



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 29. August 2019 (731 18 373 / 216)

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung

Aufgrund gültig geschlossenem Kollektivversicherungsvertrag besteht seitens der Beklagten eine Leistungspflicht für sämtliche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bzw. Krankheitsfälle der Klägerin. Davon eingeschlossen sind auch die Schadenfälle, hinsichtlich derer in Verletzung der Anzeigepflicht eine Meldung unterlassen wurde; die Beklagte hat es unterlassen den Vertrag nach Art. 6 Abs. 1 VVG fristgerecht zu kündigen.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

Parteien **A.**____, Klägerin, vertreten durch Dr. Lukas Bopp, Advokat, Hirschgässlein 11, Postfach 257, 4010 Basel

gegen

B.____ **AG**, Beklagte

Betreff Forderung

A.a Die A.____ AG war als private Organisation bei der C.____ AG kollektivkrankentaggeldversichert, als diese infolge Aufgabe des Krankentaggeldgeschäftes den Kollektivvertrag auf den 31. Dezember 2017 kündigte. In der Folge hat die A.____ AG, beraten durch die Versicherungsbrokerin D.____ AG, mit Wirkung per 1. Januar 2018 eine kollektive Krankentaggeld-

versicherung mit der B.____ AG für das gesamte Personal abgeschlossen. Die entsprechende Police bescheinigt bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit Versicherungsschutz im Umfang von 80% der versicherten Lohnsumme für eine Leistungsdauer von 730 Tagen bei einer Wartefrist von 30 Tagen. Die Jahresprämie beläuft sich auf Fr. 56'733.05.

A.b Bereits am 8. Juni 2017 ersuchte die A.____ AG die B.____ AG um Offertstellung, wobei sie auf Nachfrage hin, ob es Arbeitnehmer gäbe, die arbeitsunfähig seien oder die an einer Krankheit leiden würden, bei welcher mit einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 14 Tagen gerechnet werden müsse, fünf Personen als laufende Schadenfälle angab. Anlässlich der Überprüfung des Versicherungsvertrages bat die B.____ AG die A.____ AG am 21. September 2017 um weitere Angaben, namentlich eine Aktualisierung der laufenden Krankheitsfälle. Am 19. Oktober 2017 vermerkte die A.____ AG hinsichtlich der Aufstellung der Krankheitsfälle, dass seit dem 8. Juni 2017 keine neuen Krankheitsfälle zu verzeichnen seien. Im Zuge der Übernahme der laufenden Schadenfälle holte die B.____ AG bei der C.____ AG zusätzliche Informationen ein, welche dieselbe am 17. Januar 2018 über die ihr bekannten Schadenfälle orientierte.

A.c Daraufhin teilte die B.____ AG der A.____ AG mit Schreiben vom 5. Februar 2018 mit, die Überprüfung der Unterlagen habe ergeben, dass die Angaben über die laufenden Krankheitsfälle unvollständig gewesen seien. Dies stelle eine Gefahrserhöhung mit Zutun des Versicherungsnehmers und damit eine Anzeigepflichtverletzung dar, mit der Folge, dass sie in Bezug auf drei Personen nicht an den Vertrag gebunden sei und diese vom versicherten Personenkreis ausgeschlossen seien. Hinsichtlich der unterlassenen Meldung von drei weiteren, zu diesem Zeitpunkt arbeitsunfähigen Personen habe sie unpräjudiziell darauf verzichtet, diese aus dem Kollektiv auszuschliessen. Dies weil die jeweiligen Arbeitsunfähigkeiten ihren Beginn erst zeitnah zur Unterzeichnung der Aktualisierung der Krankheitsfälle am 19. Oktober 2017 genommen hätten. Diese Personen seien aber neu in die Prämienrechnung miteinzubeziehen. Für den Fall, dass damit eine höhere Prämie resultieren sollte, bestehe die Versicherung für diese Personen nur dann, wenn die darauf entfallende höhere Prämie auf erstes Begehren des Versicherers hin bezahlt werde.

A.d Mit Schreiben vom 22. März 2018 wurde der A.____ AG eine neue Police mit einer Prämie in Höhe von Fr. 237'599.95 zugestellt. Gleichzeitig wurde die A.____ AG ersucht, für den Fall des Nichteinverständnisses eine Aufhebung des Versicherungsvertrages per 1. Januar 2018 zu unterzeichnen. Am 20. April 2018 lehnte die A.____ AG, vertreten durch die Rechtsschutzversicherung E.____, die neue Police ab und hielt im selben Schreiben an der Gültigkeit der ersten Police fest, worauf die B.____ AG mit Schreiben vom 30. Mai 2018 die rückwirkende Auflösung des Versicherungsvertrages geltend machte. Daraufhin teilte die A.____ AG, vertreten durch Dr. Lukas Bopp, Advokat, der B.____ AG mit Schreiben vom 12. Juni 2018 mit, dass der Rücktritt nicht akzeptiert werde und forderte die B.____ AG auf, ihrer vertraglichen Leistungspflicht bis spätestens 20. Juni 2018 nachzukommen. Mit Schreiben vom 29. Juni 2018 führte die B.____ AG aus, dass sie vollumfänglich an ihrem Standpunkt festhalte und weder zukünftig noch rückwirkend Taggelderleistungen erbringen werde.

B. Mit Eingabe vom 15. November 2018 reichte die A.____ AG , vertreten durch Dr. Lukas Bopp, Advokat, Klage gegen die B.____ AG beim Kantonsgericht des Kantons Basellandschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) ein. Darin stellte sie die folgenden Rechtsbergehren: Es sei die Klägerin (recte: Beklagte) zu verurteilen, der Beklagten Fr. 106'300.65 zuzüglich Zins zu 5% seit dem 30. September 2018 zu bezahlen; Mehrforderung vorbehalten. Es sei festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet sei, der Klägerin für die Arbeitnehmerinnen F.____, G.____, H.____, I.____ und J.____ bis zur maximalen Leistungsgrenze von 730 Tagen weiterhin 80% des versicherten Lohnes zu bezahlen, sofern die Arbeitsunfähigkeit dieser Arbeitnehmerinnen zum Zeitpunkt der Hauptverhandlung und danach fortduere; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass die von ihr im Rahmen der Überprüfung des Versicherungsvertrages unterlassenen Meldungen nicht als Gefahrerhöhung im Sinne der anwendbaren Privatversicherungsgesetzgebung zu qualifizieren seien. Vielmehr handle es sich hierbei um eine Anzeigepflichtverletzung, deren Geltendmachung aber zu spät erfolgt und die Frist für die rückwirkende Aufhebung des Versicherungsvertrages somit verwirkt sei. Überdies sei die Berufung auf Willensmängel unstatthaft, zumal ihr kein betrügerisches Verhalten vorgeworfen werden könne.

C. In ihrer Klageantwort vom 6. Februar 2019 schloss die B.____ AG auf Abweisung der Klage. Sie stellte sich auf den Standpunkt, dass fraglich sei, ob der Versicherungsvertrag überhaupt gültig zustande gekommen sei. Dessen ungeachtet sei der Vertrag übereinstimmend bzw. einseitig im Nachhinein aufgehoben worden. Damit sei eine allfällige Verwirkung des Rücktrittsrechts unbeachtlich.

D. Mit Replik vom 10. April 2019 hielt die Klägerin vollumfänglich an ihren Rechtsbergehren fest. Ergänzend führte sie aus, dass der Versicherungsvertrag gültig zustande gekommen sei und auch kein übereinstimmender Wille zur Aufhebung des Vertrages bestanden habe. In ihrer Duplik vom 12. Juni 2019 hielt auch die Beklagte an ihrem Abweisungsantrag fest.

E. Anlässlich der Parteiverhandlung vom 29. August 2019 hielten die beiden Parteien im Wesentlichen an ihren bereits schriftlich dargelegten Standpunkten fest. Auf deren Vorbringen ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) vom 26. September 2014 dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind somit privatrechtlicher Natur, weshalb strittige Ansprüche darüber in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen sind. Das Verfahren im Zivilprozess regelt die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008.

1.2 Die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts ergibt sich aus Art. 7 ZPO in Verbindung mit § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993. Wie das Kantonsgericht mit Grundsatzentscheid vom 1. Dezember 2011 festgehalten hat, ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine vorgängige Schlichtung durchzuführen. Diese Klagen sind vielmehr direkt am Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, einzureichen (Beschluss des Kantonsgerichts vom 1. Dezember 2011, 731 11 262).

1.3 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach Art. 9 ff. ZPO. Für Klagen aus Vertrag ist grundsätzlich das Gericht am Wohnsitz oder Sitz der beklagten Partei oder an dem Ort zuständig, an dem die charakteristische Leistung zu erbringen ist (Art. 31 ZPO). Gemäss Ziffer 36 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten (AVB), Ausgabe 2012 (Klagbeilage 2), besteht indes ein vereinbarter Wahlgerichtsstand am Sitz des Versicherungsnehmers. Da die Klägerin als Versicherungsnehmerin Sitz im Kanton Basel-Landschaft hat, ist das angerufene Gericht somit auch örtlich zuständig.

2.1 Gemäss Art. 88 ZPO kann die gerichtliche Feststellung, dass ein Recht oder Rechtsverhältnis besteht oder nicht besteht, verlangt werden. Zentrale Voraussetzung einer Feststellungsklage bildet namentlich das Bestehen einer Rechtsunsicherheit, welche nicht anders als durch eine gerichtliche Feststellung beseitigt werden kann (vgl. DOMINIK GASSER/ BRIGITTE RICKLI, Schweizerische Zivilprozessordnung, Kurzkomentar, 2., nachgeführte Auflage, Zürich/St. Gallen 2014, Art. 88 ZPO N 2 ff.). Die Feststellungsklage ist gegenüber der Leistungsklage grundsätzlich subsidiär, d.h. der Kläger muss auf Leistung klagen, wenn eine Leistungsklage möglich ist. Kann der Kläger Rechtsschutz durch eine Leistungsklage erlangen, so fehlt es mit anderen Worten an einem Feststellungsinteresse. Fehlt es an einem Feststellungsinteresse, tritt das Gericht auf die Klage nicht ein (vgl. MARC WEBER, in: Spühler/Tenchio/Infanger, Basler Kommentar zur ZPO, 2. Auflage, Art. 88 N 9 ff.).

2.2 Vorliegend macht die Klägerin geltend, es sei festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet sei, der Klägerin für die Arbeitnehmerinnen F.____, G.____, H.____, I.____ und J.____ bis zur maximalen Leistungsgrenze von 730 Tagen weiterhin 80% des versicherten Lohnes zu bezahlen, sofern die Arbeitsunfähigkeit dieser Arbeitnehmerinnen zum Zeitpunkt der Hauptverhandlung und danach fortduere. Anlässlich der Parteiverhandlung hat die Klägerin ihr Feststellungsbegehren insofern geändert, als festzustellen sei, dass die Beklagte zu verpflichten sei, für die Arbeitnehmerinnen F.____, G.____, H.____ und J.____ bis zur maximalen Leistungsgrenze von 730 Tagen weiterhin 80% des versicherten Lohnes zu bezahlen. Hierzu hat sie aktuelle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der genannten Personen ins Recht gelegt. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet eine Leistungsklage über die Ausrichtung von Taggeldern in der Höhe von insgesamt Fr. 106'300.65. In deren Rahmen wird vorfrageweise auch darüber zu befinden sein, ob und allenfalls in welchem Umfang der zur Diskussion stehende Vertrag gültig ist oder nicht. Die geltend gemachte Unsicherheit wird damit durch die Leistungsklage beseitigt, womit es an einem Feststellungsinteresse mangelt. Auf das Feststellungsbegehren ist folglich nicht einzutreten.

3. Materiell streitig und zu prüfen ist, ob und in welchem Umfang die Klägerin Anspruch auf Ausrichtung von Krankentaggeldleistungen hat. Vorab ist zu prüfen, ob ein Versicherungsvertrag gültig zustande gekommen ist.

3.1. Die Beklagte macht diesbezüglich geltend, eine gegenseitige übereinstimmende Willenserklärung habe nur hinsichtlich der Bestandteil des Antrages bildenden, fünf laufenden Krankheitsfälle und der in der Police vom 24. Oktober 2017 enthaltenen Informationen bestanden. In Bezug auf die laufenden Schadenfälle, die ihr nicht gemeldet worden seien, habe nie ein übereinstimmender Wille vorgelegen, weshalb der Vertrag unter den gegebenen Voraussetzungen auch nie zustande gekommen sei.

3.2. Nach Art. 1 Abs. 1 OR ist zum Abschluss eines Vertrages die übereinstimmende Willenserklärung der Parteien erforderlich, wobei sich dieser Konsens mindestens auf die wesentlichen Vertragspunkte zu beziehen hat (vgl. BGE 103 II 190 ff.). Die wesentlichen Vertragspunkte des privaten Versicherungsvertrages sind der Risikotransfer sowie dessen Entgeltlichkeit bzw. die Prämie (vgl. STEPHAN FUHRER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Basel/Genf 2011, S. 19 f.). Wie sich der vorliegenden Police vom 24. Oktober 2017 entnehmen lässt, umfasst der zur Diskussion stehende Vertrag ein Kollektiv an versicherten Personen, namentlich das gesamte Personal der Klägerin, wobei die einzelnen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer darin nicht namentlich aufgeführt werden. Nicht Bestandteil der Police bildet ferner die explizite Nennung einzelner Personen, die vom Versicherer als laufende Schadenfälle zu übernehmen sind. Zumal die Beklagte nicht von der Möglichkeit Gebrauch gemacht hat, in ihren AVB nicht gemeldete Schadenfälle als Geschäftsgrundlage für den Abschluss des Versicherungsvertrages vorzusehen, kann die namentliche Nennung von Angestellten der Klägerin auch nicht als wesentlicher Vertragsbestandteil qualifiziert werden, hinsichtlich dessen es einer übereinstimmenden Willenserklärung bedürfte. Nachdem in Bezug auf die den Versicherungsvertrag kennzeichnenden wesentlichen Vertragspunkte unbestrittenermassen Einigkeit bestand, ist ein Versicherungsvertrag – entgegen den Darlegungen der Beklagten – demnach gültig zustande gekommen.

4. Streitig und zu prüfen ist weiter, ob der Versicherungsvertrag nachträglich aufgehoben wurde.

4.1. Soweit die Beklagte in diesem Zusammenhang zunächst im Sinne einer Eventualbegründung geltend macht, der Vertrag sei nachträglich einvernehmlich aufgehoben worden, kann ihr nicht beigepligt werden. Zur Bekräftigung ihres Standpunktes beruft sie sich auf ein Telefongespräch vom 8. Februar 2018 und die neu unterbreitete Police vom 22. März 2018 sowie eine weitere E-Mail der Klägerin vom 20. April 2018.

4.2. In den Akten findet sich hierzu eine E-Mail-Korrespondenz vom 5. bzw. 8. Februar 2018 zwischen der Beklagten und der Versicherungsbrokerin D. ____ AG betreffend das weitere Vorgehen in Bezug auf die nicht gemeldeten Krankheitsfälle und deren Einschluss in den Versicherungsvertrag nach Abschluss der laufenden Arbeitsunfähigkeiten. Hinweise, die auf eine einvernehmliche Einigung zur Auflösung des bestehenden Versicherungsvertrages hindeuten

würden, geschweige denn eine diesbezügliche Willensäusserung der Klägerin erkennen lassen, können daraus nicht entnommen werden. Gleichermassen verhält es sich hinsichtlich der neu unterbreiteten Police vom 22. März 2018 sowie der E-Mail vom 20. April 2018. Wie eingangs dargelegt, hat die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 22. März 2018 eine neue Police zugestellt, wobei sie dieselbe aufforderte, ihr für den Fall des Nichteinverständnisses eine rückwirkende Aufhebungsvereinbarung des Versicherungsvertrages per 1. Januar 2018 zuzustellen. Letzteres deutet klar darauf hin, dass eine entsprechende Aufhebung des Vertrages bis zu diesem Zeitpunkt nicht stattgefunden hatte. Am 20. April 2018 lehnte die Klägerin, vertreten durch die Rechtsschutzversicherung Y.____, die neue Police ab und hielt im selben Schreiben explizit an der Gültigkeit der ersten Police und der damit verbundenen Leistungspflicht der Beklagten hinsichtlich der laufenden Krankheitsfälle fest. Die entsprechende Aufhebungsvereinbarung hat sie nicht unterzeichnet. In der Folge machte die Beklagte mit Schreiben vom 30. Mai 2018 unter wiederholtem Hinweis auf die Anzeigepflichtverletzung die rückwirkende Auflösung des Versicherungsvertrages geltend. Nachdem sich auch der weiteren Korrespondenz keine Willensäusserung der Klägerin auf Aufhebung des Versicherungsvertrages entnehmen lässt, vermag die Beklagte mit ihrem Einwand, der Vertrag sei nachträglich einvernehmlich aufgehoben worden, nicht durchzudringen. Entgegen dem weiteren Vorbringen der Beklagten ist denn auch nicht einsehbar, inwiefern die Nichtannahme der neu zugestellten Police ein rechtsmissbräuchliches Verhalten der Klägerin zu begründen vermöchte. So trifft es zwar zu, dass sich die Klägerin bereit erklärt hatte, hinsichtlich der unterlassenen Meldung der Schadenfälle eine einvernehmliche Lösung anzustreben. Die neue Police wies indes anstelle der bisherigen Prämie von Fr. 56'733.05, eine solche im Umfang von Fr. 237'599.95 aus, wobei sich nicht der Kreis der versicherten Personen, sondern lediglich der Umfang der Personen, bei denen das versicherte Risiko bereits eingetreten war, änderte. Die Tatsache, dass sich die Klägerin nicht damit einverstanden erklären konnte eine um ein Vierfaches höhere Prämie zu akzeptieren, die in keiner Relation zu den veränderten tatsächlichen Gegebenheiten stand, kann ihr nicht als rechtsmissbräuchliches Verhalten angelastet werden. Dessen ungeachtet kann aus diesem Vorgehen ebenso wenig auf eine Aufhebung des bisherigen Versicherungsvertrages geschlossen werden.

4.3 Zu prüfen ist ferner, ob der Versicherungsvertrag infolge Verletzung der Anzeigepflicht einseitig aufgelöst wurde. Die Beklagte begründete die rückwirkende Vertragsaufhebung damit, dass die versäumte Nachführung der Krankheitsfälle eine Gefahrserhöhung im Sinne von Art. 28 VVG und damit eine Anzeigepflichtverletzung darstelle.

4.3.1 Gemäss Art. 4 VVG hat der Antragsteller dem Versicherer anhand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm bei Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen (Abs. 1). Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Abs. 2). Die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet (Abs. 3).

4.3.2. Aktenkundig und zwischen den Parteien in diesem Zusammenhang unbestritten ist, dass die auf Nachfrage hin unterlassene Meldung laufender Krankheitsfälle eine Anzeigepflichtverletzung im Sinne von Art. 4 VVG darstellt. Die Meldung bestehender Arbeitsunfähigkeiten im Zuge des Vertragsschlusses – nach denen vorliegend in unzweideutiger Weise gefragt wurde – ist zweifellos geeignet, den Versicherer über den Umfang der zu deckenden Gefahr aufzuklären (Schadenumfangsgefahr; vgl. BGE 116 II 338 ff.; 108 II 143 ff.). Indem die Klägerin die entsprechenden Krankheitsfälle nicht gemeldet hat, hat sie in augenfälliger Weise gegen die in Art. 4 VVG statuierte Anzeigepflicht verstossen.

4.3.3 Entgegen dem Dafürhalten der Beklagten vermag das dargelegte Vorgehen der Klägerin darüber hinaus jedoch keine Gefahrserhöhung mit Zutun des Versicherungsnehmers zu begründen. Wie die Klägerin diesbezüglich zutreffend ausführt, gelangen die Bestimmungen zur Gefahrserhöhung nach Art. 28 ff. VVG erst nach dem Vertragsschluss, mithin der Annahme des Antrags durch den Versicherer, zur Anwendung. Für den Zeitraum zwischen der Unterzeichnung des Antrags bis zum Vertragsschluss hingegen kommen die Regeln über die vorvertragliche Anzeigepflicht zum Tragen (vgl. STEPHAN FUHRER, in: Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Vorbemerkungen zu Art. 28-32 N 60 ff.). Durch die tatsachenwidrige Mitteilung vom 19. Oktober 2017, wonach keine neuen Krankheitsfälle zu verzeichnen seien, erfolgte die Anzeigepflichtverletzung im Zeitpunkt vor dem Vertragsschluss am 25. Oktober 2017. Folglich beurteilt sich die Frage, ob die Beklagte den Versicherungsvertrag rechtswirksam einseitig aufgelöst hat, ausschliesslich nach den Folgen der Anzeigepflichtverletzung gemäss Art. 6 ff. VVG.

4.4.1 Nach Art. 6 Abs. 1 VVG in der seit 1. Januar 2006 geltenden, vorliegend anwendbaren Fassung, ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen, sofern der Anzeigepflichtige 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 hat. Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat (Abs. 2). Bei der Kündigungsfrist nach Art. 6 Abs. 2 VVG handelt es sich um eine Verwirkungsfrist, deren Einhaltung der Versicherer zu beweisen hat (BGE 118 II 333 E. 3; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juni 2018, 4A_104/2018, E. 2.1 mit Hinweisen). Sie beginnt erst zu laufen, wenn der Versicherer zuverlässige Kunde von den 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 (BGE 130 V 12 E. 2; BGE 119 V 283 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juni 2018, 4A_104/2018, E. 2.1). Der Versicherer muss vollständig über alle Punkte orientiert sein, welche die Verletzung der Anzeigepflicht betreffen, d.h. er muss darüber sichere, zweifelsfreie Kenntnis erlangt haben (BGE 118 II 333 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2017, 9C_768/2016, E. 5.2).

4.4.2 Wird der Vertrag durch Kündigung nach Absatz 1 aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist (Art. 6 Abs. 3 VVG). Dieser Absatz durchbricht den Grundsatz, wonach die Kündigung des Ver-

sicherers, der den Vertrag gestützt auf Art. 6 Abs. 1 VVG auflöst, nur für die Zukunft wirkt. Denn unter den Voraussetzungen des Art. 6 Abs. 3 VVG bewirkt die Kündigung, dass die Leistungspflicht des Versicherers auch für bestimmte „Schäden“ erlischt, die noch vor der Auflösung des Vertrages eingetreten sind, weil sich das versicherte Ereignis schon vorher verwirklicht hat (URS CH. NEF/CLEMENS VON ZEDTWITZ, in: Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basler Kommentar, Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband, Basel 2012, Art. 6 N 28 ff.; vgl. anders in der bis zum 31. Dezember 2005 geltenden Fassung: URS CH. NEF, in: Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Art. 6 N 31).

4.4.3 Unterlässt es der Versicherer, der die Anzeigepflichtverletzung erkannt hat, den Versicherungsvertrag rechtzeitig zu kündigen, so dauert der Vertrag mit dem bisherigen Inhalt fort, ohne dass die vom Antragsteller begangene Pflichtverletzung den Versicherer berechtigt, eine Prämienhöhung für die Restdauer des Vertrages oder gar rückwirkend auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zu verlangen. Nach Art. 6 VVG steht dem Versicherer ein Anspruch auf Prämienhöhung selbst dann nicht zu, wenn der Anzeigepflichtige in Täuschungsabsicht gehandelt hat oder wenn nach dem hypothetischen Willen vernünftiger Parteien (nach Treu und Glauben) anzunehmen ist, dass bei korrekter Anzeige eine höhere Prämie vereinbart worden wäre. Ein Recht des Versicherers, den Vertrag mit erhöhter Prämie aufrechtzuerhalten, statt ihn aufzukündigen, ist auch im neuen Art. 6 VVG nicht vorgesehen (PETER GAUCH, Das Kündigungsrecht des Versicherers bei verletzter Anzeigepflicht des Antragstellers, Ein Kurzkommentar zu den am 1. Januar 2006 in Kraftgetretenen Änderungen der Art. 6 und 8 VVG, in: ZBJV 2006, S. 361 ff., S. 5; vgl. ferner FUHRER, a.a.O., Rz. 6.145; ferner NEF/VON ZEDTWITZ, a.a.O., Art. 6 N 16).

4.4.4 Im Rahmen der Überprüfung des Anspruchs der Versicherten orientierte die C._____ AG auf Nachfrage der Beklagten hin über die ihr gemeldeten Schadenfälle, wobei die entsprechenden Informationen am 17. Januar 2018 bei letzterer eingingen und unstreitig belegten, dass am 19. Oktober 2017 bei mindestens drei weiteren Arbeitnehmern der Klägerin eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 14 Tagen bestanden hatte bzw. zumindest mit einer solchen gerechnet werden musste. Mit Schreiben vom 5. Februar 2018 wies die Beklagte die Klägerin auf diesen Umstand hin und führte aus, dass der am 19. Oktober 2017 erfolgte Hinweis, wonach sich keine Änderung hinsichtlich der laufenden Krankheitsfälle ergeben hätte, falsch gewesen sei und die unvollständige Auflistung eine Gefahrserhöhung und folglich eine Anzeigepflichtverletzung darstelle. Gleichzeitig wies sie darauf hin, dass sie in Bezug auf drei Personen nicht an den Versicherungsvertrag gebunden sei. Hinsichtlich der unterlassenen Meldung von drei weiteren, zu diesem Zeitpunkt arbeitsunfähigen Personen habe sie unpräjudiziell darauf verzichtet, diese aus dem Kollektiv auszuschliessen, weil deren Arbeitsunfähigkeiten ihren Beginn erst zeitnah zur Unterzeichnung der Aktualisierung der Krankheitsfälle am 19. Oktober 2017 genommen hätten. Dem Schreiben vom 5. Februar 2018 lassen sich jedoch keine Hinweise auf eine Kündigung, mithin eine eindeutige und bedingungslose Erklärung, entnehmen, wonach die Beklagte den Vertrag nicht mehr hätte halten wollen, zumal sie explizit darauf hinweist, dass sie hinsichtlich dieser drei Personen nicht an den Vertrag gebunden sei und sodann auch die Fortsetzung des Vertrages unter Neuberechnung der Prämie in Aussicht stellt. Schliesslich kann die

Beklagte auch aus dem Schreiben vom 30. Mai 2018, worin sie unter Hinweis auf die bereits am 5. Februar 2018 zitierten gesetzlichen Grundlagen, die rückwirkende Vertragsaufhebung geltend macht, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Zunächst erscheint es diesbezüglich zumindest fraglich, ob das Schreiben vom 30. Mai 2018 die Kriterien einer Kündigung im Sinne von Art. 6 Abs. 1 VVG erfüllt. Wie es sich damit im Detail verhält, braucht letztlich aber nicht abschliessend beantwortet zu werden. Nachdem die Beklagte am 17. Januar 2018 bzw. spätestens am 5. Februar 2018 zuverlässige Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung hatte, war die vierwöchige Frist zu diesem Zeitpunkt bereits verwirkt.

4.5 Soweit die Beklagte die einseitige Auflösung des Vertrages ferner gestützt auf Art. 40 VVG begründet, kann ihr ebenso wenig gefolgt werden. Danach ist der Versicherer gegenüber dem Anspruchsberechtigten an den Vertrag nicht gebunden, wenn der Anspruchsberechtigte oder sein Vertreter unter anderem Tatsachen, welche die Leistungspflicht des Versicherers ausschliessen oder mindern würden, zum Zwecke der Täuschung unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat. Die Beklagte verkennt, dass Art. 40 VVG vorliegend schon daher keine Anwendung findet, weil dieser Tatbestand die Beeinflussung der Leistungspflicht zum Gegenstand hat. Die Verfälschung oder Verheimlichung von Tatsachen muss objektiv geeignet sein, den Bestand oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen. Mit anderen Worten müsste der Versicherer dem Anspruchsberechtigten bei korrekter Mitteilung des Sachverhalts eine kleinere oder gar keine Entschädigung ausrichten (vgl. JÜRGEN NEF, a.a.O., Art. 40 N 16). Nicht davon erfasst wird aus diesem Grund – wie im vorliegend zu beurteilenden Fall – das Verschweigen bestehender Schadensposten. Die tatsachenwidrige Mitteilung hatte vorliegend keine Beeinflussung der Leistungspflicht im eben dargelegten Sinne zur Folge. Vielmehr betrifft die begangene Anzeigepflichtverletzung Tatsachen, welche Voraussetzung für die Leistungspflicht bilden. Im Übrigen ist auch eine Berufung auf Willensmängel nach Art. 23 ff. des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrechts [OR]) vom 30. März 1911 ausgeschlossen. Das Recht der Anzeigepflichtverletzung stellt eine Spezialbestimmung dar, die den allgemeinen Regeln über die Willensmängel vorgeht, sofern sich der Willensmangel auf eine Gefahrstatsache bezieht (vgl. STEPHAN FUHRER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Zürich/Basel/Genf 2011, Rz. 6.109 ff.).

5. Im Sinne eines Zwischenergebnisses ist nach dem Dargelegten festzuhalten, dass die zwischen den Parteien am 25. Oktober 2017 vereinbarte Police gültig ist und seitens der Beklagten unter den vereinbarten Bedingungen eine Leistungspflicht für sämtliche Arbeitnehmerrinnen und Arbeitnehmer bzw. Krankheitsfälle der Klägerin besteht. Davon eingeschlossen sind damit auch die Schadenfälle, hinsichtlich derer in Verletzung der Anzeigepflicht eine Meldung unterlassen wurde (vgl. E. 4.4.3 hiavor).

6.1 Die Klägerin macht als Schaden für ausgerichtete Krankentaggeldleistungen einen Betrag in der Höhe von Fr. 106'300.65 geltend.

6.2 Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat gemäss Art. 8 ZGB derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Nach der

höchstrichterlichen Rechtsprechung müssen im Privatversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen lediglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 327 E. 3.5). Das gilt auch für den Beweis von anspruchshindernden Tatsachen, für welche die Beweislast aufgrund von Art. 8 ZGB beim Versicherer liegt (Praxis 80/1991, Nr. 230, S. 964 f. E. 3b [Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts vom 22. November 1990]; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 4A_393/2008 vom 17. November 2008 E. 4.1). Grundsätzlich sind nur strittige Tatsachen beweisbedürftig, weshalb nicht bestrittene Tatsachenbehauptungen ohne Beweisverfahren dem Entscheid zugrunde gelegt werden (Art. 150 Abs. 1 ZPO; LEUENBERGER, in: Sutter-Somm / Hasenböhler / Leuenberger, ZPO Komm., Art. 222 N 19). Gemäss Art. 222 Abs. 2 ZPO hat die beklagte Partei in ihrer Klageantwort darzulegen, welche Tatsachenbehauptungen der klagenden Partei im Einzelnen anerkannt oder bestritten werden, wobei Art. 221 ZPO sinngemäss zur Anwendung kommt. Es ist detailliert, mithin substantiiert, geltend zu machen, was bestritten ist, weshalb pauschale Bestreitungen nicht genügen. Grundsätzlich nicht darzulegen hat die beklagte Partei, weshalb eine bestrittene Behauptung unrichtig sei, da dies zu einer Umkehr der Beweislast führen würde und daher nicht mit Art. 8 ZGB vereinbar wäre. Entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung muss genügen, wenn die Bestreitung ihrem Zweck entsprechend konkretisiert wird, um den Behauptenden zu der ihm obliegenden Beweisführung zu veranlassen (BGE 105 II 143, E. 6.a.bb; PAHUD, in: Brunner /Gasser / Schwander, DIKE-Komm-ZPO, Art. 222 N 11; LEUENBERGER, in: Sutter-Somm / Hasenböhler / Leuenberger, ZPO Komm., Art. 222 N 20 ff.). Zwar hat die Klägerin zum Schadensnachweis keine Arbeitsverträge oder Arbeitsunfähigkeitszeugnisse der betroffenen Personen ins Recht gelegt, wohl hat sie aber durch die beigelegten Belege, welche dem eingeklagten Betrag zugeordnet werden können, den Schaden insofern hinreichend nachgewiesen, als dass eine substantiierte Bestreitung möglich gewesen wäre. Die Beklagte hat den Schaden in masslicher Hinsicht jedoch zu keinem Zeitpunkt bestritten. Nachdem vorliegend keine ernsthaften Zweifel an der Vollständigkeit der Beweise ausgemacht werden können und die Beklagte denn auch nicht geltend macht, der Schaden sei nicht rechtsgenügend dargetan, kann dieser in Höhe von Fr 106'300.65 als genügend nachgewiesen gelten.

6.3 Die Klägerin beantragt eine Verzinsung ihrer Forderung zu 5% ab 30. September 2018. Den AVB sind keine Bestimmungen über den Zins bei Leistungen der Versicherung zu entnehmen. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG finden auf den Versicherungsvertrag die Bestimmungen des Obligationenrechts Anwendung. Gemäss Art. 102 Abs. 1 OR gerät der Versicherer mit einer Mahnung in Verzug. Der Zinssatz beträgt 5% (Art. 104 Abs. 1 OR). Mit Schreiben vom 20. September 2018 hat die Klägerin die Beklagte (letztmals) aufgefordert, ihr bis zum 30. September 2018 Fr. 86'203.60 für ausstehende Krankentaggeldleistungen (bis 13. August 2019) auszurichten und die Beklagte somit ab diesem Datum in Verzug gesetzt. Dieser Forderungsbetrag ist folglich ab 30. September 2018 mit 5% zu verzinsen. Für den Restbetrag in der Höhe von Fr. 20'097.05 ist ein Verzugszins ab Datum der Klageeinreichung am 15. November 2018 geschuldet und beträgt ebenfalls 5%.

7. Nach dem Ausgeführten ist die Beklagte in Gutheissung der Klage zu verpflichten, der Klägerin Fr. 106'300.65 zuzüglich Zins zu 5% auf Fr. 86'203.60 seit 30. September 2018 und auf Fr. 20'097.05 seit 15. November 2018 zu bezahlen.

8.1 Der im vorliegenden Verfahren anwendbare Art. 114 lit. e ZPO bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Von der Erhebung von Verfahrenskosten ist deshalb abzusehen.

8.2 Die Klägerin ist mit ihrem Leistungsbegehren durchgedrungen und hat folglich gemäss Art. 106 Abs. 1 ZPO Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung zulasten der Beklagten. Nicht durchgedrungen ist sie mit ihrem Feststellungsbegehren. Der Rechtsvertreter der Klägerin hat in seiner Honorarnote vom 28. Juni 2019 für das vorliegende Klageverfahren einen Zeitaufwand von 57 Stunden und 30 Minuten ausgewiesen, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen eher als hoch erweist. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die Begründung des Feststellungsbegehrens in gleichem Ausmass erforderlich war, wie für das Leistungsbegehren. Nachdem vorliegend nicht auf das Feststellungsbegehren eingetreten werden kann, rechtfertigt es sich, der Klägerin die Hälfte des geltend gemachten Honorars, mithin Fr. 7'823.85, zulasten der Beklagten zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Klage wird, soweit darauf einzutreten ist, gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 106'300.65 zuzüglich Zins zu 5% auf Fr. 86'203.60 seit 30. September 2018 und auf Fr. 20'097.05 seit 15. November 2018 zu bezahlen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beklagte hat der Klägerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 7'823.85 (inkl. Auslagen und 7.7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>