

Abteilung 1

Präsident Weingand, Bezirksrichterin Fessler und Bezirksrichter Zumthurn,  
Gerichtsschreiberin Küng

## Urteil vom 11. November 2013

A.  
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Alex Beeler,

Klägerin

gegen

X. Versicherungen

Beklagte

betreffend Forderung aus Krankentaggeldversicherungsvertrag

## Sachverhalt

1. Mit Klage vom 20.2.2013 beantragte die Klägerin, es sei festzustellen, dass die Kündigung der Krankentaggeld-Police vom 26.7.2012 ungültig und die Police vom 17.3.2011 nach wie vor wirksam sei. Die Beklagte habe ihr für die Zeit vom 12.6.2012 bis 30.10.2012 Taggelder im Umfang von Fr. 32'250.35 zuzüglich 5% Zins seit der Ladung zur Schlichtungsverhandlung unter Vorbehalt des Nachklagerechts für die Taggelder ab 31.10.2012 auszurichten; dies alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten.
2. In ihrer Klageantwort vom 15.4.2013 schloss die Beklagte auf vollumfängliche Klageabweisung; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Klägerin.
3. Mit Eingabe vom 20.3.2013 korrigierte die Klägerin ihren Forderungsbetrag auf Fr. 36'491.25 (amtl. Bel. 4).
4. Am 21.6.2013 erging eine Beweisverfügung und es wurde den Parteien mitgeteilt, dass der Prozess vorerst auf die Frage der Nichtigkeit des Versicherungsvertrages im Sinne von Art. 9 VVG und auf die Frage der rechtmässigen Kündigung im Sinne von Art. 6 und Art. 8 Ziff. 6 VVG beschränkt wird. Gleichzeitig wurden die Parteien aufgefordert mitzuteilen, welche AVB sie ihrem gemeinsamen Versicherungsvertrag zu Grunde legen, da in der Police-Nr. \_\_\_\_\_ die AVB Ausgabe 05.2007 erwähnt werde (amtl. Bel. 5).
5. Die Klägerin reichte am 24.6.2013 die AVB Ausgabe 05.2007 ein (amtl. Bel. 6) und die Beklagte teilte am 27.6.2013 mit, dass vorliegend die AVB Ausgabe 05.2007 massgebend sei.
6. Mit beschränkter Replik vom 14.8.2013 bzw. beschränkter Duplik vom 9.9.2013 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.
7. Mit Schreiben vom 12.9.2013 bzw. 18.9.2013 verzichteten die Parteien auf eine Hauptverhandlung sowie einen schriftlichen Schlussvortrag. Die Klägerin reichte gleichzeitig ihre Kostennote ein, während die Beklagte erklärte, eine allfällige Parteientschädigung sei vom Gericht ermessensweise festzusetzen (amtl. Bel. 10 bis 13).

## Erwägungen

1. Die Klägerin ist einziges Organ der Firma B. mit Sitz in \_\_\_\_\_  
Der Zweck dieser AG ist die Durchführung von Systemberatungen in den Bereichen Kunststofftechnik und Werkstoffingenieurwesen. Zwischen der Gesellschaft und der Beklagten wurde eine Krankentaggeldversicherung für Kleinunternehmen mit 100%-iger Versicherungsdeckung bei einer Wartezeit von 30 Tagen bei Krankheit abgeschlossen. Im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag füllte die Klägerin am 12.3.2010 eine Gesundheitsdeklaration aus (kläg. Bel. 1). Die Klägerin meldete am 22.6.2012 ihre Arbeitsunfähigkeit bei der Beklagten an.
  
2. Strittig sind Leistungen aus einer Kollektiv-Krankentaggeldversicherung, mithin aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Derartige Zusatzversicherungen unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG; SR 221.229.1). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 2.1 442; Urteil BGer 4A.532/2009 vom 5.3.2010 E. 1), wobei Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ein vereinfachtes Verfahren sowie die Untersuchungsmaxime vorschreibt (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO). Für das vorliegend zu beurteilende Vertragsverhältnis gelten somit - neben den Vertragsbestimmungen - die Regelungen des VVG.
  
3. Die Klägerin macht zur Begründung ihrer Forderung im Wesentlichen geltend, sie habe bei der Gründung ihres Unternehmens den versicherungsrechtlichen Rat der Firma C. eingeholt. D. von der Firma C. habe den Kontakt vermittelt und die Gesundheitsdeklaration ausgefüllt. Sie habe darauf vertraut, dass der Fachmann D. dies rechtskonform ausfülle. Entsprechend habe sie nebst D. die Deklaration am 12.3.2010 unterzeichnet. Am 22.6.2012 habe sie bei der Beklagten eine Arbeitsunfähigkeit ab 12.6.2012 angemeldet. Mit Arztzeugnissen vom 18.9.2012 und 16.10.2012 habe der behandelnde Psychiater, Dr. med. E. eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 12.6.2012 und eine 70%ige ab 16.10.2012 attestiert. Mit Hinweis auf den Bericht von Dr. med. E. vom 9.7.2012 habe die Beklagte geltend gemacht, sie habe Frage 6 der Gesundheitsdeklaration nicht wahrheitsgetreu beantwortet. Sie habe die vom 3.7.2007 bis 29.2.2009 erfolgte Behandlung bei Dr. med. E. nicht korrekt deklariert, weshalb die Beklagte unter Berufung auf Art. 6 Abs. 1 VVG vom Ver-

trag zurücktrete. Sie habe jedoch in Ziff. 6 der Gesundheitsdeklaration erklärt, dass sie letztmals im Jahre 2009 in Behandlung gewesen sei. Diese Aussage werde von Dr. med. E. in seinem Bericht vom 9.7.2012 bestätigt, weshalb sie die Frage 6 der Gesundheitsdeklaration somit wahrheitsgemäss beantwortet habe.

4. Dagegen wendet die Beklagte im Wesentlichen ein, die Klägerin habe die Gesundheitsdeklaration vom 12.3.2010 nicht wahrheitsgetreu ausgefüllt, indem sie die Behandlung bei Dr. med. E. vom 3.7.2007 bis 29.2.2009, die dieser Behandlung zugrunde liegende Diagnose einer Neurasthenie sowie den behandelnden Arzt selber nicht erwähnt habe. Es sei einzig eine Kontrolle vom Juni 2009 festgehalten. Es handle sich vorliegend nicht um eine ungenaue Deklaration, sondern vielmehr um eine nicht wahrheitsgetreue Beantwortung einer für die Beklagte erheblichen Frage, wie sie auch im Rahmen des Schriftverkehrs stets betont habe.

5. Es ist zu prüfen, ob eine Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Gemäss Art. 6 VVG wird die Anzeigepflicht verletzt, wenn der Versicherte bei Abschluss des Versicherungsvertrages eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat. Der Begriff der erheblichen Gefahrstatsache wird in Art. 4 VVG näher umschrieben. Gemäss dieser Bestimmung hat der Antragsteller dem Versicherer an Hand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm beim Vertragsschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen (Art. 4 Abs. 1 VVG). Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Art. 4 Abs. 2 VVG). Die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet (Art. 4 Abs. 3 VVG). Eine Neurasthenie bzw. eine rund 1 ½ jährige Behandlung deswegen ist als erhebliche Gefahrstatsache im Sinne von Art. 4 VVG einzustufen.

5.1 Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Anzeigepflichtverletzung vorliegt, muss zunächst geprüft werden, ob die vom Versicherer formulierten Fragen bestimmt und unzweideutig sind (vgl. Art. 4 Abs. 3 VVG). Keine Anzeigepflichtverletzung liegt vor, wenn die Frage insofern mehrdeutig gestellt wurde, dass die gegebene Antwort aufgrund der Art und Weise, wie die Frage vom Antragssteller nach Treu und Glauben verstanden werden könnte, als wahrheitsgemäss erscheint (BGE 136 III 334 E. 2.3 = Pra 2011 Nr. 20). Hat der Anzeige-

pflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam (Art. 6 Abs. 1 VVG). Der Ausdruck "verschwiegen hat" bedeutet im Kontext des Art. 6 Abs. 1 Satz 1 VVG, dass der Anzeigepflichtige es unterlassen hat, die betreffende Gefahrstatsache dem Versicherer mitzuteilen. Eine Verheimlichung der Tatsache mit der Absicht, sie dem Versicherer zu unterschlagen, ist nicht erforderlich, ansonsten Tatsachen, die der Anzeigepflichtige nur "kennen musste", nicht verschwiegen werden könnten (Nef/von Zedtwitz, Basler Kommentar, Nachführungsband, 2012, ad N 3 zu Art. 6 VVG). Die Beweislast für die eine Anzeigepflichtverletzung begründenden Umstände obliegt in Übereinstimmung mit Art. 8 ZGB dem Versicherer. Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, über die vertraglichen Abmachungen hinaus an der Erhellung von wesentlichen Umständen für eine allfällige Anzeigepflichtverletzung mitzuwirken. Art. 6 VVG sieht keine Beweiserleichterung im Sinne einer Mitwirkungspflicht des Versicherungsnehmers vor. Bei offen gehaltenen Fragen wie "Bestanden in den letzten 5 Jahren jemals Krankheiten...?" ist eine Anzeigepflichtverletzung nur mit grosser Zurückhaltung anzunehmen. Verneint wurde die Anzeigepflichtverletzung bspw. in folgendem Fall: In Anbetracht der weit gefassten Frage durfte der ärztlicherseits als einfach strukturiert beschriebene Versicherte unter "Krankheiten" in guten Treuen nur solche Gesundheitsstörungen verstehen, die zu "nicht ganz kurzfristigen Arbeitsunfähigkeiten und Absenzen" vom Arbeitsplatz oder zu "weitergehenden therapeutischen Massnahmen" geführt haben. Er durfte die Frage nach einer momentanen ärztlichen Behandlung verneinen, da er im Zeitpunkt der Unterzeichnung des Fragebogens wie auch in den Monaten zuvor "nicht in ärztlicher Behandlung stand". Der Versicherte wusste wohl um seinen überdurchschnittlich hohen Alkoholkonsum oder hätte bei gebotener Sorgfalt zumindest darum wissen müssen. Dies bedeutet jedoch nicht ohne weiteres, dass er sich zugleich einer anzeigepflichtigen "Krankheit" bewusst war oder hätte sein müssen. In casu litt der alkoholranke Versicherte an einer schweren Leberschädigung (Nef/von Zedtwitz, a.a.O., Kasuistik zu Art. 6 VVG). Ob eine Anzeigepflicht verletzt ist, beurteilt sich verschuldensunabhängig nach subjektiven (nach dem, was der Antragssteller weiss) und nach objektiven (war er wissen musste) Kriterien. Bei der Anwendung des objektiven Kriteriums sind die individuellen Umstände des Einzelfalls, die persönlichen Eigenschaften (Intelligenz, Bildungsgrad, Erfahrung) und die persönlichen Verhältnisse des Antragsstellers zu berücksichtigen. Entscheidend ist somit, ob und inwieweit der Antragssteller nach seiner Kenntnis der Verhältnisse und gegebenenfalls nach den ihm von fachkundiger Seite erteilten Aufschlüssen eine Frage des Versicherers in

guten Treuen verneinen durfte. Fragt der Versicherer nach Vorerkrankungen, so muss der Antragssteller jene gesundheitlichen Störungen anzeigen, denen er nach ernsthaftem Nachdenken mit der ihm zumutbaren Sorgfalt Krankheitswert beimessen muss (Nef/von Zedtwitz, Nachführungsband, ad N 26 zu Art. 4 VVG).

5.2 Im vorliegenden Fall lautete die zur Diskussion stehende Frage 6 (kläg. Bel. 1): Waren Sie in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Naturheilarzt, Therapeuten, in einer Klinik, Kur, krank oder verunfallt? Wenn ja, bitte nähere Angaben: Grund, Diagnose. Die Frage ist vorliegend unzweideutig gestellt und die Klägerin musste sie ohne Schwierigkeiten verstehen.

Die Klägerin bejahte diese Frage und erklärte: Behandlung von bis: "6.09"; Name und Adresse der behandelnden Stelle: "Kontrolle i.O."; Behandlung abgeschlossen: "Ja" (angekreuzt).

Aus ihren Ausführungen die Behandlung bei Dr. med. E. sei vor dem Abschluss des fraglichen Krankentaggeldversicherungsvertrages bereits abgeschlossen gewesen, kann die Klägerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Frage auf der Gesundheitsdeklaration lautet explizit "waren sie in den letzten 5 Jahren (...)". Diesen ersten Teil der Frage hat die Klägerin korrekt mit "Ja" (angekreuzt) beantwortet. Die Frage ist damit jedoch noch nicht abschliessend beantwortet, vielmehr heisst es "wenn ja, bitte nähere Angaben: Grund Diagnose", "Behandlung von/bis" sowie "Name und Adresse der behandelnden Stelle" und "Behandlung abgeschlossen ja/nein". Zum Grund und zur Diagnose hat die Klägerin keine näheren Angaben gemacht, jedoch mit der Beantwortung der nachfolgenden Fragen den Eindruck erweckt, dass es eine einmalige ärztliche Kontrolle im Juni 2009 gegeben hatte. Im Gesamtkontext der Frage und der - wie die Klägerin selber ausführt - etwas dürftig ausgefallenen Antwort ergibt sich, dass die Klägerin in einer einmaligen Kontrolle im Juni 2009 war, anlässlich welcher keine Diagnose/Krankheit gestellt bzw. diagnostiziert wurde und als "alles i.O." und somit auch als "Behandlung abgeschlossen" deklariert werden konnte. Gerade das Wort "Kontrolle" impliziert, dass keine Diagnose gestellt wurde bzw. es sich um eine einmalige Routinekontrolle gehandelt hat. Die Behandlung bei Dr. med. E. dauerte vom 3.7.2007 bis 29.2.2009. Dieser stellte die Diagnose Neurasthenie (F48.0) (kläg. Bel. 3). Das Verschweigen dieser über 1 ½ Jahre dauernden Behandlung bei Dr. med. E. ist als Anzeigepflichtverletzung zu werten.

5.3 Gestützt auf die vorangehenden Ausführungen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Klägerin mit dem Verschweigen der Behandlung bei Dr. med. E.

die Anzeigepflicht im Sinne von Art. 6 VVG verletzt hat. Es ist daher in einem nächsten Schritt zu prüfen, ob die Beklagte tatsächlich berechtigt war, den Vertrag zu kündigen oder ob ihr dies gestützt auf Art. 8 Ziff. 6 VVG verwehrt war.

6. Trotz der Anzeigepflichtverletzung (Art. 6 VVG) kann der Versicherer den Vertrag nicht kündigen, wenn der Anzeigepflichtige auf eine ihm vorgelegte Frage eine Antwort nicht erteilt, und der Versicherer den Vertrag gleichwohl abgeschlossen hat. Diese Bestimmung findet keine Anwendung, wenn die Frage, auf Grund der übrigen Mitteilungen des Anzeigepflichtigen, als in einem bestimmten Sinne beantwortet angesehen werden muss und wenn diese Antwort sich als Verschweigen oder unrichtige Mitteilung einer erheblichen Gefahrstatsache darstellt, die der Anzeigepflichtige kannte oder kennen musste (Art. 8 Ziff. 6 VVG). Ob die durch den Versicherungsnehmer nicht ausdrücklich beantwortete Frage stillschweigend, d.h. als in einem bestimmten Sinne beantwortet angesehen werden muss, ist im Lichte der übrigen Mitteilungen des Anzeigepflichtigen zu beurteilen. Diese Regel stützt sich auf das bei der Auslegung von Verträgen gültige Vertrauensprinzip ab, gemäss dem eine unklare Äusserung im vertraglichen Kontext zu verstehen ist. Die nicht ausdrücklich beantwortete Frage ist als "in einem bestimmten Sinne beantwortet" anzusehen, wenn sie mit einer anderen, beantworteten Frage in einem so engen Zusammenhang steht, dass aus dem Stillschweigen nach dem Grundsatz von Treu und Glauben eine bestimmte Äusserung entnommen werden muss. Bei der Auslegung des Stillschweigens dürfen auch ausserhalb der Gefahrsdeklaration liegende Momente, welche im Zusammenhang mit der nicht beantworteten Frage stehen, herangezogen werden. Erweist sich das Stillschweigen als Verschweigen oder unrichtige Mitteilung einer erheblichen Gefahrstatsache, die der Versicherungsnehmer kannte oder kennen musste, so steht dem Versicherer das in Art. 6 VVG vorgesehene Rücktrittsrecht zu (Nef, Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, 2001, N 33 f. zu Art. 8 VVG).

6.1 Die Klägerin gab auf der Gesundheitsdeklaration vom 12.3.2010 an, dass im Juni 2009 eine Kontrolle stattgefunden hat. Mit dieser Antwort hat die Klägerin den Eindruck erweckt, dass lediglich eine einzige Kontrolle stattfand. Im Gesamtkontext ist diese Frage nicht als unbeantwortet anzusehen. Dies nicht zuletzt, weil die Klägerin unter Frage 12 ihren Hausarzt F. \_\_\_\_\_ angegeben hat. Es kann durchaus sein, dass die Klägerin im Juni 2009 bei ihrem Hausarzt - oder auch einem anderen Arzt wie bspw. einem Gynäkologen - in einer jährlichen Routinekontrolle war, was keine Besonderheit dar-



6.2 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beklagte berechtigt war, den Versicherungsvertrag mit der Klägerin zu kündigen. Gemäss Art. 6 VVG (gültig seit 1.1.2006) gilt das Kündigungsrecht ex nunc, das heisst ohne Rückwirkung. Dem Versicherer wird die Befreiung von der Pflicht zur Erbringung seiner Leistung nur unter der Bedingung eingeräumt, dass ein Kausalzusammenhang zwischen der verschwiegenen oder unrichtig erklärten Tatsache und dem in der Folge eingetretenen Schaden besteht (Pra 2013 Nr. 7; Gauch, Das Kündigungsrecht des Versicherers bei verletzter Anzeigepflicht des Antragstellers, in: ZBJV 2006, S. 361 ff.). Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam (Art. 6 Abs. 1 VVG). Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat (Art. 6 Abs. 2 VVG).

6.3 Die Beklagte kündigte den Versicherungsvertrag mit Schreiben vom 26.7.2012 (kläg. Bel. 4), nachdem sie mit Bericht von Dr. med. E. vom 9.7.2012 von der Anzeigepflichtverletzung erfahren hat (kläg. Bel. 3). Die Kündigung erfolgte somit rechtzeitig, was seitens der Parteien im Übrigen nicht bestritten wird. Vorliegend hat die Klägerin gerade die Diagnose Neurasthenie und die diesbezügliche Behandlung bei Dr. med. E. verschwiegen. Der Kausalzusammenhang zwischen der verschwiegenen Tatsache und der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit gestützt auf Neurasthenie ist somit gegeben, weshalb die Beklagte im vorliegenden Fall nicht leistungspflichtig ist.

7. Seitens der Klägerin sind noch Beweisanträge offen. So beantragt die Klägerin D. als Zeugen zu befragen. Auf dessen Einvernahme kann vorliegend verzichtet werden, da es nicht relevant ist, ob D. wusste, wie lange die Klägerin bei wem in einer allfälligen Behandlung war und ob er meinte, die Gesundheitsdeklaration richtig ausgefüllt zu haben. Die Klägerin hätte ihn informieren müssen und hat im Übrigen die Gesundheitsdeklaration auch selbst unterzeichnet. Ebenfalls zu verzichten ist auf eine Parteibefragung mit der Klägerin. Tatsache ist, dass die Gesundheitsdeklaration nicht richtig ausgefüllt wurde; daran ändert auch eine nachträgliche Befragung der Klägerin nichts. Entscheidend ist, wie die Beklagte die Gesundheitsdeklaration verstehen durfte. Eine Expertise ist zur Zeit nicht angezeigt, da der vorliegende Prozess auf die Frage der Nichtigkeit beschränkt ist.

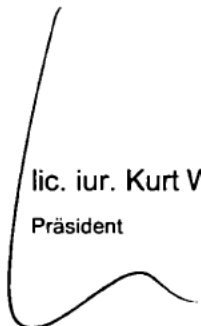
8. Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der Klägerin aufzuerlegen. Gemäss Art. 114 lit. e ZPO dürfen den Parteien im Verfahren vor Gericht über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung grundsätzlich keine Gerichtskosten auferlegt werden. Gleiches galt bereits unter Art. 85 VAG bzw. dem alten VAG (Art. 47 Abs.

2 und 3 aVAG). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu Art. 47 aVAG befreit dies die Parteien nur von Gerichtskosten; eine Parteientschädigung an die obsiegende Gegenpartei bleibt grundsätzlich geschuldet (Urteil BGer 5C.244/2000 vom 9.1.2001 E. 5). Von der Zusprechung einer Parteientschädigung zugunsten der Beklagten ist vorliegend hingegen abzusehen. Denn einer Partei, die nicht berufsmässig vertreten ist, kann nur in begründeten Fällen eine Umtriebsentschädigung zugesprochen werden (Art. 95 Abs. 3 lit. c ZPO; Urteil BGer 5D\_229/2011 vom 16.4.2011 E. 3.3).

Der massgebliche Streitwert beträgt Fr. 36'491.25.

## Rechtsspruch

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
3. Gegen dieses Urteil ist die Berufung zulässig (Art. 308 ff. ZPO). Die Berufung ist innert 30 Tagen seit Zustellung des Urteils schriftlich mit Anträgen und Begründung beim Kantonsgericht einzureichen (in je einem Exemplar für das Gericht und jede Gegenpartei). Das angefochtene Urteil ist beizulegen.
4. Dieses Urteil wird den Parteien und nach Rechtskraft der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht FINMA, Einsteinstrasse 2, 3003 Bern, zugestellt.

  
lic. iur. Kurt Weingand  
Präsident

**Bezirksgericht Luzern**  
**Abteilung 1**



MLaw Sibylle Küng  
Gerichtsschreiberin

