

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20150512_d_ag_o_01 vom 12. Mai 2015

FINMA Versicherungsrecht, 2015-05-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20150512_d_ag_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20150512_d_ag_o_01 du 12 mai 2015

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20150512_d_ag_o_01 del 12 maggio 2015

Erwägungen

E. 3

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 2. April 2015 wurden die Parteien ersucht, mitzuteilen, ob sie auf die Durchführung der Hauptverhandlung verzichten. Mit Eingaben vom 14. bzw. vom 20. April 2015 verzichteten die Beklagte und der Kläger auf die Durchführung der Hauptverhandlung.

E. 3.1

Zu überprüfen ist die Höhe der Versicherungsprämien, die der Kläger der Beklagten ab dem 1. Januar 2011 zu bezahlen hat, wobei einzig die Höhe der Prämie für die DP Zahnpflegeversicherung umstritten ist. Die Beklagte setzte diese aufgrund dessen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung wegfiel, von Fr. 2.00 auf Fr. 20.00 pro Kind hinauf (vgl. den ursprünglichen Versicherungsausweis 2011, AB 7, bzw. die Versicherungspolice/-bestätigungen 2011, KB 7, und die neue Versicherungspolice/-bestätigung 2011, datiert vom 11. Januar 2011, KB 1—3 bzw. AB 11). Eingeklagt ist eine Leistung — der Kläger hat der Beklagten die strittige Prämien Differenz weiterhin gezahlt und verlangt eine Prämienrückerstattung von ihr. Es liegt somit eine Leistungsklage vor. Das Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung dieser Klage ist ohne weiteres gegeben, so dass auf Ziff. 1 der Klagebegehren einzutreten ist.

-6- Da dem Kläger die Leistungsklage zur Verfügung steht, mit der er ein vollstreckbares Urteil erwirken kann, hat er kein Rechtsschutzinteresse an der Feststellung, dass er für die besagte Zahnpflegeversicherung für seine drei Kinder eine monatliche Prämie von je Fr. 2.00 zu bezahlen hat. Es ist nicht ersichtlich, weshalb die zentrale Voraussetzung des Rechtsschutzinteresses, d.h. die rechtliche Ungewissheit, bestehen soll, wird doch auch bei der Prüfung der Leistungsklage die Höhe der Prämie als Vorfrage mitgeprüft und damit faktisch beantwortet. Auf die Feststellungsklage gemäss Ziff. 2 der Klagebegehren ist folglich nicht einzutreten (BGE 135 III 378 E. 2.2, 123 Iii 49 E. Ia). Wie sich aus der Begründung der Klageantwort ergibt, macht die Beklagte mit ihrem Feststellungsbegehren (Ziff. 2 der Klageantwortbegehren) keinen von der Klage nicht erfassten Anspruch geltend. Es liegt somit keine Widerklage vor.

E. 3.2

Gemäss der unbestrittenen Darstellung der Beklagten hatte diese eine Zusatzversicherung namens DP Zahnpflegeversicherung angeboten. Neben den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen der X. Versicherungen Ausgabe 1. Juli 2000 (AVB; AB 1), galten für diese Zusatzversicherung die besonderen Bedingungen Zahnpflegeversicherung Ausgabe 1. August 2006 (BB; AB. 1).

E. 3.3

Wie ebenfalls nicht strittig ist, konnte dem Kläger die DP Zahnpflegeversicherung mit einem Familienbonus angeboten werden. Aus dem Versicherungsausweis 2011 (AB 7) bzw. der Versicherungspolice/ bestätigung 2011 (KB 7) ist ersichtlich, dass dieser Bonus 90 % (pro Kind) betrug. Dieser Bonus entfiel indessen nach der Auffassung der Beklagten ab dem Zeitpunkt, ab dem die Familie des Klägers die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ihr aufgegeben hatte.

E. 3.4

Der Kläger hält dieser Auffassung entgegen, dass er weder der Police noch den Bedingungen habe entnehmen können, dass eine Erhöhung der Prämie um 90 % für die Zusatzversicherung fällig werde, wenn die Grundversicherung gekündigt werde. Die Familie sei über die Zusatzversicherungen bei der Beklagten versichert geblieben (Klage S. 4 f.).

E. 3.5

Bei der zwischen dem Kläger und der Beklagten abgeschlossenen Zusatzversicherung handelt es sich um einen Versicherungsvertrag. Bei der Auslegung der jeweiligen Versicherungspolice gelten die allgemeinen Grundsätze der Vertragsauslegung, da das WG keine besonderen Aus-

-legungsregeln aufstellt (Art. 100 V'VG i.V.m. Art. 18 OR und Art. 2 Abs. 1 ZGB). Kann der wirkliche Vertragswille der Parteien des in Frage stehenden Versicherungsvertrags nicht ermittelt werden, ist die Auslegung nach dem Vertrauensprinzip vorzunehmen. Auch vorformulierte Vertragsbestimmungen sind dabei grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie mündlich verfasste Vertragsklauseln auszulegen. So erfolgt denn auch bei den allgemeinen Versicherungsbedingungen die Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens nach dem Vertrauensgrundsatz. Dabei hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und die Klauseln im Zusammenhang so auszulegen, wie sie nach den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten; es hat dabei auch zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint (vgl. BGE 133 III 607 E. 2.2 mit Hinweisen; GERHARD STOESEL, in: Basler Kommentar, Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband, 2012, ad N. 22 f, zu Vor Art. 1—3 WG).

E. 3.6.1

Vorliegend sehen weder die AVB noch die DB vor, dass ein Prämienrabatt mit dem Bestehen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Beklagten verknüpft ist (vgl. die Bestimmungen zum Prämientarif in Art. 25 AVB bzw. in Art. 10 DB), Art. 29 Ziff. 2 AVB, der besagt, dass der Verlust des Anspruchs auf einen Rabatt nicht als Prämienanpassung im Sinne von Art. 29 Ziff. 1 AVB (Anpassung des Prämientarifs, der Franchise oder Selbstbehalts entsprechend der Kosten- und Schadenentwicklung) gilt, berechtigt den Versicherer zwar zur einseitigen Änderung, es erhellt aus dieser Bestimmung aber nicht, was Vertragsinhalt des zwischen dem Kläger und der Beklagten geschlossenen Versicherungsvertrags geworden ist.

E. 3.6.2

In der Versicherungspolice wird ein Familienbonus von 90 % erwähnt, ohne dass näher angegeben wird, was darunter zu verstehen ist. Nach dem allgemeinen Sprachgebrauch, von welchem bei der Auslegung auszugehen ist (GERHARD STOESEL, Nachführungsband,

a.a.O., ad N. 24 zu Vor Art. 1—3 ‘IVG mit Hinweisen auf die Rechtsprechung), ist unter dem Ausdruck “Bonus“ etwas Zusätzliches, Belohnendes zu verstehen. Zu sammen mit der Prozentangabe (90 %) sowie dem Wort “inklusive“ wird klargemacht, dass es sich bei der Monatsprämie von Fr. 2.00 um 10 % des Tarifs bzw. beim Familienbonus nicht um einen Rabatt, welcher einen Bestandteil des Tarifs darstellt (wie z.B. das Geschlecht oder das Alter, vgl. Art. 25 AVB), handelt (so auch Art. 29 Ziff. 2 AVB, der besagt, dass der Verlust des Anspruchs auf einen Rabatt [hier wiederum gemeint als Bonus] keine Anpassung des Prämientarifs darstellt). Der Prämientarif für die vom Bundesamt für Privatversicherungen gemäss Angaben der Be klagten entsprechend genehmigte Zusatzversicherung (vgl. AB 23) be trägt somit Fr. 20.00 (100 %).

-8-

E. 3.6.3

Im Flyer Zahnpflegeversicherung (AB 1 5. 24 f.) wird defi niert, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um vom Familienbo nus (Fr. 2.00 statt Fr. 20.00 pro Monat pro Kind) profitieren zu können, nämlich muss das Kind und mindestens ein Elternteil bei einem Mitglieds krankenversicherer der X. mit einer Grundversicherung (OKP) und einer der aufgelisteten Zusatzversicherungen versichert sein. Der Kläger stellt den Erhalt dieses Flyers in Abrede (Replik S. 4). Auf grund der Akten und der Parteiausführungen ist nicht belegt, dass der Kläger den Flyer tatsächlich erhalten hat. Diese Beweislosigkeit hat ge mäss den allgemeinen Beweisregeln (Art. 8 ZGB) die Beklagte zu tragen. Die Beklagte kann sich damit nicht darauf berufen, der Kläger habe auf grund dieses Flyers den Inhalt und somit die Voraussetzungen für den Familienbonus zur Kenntnis genommen und akzeptiert. Auch in Würdi gung der übrigen Umstände ist nicht erstellt, dass der Kläger die Voraus setzungen für den Familienbonus gekannt hat bzw. hätte kennen müssen. Die drei Versicherungsanträge vom 27. Oktober 2009 (KB 6 bzw. AB 3) sind ebenfalls in die Betrachtung miteinzubeziehen. Denn der Versiche rungsvertrag kommt spätestens mit der Zustellung der Police (konklu dente Annahme) zustande mit der Folge, dass der Antrag jedenfalls dann Vertragsbestandteil wird, wenn er wie hier alle wesentlichen Vertragspunkte enthielt und diese auch in die Police aufgenommen wurden, die infolgedessen keiner Berichtigung bedurfte (BGE 122 III 118 E. 2b S. 122 mit, Hinweisen). Allein, aufgrund ,des Vermerks “Aktion Kinder“ in der Rubrik Promotionsaktion in den Versicherungsanträgen der Kinder kann nun aber nicht davon ausgegangen werden, dass der Vermittler den Klä ger im Beratungsgespräch über den Familienbonus bei der Prämie der DP Zahnpflegeversicherung ausreichend im obigen Sinne informiert hat. Der Verweis im Antrag ist zu wenig klar bestimmt. Es hätte zwingend auf die Voraussetzungen des Familienbonus verwie sen werden müssen. Weiter genügt auch die durch den Kläger mitunter- zeichnete Erklärung am Schluss des Antragsformulars, in welcher er be stätigt hat, das Dokument “Überblick über die Zusatzversicherungen der x. gemäss WG“ erhalten zu haben, nicht. Denn bei diesem Dokument handelt es sich lediglich um eine allgemeine Orientierung über die von der Beklagten angebotenen Produkte, ohne dass die Vorausset zungen des Familienbonus erwähnt werden (vgl. AB 1 5. 1 if.).

E. 3.6.4

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der Kläger nicht (genü gend) über die Voraussetzungen des Familienbonus dieser Zahnzusatz versicherung orientiert worden ist; insbesondere nicht darüber, dass der FamiTienbonus bei Kündigung der OKP dahinfällt.

Aufgrund der Anträge (KB 6 bzw. AB 3) und der ausgestellten Policen (AB 2) konnte und musste der Kläger jedenfalls nicht erkennen, dass er bei Kündigung der OKP aller Familienmitglieder keinen Anspruch mehr auf den Familienbonus haben

-9- würde. Damit sind diese Voraussetzungen bei Vertragsschluss nicht Vertragsbestandteil geworden.

E. 3.7

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die Parteien einen Versicherungsvertrag über die DP Zahnpflegeversicherung mit Prämiensatz Fr. 20.00 pro Kind geschlossen haben und der Kläger von einem Familienbonus von 90 ¾ pro Kind profitieren konnte. Allerdings durfte der Kläger den Vertrag so verstehen, dass er auch nach Kündigung der OKP aller Familienmitglieder per 31. Dezember 2010 weiterhin (also ab 1. Januar 2011) Anspruch auf den Familienbonus haben würde, weshalb er für die Zahnzusatzversicherung seiner Kinder nur Fr. 2.00 statt Fr. 20.00 pro Monat zu leisten hat.

E. 4

Auf die Begründungen der Rechtsbegehren und die Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung: 1. 1.1. Zusatzversicherungen, welche neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) angeboten werden, unterstehen dem Privatrecht und damit dem Versicherungsvertragsgesetz (WG; Art. 12 Abs. 2 i.V.m. Abs. 3 KVG). Massgebend für die Beurteilung von Ansprüchen aus Zusatzversicherungen sind neben den Bestimmungen des WG insbesondere der Versicherungsvertrag und die allgemeinen Vertragsbedingungen. Für das Verfahren findet die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) Anwendung (vgl. Art. 243 Abs. 2 lit. f i.V.m. Art. 7 ZPO; BGE 138 III 558 E. 3.2 S. 560 f.). Eine Klage kann direkt beim Gericht anhängig gemacht werden, es ist kein vorgängiges Schlichtungsverfahren durchzuführen (EGE 138 III 558 E. 4.6 S. 564). 1.2. Gemäss Art. 38 Ziff. 2 der Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen der Beklagten, Ausgabe 1. Juli 2000, steht dem Versicherungsnehmer bei Rechtsstreitigkeiten der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Auswahl. Der Kläger hat Wohnsitz in ; damit befindet sich eine örtliche Zuständigkeit im Kanton Aargau.

-5- 1.3. Gemäss Art. 7 ZPO können die Kantone ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung zuständig ist. Im Kanton Aargau entscheidet über derartige Streitigkeiten das Versicherungsgericht als einzige kantonale Instanz (Art. 14 des kantonalen Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [EG ZPO; SAR 221.200]). 1.4. Für die Beurteilung der mit Klage vom 19. November 2013 angehobenen Streitsache ist das Versicherungsgericht des Kantons Aargau somit örtlich und sachlich zuständig. 2. Gemäss Klagebegehren Ziff. 1 machte der Kläger mit Klageanhebung eine Forderung von Fr. 1890.00 nebst Zins zu 5 % seit Klageeinreichung gegenüber der Beklagten geltend. In seiner Replik änderte er sein diesbezügliches Begehren und forderte von der Beklagten neu Fr. 2320.00 nebst Zins zu 5 % seit Klageeinreichung. Damit nimmt der Kläger eine Klageänderung vor. Da der geänderte Anspruch mit dem bisherigen Anspruch in einem sachlichen Zusammenhang steht (Höhe der Versicherungsprämien ab Januar 2011) und das Versicherungsgericht auch dafür

örtlich und sachlich zuständig ist, ist die Klageänderung zulässig (Art. 227 Abs. 1 ZPO). 3.

E. 4.1

Demgemäss war die Erhöhung der Prämie der DP Zahnpflegeversicherung von Fr. 2.00 auf Fr. 20.00 pro Kind nach Kündigung der Grundversicherung nicht rechtmässig und die Beklagte hat eine Prämienrückerstattung zu Unrecht abgelehnt, weshalb der Kläger die zu Unrecht geleisteten Prämien grundsätzlich gemäss Art. 62 ff. OR zurückverlangen kann (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 5C.591/2006 vom 1. Juni 2006 E. 2.3 mit weiteren Hinweisen). Der Kläger macht eine Rückzahlung von Fr. 2320,00 geltend für die in der Zeitspanne von Januar 2011 bis April 2014 zu viel bezahlten Prämien pro Monat von Fr. 54.00 (Fr. 18.00 x 3; Replik S. 6.).

E. 4.2

Gemäss Art. 62 OR hat die Bereicherung zurückzuerstatten, wer in unge rechtfertigter Weise aus dem Vermögen eines anderen bereichert worden ist (Abs. 1). Insbesondere tritt diese Verbindlichkeit ein, wenn jemand ohne jeden gültigen Grund oder aus einem nicht verwirklichten oder nachträglich weggefallenen Grund eine Zuwendung erhalten hat (Abs. 2). Wer eine Nichtschuld freiwillig bezahlt, kann laut Art. 63 Abs. 1 OR das Geleistete nur dann zurückfordern, wenn er nachzuweisen vermag, dass er sich über die Schuldspflicht im Irrtum befunden hat.

E. 4.3

Die Leistung der Versicherungsprämien in Höhe von Fr. 20.00 statt Fr. 2.00 ab Januar 2011 erfolgte unrechtmässig und ohne jeden gültigen Grund (Art. 62 Abs. 2 OR; vgl. oben E. 3.6), womit hinsichtlich des Bereicherungsanspruchs nach Art. 62 ff. OR die Voraussetzungen für die Rückerstattungspflicht erfüllt sind. Der Kläger hat die höheren Prämien bezahlt, um den Versicherungsschutz nicht zu verlieren (vgl. Art. 27 AVB), weshalb sie als unfreiwillig bezahlt gelten und Art. 63 Abs. 1 OR nicht anwendbar ist (HAHN, in: Handkommentar zum Schweizer Privatrecht,

-10- 2. Aufl., N. 4 zu Art. 63 OR). Die Beklagte ist deshalb im Umfang der zu viel bezahlten Prämien ungerechtfertigt bereichert worden, und es sind aus den Akten weder Hinweise ersichtlich, dass sie nicht mehr bereichert wäre, noch macht die Beklagte solches geltend. Der in der Zeit von Januar 2011 bis April 2014 zu viel erbrachte Betrag beläuft sich — entgegen den Ausführungen des Klägers (vgl. Replik S. 6) — auf Fr. 2160.00 (40 Monate x Fr. 54.00). Die Beklagte ist damit grundsätzlich zur Bezahlung von Fr. 2160.00 zu verpflichten, sofern die Rückforderung noch nicht verjährt ist, was die Beklagte ausdrücklich geltend macht.

E. 4.4.1

Der Bereicherungsanspruch verjährt nach Art. 67 Abs. 1 OR mit Ablauf eines Jahres, nachdem der Verletzte von seinem Anspruch Kenntnis erhalten hat, in jedem Fall aber mit Ablauf von zehn Jahren seit der Entstehung des Anspruchs. Die absolute zehnjährige Frist beginnt erst mit “Entstehung“ des Bereicherungsanspruchs zu laufen, d.h. bei der Leistungskondition im Zeitpunkt der Leistung, falls diese bereits ursprünglich grundlos war. Die relative einjährige Frist läuft frühestens vom gleichen Zeitpunkt an wie die Zehnjahresfrist (vgl. EuGEN BuCHER, Schweizerisches Obligationenrecht, Allgemeiner Teil (ohne Deliktsrecht). 2. Aufl., 1988, mit Hinweisen). Die Verjährung wird einerseits durch Anerkennung der Forderung von Seiten des Schuldners sowie andererseits durch

Schuldbetreibung, durch Schlichtungsgesuch, durch Klage oder durch Einrede vor einem staatlichen Gericht sowie durch Eingabe im Konkurs unterbrochen (Art. 135 OR).

E. 4.4.2

Vorliegend hat der Kläger am 12. Januar 2011 davon erfahren, dass er neu Fr. 20.00 für die Zahnzusatzversicherung der Kinder bezahlen muss (KB 8). Seit diesem Zeitpunkt hatte er grundsätzlich darüber Kenntnis, dass er — seiner Ansicht nach — Fr. 18.00 pro Kind und Monat zu viel bezahlen würde und ab dann leistete er somit grundlos. Allerdings läuft die Verjährungsfrist, wie soeben ausgeführt (E. 4.4.1), erst nach tatsächlicher Leistung. Dies bedeutet vorliegend, dass die Verjährungsfrist für jede zu hoch erbrachte Prämie selbständig zu laufen beginnt. Der Kläger hat die Klage gegen die Beklagte am 19. November 2013 angehoben. Somit ist der Bereicherungsanspruch, soweit er sich auf Leistungen vor dem 20. November 2012 bezieht, verjährt. Demnach sind die grundlos zu viel erbrachten Prämienleistungen für die Monate Januar 2011 bis und mit November 2012 (die Prämien sind monatlich im Voraus zahlbar [vgl. die Versicherungspolice bei denen als Zahlungsart “monat-

= lich“ steht {bspw. KB 7}J und Art. 26 Ziff. 1 AVB) in der Höhe von gesamthaft Fr. 1242.00 (23 x Fr. 54.00) verjährt. Durch Einreichung des Schlichtungsgesuchs am 3. September 2012 bzw. der anschliessenden Klage gegen die Y. Versicherungen (VKL.2012.59) wurde die Verjährung im Übrigen nicht unterbrochen, da der Kläger dazumal die falsche Beklagte eingeklagt hat (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 6. August 2013). Denn die Verjährung wird zwar durch Klageanhebung bzw. durch das Schlichtungsgesuch unterbrochen, aber nur gegenüber der richtigen (passivgetimerten) Beklagten (vgl. DÄPPEN, in Basler Kommentar OR-I, 5. Aufl. 2011 N. 5a zu Art. 135 OR m.w.H.). Zusammenfassend hat der Kläger demnach Anspruch auf Fr. 918.00 (Monate Dezember 2012 bis April 2014) aus ungerechtfertigter Bereicherung.

E. 5

Aufl. 2011, N. 4b zu Art. 64 OR). Der Kläger hat der Beklagten erstmals mit Klageeinreichung eine Zahlungsaufforderung gesetzt. Somit befindet sich die Beklagte ab dem 19. November 2013 für den ab dann ausstehenden Betrag in Höhe von Fr. 594.00 (Dezember 2012 bis Oktober 2013) im Verzug und ist ab diesem Datum zur Bezahlung von $5\frac{3}{4}$ Zins zu verpflichten. Auf den erst danach entstanden (und mit Replik geltend gemachten) Anspruch (November 2013 bis April 2014) von Fr. 324.00 ist erst ab Einreichung der Replik (31. März 2014) Verzugszins zu zahlen, zumal die Beklagte dies bezüglich erst dann in Verzug gesetzt worden ist.

E. 6

Nach dem Gesagten ist die Klage teilweise gutzuheissen (soweit darauf einzutreten ist) und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger Fr. 918.00 zuzüglich Zins von $5\frac{3}{4}$ seit 19. November 2013 auf den Betrag von Fr. 594.00 sowie seit 31. März 2014 auf den Betrag von Fr. 324.00 zu bezahlen.

E. 7.1

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO).

E. 7.2.1

Eine Parteientschädigung ist nach den allgemeinen Regeln zuzusprechen (Urteil 4A.194/2010 vom 17. November 2010). Nach Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten, zu welchen die Parteientschädigung gehört (Art. 95 Abs. 1 lit. b ZPO), der unterliegenden Partei auferlegt.

E. 7.2.2

Der Kläger beantragt die Bezahlung von Fr. 2320.00. Die Beklagte beantragt die Abweisung der Klage. Mit der Gutheissung seines Leistungsbehrens in Höhe von Fr. 918.00 obsiegt der Kläger ungefähr zu 2/5 und unterliegt zu 3/5. Aufgrund des Verfahrensausgangs hat der Kläger somit keinen Anspruch auf Parteientschädigung. Die obsiegende Beklagte beantragte keine Kostenentschädigung, weshalb keine Entschädigung zu zusprechen ist. Das Versicherungsgericht erkennt:

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