

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20050316_d_bs_o_01 vom 16. März 2005

FINMA Versicherungsrecht, 2005-03-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20050316_d_bs_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20050316_d_bs_o_01 du 16 mars 2005

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20050316_d_bs_o_01 del 16 marzo 2005

Erwägungen

E. 4

Vorliegend ist somit strittig, ob der zwischen der B AG und der Y abgeschlossene Kollektiv-Taggeldversicherungsvertrag (Vertragsnummer 7207689.1) eine Summen- oder Schadensversicherung darstellt. Seite 5

a) Die Lehre und Praxis unterscheiden seit Jahrzehnten zwischen Schadens- und Summenversicherung. Von einer Schadensversicherung wird gesprochen, wenn eine Versicherungsleistung nach dem Willen der Parteien dazu bestimmt ist, einen Schaden ganz oder teilweise auszugleichen, der als Folge des versicherten Ereignisses eintritt. Die vermögensrechtliche Einbusse bildet eine selbstständige Voraussetzung der Leistungspflicht und ist gleichzeitig das Kriterium für die Bemessung der Leistung. Fehlt eine dahingehende Regelung, ist der Vertrag als Summenversicherung zu qualifizieren. Die Versicherungsleistung ist in diesem Fall unabhängig davon geschuldet, ob das versicherte Ereignis einen Schaden im Rechtssinne bewirkt hat und wie hoch dieser allenfalls ist (vgl. GERHARD STOESEL, Allgemeine Einleitung, in: Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [WG], herausgegeben von HonsellNogt/Schnyder, Basel/Genf/München 2001, S. 9 mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur). Die Summenversicherung definiert sich dadurch, dass die ausgerichteten Leistungen nicht an andere Versicherungsleistungen angerechnet werden müssen; die Schadensversicherung enthält demgegenüber Koordinationsbestimmungen und eine Begrenzung bei Erreichen des konkret eingetretenen Schadens (DAVID HUSNIANN%CHRISTOPH HÄBERLI, Die Fallstricke des Krankentagegeldes, in: pladöyer 4/02, S. 28 ff.). Die Unterscheidung zwischen Schadens- und Summenversicherung ist namentlich hinsichtlich des Regressrechts des Versicherers von erheblicher Bedeutung. Bei einer Schadensversicherung hat der Versicherer gegebenenfalls ein Regressrecht gegenüber dem Haftpflichtigen (Art. 72 WG). Handelt es sich um eine Summenversicherung geht der Erstattungsanspruch der versicherten geschädigten Person nicht auf den Versicherer über (Art. 96 VVG). Die geschädigte Person kann in diesen Fällen ihre Ansprüche gegen den Versicherer und gegen den Haftpflichtigen kumulieren (CHRISTIAN BOLL, Vorbemerkungen zu Art. 48, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 3 G, herausgegeben von HonsellNogt/Schnyder, Basel/Genf/München 2001, S. 767). b) In BGE 104 II 47 E. 4, bestätigt in BGE 119 II 364 ff., ist das Bundesgericht von seiner früheren, insbesondere zu den Heilungskosten ergangenen Rechtsprechung abgekommen, wonach die Personenversicherung als Gegensatz zur Sachversicherung angesehen und im Ergebnis als Summenversicherung qualifiziert worden ist (vgl. BGE 94 II 186 E. 8b, 100 II 457 E. 3 und 4). Es prüfte im konkreten Fall, ob eine Schadensversicherung im Sinne von Art. 48 ff. VVG oder eine Personenversicherung im Sinne von Art. 73 WG vorliegt. Die

Schadensversicherung bezwecke die Deckung eines Schadens im juristisch-technischen Sinne, der vom Versicherer nur dann und insoweit übernommen werden müsse, als er bewiesen sei. Demgegenüber sei das, was das Gesetz als Personenversicherung bezeichne, eine Summenversicherung, bei der - unabhängig davon, ob ein Schaden vorliege - die zum voraus vereinbarte Summe zur Zahlung gelange, sobald das befürchtete Ereignis eingetreten sei. Das Gesetz schliesse aber nicht aus, dass die Personenversicherung auch als Schadensversicherung betrieben werde. Die Rechtsnatur der zu erbringenden Leistung sei im Einzelfall zu prüfen. Sobald die vermögensrechtliche Einbusse eine selbstständige Bedingung des Anspruchs auf Leistung sei, liege eine Schadensversicherung vor. Eine solche liege jedoch nicht schon vor, wenn die Leistungen nach dem Einkommen der versicherten Person bemessen werden. Vielmehr müsse der im Wegfall des Ein-

kommens bestehende Schaden eine Voraussetzung der Leistungspflicht sein (BGE 119 II 365 = Praxis des Bundesgerichtes [Pra] 1994, 547; STOESEL, a.a.O., S. 11 f.). c) Massgeblich für die Abgrenzung sind somit die vertraglichen Voraussetzungen der konkret in Frage stehenden Leistung. Die Bemessung der Versicherungsleistung ist nicht entscheidend. Es ist letztlich im Einzelfall durch Auslegung des Versicherungsvertrages zu ermitteln, um welche Art von Versicherung es sich handelt (CHRISTOPH GRABER, Art. 96, in: Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], herausgegeben von HonsellNogt/Schnyder, Basel/Genf/München 2001, S. 1127). Bei der Auslegung von allgemeinen Versicherungsbedingungen hat die Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens nach dem Vertrauensgrundsatz zu erfolgen, der letztlich aus dem Art. 2 Abs. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 verankerten Grundsatz von Treu und Glauben abgeleitet wird. Nach dem Vertrauensprinzip sind Willenserklärungen so auszulegen, wie ihre Empfänger sie in guten Treuen verstehen durften und verstehen mussten. Grundsätzlich ist der wirkliche Wille der Parteien zu ermitteln. Erst wenn dies nicht möglich ist, ist auf den mutmasslichen Willen abzustellen. Dabei hat das Gericht zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint, weil nicht anzunehmen ist, dass die Parteien eine unangemessene Lösung gewollt haben. Es orientiert sich dabei am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss. Schliesslich und subsidiär müssen mehrdeutige Klauseln nach der Unklarheitenregel gegen den Versicherer als deren Verfasser ausgelegt werden (BGE 122 III 121 E. 2a mit Hinweisen). Bei juristischen Fachausdrücken oder Begriffen, die in der Rechtssprache eine fest umrissene Bedeutung haben, gilt vermutungsweise vier fachtechnische Sinn wobei aber auch der Vertragszweck zu berücksichtigen ist (STOESEL, a.a.O., S. 25; ALFRED MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, WG, Basel 2001, S. 160 ff.).

E. 5

a) Für die Beurteilung der Streitfrage liegen unter anderem die AVB vor. Nachdem die Y sich zuerst auf den Standpunkt stellte, der Streitfrage seien die AVB mit Gültigkeit ab 1. Januar 1997 zu Grunde zu legen, sind sich die Parteien nun einig, dass vorliegend die Ausgabe, gültig ab 1. Januar 1999, zur Anwendung gelangt. Dem ist nichts entgegen zu setzen. Im Folgenden werden die hier massgebenden Bestimmungen der AVB aufgeführt: Art. 1 Gegenstand der Versicherung Die Kollektiv-Taggeldversicherung der Y Versicherungen AG, nachfolgend Y genannt, gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und, sofern vertraglich vereinbart, von Unfällen. Zusätzlich kann ein Geburtsgeld versichert werden. Art. 6 Versicherbare Summen 1 Bei

Arbeitnehmern ist, vorbehaltlich anderer vertraglicher Vereinbarung, der AHV-Lohn bzw. ein Prozentsatz davon versichert. Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt der letzte vor Beginn des Versicherungsfalls bezogene Lohn. Bei unregelmässigem Einkommen wird der Durchschnitt seit Anstellungsbeginn, höchstens jedoch der letzten 12 Monate, berücksichtigt. 2 Bei Selbständigerwerbenden, Betriebsinhabern und deren Familienmitgliedern, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, erfolgt der Versicherungsabschluss mit festen Jahreslohnsommen. Die höchstversicherbare Leistung beträgt Fr. 200'000.-- pro Person und Jahr. Art. 13 Leistungsvoraussetzungen Art. 13 AVB regelt die Leistungsvoraussetzungen wie folgt: Das Taggeld wird bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. 2 Bei Selbständigerwerbenden, Betriebsinhabern und deren Familienmitgliedern, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, ist eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % massgebend. 3-7 Art. 14 Anmeldung und Obliegenheiten im Schadenfall 1-5

E. 6
Dar Versicherte hat der Y sämtliche Angaben zu machen, die sie für die Festsetzung der Leistungen benötigt...

E. 6

Dar Versicherte hat der Y sämtliche Angaben zu machen, die sie für die Festsetzung der Leistungen benötigt...

E. 7

Die Klägerin macht eine Forderungssumme von insgesamt Fr. 35'074.60 geltend, welche von der Y lediglich aufgrund der nicht überprüfbaren Dauer der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin bestritten wird. a) Anhand der medizinischen Unterlagen kann - entgegen der Ansicht der Beklagten - die Dauer und der Grad der Arbeitsunfähigkeit festgelegt werden. Prof. Dr. H., Herzkrankheiten, Basel und Dr. O., Facharzt für Allgemeine Medizin, Biel-Benken, bescheinigen, dass bei der Klägerin vom 30. Dezember 2003 bis 31. März 2004 eine 100%ige, vom 1. April 2004 bis 1. Mai 2004 eine 50%ige und vom 2. Mai 2004 bis 31. Juli 2004 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat (vgl. Arztzeugnis vom 4. Februar 2004 und Taggeldkarte vom 20. Januar 2004). Für die Berechnung des Taggeldanspruches sind folgende Bestimmungen der AVB aufzuführen: Art. 15 Leistungsbeginn Die Leistungspflicht beginnt nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem 1. Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch 3 Tage vor Beginn der ärztlichen Behandlung. Art. 16 Wartefrist Die vereinbarte Wartefrist ist in der Police aufgeführt und wird pro Schadenfall berechnet. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen als ganze Tage. Art. 20 Berechnung des Taggeldes Die Berechnung der Taggeldhöhe erfolgt mittels Umrechnung des versicherten Lohnes auf ein volles Jahr und Teilung der versicherten Jahreslohnsomme durch die Zahl 365 bzw. 366 in Schaltjahren. Des Weiteren geht aus der Anschluss-Police vom 31. Januar 2001 hervor, dass bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ein Taggeld von 80 % des versicherten Lohnes versichert ist. Demzufolge beträgt der Taggeldanspruch bei der vereinbarten Jahreslohnsomme von Fr. 90'000.-- und unter Berücksichtigung, dass das Jahr 2004 ein Schaltjahr war, Fr. 196.72 (Fr. 90'000.-- : 366 x 80 %). b) Nach Abzug der in der Anschlusspolice vereinbarten dreitägigen Wartefrist berechnet sich der Leistungsanspruch der Klägerin wie folgt: Seite 12

Dauer und Grad der Arbeitsunfähigkeit Anzahl Tage Taggeldhöhe Betrag
2. Januar 2004 - 31. März 2004 (100 %) 90 Fr. 196.72 Fr. 17'704.80

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.