung Institutionen, die über seinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, von der Geheimnispflicht entbunden. Daher wäre es grundsätzlich möglich gewesen, dass die eine Unternehmung Einblick genommen hätte in die Akten eines andern Unternehmens des vorliegenden Konzerns. Aufgrund der obigen Erwägungen ergibt sich jedoch, dass in der herrschenden Literatur und Rechtsprechung von einer eng begrenzten Erkundigungspflicht ausgegangen wird, und Nachforschungen hinsichtlich verschwiegener Tatsachen nur im eigenen Betrieb, nicht aber bei anderen Betrieben desselben Konzerns, grundsätzlich zumutbar sind. Da die Beklagte zudem selbst keinen Verdacht auf eine Anzeigepflichtverletzung hatte und auch der Antragsteller keinen Hinweis auf die sich bei der "Winterthur-Versicherungen" befindlichen Arztberichte machte, war sie weder veranlasst noch verpflichtet, Erkundigungen bei andern Konzern-Unternehmungen über den Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers einzuholen. Gerade im vorliegenden Fall ist dies nicht ganz unproblematisch, da für einen Laien die Eigenständigkeit bzw. die interne Organisation eines Konzerns kaum transparent sein dürfte, wie die Klägerin zu Recht geltend machte. Die Selbständigkeit der beiden Unternehmen dürfte durch den Versicherungsnehmer umso weniger realisiert worden sein, nachdem für ihn in Versicherungsfragen jeweils A. B. Ansprechpartner war, der ihn in Versicherungsfragen seit 1986 umfassend und nicht nur in Bezug auf die Lebensversicherung beraten hat. Immerhin musste es jedoch auch für ihn klar sein, dass es sich bei den "Winterthur-Versicherungen" einerseits und der Beklagten andererseits um zwei verschiedene Versicherungszweige handeln musste, die nicht notwendigerweise zusammen, sondern - falls überhaupt - unabhängig voneinander und auch bei verschiedenen Versicherungsunternehmen hätten abgeschlossen werden können. Dazu kommt, dass, selbst wenn A. B. aufgrund seiner Tätigkeit bei den "Winterthur-Versicherungen" Kenntnis der gesundheitlichen Probleme des Antragstellers gehabt hätte, sein Wissen als Vermittlungsagent bei der Beklagten dieser nicht angerechnet werden kann, wie sich aus den einleitenden Erwägungen ergibt. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beklagte gemäss Art. 8 Ziff. 3 VVG von den verschwiegenen Tatsachen weder Kenntnis hatte noch diese aus andern Gründen hätte kennen müssen. Ein Rücktritt vom Versicherungsvertrag durch die Beklagte ist daher nicht grundsätzlich ausgeschlossen.

Rücktrittsfrist: Die Klägerin macht geltend, die Rücktrittserklärung sei verspätet erfolgt. Der Beklagten sei die Krankheit des Antragstellers mit Arztberichten vom 21.11.1988, 17.2.1989 und 31. 3.1989 von Dr. W. mitgeteilt worden. Die Agentur Kriens-Grosshof habe ihm Taggeldleistungen erbracht. Zudem habe Dr. H. K. mit Schreiben vom 18.12.1995 in einem ärztlichen Zeugnis an die Beklagte, zuhanden der Generalagentur G. I. in L., mitgeteilt, der Versicherungsnehmer sei vom Oktober 1988 bis Mai 1989 sowie im Sommer 1991 bei ihm aufgrund von Erschöpfungszuständen in Behandlung gewesen. Die Beklagte bestreitet, dass der Rücktritt zu spät erklärt worden sei. Sie habe erst am 17.1.1996 von Dr. W. vom Klinikaufenthalt in G. erfahren und damit sichere Kenntnis von einer Anzeigepflichtverletzung erhalten. Am 18.1.1996 habe sie zudem erstmals von Dr. K. erfahren, dass es sich bei der vierwöchigen Hospitalisation in G. um einen Aufenthalt gehandelt habe, der die Psyche des Versicherten betreffe. Die Argumentation der Klägerin gehe fehl, wenn sie von den Arztberichten von Dr. W. auf die Kenntnis des Versicherers über den Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers schliesse. Diese Berichte seien an die "Winterthur-Versicherungen" gerichtet gewesen und hätten den Bereich Krankenversicherung betroffen. Zudem sei sie auch nicht mit Schreiben vom 18.12.1995 veranlasst worden, weitere Nachforschungen im Hinblick auf eine allfällige Anzeigepflichtverletzung zu tätigen, da es noch keine Indizien für eine solche gegeben habe.

Die Rücktrittserklärung ist nach Art. 6 VVG verspätet, wenn sie nicht binnen vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, erfolgt. Die Rücktrittsfrist beginnt erst zu laufen, wenn der Versicherer vollständig über alle Punkte, welche die Verletzung der Anzeigepflicht betreffen, orientiert ist und er davon tatsächliche Kenntnis hat. Blosser Vermutungen, Tatsachen, welche den Versicherer dazu

veranlassen könnten, die Auskünfte des Antragstellers und Versicherungsnehmers zu überprüfen, genügen nicht, um den Fristenlauf auszulösen. Die Einhaltung, der Frist ist durch den Versicherer zu beweisen (Maurer. a.a.O., Fn 553a mit weiteren Hinweisen, BGE 118 II 338 E. 3 = Pra 82 Nr. 210, S. 799, BGE 119 V 287 f. E. 5).

Wie bereits erwähnt, waren die Arztberichte von Dr. W. vom 21.11.1988, 17.2.1989 und 31.3.1989 an die "Winterthir-Versicherungen", Regionaldirektion Luzern, einer gegenüber der Beklagten selbständigen Versicherung gerichtet.

Daher kann dieses Wissen nur diesem Unternehmen, nicht jedoch der Beklagten angerechnet werden. Auch die Taggeldleistungen dürften kaum, wie die Klägerin geltend macht, von der Agentur Kriens-Grosshof, deren Leiter der Zeuge A. B. ist, ausgelöst worden sein. Viel eher ist davon auszugehen, dass diese von der Regionaldirektion ausbezahlt wurden, wie die Klägerin in ihrer späteren Eingabe anführt. Damit ist einerseits nicht bewiesen, dass A. B. von den Taggeldzahlungen Kenntnis hatte, andererseits kann auch dieses Wissen der Regionaldirektion aus den oben genannten Gründen der Beklagten nicht angerechnet werden. Demzufolge kann die Klägerin daraus nichts für den Beginn des Fristenlaufes ableiten. Zu prüfen bleibt jedoch, ob das Schreiben vom 18.12.1995 oder dasjenige vom 15.1.1996 den Fristenlauf ausgelöst hat.

Dr. J. K. bestätigte in seinem Schreiben vom 18.12.1995 an die Beklagte, dass er in der fraglichen Zeit vor Abschluss der Todesfallrisikoversicherung den Patienten vom Oktober 1988 bis Mai 1989 behandelt habe. Es habe sich um Erschöpfungszustände mit körperlichen und psychischen Symptomen als Folge einer chronischen beruflichen Überforderungssituation bei einem "Workaholic" gehandelt. Damit musste der Beklagten erstmals bewusst werden, dass der Versicherte während längerer Zeit bei einem Psychotherapeuten in Behandlung war, und es sich demzufolge nicht nur um eine geringfügige Gesundheitsstörung handeln konnte. Allerdings hatte sie mit diesem Schreiben noch keine sichere Kenntnis davon, dass der Versicherte die Anzeigepflicht verletzt hatte. Erst durch den Fragebogen, der vom damaligen Hausarzt Dr. W. am 12.1.1996 ausgefüllt worden war, erhielt die Beklagte Kenntnis von dessen Diagnose, die auf depressive Grundstimmung lautete, und vom Aufenthalt in G., der vom 16.11.1988 bis 12.12.1988 dauerte. In diesem Zeitpunkt musste der Beklagten klar sein, dass die Frage 6 vom Antragsteller nicht vollständig beantwortet worden war und dass dieser daher seine Anzeigepflicht verletzt hatte. In seinem weitem Schreiben vom 15.1.1996 hielt Dr. J. K. fest, dass er mit dem Patienten in der Zeit vom 10. 10. 1988 bis 5.5.1989 acht Sitzungen sowie verschiedene Telefonate abgehalten habe. Gleichzeitig erwähnte er die Hospitalisation zur Erholung, in G. vom 16.11.1988 bis 12.12.1988 und dass der Antragsteller ab 15.12.1988 wieder als voll arbeitsfähig angesehen worden sei. Dabei handelte es sich um weitere Informationen, die der Beklagten zeigten, dass der Erschöpfungszustand des Versicherten einen Aufenthalt in der Klinik in G. während vier Wochen notwendig machte. Unabhängig davon, ob vom Fragebogen vom 12.1.1996 von Dr. W. oder vom Schreiben vom 15.1.1996 von Dr. J. K. als fristauslösende Information ausgegangen wird, wird die Frist gemäss Art. 6 VVG mit Rücktrittserklärung vom 2.2.1996 gewahrt.

Ergebnis: Damit steht fest, dass die Beklagte unter Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzungen vom Versicherungsvertrag zurückgetreten ist. Die Versicherungsleistung ist damit nicht geschuldet, was zur Klageabweisung führt.

Kosten: Die unterliegende Klägerin hat die Prozesskosten zu tragen (§ 119 Abs. 1 ZPO). Bei der Kostennote von Rechtsanwalt A. F. ist festzuhalten, dass seine Leistungen, die vor dem 1.1.1999 erbracht worden sind, zu einem MWSt-Satz von 6,5 % und nur diejenigen ab 1.1.1999 zu einem MWSt-Satz von 7,5% abzurechnen sind (Weisung des Obergerichts vom 4.12.1998).

## Rechtsspruch

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin hat die Prozesskosten zu tragen.

Die Gerichtskosten betragen pauschal Fr. 3400.-- (inkl. Zeugenlohn von Fr. 400.--) und werden mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 3'000.-- verrechnet. Demnach hat die Klägerin dem Amtsgericht Luzern-Land noch Fr. 400.-- zu bezahlen.

Die Kostennote von Rechtsanwalt A. F. wird auf Fr. 9'156.45 (inkl. Fr. 165.-- Auslagen und Fr. 330.85 MWSt [6,5% von Fr. 5'090.--] und Fr. 260.60

MWSt [7,5% von Fr. 3'475.--]) festgelegt. Demnach hat die Klägerin der Beklagten den Betrag von Fr. 9'156.45 zu bezahlen.

Gegen dieses Urteil ist die Appellation zulässig (§§ 245 ff. ZPO). Die Appellationserklärung ist innert 20 Tagen seit Zustellung des Urteils schriftlich beim Obergericht des Kantons Luzern einzureichen (in je einem Exemplar für das Gericht und jede Gegenpartei). Sie muss die Anträge auf Änderung des erstinstanzlichen Rechtsspruchs enthalten. Das angefochtene Urteil ist beizulegen.

Dieses Urteil ist den Parteien zuzustellen.