

GR_GERICHTE ZR2 2023 68 vom 10. Juni 2025

GR Gerichte, 2025-06-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_ZR2_2023_68

FR: GR_GERICHTE ZR2 2023 68 du 10 juin 2025

IT: GR_GERICHTE ZR2 2023 68 del 10 giugno 2025

Regeste

Leistungen und Forderungen aus Fondspolice | OR Übrige Fälle und Innominatverträge

Erwägungen

E. 1

Eintretensvoraussetzungen

E. 1.1

Mit Berufung sind erstinstanzliche Endentscheide anfechtbar, wenn der Streitwert der zuletzt aufrechterhaltenen Rechtsbegehren mindestens CHF 10'000.00 beträgt (Art. 308 ZPO). Der Streitwert wird durch das Rechtsbegehren bestimmt. Zinsen und Kosten des laufenden Verfahrens oder einer allfälligen Publikation des Entscheids sowie allfällige Eventualbegehren werden nicht hinzugerechnet (Art. 91 Abs. 1 ZPO). Als Wert wiederkehrender Leistungen gilt der Kapitalwert (Art. 92 Abs. 1 ZPO). Aber auch bei wiederkehrenden Leistungen sind bereits verfallene Teilleistungen aus der Vergangenheit zu addieren und nicht zu kapitalisieren (DIGGELMANN, in: Brunner/Schwander/Vischer [Hrsg.], Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO],

E. 1.2

sowie 2 eingetreten, sie hätte dies aber auch in Bezug auf Klageantrag Ziff. 1.3 tun müssen (s. E. 4). In der Sache hat sie zu Unrecht eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und die darauf gestützte Kündigung des Versicherungsvertrags durch die Berufungsklägerin verneint (s. E. 6). Mit der Kündigung ist der Versicherungsvertrag ex nunc aufgelöst worden. Zu diesem Zeitpunkt ist nicht nur der Todesfallschutz für den Berufungsbeklagten, sondern auch dessen Prämienzahlungspflicht erloschen. Ebenfalls mit der Kündigung dahingefallen ist die Prämienbefreiung für die zuvor eingetretene Erwerbsunfähigkeit. Im Ergebnis ist die Berufung somit teilweise gutzuheissen und

E. 1.3

Per 1. Januar 2025 ist das Verfahren auf das Obergericht des Kantons Graubünden übertragen worden (Art. 122 Abs. 5 GOG). Die vorliegende Streitigkeit aus dem Gebiet des Versicherungsvertragsrechts fällt in die Zuständigkeit der Zweiten zivilrechtlichen Kammer des Obergerichts (Art. 10 Abs. 1 lit. b OGV [BR 173.010]). 1.4.1. Der Berufungsbeklagte bestreitet, dass die Berufungsklägerin durch Dispositiv-Ziff. 1 des angefochtenen Entscheides beschwert sei. Denn die Vorinstanz sei darin nicht auf Ziff. 1.3 der Klage des Berufungsbeklagten eingetreten (act. A.2, Rz. 12). 1.4.2. Das Gericht tritt auf eine Klage oder auf ein Gesuch ein, sofern die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind (Art. 59 Abs. 1 ZPO). Prozessvoraussetzung ist insbesondere, dass die klagende oder gesuchstellende Partei ein schutzwürdiges Interesse hat (Art. 59 Abs. 2 lit. a ZPO). Im Rahmen des

Rechtsmittelverfahrens entspricht das Rechtsschutzinteresse der Beschwer. Formelle Beschwer einer Partei liegt vor, wenn das Dispositiv des Entscheids von ihren Anträgen abweicht. Beschwer ist auch die beklagte Partei, die auf Abweisung der Klage plädiert hat, wenn der Entscheid hingegen auf Nichteintreten lautet. Denn sie hat einen Anspruch darauf, dass der Streit bei gegebenen Prozessvoraussetzungen durch einen Sachentscheid entschieden wird, damit sie nicht in einem neuen Verfahren mit der gleichen Klage belangt wird. Formelle Beschwer umfasst stets auch die materielle Beschwer (ZÜRCHER, in: Sutter- Somm/Lötscher/Leuenberger/Seiler [Hrsg.], Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO], 4. Aufl. 2025, Art. 59 N. 14). Das Gericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind (Art. 60 ZPO). 1.4.3. Vorliegend hat die Berufungsklägerin bereits vor Vorinstanz (und auch vor dem Obergericht) die vollumfängliche Abweisung der klägerischen Rechtsbegehren verlangt. Mit Blick auf die materielle Rechtskraft, die einem Sachentscheid für den geltend gemachten materiellen Anspruch zukommt (Art. 59 Abs. 2 lit. e ZPO), ist ihren Interessen mit einer Abweisung von Rechtsbegehren Ziff. 1.3 (Deckung für die garantierte Todesfallsumme von CHF 200'000.00) mehr gedient als mit einem

E. 3

Aufl. 2025, Art. 92 N. 2; HOFMANN/BAECKERT, in: Spühler/Tenchio/Infanger [Hrsg.], Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 4. Aufl. 2025, Art. 92 N. 3). Vorliegend verlangt die Berufungsklägerin im Hauptbegehren die vollumfängliche Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides und die Abweisung der Klage des Berufungsbeklagten. Dabei geht die Berufungsklägerin von einem Streitwert von CHF 324'000.00 aus (act. A.1, Rz. 121; RG-act. I.3, S. 2). Auch der Berufungsbeklagte geht von diesem Streitwert aus (act. A.2, Rz. 16 i.V.m. RG- act. VI.5). Nachdem allein schon die vom Berufungsbeklagten unter Ziff. 1.2 seiner Klage verlangte Prämienbefreiung ab November 2011 bis Mai 2037 mit monatlichen Prämien von CHF 500.00 bei Berücksichtigung der heute bereits verfallenen Prämien einen Streitwert von mehr als CHF 10'000.00, ja sogar von mehr als CHF 30'000.00 ergibt, ist die Berufung zulässig.

E. 3.1

Nach Ziff. 3 und Ziff. 17.10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die fondsgebundenen Lebensversicherungen Value Invest freie Vorsorgeversicherungen Säule 3b (nachfolgend: AVB), die die Parteien unstreitig in den Versicherungsvertrag übernommen haben, ist auf das vorliegende (internationale) Versicherungsvertragsverhältnis schweizerisches Recht anwendbar (RG-act. II.4; Art. 116 IPRG). Das Vertragsverhältnis unterliegt demnach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG; s. Ziff. 3 AVB; RG-act. II.4), subsidiär dem Obligationenrecht vom 30. März 1911 (OR; Art. 100 Abs. 1 VVG).

E. 3.2

Seit dem Abschluss des vorliegenden Versicherungsvertrages im Jahre 2010 haben gewisse Bestimmungen des VVG Revisionen erfahren. So ist am 1. Januar 2022 das Bundesgesetz vom 19. Juni 2020 über die Änderung des VVG (AS 2020 4969) in Kraft getreten, mit dem unter anderem die im vorliegenden Fall relevanten Art. 4 und 6 VVG über die Anzeigepflicht, Art. 20 f. VVG über die Mahnpflicht des Versicherers und die Verzugsfolgen, Art. 46 VVG über die Verjährung und Befristung sowie Art. 98 VVG über die Vorschriften, die nicht zuungunsten des Versicherungsnehmers oder des

Anspruchsberechtigten abgeändert werden dürfen, revidiert wurden. Nach Art. 103a VVG gelten für Verträge, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 abgeschlossen worden sind, aus dem neuen Recht die Formvorschriften (lit. a) sowie das Kündigungsrecht nach den Art. 35a und 35b VVG (lit. b). Eine Rückwirkung weiterer Bestimmungen des neuen Rechts ist gesetzlich ausgeschlossen (BGE 151 III 35 E. 2.4). Die Art. 4, 6, 20 f., 46 und 98 VVG sind vorliegend somit noch in denjenigen Fassungen anwendbar, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 in Kraft waren (nachfolgend jeweils: aVVG). 4. Formelle Rügen 4.1.1. Die Berufungsklägerin macht zunächst eine Verletzung der Dispositions- und Verhandlungsmaxime geltend. Der Berufungsbeklagte habe in seiner Klage nur eine monatliche Prämienbefreiung von CHF 500.00 verlangt, nicht hingegen von CHF 515.00, wie es die Vorinstanz erwogen habe. Weiter führt die Berufungsklägerin aus, vorliegend sei zwischen dem Berufungsbeklagten und ihr keine dynamische Prämienhöhung vereinbart worden, weshalb die monatliche Prämienhöhe richtigerweise nur CHF 500.00 betrage. Schliesslich habe die Vorinstanz aber zutreffenderweise doch nur auf eine Prämienhöhe von CHF 500.00 (Prämienhöhe in der letzten vor Beginn der Wartefrist fällig gewordenen Höhe) abgestellt (act. A.1, Rz. 20-23). Der Berufungsbeklagte macht geltend, die Prämienanpassung auf CHF 515.00 ab dem 1. Juni 2012 habe sich aus einer Anpassung der Prämiensumme von CHF 162'000.00 auf CHF 166'500.00 ergeben. Die Berufung auf Ziff. 7.7 Abs. 2 AVB, wonach jeweils die Höhe der letzten, vor dem Beginn der Wartefrist fällig gewordenen Prämie massgeblich sei, sei rechtsmissbräuchlich (act. A.2, S. 3 f.). 4.1.2. Für die Übernahme der Prämie bei Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Ziff. 7.7 Abs. 2 AVB jeweils die Höhe der letzten, vor dem Beginn der Wartefrist fällig gewordenen Prämie massgeblich. Nach diesem Zeitpunkt eingetretene Prämienhöhungen ■ beispielsweise als Folge einer Vertragsänderung oder

E. 8

/ 47 Der vorinstanzliche Entscheid wurde den Parteien am 9. November 2023 mitgeteilt. Der Rechtsvertreter der Berufungsklägerin nahm ihn am 10. November 2023 in Empfang. Die Berufungsschrift mit dem Poststempel vom 8. Dezember 2023 wurde daher innert der Berufungsfrist eingereicht.

E. 8.1

Die Berufungsklägerin macht schliesslich geltend, der Anspruch auf Prämienbefreiung habe, wenn die vom Berufungsbeklagten behauptete Erwerbsunfähigkeit im November 2010 eingetreten sei, nach der zwölfmonatigen Wartefrist im November 2011 begonnen und sei demzufolge im November 2013 verjährt gewesen (act. A.1, Rz. 113). Auch wenn man auf das Gutachten von Dr. med. I. _____ vom 30. November 2012 zuhanden der IV-Stelle abstellen würde und demzufolge die Verjährungsfrist am 30. November 2012 zu laufen begonnen hätte, wäre sie am 29. November 2014 abgelaufen gewesen. Der Berufungsbeklagte habe seine Klage aber erst am 12. Juni 2015 beim Vermittleramt eingereicht (act. A.1, Rz. 114).

E. 8.2

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrage verjähren in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet. Art. 41 BVG bleibt vorbehalten (Art. 46 Abs. 1 aVVG; seit der am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen, hier aber nicht anwendbaren [oben E. 3] Gesetzesfassung beträgt die Verjährungsfrist fünf Jahre [GRABER, a.a.O., Art. 46 N. 1 f.]). Vertragsabreden, die den Anspruch gegen den Versicherer einer kürzeren

Verjährung oder einer zeitlich kürzeren Beschränkung unterwerfen, sind ungültig. Vorbehalten bleibt die Bestimmung des Art. 39 Abs. 2 Ziff. 2 VVG (Art. 46 Abs. 2 aVVG).

E. 8.3

Ob die Prämienbefreiung selbständig der zweijährigen Verjährungsfrist des Art. 46 aVVG untersteht, hängt von deren rechtlichen Qualifikation ab. Nach dem erwähnten letzten Präjudiz des Bundesgerichts zu dieser Frage stellt die Prämienbefreiung keinen Leistungsanspruch der begünstigten Person gegenüber dem Versicherungsunternehmen dar. Der Versicherungsnehmer wird lediglich von der Bezahlung der Prämie – seiner vertraglichen Hauptpflicht – befreit (Urteil des Bundesgerichts 9C_635/2020 vom 6. Juli 2021 E. 4.1 und E. 8.3.2). Ausgehend von dieser rechtlichen Qualifikation ist die Prämienbefreiung keiner Verjährung unterworfen. Sind deren Voraussetzungen erfüllt, hat dies zur Konsequenz, dass der Versicherungsnehmer keine Prämien mehr für den weiterhin bestehenden Versicherungsschutz schuldet; leistet er dennoch Prämien, so hat er einen Rückerstattungsanspruch gegen das Versicherungsunternehmen aus ungerechtfertigter Bereicherung, auf den die verjährungsrechtliche Sonderbestimmung des Art. 67 OR anwendbar ist (s. oben E. 6.5). Davon ist im Ergebnis auch die Vorinstanz ausgegangen (act. B.1, E. 6.2, S. 26), die anschliessend folgerichtig den vom Berufungsbeklagten geltend gemachten Anspruch auf Rückerstattung der Prämien ab November 2010 zufolge Verjährung nach Art. 67 OR geprüft und den Verjährungseintritt alsdann bejaht hat (act. B.1, E. 7, und Dispositiv-Ziff. 4). Nachdem die Berufungsklägerin in Bezug auf diesen Entscheid der Vorinstanz nicht beschwert ist, wird dieser mit dem vorliegenden Urteil bestätigt (s. oben E. 1.4.4). Wird die Prämienbefreiung nicht als Anspruch mit selbständiger Verjährung qualifiziert und die Verjährungseinrede der Berufungsklägerin folglich verneint, passt dies dogmatisch somit ins Gesamtgefüge. Eine eingehende Auseinandersetzung kann aber unterbleiben, weil mit der Kündigung des Versicherungsvertrags wegen Verletzung der Anzeigepflicht vorliegend auch die Pflicht zur Prämienbefreiung entfallen ist (s. E. 6). 9. Fazit Zusammengefasst ist die Vorinstanz korrekterweise auf die Klageanträge Ziff. 1.1,

E. 9

/ 47 blossen Nichteintreten. Wenn die Vorinstanz auf den betreffenden Antrag lediglich nicht eingetreten ist, anstatt diesen abzuweisen, fehlt es der Berufungsklägerin in diesem Punkt folglich nicht an der Beschwer. In Bezug auf Dispositiv-Ziff. 1 ist das schutzwürdige Interesse an der Aufhebung des angefochtenen Entscheides und der Abweisung des betreffenden Klageantrags (Rechtsbegehren Ziff. 1.3 in der Klage) demnach gegeben. 1.4.4. Ein schutzwürdiges Interesse bzw. eine Beschwer fehlt der Berufungsklägerin aber an der Aufhebung von Dispositiv-Ziff. 4 des angefochtenen Entscheides, wonach die Klage, soweit sie weiter geht, abgewiesen wird. Wie aus der Begründung des vorinstanzlichen Entscheides hervorgeht, hat das Regionalgericht Albula Klageantrag Ziff. 2 des Berufungsbeklagten (Rückforderung von CHF 4'000.00 zuzüglich 5 % Zins seit Klageeinleitung) wegen Verjährung abgewiesen (act. B.1, E. 7), nachdem die Berufungsklägerin vor Vorinstanz die Verjährung des Rückerstattungsanspruchs des Berufungsbeklagten geltend gemacht hatte (RG-act. I.3, Rz. 45). Damit ist die Berufungsklägerin in diesem Punkt vor Vorinstanz erfolgreich gewesen. Es ist daher mangels eines schutzwürdigen Interesses insoweit nicht auf die Berufung einzutreten. Allerdings ist Dispositiv-Ziff. 4 aus sich selbst heraus nicht genügend klar, weshalb im Dispositiv präzisiert wird, dass damit Ziff. 2 des klägerischen Rechtsbegehrens

(Rückforderung von CHF 4'000.00 zuzüglich 5 % Zins seit Klageeinleitung) gemeint ist und dieses Rechtsbegehren abgewiesen wurde. 2. Mögliche Rügen Mit Berufung kann die unrichtige Feststellung des Sachverhaltes und die unrichtige Rechtsanwendung geltend gemacht werden (Art. 310 ZPO). 3. Anwendbares Recht

E. 10

/ 47

E. 10.1

Die Prozesskosten (Gerichtskosten und Parteientschädigung) werden der unterliegenden Partei auferlegt. Bei Nichteintreten und bei Klagerückzug gilt die klagende Partei, bei Anerkennung der Klage die beklagte Partei als unterliegend (Art. 106 Abs. 1 ZPO). Hat keine Partei vollständig obsiegt, so werden die Prozesskosten nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (Art. 106 Abs. 2 ZPO). Das Gericht kann aus Billigkeitsgründen von den Verteilungsgrundsätzen abweichen und die Prozesskosten nach Ermessen verteilen (Art. 107 Abs. 1 ZPO). Unterliegt die unentgeltlich prozessführende Partei, so werden die Prozesskosten wie folgt liquidiert: a) die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder der unentgeltliche Rechtsbeistand wird vom Kanton angemessen entschädigt; b) die Gerichtskosten gehen zulasten des Kantons; c) der Gegenpartei werden die Vorschüsse, die sie geleistet hat, zurückerstattet; d) die unentgeltlich prozessführende Partei hat der Gegenpartei die Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 122 Abs. 1 ZPO). Obsiegt die unentgeltlich prozessführende Partei und ist die Parteientschädigung bei der Gegenpartei nicht oder voraussichtlich nicht einbringlich, so wird die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder der unentgeltliche Rechtsbeistand vom Kanton angemessen entschädigt. Mit der Zahlung geht der Anspruch auf den Kanton über (Art. 122 Abs. 2 ZPO).

E. 10.2

Der Berufungsbeklagte ist im Umfang von CHF 200'000.00 (garantierte Todesfallsumme), CHF 147'000.00 (Prämienbefreiung von Dezember 2011 bis Mai 2037) sowie von CHF 4'000.00 (Rückforderung Prämien) unterlegen. Die Berufungsklägerin hat demgegenüber die Prämienfreistellung für den Zeitraum 1. Juni 2012 bis 7. Januar 2016 im Umfange von CHF 22'000.00 rückgängig zu machen. Damit hat die Berufungsklägerin zu 94 % obsiegt und der

E. 10.3

Die Gerichtskosten der Vorinstanz belaufen sich auf CHF 12'000.00. Die Kosten des Vermittleramtes Albula auf CHF 300.00. Von den total CHF 12'300.00 hat der Berufungsbeklagte bzw., weil ihm von der Vorinstanz die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden war (act. B.1, S. 3, F.), der Kanton Graubünden CHF 8'200.00 (= 2/3) zu tragen (unter dem Vorbehalt der Nachzahlung gestützt auf Art. 123 ZPO) und die Berufungsklägerin CHF 4'100.00 (= 1/3). Für das Berufungsverfahren ist angesichts der zu prüfenden Sachverhalts- und Rechtsfragen eine Gerichtsgebühr von CHF 10'000.00 angemessen. Diese ist nach dem Mass des Obsiegens bzw. Unterliegens zu CHF 6'666.65 (= 2/3) vom Berufungsbeklagten bzw., weil diesem die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt worden ist, vom Kanton Graubünden zu tragen (unter dem Vorbehalt der Nachzahlung gestützt auf Art. 123 ZPO). Die Berufungsklägerin hat CHF 3'333.35 (= 1/3) zu tragen.

E. 10.4

Die Berechnung der Parteientschädigung erfolgt nach der sog. Quoten- bzw. Bruchteilsverrechnungsmethode. Nach der Methode der Quoten- bzw. Bruchteilsverrechnung wird zunächst das anteilmässige Unterliegen und Obsiegen ermittelt. Die Bruchteile bzw. Quoten des jeweiligen Obsiegens beider Parteien werden sodann gegenseitig verrechnet. Die mehrheitlich obsiegende Partei erhält als Parteientschädigung schliesslich die mit der Differenz der verrechneten Bruchteile bzw. Quoten multiplizierte Honorarforderung (Urteile des Kantonsgerichts von Graubünden ZK2 19 14/16 vom 29. Juni 2020 E. 4.3; ZK1 14 115 vom 17. September 2015 E. 15b). Vorliegend ist von einem Unterliegen des Berufungsbeklagten im Umfang von 2/3 auszugehen (s. E. 10.2). Somit schuldet er der Berufungsklägerin $1/3$ ($= 2/3 - 1/3$) ihrer Parteientschädigung. Die urteilende Instanz setzt die Parteientschädigung der obsiegenden Partei nach Ermessen fest (Art. 2 Abs. 1 Honorarverordnung [HV; BR 310.250]). Sie geht vom Betrag aus, welcher der entschädigungsberechtigten Partei für die anwaltliche

E. 10.5

Dem Berufungsbeklagten wurde mit Verfügung des Vorsitzenden der (damaligen) II. Zivilkammer des Kantonsgerichts vom 20. Dezember 2023 (ZK2 23 69) für das Berufungsverfahren die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Christian Schreiber zum unentgeltlichen Rechtsvertreter ernannt. Die Kosten seiner Rechtsvertretung gehen somit nach Massgabe von Art. 122 ZPO zu Lasten des Kantons Graubünden. Dabei sind die Kosten der Rechtsvertretung gestützt auf einen Honoraransatz von CHF 200.00 pro Stunde zuzüglich notwendige Barauslagen und Mehrwertsteuer zu berechnen (Art. 5 Abs. 1 HV). Damit kann der unentgeltliche Rechtsvertreter des Berufungsbeklagten für das erstinstanzliche Verfahren einen Aufwand von CHF 19'730.00 ($= 98.65$ Stunden \times CHF 200.00) sowie Barauslagen von CHF 1'237.40 geltend machen, total also CHF 20'967.40. Dazu kommt die Mehrwertsteuer von CHF 1'099.10 ($= 8\%$ von CHF 13'738.70) sowie von CHF 556.60 ($= 7,7\%$ von CHF 7'228.70), total somit CHF 1'655.70. Das Honorar für das erstinstanzliche Verfahren beträgt demzufolge insgesamt CHF 22'623.10 (inklusive Auslagen und Mehrwertsteuer). Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Berufungsbeklagten hat für das Berufungsverfahren einen Honoraraufwand von 32.50 Stunden sowie Barauslagen von CHF 129.10 geltend gemacht (act. G.2). Dies ergibt bei einem Stundenansatz von CHF 200.00 total CHF 6'629.10 (inklusive Barauslagen). Dazu kommt die Mehrwertsteuer von CHF 535.65 ($7,7\%$ von CHF 320.30 = CHF 24.65; $8,1\%$ von CHF 6'308.80 = CHF 511.00). Das Honorar für das Berufungsverfahren beträgt demnach insgesamt CHF 7'164.75 (inklusive Auslagen und Mehrwertsteuer).

E. 11

/ 47 aufgrund vereinbarter Dynamisierung ■ sind von der Prämienbefreiung ausgeschlossen (RG-act. II.4, Ziff. 7.7, S. 4). 4.1.3. Die Vorinstanz hat in ihrem Entscheiddispositiv die Prämienbefreiung mit einer monatlichen Prämie von CHF 500.00 festgehalten (act. B.1, Dispositiv-Ziff. 2). Damit hat sie dem Berufungsbeklagten diejenige Prämienhöhe zugesprochen, die er seinem Rechtsbegehren zugrunde gelegt hatte. Sodann hat bereits die Berufungsklägerin festgestellt, die Vorinstanz habe ihrem Entscheid schliesslich eine monatliche Prämie von CHF 500.00 zugrunde gelegt (act. A.1, Rz. 23 mit Verweis auf act. B.1, E. 6.2, S. 26). Damit hat die Berufungsklägerin kein schutzwürdiges Interesse daran, dass sich das Obergericht mit ihrer Rüge (Verletzung der Verhandlungs- und Dispositionsmaxime) befasst. Auf die Berufung ist in diesem Punkt nicht einzutreten (Art. 59 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 lit. a ZPO). 4.2.1. Sodann moniert die Berufungsklägerin, die

Vorinstanz hätte nicht auf Ziff. 1.1 des klägerischen Rechtsbegehrens eintreten dürfen, wonach die von ihr erklärte Prämienfreistellung per 1. Juli 2012 aufzuheben sei. Eine solche Leistungsklage existiere nicht, weil eine rechtliche Grundlage dafür fehle. Der Kläger hätte vielmehr eine Feststellungsklage einreichen müssen (act. A.1, Rz. 26-32). Auch hinsichtlich des Rechtsbegehrens Ziff. 1.2 des Berufungsbeklagten (Verpflichtung zur Gewährleistung der Prämienbefreiung und Bezahlung der monatlichen Prämien) beanstandet die Berufungsklägerin, dass die Vorinstanz zu Unrecht auf die Klage eingetreten sei. Auch hier wäre nur ein Feststellungsbegehren des Berufungsbeklagten zulässig gewesen und keine Leistungsklage (act. A.1, Rz. 33- 37). Der Berufungsbeklagte qualifiziert demgegenüber sowohl die Aufhebung der Prämienfreistellung gemäss Ziff. 1.1 seines Rechtsbegehrens als auch die Verpflichtung zur Bezahlung der monatlichen Prämien (Prämienbefreiung) gemäss Ziff. 1.2 seines Rechtsbegehrens als Leistungsklage i.S.v. Art. 84 ZPO (act. A.2, S. 4). 4.2.2. Mit der Leistungsklage verlangt die klagende Partei die Verurteilung der beklagten Partei zu einem bestimmten Tun, Unterlassen oder Dulden (Art. 84 Abs. 1 ZPO). Das Bundesgericht hat die Klage auf Befreiung von der Prämienzahlung als Leistungsklage qualifiziert (BGE 138 III 416 E. 1.2.2, in: Pra 2013 Nr. 7). Die Vorinstanz ist deshalb zu Recht auf Ziff. 1.2 des klägerischen Rechtsbegehrens eingetreten (act. B.1, E. 3.3).

E. 12

/ 47 4.2.3. Muss die Prämienfreistellung als Folge des Prämienzahlungsverzugs rückwirkend per 1. Juni 2012 aufgehoben werden, wie der Berufungsbeklagte in Klageantrag Ziff. 1.1 beantragt hat, so bedingt dies ein Tun bzw. eine Rückabwicklung. Die Prämienfreistellung beinhaltet, dass mit Beginn der Prämienfreistellung die Risikoprämien und allfällige Risikozuschläge für die Aufrechterhaltung des Todesfallschutzes bis zum Ende der Versicherungsdauer bzw. bis zur Rückumwandlung der Versicherung in eine prämienpflichtige sowie die Depotkosten nunmehr zusammen mit den Abschluss- und Verwaltungskosten jeweils zum Monatsbeginn dem bis zum Eintritt der Prämienfreistellung gebildeten Fondsvermögen entnommen werden (Ziff. 11.4 Abs. 4 AVB). Unterschreitet der Wert des Fondsvermögens infolge der Entnahme der Verwaltungs- und Depotkosten sowie gegebenenfalls der Risikoprämien und allfälligen Risikozuschläge den Betrag von CHF 20.00, so wird der Versicherungsvertrag aufgelöst (Ziff. 11.4 Abs. 5 AVB). Vorliegend sind die Prämienfreistellung und die damit begründete Kündigung des Vertrages zu Unrecht erfolgt (s. E. 5). Deshalb muss eine Rückabwicklung, d.h. ein Tun durch die Berufungsklägerin erfolgen, indem sie dem Fondsvermögen die vertragswidrig entnommenen Beträge wieder hinzufügt. Die Vorinstanz ist daher zu Recht auf das entsprechende Rechtsbegehren eingetreten (act. B.1, E. 3.2). 4.3.1. Die Berufungsklägerin kritisiert weiter das Nichteintreten der Vorinstanz bezüglich Ziff. 1.3 des klägerischen Rechtsbegehrens. Zum einen macht sie geltend, diesem Rechtsbegehren komme durchaus eigene Bedeutung zu, weil auf die Rechtsbegehren Ziff. 1.1 und 1.2 nach richtiger Betrachtungsweise nicht einzutreten wäre. Zum anderen bringt sie vor, auf Rechtsbegehren Ziff. 1.3 sei aus einem anderen Grund nicht einzutreten, nämlich weil der Berufungsbeklagte ein Leistungsbegehren gestellt habe, obschon der Versicherungsfall (Todesfall) noch nicht eingetreten sei. Möglicherweise hätte ein Feststellungsbegehren eher dem vom Berufungsbeklagten verfolgten Ziel entsprochen. Der Berufungskläger habe jedoch das notwendige Feststellungsinteresse nicht nachgewiesen. Ein solches sei zu verneinen, weil im Versicherungsfall nicht er, sondern seine Ehegattin Begünstigte sei, gegenüber welcher das erstrittene Feststellungsurteil jedoch keine Wirkung entfalte.

Vielmehr müsste im Todesfall die Ehegattin des Berufungsbeklagten auf Leistung klagen, sollte sie – die Berufungsklägerin – die Leistung aus irgendeinem Grund verweigern (act. A.1, Rz. 38-44). Laut dem Berufungsbeklagten sind die Ausführungen der Berufungsklägerin reichlich verwirrend und vermengen die Frage der Umschreibung des Klageantrags Ziff. 1.3 mit den angeblichen, aber bestrittenen Anzeigepflichtverletzungen.

E. 13

/ 47 Nachdem die Vorinstanz entschieden habe, auf das Begehren nicht einzutreten, sei die Berufungsklägerin diesbezüglich gar nicht beschwert. Folglich hätten sich ihre diesbezüglichen, sehr weit ausholenden Ausführungen erübrigt. Darauf sei nicht einzutreten. Dennoch werde sie ihren vertraglichen Verpflichtungen auch bezüglich des Todesfallkapitals nachkommen müssen, falls ihrer Berufung kein Erfolg beschieden sei (act. A.2, Rz. 12). 4.3.2. Die Vorinstanz hat den Klageantrag Ziff. 1.3 als Leistungsklage qualifiziert. Sie hat dabei festgehalten, dass der Berufungsbeklagte an diesem Begehren ohne Weiteres ein rechtliches Interesse habe. Primär sei aber die Frage gemäss den Klageanträgen Ziff. 1.1 und 1.2 zu klären, ob die Berufungsklägerin zu Recht die Prämienfreistellung im Sinne der AVB erklärt habe bzw. ob sie nach den vertraglichen Bestimmungen die Prämien des Berufungsbeklagten selber übernehmen müsse und ob der Vertrag heute noch bestehe. Werde das verneint, falle auch die (künftige) Leistungspflicht für die Todesfallsumme weg, umgekehrt bedürfe es keiner weiteren Anordnung, falls der Berufungsbeklagte mit seinem Standpunkt zu den erwähnten Begehren durchdringe. Auf den Klageantrag Ziff. 1.3, dem keine eigene Bedeutung zukomme, sei daher so oder anders nicht einzutreten (act. B.1, E. 3.4, S. 12). 4.3.3. Diese Argumentation der Vorinstanz überzeugt nicht. Es trifft zwar zu, dass die Klageanträge Ziff. 1.1, 1.2 und 1.3 sachlich zusammenhängen, denn sie alle leiten sich aus dem Versicherungsvertrag ab und setzen insofern den Bestand eines solchen Vertrags voraus. Auch spricht die akzessorische Natur der Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit (s. E. 6.5) dafür, dass diese ohne Todesfallversicherung (als Hauptversicherung) nicht bestehen kann. Dass einem Klagebegehren hinsichtlich der Todesfallversicherung keine selbständige Bedeutung zukommen würde, wenn parallel Klagebegehren betreffend die Prämienbefreiung gestellt werden, kann dennoch nicht gesagt werden. Im Fall nämlich, dass der Anspruch auf Prämienbefreiung verneint wird (etwa weil keine Erwerbsunfähigkeit vorliegt), kann der Versicherungsnehmer trotzdem ein legitimes Interesse an der Feststellung der Deckung für den Todesfall haben. Die Berufungsklägerin hat sich bereits vor dem Prozess auf den Standpunkt gestellt, der Versicherungsvertrag sei insgesamt aufgelöst und es bestehe dementsprechend auch keine Todesfallversicherung mehr (vgl. z.B. RG-act. III.3). Unabhängig von der Prämienbefreiung hatte der Berufungsbeklagte daher ein schutzwürdiges Interesse an der gerichtlichen Klärung, ob nun die Todesfallversicherung noch besteht (und die von ihm bezeichnete Person im Versicherungsfall profitieren wird) oder nicht. Die Vorinstanz hätte daher auch auf

E. 14

/ 47 den Klageantrag Ziff. 1.3 eintreten und die Deckung für den Todesfall prüfen müssen. 4.4.1. In prozessualer Hinsicht kritisiert die Berufungsklägerin ferner, die Vorinstanz habe dem Antrag des Berufungsbeklagten in seiner Replik vom 4. März 2016 (RG- act. I.4, Rz. 18) um Einholung eines Gutachtens betreffend Invalidität nicht stattgegeben, obschon sie zuvor die jahrelange Verfahrensverzögerung eben mit diesem Beweisantrag begründet habe. Dies sei widersprüchlich (act. A.1, Rz. 24). Darüber hinaus übersehe die Vorinstanz,

dass die Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers gemäss Art. 39 VVG und Ziff. 9.1 Abs. 3 AVB zeitlich unbefristet und insbesondere auch im Rahmen eines Zivilprozesses gelte. Die Vorinstanz hätte dem mit zulässiger Noveneingabe vom 14. November 2018 unterbreiteten Antrag jedenfalls insoweit stattgeben müssen, als sie den Berufungsbeklagten hätte verpflichten müssen, die in den Parallelverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen und in den Parallelverfahren eingeholten Gutachten herauszugeben bzw. die Akten beizuziehen (act. A.1, Rz. 25). Der Berufungsbeklagte macht demgegenüber geltend, das Fremdgutachten aus dem Parallelverfahren beschränke sich auf die Frage der Erwerbsunfähigkeit infolge Unfall. Vorliegend sei jedoch die Erwerbsunfähigkeit ganz allgemein abzuklären, unbesehen davon, ob ein Unfall oder eine Krankheit die Ursache gewesen sei. Die Vorinstanz habe daher zu Recht das Fremdgutachten aus dem Parallelprozess nicht beigezogen. Zudem sei ein Gutachten betreffend den Grad der Erwerbsunfähigkeit des Berufungsbeklagten durch das Obergericht nur insoweit anzuordnen, als die bereits vorliegenden Beweise nicht ausreichend wären, um eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens 66,23 % nachzuweisen (act. A.2, Beweisanträge; act. A.2, S. 4). 4.4.2. Die Berufungsklägerin legt nicht dar, warum ihr aus dem Nichtbeizug des Fremdgutachtens aus dem Parallelprozess bzw. der Nichtanordnung eines Gutachtens betreffend Invalidität konkret ein Nachteil widerfahren sein sollte. Im Gegenteil legt sie in ihrer Replik vom 2. Februar 2024 selber dar, die Invalidität sei unerheblich, entscheidend sei der nach einem Einkommensvergleich festgestellte Grad der Erwerbsunfähigkeit, welcher keiner gutachterlichen Abklärung zugänglich sei (act. A.3, Rz. 6). Bereits vor Vorinstanz führte sie zudem aus, sie stelle das grundsätzliche Vorliegen einer teilweisen Erwerbsunfähigkeit (RG-act. I.3, Rz. 41) und die gesundheitlichen Beschwerden (RG-act. IX.3, Rz. 13) des Berufungsbeklagten nicht in Abrede. Deshalb ist fraglich, ob in diesem Punkt überhaupt auf die Berufung einzutreten wäre (Art. 59 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 lit. a ZPO). Mit dem Verweis auf die vertragliche Auskunfts- und Mitwirkungspflicht des

E. 15

/ 47 Versicherungsnehmers macht die Berufungsklägerin abgesehen davon einen materiellen Anspruch geltend, der vom Recht auf Beweis (Art. 152 ZPO) und von der prozessualen Mitwirkungspflicht der Parteien (Art. 160 ZPO) zu unterscheiden ist. Nur weil der Berufungsbeklagte vertraglich gegenüber der Berufungsklägerin zur Auskunft und Mitwirkung verpflichtet ist, war die Vorinstanz nicht gehalten, den Beweisanträgen auf Einholung eines Gutachtens und Beizug von Akten aus einem anderen Prozess stattzugeben. Einen etwaigen vertragsrechtlichen Informationsanspruch gegenüber dem Berufungsbeklagten müsste die Berufungsklägerin vielmehr selbständig – durch selbständige Klage oder in objektiver Klagenhäufung (Art. 90 ZPO) – geltend machen. Eine Verletzung von prozessualen Vorschriften durch die Vorinstanz lässt sich nicht ausmachen.

5. Prämienfreistellung 5.1. Im vorliegenden Fall hat der Berufungsbeklagte in Ziff. 1.1 seiner Klage verlangt, die durch die Berufungsklägerin erklärte Prämienfreistellung infolge Prämienzahlungsverzugs sei rückwirkend per 1. Juni 2012 aufzuheben. Die Vorinstanz hat die Prämienfreistellung als unzulässig erachtet und dem klägerischen Rechtsbegehren stattgegeben, weil der Berufungsbeklagte ab Dezember 2011 Anspruch auf Prämienbefreiung gehabt habe und daher seit diesem Zeitpunkt keine Prämien mehr habe bezahlen müssen (act. B.1, E. 6.3 und Dispositiv-Ziff. 3). Ungerechtfertigt sei demzufolge auch die darauf gestützte Kündigung infolge Unterschreitung der kritischen Schwelle des Fondsvermögens des Berufungsbeklagten gewesen (act. B.1, E. 6.4). Die Berufungsklägerin moniert in ihrer Berufung, der Treuhänder des Berufungsbeklagten habe

zwar mit Schreiben vom 21. Mai 2013 (RG-act. II.33) Angaben zum Einkommen des Berufungsbeklagten für die Jahre 2011 und 2012 gemacht, ohne jedoch Belege zu unterbreiten (act. A.1, Rz. 94). Damit habe der Berufungsbeklagte seine Erwerbsunfähigkeit bzw. den für die Prämienbefreiung notwendigen Grad seiner Erwerbsunfähigkeit nicht nachgewiesen. Er hätte folglich die fälligen Prämien bis zur vollständigen Abklärung ihrer Leistungspflicht bezahlen müssen (act. A.1, Rz. 101). Weil er dies nicht getan habe, habe sie zu Recht eine Prämienfreistellung verfügt. Der Berufungsbeklagte macht geltend, die Berufungsklägerin habe vorliegend die Vorgaben von Art. 20 aVVG an die Mahnpflicht des Versicherungsunternehmens bei Zahlungssäumnis des Versicherten nicht eingehalten, weshalb auch die Verzugsfolgen in Form der Prämienfreistellung nicht hätten eintreten können (act. A.2, Rz. 15).

E. 16

/ 47 5.2. Der Leistungstermin für die Prämie (die Fälligkeit) wird i.d.R. in der Versicherungspolice festgehalten (EISNER-KIEFER, in: Grolimund/Loacker/Schnyder [Hrsg.], Basler Kommentar Versicherungsvertragsgesetz, 2. Aufl. 2023, Art. 20 N. 10). Vorliegend war die Prämie jeweils am ersten des Monats zu bezahlen (RG-act. II.6; RG-act. II.7; RG-act. II.9). 5.3.1. Wird die Prämie zur Verfallzeit oder während der im Vertrag eingeräumten Nachfrist nicht entrichtet, so ist der Schuldner unter Androhung der Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich aufzufordern, binnen 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, Zahlung zu leisten (Art. 20 Abs. 1 aVVG). Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens vom Ablauf der Mahnfrist an (Art. 20 Abs. 3 aVVG). Es besteht mithin keine Leistungspflicht für versicherte Ereignisse, die während der Zeitdauer des Verzugs eintreten; unberührt von dieser Bestimmung bleibt jedoch die Leistungspflicht für Ereignisse, die vor Ablauf der Mahnfrist eingetreten sind (BGE 142 III 671 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_150/2021 vom 5. Juli 2021 E. 3.2). Um die Verzugsfolgen nach Art. 20 aVVG auszulösen, muss die Mahnung in inhaltlicher Hinsicht (1) die Zahlungsaufforderung, (2) die Angabe und Aufschlüsselung des ausstehenden Betrages, (3) die Fristsetzung und (4) die explizite, klare und umfassende Androhung der Verzugsfolgen enthalten (BGE 138 III 2 E. 4.2; Urteile des Bundesgerichts 4A_134/2015 vom 14. September 2015 E. 3.2.2; 4A_397/2010 vom 28. September 2010 E. 4.3; EISNER-KIEFER, a.a.O., Art. 20 N. 16). Ein blosser Hinweis auf die (dem Mahnschreiben beigelegten) Gesetznormen von Art. 20 f. aVVG reicht dabei ebenso wenig aus wie eine Verweisung auf entsprechende Bestimmungen der Allgemeinen oder Besonderen Versicherungsbedingungen (BGE 138 III 2 E. 4.2). Gemäss Art. 20 Abs. 4 aVVG bleibt Art. 93 VVG zugunsten der Lebensversicherung vorbehalten. Somit richten sich die Rechtsfolgen des Prämienzahlungsverzuges nicht nach den Art. 20 f. aVVG, die die Suspension des Versicherungsschutzes vorsehen. Nach Art. 93 VVG hat der Verzug vielmehr eine Umwandlung des Lebensversicherungsvertrages in eine prämienfreie Versicherung zur Folge, vorausgesetzt, dass der Vertrag zuvor drei Jahre in Kraft war. Anstelle der Umwandlung kommt gemäss Art. 93 Abs. 2 VVG auch der Rückkauf in Betracht (Urteile des Bundesgerichts 9C_161/2017 vom 19. Januar 2018 E. 7.1.1; 4A_134/2015 vom 14. September 2015 E. 3.2.1; EISNER-KIEFER, a.a.O., Art. 20 N. 41 f.).

E. 17

/ 47 Da es sich bei Art. 20 aVVG und Art. 93 VVG um halbzwingende Bestimmungen handelt (Art. 98 aVVG), sind für den Versicherungsnehmer oder den Anspruchsberechtigten günstigere Regelungen möglich. 5.3.2. Nach den vorliegend anwendbaren AVB hat der Versicherungsnehmer während der Prüfung des Leistungsanspruchs auf Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit bis zum Entscheid darüber die Prämien weiterhin zum jeweiligen Fälligkeitstermin vollumfänglich zu bezahlen. Bei Nichtbezahlung treten die Verzugsfolgen ein. Allenfalls bis zum positiven Prüfungsergebnis zu viel bezahlte Prämien werden dem Versicherungsnehmer zurückbezahlt (Ziff. 7.3 Abs. 2 AVB; RG-act. II.4). Bezahlt der Versicherungsnehmer fällige Prämien nicht innerhalb von 14 Tagen, setzt die Berufungsklägerin dem Versicherungsnehmer mit schriftlicher Mahnung eine Nachfrist für die Prämienzahlung von 30 Tagen, gerechnet ab dem Datum der Absendung der Mahnung an, und weist auf die Verzugsfolgen hin. Wird daraufhin die fällige Prämie nicht innerhalb der angesetzten Nachfrist bezahlt, so wird die Versicherung entsprechend den Bestimmungen von Ziff. 11.4 AVB prämienfrei gestellt. Unterschreitet der Wert des Fondsvermögens zum Zeitpunkt der Prämienfreistellung aufgrund des Verzuges mit der Prämienzahlung den Betrag von CHF 20.00, so wird der Versicherungsvertrag aufgelöst (Ziff. 13.3 Abs. 1 AVB; RG-act. II.4). Hat der Versicherungsnehmer die ausstehende Prämie bis zum Ablauf der gesetzten Nachfrist nicht geleistet und besteht bei Fristablauf kein entsprechend Ziff. 11.3 AVB berechneter Rückkaufswert, so gilt der Versicherungsvertrag mit Ablauf der unbenutzten Nachfrist als aufgelöst (Ziff. 13.3 Abs. 2 AVB; RG-act. II.4). 5.3.3. Vorliegend machte die Berufungsklägerin den Berufungsbeklagten in ihrem Schreiben vom 13. Dezember 2012 darauf aufmerksam, dass er während der Prüfung der Leistungspflicht auf Prämienbefreiung infolge Erwerbsunfähigkeit die fälligen Versicherungsprämien zahlen müsse (RG-act. II.19). Die Berufungsklägerin setzte ihm jedoch keine Nachfrist von 30 Tagen (ab dem Datum der Absendung der Mahnung für die Prämienzahlung) an und wies ihn nicht auf die genauen Verzugsfolgen hin (RG-act. II.19). Auch das Schreiben der Berufungsklägerin vom 7. Januar 2013 enthält weder eine Zahlungsfrist noch die Androhung konkreter Säumnisfolgen, sondern nur einen Hinweis auf Ziff. 7.3 und 7.4 AVB, welche die Anmeldung des Leistungsanspruchs nach der Wartefrist sowie die Bestimmung des Grades der Erwerbsunfähigkeit betreffen (RG-act. II.28). Eine letzte Zahlungsaufforderung versandte die Berufungsklägerin am 7. März 2013 an den Treuhänder des Berufungsbeklagten (RG-act. II.30). In diesem Schreiben wies die Berufungsklägerin den Berufungsbeklagten nur auf die "Verzugsfolgen gemäss

E. 18

/ 47 Ziff. 13.3 unserer AVBs" hin und setzte ihm eine Zahlungsfrist lediglich "bis März 2013". Der blosser Hinweis auf die Verzugsfolgen entspricht nicht den zwingenden Vorgaben von Art. 20 aVVG und die gesetzte Frist von weniger als 30 Tagen erfüllt nicht die Vorgaben der AVB der Berufungsklägerin. Die Berufungsklägerin konnte den Versicherungsvertrag folglich nicht rechtswirksam per 1. Juli 2012 prämienfrei stellen, wie sie es am 9. April 2013 gemacht hat (RG-act. II.31). Die Rüge überzeugt nicht. 5.4. Die Berufungsklägerin bringt in diesem Zusammenhang zudem vor, entgegen der Vorinstanz gelte der Versicherungsvertrag aufgrund des Prämienzahlungsverzugs per 1. Januar 2015 als aufgelöst, was sie dem Berufungsbeklagten am 5. Februar 2015 mitgeteilt habe (act. A.1, Rz. 106; RG-act. III.3). Ihre Argumentation stützt sie dabei auf Ziff. 11.4 Abs. 4 und 5 AVB (act. A.1, Rz. 105; RG-act. II.4). Wurde ein Todesfallschutz vereinbart, so wird mit Beginn der Prämienfreistellung der Versicherungsschutz der allenfalls im Rahmen der

Hauptversicherung abgeschlossenen Versicherung der Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit ausser Kraft gesetzt. Die Risikoprämien und allfällige Risikozuschläge für die Aufrechterhaltung des Todesfallschutzes bis zum Ende der Versicherungsdauer bzw. bis zur Rückumwandlung der Versicherung in eine prämienpflichtige sowie die Depotkosten werden weiterhin nunmehr zusammen mit den Abschluss- und Verwaltungskosten jeweils zum Monatsbeginn dem bis zum Eintritt der Prämienfreistellung gebildeten Fondsvermögen entnommen (Ziff. 11.4 Abs. 4 AVB). Unterschreitet der Wert des Fondsvermögens infolge der Entnahme der Verwaltungs- und Depotkosten sowie gegebenenfalls der Risikoprämien und allfälligen Risikozuschläge den Betrag von CHF 20.00, so wird der Versicherungsvertrag aufgelöst (Ziff. 11.4 Abs. 5 AVB; RG-act. II.4). Wie vorstehend ausgeführt, ist die Prämienfreistellung im vorliegenden Fall nicht rechtsgültig erfolgt. Demzufolge konnten auch die Folgen von Ziff. 11.4 Abs. 4 i.V.m. Abs. 5 AVB (Vertragsauflösung per 1. Januar 2015) nicht eintreten. Anders als die Berufungsklägerin vorbringt, galt demnach der Versicherungsvertrag nicht infolge Unterschreitens des minimalen Fondsvermögens als per 1. Januar 2015 aufgelöst. In diesem Punkt ist die Berufung ebenfalls unbegründet. 6. Vorvertragliche Anzeigepflicht 6.1. Hauptstreitpunkt ist vorliegend, ob der Berufungsbeklagte anlässlich des Abschlusses der Versicherung seine Anzeigepflicht verletzt hat und deshalb die Berufungsklägerin in der Folge den Versicherungsvertrag zu Recht gekündigt hat.

E. 19

/ 47 Die Berufungsklägerin macht geltend, der Berufungsbeklagte habe zu Unrecht alle Fragen zu seiner Gesundheit im Antragsformular mit "Nein" beantwortet. Sie moniert auch die Ausführungen der Vorinstanz zur "Gesundheitserklärung" im Antragsformular, wonach der Text "kleinstgedruckt und nur schwer lesbar" gewesen sei (s. act. B.1, E. 5, S. 15). Vom Berufungsbeklagten sei das nie behauptet worden. Auch lege der Wortlaut nicht nahe, dass nur vitale gesundheitliche Probleme Gegenstand der Fragestellung im Antragsformular gewesen sein könnten (act. A.1, Rz. 55; act. B.1, E. 5, S. 15). Der Berufungsbeklagte bestreitet eine Verletzung seiner Anzeigepflicht. Er sei bis zum 20. November 2010 absolut gesund gewesen. Auch sein Hausarzt Dr. med. C._____ attestiere, dass er bei ihm seit August 2006 nie ernsthafte gesundheitliche Probleme festgestellt habe, sondern nur Bagatellerkrankungen (act. A.2, S. 5 ff.). Die Vorinstanz ist nach Würdigung der ins Recht gelegten Beweismittel (vor allem Arztberichte) zum Schluss gelangt, der Berufungsbeklagte habe seine Anzeigepflicht nicht verletzt, weil die Fragen auf dem Antragsformular zu weit gefasst gewesen seien. Deshalb habe die Berufungsklägerin den Versicherungsvertrag nicht gestützt darauf künden können (act. B.1, E. 5). 6.2. Die Anzeigepflicht ist in Art. 4 VVG sowie in Ziff. 4.3 AVB geregelt. Die Konsequenz aus einer Verletzung der Anzeigepflicht, nämlich das Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, ist in Art. 6 VVG sowie in Ziff. 4.3 AVB statuiert. Für Vertragsabschlüsse vor dem 1. Januar 2022 kommt noch die altrechtliche Regelung von Art. 4 aVVG und Art. 6 aVVG zur Anwendung (s. E. 3). Wie den Materialien entnommen werden kann, ist seit dem 1. Januar 2022 der massgebende Zeitpunkt für die Beurteilung der Vollständigkeit beziehungsweise der Richtigkeit der Deklaration von Gefahrentatsachen der Zeitpunkt der Beantwortung der Risikofragen und nicht wie im vor dem 1. Januar 2022 geltenden Recht der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Damit ist seit dem 1. Januar 2022 die problematische Nachmeldepflicht entfallen. Die Versicherungsunternehmen haben zudem neu die Möglichkeit erhalten, den Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmern die Fragen nicht nur schriftlich, sondern auch in einer anderen Form

zu stellen, die den Nachweis durch Text ermöglicht (Botschaft vom 28. Juni 2017 zur Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes, BBl 2017 5112, Ausführungen zu Art. 4 und Art. 6). Vorliegend hat der Berufungsbeklagte den schriftlichen Fragebogen der Berufungsklägerin am 31. Mai 2010 ausgefüllt und unterzeichnet (RG-act. II.5). Die Versicherungspolice trägt das Datum vom 2. Juli 2010 (RG-act. II.6). Für den

E. 20

/ 47 Zeitraum vom 31. Mai 2010 bis zum 2. Juli 2010 hätte der Berufungsbeklagte folglich bei gesundheitlichen Beschwerden eine Nachmeldepflicht gehabt. Ansonsten kann vorliegend bezüglich der Anzeigepflicht auch die Rechtsprechung zum heute geltenden Art. 4 VVG beigezogen werden. Art. 4 aVVG ist nicht in der nicht abschliessenden Aufzählung der absolut oder relativ zwingenden Vorschriften gemäss Art. 97 VVG und Art. 98 aVVG erwähnt. Als Grundtatbestand der vorvertraglichen Anzeigepflicht, deren Rechtsfolgen gemäss Art. 6 aVVG zu den relativ zwingenden Bestimmungen (Art. 98 aVVG) zählen, die nicht zuungunsten des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten abgeändert werden dürfen, ist Art. 4 aVVG aber ebenfalls als relativ zwingende Bestimmung anzusehen (VON ZEDTWITZ/MAISANO, in: Grolimund/Loacker/Schnyder [Hrsg.], Basler Kommentar Versicherungsvertragsgesetz, 2. Aufl. 2023, Art. 4 N. 58 und Art. 6 N. 52). 6.3. Gemäss dem Wortlaut von Art. 4 Abs. 1 aVVG 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 Vertragsabschlusse bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen. 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 aVVG). Die Beweislast dafür, dass der Antragssteller die Anzeigepflicht verletzt hat, liegt beim Versicherungsunternehmen (Art. 8 ZGB; VON ZEDTWITZ/MAISANO, a.a.O., Art. 4 N. 53). Das Versicherungsunternehmen hat grundsätzlich auch den Beweis dafür zu erbringen, dass die von ihm erfragte Gefahrstatsache erheblich ist (VON ZEDTWITZ/MAISANO, a.a.O., Art. 4 N. 54). Jedoch werden die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, als erheblich vermutet (Art. 4 Abs. 3 aVVG). Hat 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, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam (Art. 6 Abs. 1 aVVG). Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat (Art. 6 Abs. 2 aVVG). Nach der Rechtsprechung weist die Anzeigepflicht des Antragstellers keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Angabe jener Gefahrstatsachen, nach denen der Versicherer ausdrücklich und in unzweideutiger

E. 21

/ 47 Art gefragt hat. Der Antragsteller ist somit nicht verpflichtet, von sich aus über bestehende Gefahren Auskunft zu geben. Die Tragweite der einzelnen Fragen bestimmt sich ■ gleich wie der Vertragsinhalt ■ nach dem Vertrauensprinzip. Es ist dabei darauf abzustellen, was vernünftigerweise gemeint sein muss und der konkrete Antragsteller annehmen darf, wenn er über die Fragen der Versicherungsgesellschaft in der vom VVG

verlangten Weise ernsthaft nachdenkt. Die Rechtsprechung hat in diesem Zusammenhang den Begriff des "subjektiven Verständnishorizonts" geschaffen. Es ist zu beachten, dass eine Frage einschränkend auszulegen ist, wenn sie an sich oder aufgrund ihrer Beziehung zu den übrigen dem Antragsteller vorgelegten Fragen Zweifel über den Umfang der Deklarationspflicht weckt. Das folgt einerseits aus dem Grundsatz, dass die Anzeigepflicht nur soweit besteht, als die Fragen des Versicherers reichen. Andererseits wird ganz allgemein eine Verletzung der Anzeigepflicht nur mit Zurückhaltung angenommen, weil damit die einschneidende Folge des Wegfalls des Versicherungsvertrags verbunden ist (BGE 116 II 338 E. 1d, in: Pra 1990 Nr. 273; Urteil des Bundesgerichts 9C_50/2023 vom 28. März 2024 E. 4.4 m.w.H.; vgl. auch BGE 136 III 334 E. 2.3 m.w.H., in: Pra 2011 Nr. 20). Eine versicherte Person verletzt die Anzeigepflicht, wenn sie eine bestimmte und unzweideutig formulierte Frage zu den bei ihr bestehenden oder vorbestandenen gesundheitlichen Störungen verneint, denen sie nach der ihr zumutbaren Sorgfalt Krankheitscharakter beimessen müsste. Hingegen führte es zu weit, wenn die Aufnahmebewerberin vereinzelt aufgetretene Unpässlichkeiten, die sie in guten Treuen als belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens betrachten darf und bei der gebotenen Sorgfalt nicht als Erscheinungsformen eines ernsthafteren Leidens beurteilen muss, anzuzeigen verpflichtet wäre. Das Verschweigen derartiger geringfügiger Gesundheitsstörungen vermag keine Verletzung der Anzeigepflicht zu begründen (BGE 134 III 511 E. 3.3.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_527/2022 vom 12. September 2023 E. 2.2 m.w.H.). Bei sehr umfassend und weit formulierten bzw. offengehaltenen Fragen, in denen nicht näher spezifizierte Begriffe verwendet werden, ist eine Anzeigepflichtverletzung nur restriktiv anzunehmen. Dies gilt umso mehr, wenn der Versicherer dem Antragsteller im Anschluss an solche Fragen nicht genügend Raum in Form von Leerzeilen zur Verfügung stellt, um allfällige Zweifel oder Erläuterungen zu seiner Antwort anzubringen (BGE 134 III 511 E. 5.2.1; Urteil des Bundesgerichts 4A_134/2013 vom 11. September 2013 E. 4.1). Das Bundesgericht beurteilte beispielsweise die Frage auf einem Fragebogen der Versicherung

E. 22

/ 47 "Bestanden in den letzten 5 Jahren jemals Krankheiten ...?" als sehr umfassend und weit formuliert. Was unter "Krankheiten" zu verstehen sei (vorübergehende Erkrankungen üblicher Art, Krankheiten mit oder ohne Arbeitsunfähigkeit, ...?), gehe daraus nicht hervor. Die Versicherung hätte den Krankheitsbegriff ohne weiteres durch konkrete, für den Laien verständliche Krankheitsbilder spezifizieren oder überhaupt nur nach solchen fragen können. Zudem berücksichtigte das Bundesgericht den Umstand, dass die Versicherung dem Aufnahmebewerber auf dem Fragebogen nur für den Fall der Bejahung einer Krankheit zwei Leerzeilen für deren Beschreibung zur Verfügung stellte. Für den Fall der Negation der Gesundheitsfrage habe die Versicherung dem zu Versichernden keinen Raum gelassen, um allfälligen Zweifeln über das Vorliegen einer ernsthaften Erkrankung oder einer passageren, belanglosen Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens Ausdruck zu geben. Bei solch offengehaltenen Fragen sei eine Anzeigepflichtverletzung nach der Rechtsprechung zu Art. 6 aVVG (in der bis Ende 2005 gültig gewesenen Fassung) nur restriktiv anzunehmen (BGE 134 III 511 E. 5.2.1). In Anbetracht der in diesem Fall weit gefassten Gesundheitsfrage durfte jedoch der ärztlicherseits als einfach strukturiert beschriebene Beschwerdeführer nach Ansicht des Bundesgerichts unter "Krankheiten" in guten Treuen nur solche Gesundheitsstörungen verstehen, die zu nicht ganz kurzfristigen Arbeitsunfähigkeiten und Absenzen vom Arbeitsplatz geführt hatten (BGE 134 III 511 E.

5.2.2). So hielt das Bundesgericht fest, dass dem Beschwerdeführer keine Anzeigepflichtverletzung zur Last gelegt werden könne, weil er sich in den fünf Jahren vor dem Ausfüllen/Unterzeichnen des Fragebogens nur einmal wegen einer Gesundheitsstörung, in welcher er unter Umständen eine Folge seiner Alkoholsucht hätte erblicken müssen, in ärztliche Behandlung begeben hatte und bei ihm bis Januar 2000 kein nennenswerter Leistungsabfall als Gipser zu verzeichnen gewesen war (BGE 134 III 511 E. 5.2.3). In einem anderen Fall war die Frage "Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert [d']une autre maladie, trouble de la santé ou blessure qui n'aurait pas encore été mentionnée?" insbesondere in zeitlicher Hinsicht so vage formuliert, dass der Anzeigepflichtige davon ausgehen durfte, es werde nicht eine abschliessende Liste all seiner ärztlichen Konsultationen erfragt. Im Ergebnis durfte er einen über zehn Jahre zurückliegenden Unfall unerwähnt lassen, insbesondere auch weil er in gutem Glauben davon ausgehen durfte, dass dieser nur eine Episode ohne Folgen und ohne Bedeutung für die Risikobeurteilung war, die weder ein Rückfallrisiko mit sich brachte noch das Symptom einer anderen Krankheit war (Urteil des Bundesgerichts 9C_768/2016 vom 15. März 2017 E. 6.4).

E. 23

/ 47 Wer 42 ambulante Psychotherapien besucht und danach die Therapie abgebrochen hat, nachdem die Diagnose einer mittelgradigen Depression und einer Angststörung gestellt worden war, begeht eine Anzeigepflichtverletzung, wenn er zwei Jahre später die Frage nach psychischen Leiden, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben könnten, verneint (Urteil des Bundesgerichts 9C_527/2022 vom 12. September 2023 E. 4.3). Die Frage "êtes-vous actuellement ou avez-vous été en traitement au cours des cinq dernières années auprès d'un médecin" durfte der Anzeigepflichtige, der an einer gutartigen Prostatahypertrophie litt, die bislang keinen Eingriff erforderlich machte, nicht gutgläubig unerwähnt lassen. Es musste ihm bewusst sein, dass auch eine gutartige Prostatahypertrophie Kosten verursachen kann und dass sich daraus Rückschlüsse im Hinblick auf das zu versichernde Risiko ziehen lassen (Urteil des Bundesgerichts 4A_577/2014 vom 13. Januar 2015 E. 1). 6.4. Im vorliegenden Fall hatte der Berufungsbeklagte folgende Fragen in seinem Antrag auf eine fondsgebundene Lebensversicherung, Säule 3b, vom 31. Mai 2010 mit Nein beantwortet (RG-act. II.5): 4. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden (z.B. Herz- oder Kreislauf, Atmungs-, Verdauungs-, Harn- und Geschlechts-, Sinnes- und Sprechorgane, Drüsen, Milz, Gehirn, Rückenmark, Psyche, Nerven, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Diabetes, Schilddrüse, Fettstoffwechsel, Krebs, Infektions- und Hauterkrankungen, Allergien, Knochen, Wirbelsäule, Unfallfolgen, Behinderung, Brust oder Unterleib bei Frauen) oder anderen hier nicht aufgeführten Krankheiten, Symptomen oder Störungen? Die folgenden Fragen (5-7) sind nur bei Einschluss einer Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit und/oder schwerwiegenden Krankheiten zu beantworten. 5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Medikamente oder wurden Ihnen solche verordnet? Wenn ja, welche? 6. Bestehen bei Ihnen Beeinträchtigungen körperlicher Art (z.B. Geburtsgebrechen, Amputationen, Missbildungen, Berufskrankheiten, Folgen von operativen Eingriffen, Unfällen, Verletzungen oder Vergiftungen)? Welche Krankheit, Störung, Beeinträchtigung/Beschwerden? Seit wann? Behandelnder Arzt/sonstige Behandler/Krankenhaus? ...

E. 24

/ 47 7. Beziehen oder bezogen Sie eine Rente infolge Krankheit oder Unfalls oder ist eine solche beantragt (z.B. IV, SUVA, Militärversicherung)? Erläuterungen zu den Fragen 4 und 6, die Sie mit ja beantwortet haben: Art der Krankheit, Störungen oder Beschwerden
Zeitraum Folgenlos ausgeheilt? Ja/Nein Behandelnde Ärzte / Spitäler? Name und Adresse
Die Berufungsklägerin moniert, der Berufungsbeklagte habe die Fragen 4-6 zu Unrecht mit Nein beantwortet und daher Art. 4 aVVG verletzt. 6.4.1. Dazu ist zunächst festzuhalten, dass die Fragen 4-6 sehr umfassend und weit formuliert sind, ähnlich wie im Fall, den das Bundesgericht in BGE 134 III 511 zu beurteilen hatte. Denn aufgrund der sehr offenen Fragestellung könnten auch reine Bagatellen erfasst sein wie eine vorübergehende Verdauungsstörung oder die Einnahme von rezeptfreien, selbst gekauften Erkältungsmedikamenten. Solche Bagatellen konnten/können nach Treu und Glauben jedoch keine Anzeigepflicht gemäss Art. 4 aVVG auslösen, zumal für die Erläuterungen zu den Fragen 4-6 insgesamt nur drei Zeilen zur Verfügung gestellt wurden. Letzteres deutet eher darauf hin, dass es sich angesichts der Vielzahl der von den Fragen 4-6 potentiell erfassten Fälle um gravierendere Beeinträchtigungen handeln muss, ansonsten es auf die Deklaration jeder vereinzelt Unpässlichkeit hinauslaufen würde. Vielmehr hätten beim Berufungsbeklagten bei Vertragsschluss im Juli 2010 gesundheitliche Beschwerden vorhanden gewesen sein müssen, die er in guten Treuen nicht mehr als bloss vorübergehende Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens hätte einschätzen dürfen, sondern als Erscheinungsformen eines ernsthafteren Leidens hätte beurteilen und demzufolge anzeigen müssen. Der Vorinstanz ist daher insoweit Recht zu geben, als sie vorliegend von einer zurückhaltenden Anwendung von Art. 4 aVVG ausgegangen ist (act. B.1, E. 5, S. 15 unten). 6.4.2. Die Berufungsklägerin bringt dazu vor, der Berufungsbeklagte habe im Formular für die Anmeldung einer Rente bei der IV-Stelle Graubünden am 6. April 2011 zur Frage "Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?" angegeben "Rückblickend 2009" (act. A.1, Rz. 51). Diese Angabe des Berufungsbeklagten wird allerdings dadurch relativiert, dass der Berufungsbeklagte an derselben Stelle zudem als Anfangsdatum seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung das Datum des 23. November 2010 aufgeführt hat (RG-act. III.4,

E. 25

/ 47 Ziff. 6.3). Dies steht in Zusammenhang mit seinen Angaben unter der vorangehenden Ziff. 6.2, wo er von einem "Ausbruch" seiner Krankheit mit den Beschwerden "Gesichtsveränderung, Leber, Erschöpfung, ..." schreibt. Die Angaben des Berufungsbeklagten sind daher dahingehend zu interpretieren, dass sich seine gesundheitlichen Schwierigkeiten erst ab dem 23. November 2010 manifestiert hätten, im Rückblick jedoch schon früher ihren Anfang genommen haben könnten. Dass der Berufungsbeklagte bis November 2010 keine ernsthaften gesundheitlichen Beschwerden hatte, wird auch durch den Kontoauszug der D._____, umfassend den Zeitraum vom 1. Januar 2006 bis 31. Dezember 2010, gestützt (RG-act. II.52; s. auch RG-act. II.64). Dabei ist jedoch zu beachten, dass aus diesem Kontoauszug nicht hervorgeht, wie der Berufungsbeklagte bei der D._____ versichert war und welche Kosten er allenfalls für nicht versicherte Leistungen zusätzlich selbst bezahlt hatte. Darauf, dass in dieser Zeit auch Gesundheitskosten entstanden, die die D._____ nicht deckte, weist der Arztbericht von Dr. med. C._____ vom 27. Januar 2011 hin, wonach sich der Berufungsbeklagte vor dem 24. November 2010 ("bis anhin") mit Hilfe von "iLifeSOMM", einem Wellness-System, das auch Massage und Entspannung beinhaltet habe, morgens und abends eine halbe Stunde selbst behandelt habe (RG-act. III.5, S. 1). 6.4.3. Weiter bezieht sich die Berufungsklägerin

auf den Bericht des Hausarztes Dr. med. C._____ vom 27. Januar 2011, wonach der Berufungsbeklagte im April 2010 mindestens eine Woche lang an starken Rückenschmerzen mit thorakalen Beklemmungsgefühlen gelitten habe und Injektionen nach den Regeln der therapeutischen Lokalanästhesie mit Procain 1 % die Beschwerden hätten abklingen lassen, der Berufungsbeklagte sich jedoch nach seinen eigenen Worten "'energetisch' nicht ganz auf dem Posten" gefühlt habe (act. A.1, Rz. 51; RG-act. III.5). Daraus allein abzuleiten, es handle sich um mehr als eine vorübergehende Gesundheitsstörung, die anzeigepflichtig gewesen wäre, erscheint angesichts des unbestimmten Wortlauts von Frage 4 des Antragsformulars und der bloss drei, für Erläuterungsangaben zu den Fragen 4-6 zur Verfügung stehenden Zeilen als überspannte Anforderung. Allerdings ist vorliegend zu berücksichtigen, dass der Hausarzt Dr. med. C._____, der den Berufungsbeklagten seit 2006 betreute, seinen Bericht vom 27. Januar 2011 (RG-act. III.5) mit diesem Vorfall (starke Rückenschmerzen mit thorakalen Beklemmungsgefühlen) beginnt, diesen Beschwerden im Gesamtbild daher Bedeutung zugemessen hatte. Zudem gibt Dr. med. G._____, Vertrauensarzt der E._____, in seinem Bericht vom 8. Juni 2011 an, dass ihm Dr. med. C._____ am 31. Mai 2011 mitgeteilt habe, dass er die systemische Procain-Infusion mit Natriumbikarbonat beim Berufungsbeklagten

E. 26

/ 47 wöchentlich anwende. Dies weist auf eine nicht bloss vorübergehende Gesundheitsstörung hin, auch wenn es sich dabei laut Aussage von Dr. med. C._____ "nicht um eine schulmedizinische Therapie" handeln sollte (RG-act. III.8, S. 6). Laut dem Berufungsbeklagten diene die therapeutische Lokalanästhesie der Schmerzbekämpfung und Entspannung der Muskulatur (act. A.2, S. 7). Wenn der Berufungsbeklagte eine solche Behandlung von April 2010 bis Mai 2011 durch den Hausarzt wöchentlich vornehmen liess, worauf auch seine Aussage im Bericht von Dr. med. G._____ vom 8. Juni 2011 hinweist (RG-act. III.8, S. 2), so deutet das allerdings nicht auf eine bloss vorübergehende Bagatellerscheinung hin. Denn bis zum 31. Mai 2010, als der Berufungsbeklagte das Antragsformular ausfüllte, wären dann, nachdem die ersten Beschwerden im April 2010 mindestens eine ganze Woche angedauert hatten, bis zum Vertragsschluss noch weitere Injektionstermine dazu gekommen. Dies wäre Grund genug gewesen, diese Beschwerden im Antragsformular zu erwähnen oder der Versicherung nachzumelden, zumal für den Berufungsbeklagten anscheinend kein Grund bestand, die Injektionen nicht weiterzuführen, sondern diese mindestens ein weiteres Jahr bis im Mai 2011 fortgesetzt wurden. 6.4.4. Sodann führt die Berufungsklägerin an, aus dem Arztbericht des Psychiaters Dr. med. F._____ vom 30. April 2011 ergebe sich, dass der Berufungsbeklagte vor zirka zwei Jahren (d.h. etwa im April 2009) "fast erblindet" sei und schliesslich nicht mehr habe Auto fahren können (act. A.1, Rz. 51; RG-act. III.6). Dasselbe habe der Psychiater F._____ auch in seinem Arztbericht vom 2. August 2011 zuhanden der IV-Stelle wiedergegeben (act. A.1, Rz. 51; RG-act. III.7). Die aufgetauchten Augenprobleme sowie der Umstand, dass der Berufungsbeklagte deswegen sein Auto verkauft habe und nur noch Zug fahre, würden auch im Bericht des ÖKK- Vertrauensarztes Dr. med. G._____ vom 8. Juni 2011 erwähnt (act. A.1, Rz. 51; RG-act. III.8). Der im Bericht von Dr. med. G._____ vom 8. Juni 2011 erwähnte Umstand, dass der Berufungsbeklagte wegen seiner Sehstörungen das Auto verkauft hat und in der Folge nur noch Zug gefahren ist, weist auf ein gröberes, gesundheitliches Problem hin. Demgegenüber geht aus dem zuletzt genannten Arztbericht von Dr. med. G._____ hervor, dass der Berufungsbeklagte die Augenprobleme im betreffenden Zeitpunkt nicht hatte ärztlich abklären lassen und drei Monate später eine

augenärztliche Kontrolle eine Alterskurzsichtigkeit ergeben habe und ihm eine Lesebrille verschrieben worden sei (RG-act. III.8, S. 2). Dies würde wieder eher auf ein vorübergehendes gesundheitliches Problem hinweisen, dem der Berufungsbeklagte deswegen keine grundsätzliche Bedeutung bezüglich seiner Gesundheit im Zeitpunkt des Vertragsschlusses hätte beimessen müssen. Im Übrigen macht der Berufungsbeklagte geltend, zwar habe er von Sehstörungen

E. 27

/ 47 gesprochen, eine ärztliche Diagnose, Krankengeschichte oder Behandlung sei aber nicht nachgewiesen ausser seiner altersbedingten Kurzsichtigkeit (act. A.2, S. 6). Demzufolge dürften weitere Beweise für seine Sehstörungen ■ ausser seinen eigenen Schilderungen gegenüber den Ärzten Dr. med. G._____ und Dr. med. F._____ ■ fehlen. Immerhin hatte der Berufungsbeklagte aber seine Sehstörungen gegenüber zwei Ärzten thematisiert (Dr. med. G._____ und Dr. med. F._____), so dass es sich auch aus seiner eigenen Wahrnehmung um eine grössere gesundheitliche Beeinträchtigung gehandelt haben musste. Zudem ist davon auszugehen, dass der Berufungsbeklagte "Sehstörungen" von einer bloss altersbedingten Kurzsichtigkeit unterscheiden konnte. Auf diese eigenen Angaben des Berufungsbeklagten ist im vorliegenden Fall abzustellen. Weitergehende Beweisabnahmen zu den Sehstörungen, wie sie die Berufungsklägerin verlangt bzw. deren fehlende Anordnung im vorinstanzlichen Verfahren sie rügt (act. A.1, Rz. 61), erübrigen sich aufgrund der vorliegenden Umstände, was sie in ihrer Berufungsschrift zudem selbst ausführt (act. A.1, S. 26; vgl. auch act. A.3, Rz. 16). 6.4.5. Schliesslich nimmt die Berufungsklägerin Bezug auf die im Arztbericht von Dr. med. G._____ vom 8. Juni 2011 enthaltene Aussage, wonach der Berufungsbeklagte angegeben habe, vor zirka drei bis vier Jahren (also etwa im Zeitraum Sommer 2007/2008), geschwollene und nicht mehr gut bewegliche Finger gehabt zu haben (RG-act. III.8). Auch dieses Vorkommnis hätte nach Ansicht der Berufungsklägerin im Antragsformular bei Vertragsschluss aufgeführt werden müssen (act. A.1, Rz. 51). Nachdem diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen anscheinend weder zu einem Arbeitsunterbruch geführt noch sich wiederholt hatten, wäre auch diesbezüglich von einer bloss vorübergehenden Episode auszugehen, welche die Schwelle des Bagatellfalles nicht überschreiten würde. 6.4.6. Im Weiteren macht die Berufungsklägerin geltend, der Berufungsbeklagte habe in seiner Unfallmeldung vom 11. April 2014 an die H._____ Versicherungs- Gesellschaft angegeben, dass er im November 2010 akut erkrankt sei und "im Vorfeld ... Müdigkeitsattacken, häufige Fieberschübe und chronischen Energiemangel" gehabt habe (act. A.1, Rz. 51; RG-act. III.9). Aus der Unfallmeldung geht allerdings nicht hervor, auf welchen Zeitraum sich diese körperlichen Beschwerden bezogen haben bzw. ob sie bereits beim Ausfüllen des Antragsformulars bzw. bei Vertragsabschluss vorhanden gewesen waren, so dass die Berufungsklägerin aus dieser Unfallmeldung allein nichts zu ihren Gunsten ableiten kann. 6.4.7. Zudem bezieht sich die Berufungsklägerin auf den Bericht von Dr. med. G._____ vom 8. Juni 2011, wonach dieser am 31. Mai 2011 eine Rücksprache mit

E. 28

/ 47 dem Hausarzt Dr. med. C._____ geführt habe. Dr. med. C._____ habe erwähnt, dass die Burnout-Problematik des Patienten auf eine lange Entwicklung zurückgehe, Dr. med. C._____ habe sich zeitweise auch eine klinisch stationäre Behandlung überlegt, die der Berufungsbeklagte allerdings nicht gewollt habe (act. A.1, Rz. 51; RG-act. III.8, S. 6). Aus demselben Bericht von Dr. med. G._____ vom 8. Juni 2011 geht auch hervor, dass der

Berufungsbeklagte angab, er habe bereits vor etwa fünf bis sechs Jahren (also im Sommer 2005/2006) das Gefühl gehabt, "ausgelaugt zu sein", er vermehrt Kopfweh und Müdigkeit gespürt habe (RG-act. III.8, S. 2). Auch gibt der Berufungsbeklagte gemäss diesem Arztbericht an, sich im Sommer 2010 zunehmend "energielos" gefühlt und Mühe mit der Arbeit gehabt zu haben, bis es dann am 21. November 2010 zur Gesichtsschwellung und Hautrötungen mit den nachfolgenden ärztlichen Abklärungen gekommen sei (RG-act. III.8, S. 2). Wenn man auf diese Angaben abstellt, hätte der Berufungsbeklagte die Burnout-Problematik mit seinem Hausarzt Dr. med. C._____ bereits thematisiert gehabt und es musste ihm bei Vertragsschluss bewusst gewesen sein, dass seine verschiedenen Beschwerden der letzten Jahre (z.B. vermehrt Kopfweh und Müdigkeit [etwa 2005/2006], geschwollene und weniger bewegliche Finger [2007 bis Sommer 2008], Augenprobleme [etwa im April 2009], starke Rückenschmerzen mit thorakalen Beklemmungsgefühlen [April 2010], Energielosigkeit [Sommer 2010]) allenfalls mit einem drohenden Burnout in Zusammenhang stehen könnten. Der Berufungsbeklagte war mit der Thematik Burnout nämlich vertraut, weil er am Aufbau und Betrieb einer neuen psychiatrischen Klinik in Susch (Clinica Holistica), bei welcher es sich um eine Fachklinik für Burnout-Patienten handelt, auch operationell beteiligt war. Der entsprechend sensibilisierte Berufungsbeklagte hätte daher im Antragsformular auf den drei zur Verfügung stehenden Zeilen die wichtigsten seiner Beschwerden mit Zeitraum, eventueller Ausheilung und behandelndem Arzt aufführen und allfällige Schlussfolgerungen daraus der Berufungsklägerin überlassen müssen. Immerhin scheint er bis November 2010 auch selbst davon überzeugt gewesen zu sein, seine gesundheitlichen Probleme im Griff zu haben, und er hätte die Zeilen im Antragsformular entsprechend ausfüllen können ("Ausheilung"). Denn laut Bericht des Psychiaters Dr. med. F._____ vom 30. April 2011 ging es ihm gemäss eigenen Angaben erst Ende November 2010 "einfach ganz schlecht", "Als ob etwas in mir zusammenbricht." (RG-act. III.6, S. 2). Dies schliesst jedoch nicht aus, dass sich die Ursache(n) seiner Erwerbsunfähigkeit langsam über die Jahre aufgebaut und in vielerlei Symptomen manifestiert haben könnten, bis es zum endgültigen "Ausbruch" kam. Der Berufungsbeklagte gab auch gegenüber dem Psychiater Dr. med. F._____ im April 2011 an, mindestens zehn Jahre lang extrem viel gearbeitet, Tausende von Kilometern im Auto verbracht und zudem diverse politische Ämter bekleidet zu

E. 29

/ 47 haben. Dabei habe er, der Berufungsbeklagte, sämtliche Ferien und freien Wochenenden gemeinsam mit den Töchtern verbracht und keine Rücksicht auf seine eigenen Bedürfnisse genommen (RG-act. III.6). Vor zirka zwei Jahren (d.h. im Jahre 2009) sei er "fast erblindet". Ein befreundeter Arzt habe ihm damals gesagt, er würde "voll im Stress stehen" und, wenn er so weitermache, Krebs entwickeln und Leberprobleme bekommen (RG-act. III.6, S. 2). Auch der Hausarzt Dr. med. C._____ erwähnt in seinem Bericht vom 27. Januar 2011, dass der Berufungsbeklagte sich in den letzten drei Jahren (d.h. seit 2008) im Zusammenhang mit dem Aufbau der Clinica Holistica viel zu lange Arbeitszeiten zugemutet habe (RG-act. III.5). Der Hausarzt Dr. med. C._____ ging denn auch in seiner ersten Diagnose von einem Burnout aus (RG-act. III.5) und wies den Berufungsbeklagten deshalb zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eines Burnoutsyndromes an Dr. med. F._____ zu (RG-act. III.6, S. 2; RG-act. III.7, Ziff. 1.4). Aufgrund all dieser Umstände musste dem Berufungsbeklagten eine mögliche Burnout-Problematik bewusst sein und er hätte die wichtigsten seiner gesundheitlichen Probleme bzw. gegen aussen sichtbaren Beschwerdezeichen, derentwegen er ärztlichen Rat

aufsuchte, bei Vertragsabschluss im Antragsformular angeben müssen. Dies betrifft zum einen die länger andauernden Rückenschmerzen. Zum anderen trifft dies auf die Sehstörungen (im Jahr 2009 "fast erblindet") zu, die aus dieser Gesamtbetrachtung heraus und in Anbetracht des Umstandes, dass der Berufungsbeklagte danach sogar sein Auto verkauft und aufs Autofahren verzichtet hatte, nicht als blosse Bagatellen betrachtet werden konnten. Auch der von der IV beigezogene Psychiater Dr. med. I. _____ hat in seiner Gesamtbeurteilung vom 30. November 2012 angegeben, dass sich der Berufungsbeklagte in den letzten Jahren im beruflichen und privaten Bereich zunehmend erschöpft habe, bevor dann im November 2010 neben den psychischen Problemen ("schwere depressive Episode") auch somatische Symptome aufgetreten seien (RG-act. II.25, S. 9 ff.). Folglich hätte der Berufungsbeklagte im Antragsformular nicht einfach alle Fragen betreffend gesundheitliche Beschwerden innerhalb der letzten fünf Jahre (also im Zeitraum Sommer 2005 bis Sommer 2010) einfach mit "Nein" beantworten dürfen, sondern er hätte differenziertere Antworten geben müssen. Damit hat der Berufungsbeklagte die vertragliche Anzeigepflicht gemäss Art. 4 aVVG bzw. Ziff. 4.3 AVB verletzt. Die vorinstanzliche Würdigung hält in diesem Punkt der Überprüfung nicht stand. 6.4.8. Die Berufungsklägerin argumentiert ferner, die beim Berufungsbeklagten aufgetretenen gesundheitlichen Probleme könnten auch die Folge eines Zeckenstiches sein (act. A.1, Rz. 68-70: Symptomatik einer bereits fortgeschrittenen Borrelioseinfektion im Stadium II; s. dazu auch RG-act. IX./3,

E. 30

/ 47 S. 10 f. und S. 15). Ob dies zutrifft, kann offenbleiben. Denn eine solche Diagnose würde nichts daran ändern, dass der Berufungsbeklagte im Zeitpunkt der Ausfüllung des Antragsformulars diejenigen gesundheitlichen Störungen hätte aufführen müssen, die nicht bloss als Bagatellfälle zu betrachten waren (s. oben), zumal aus den Akten nicht hervorgeht, ob und wann der Berufungsbeklagte einen Zeckenstich erlitten hatte (s. dazu E. 6.6.3) und er deshalb bei Vertragsabschluss seine bisherigen gesundheitlichen Probleme damit hätte in Zusammenhang bringen müssen. Nach Ansicht der Berufungsklägerin hätte der Berufungsbeklagte schliesslich auch die *Helicobacter pylori*-Infektion, welche medikamentös behandelt worden war, bei der Beantwortung der Fragen zu Ziff. 4 bis 6 des Antragsformulars angeben müssen (act. A.1, Rz. 72). Ihren Standpunkt begründet die Berufungsklägerin allerdings nicht substantiiert, so dass nicht ersichtlich ist, warum der Berufungsbeklagte diese im Jahre 2007 diagnostizierte Infektion (RG-act. II.68; RG-act. II.72) nicht als Bagatelle hätte betrachten, sondern hätte angeben müssen. 6.5. Wird der Vertrag durch Kündigung nach Art. 6 Abs. 1 aVVG 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. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung (Art. 6 Abs. 3 aVVG). Wird ein Lebensversicherungsvertrag, der nach Massgabe des VVG rückkauffähig ist (Art. 90 Abs. 2 aVVG) aufgelöst, so hat der Versicherer die für den Rückkauf festgestellte Leistung zu gewähren (Art. 6 Abs. 4 aVVG). Die Kündigung des Versicherungsunternehmens bewirkt eine Auflösung des Versicherungsvertrages ex nunc. Sie lässt den bereits abgewickelten Teil des Vertrags und die in dieser Zeit aus dem Schuldverhältnis hervorgegangenen Forderungen grundsätzlich bestehen (VON ZEDTWITZ/MAISANO, a.a.O., Art. 6 N. 29). Art. 6 Abs. 3 Satz 1 aVVG sieht von diesem Grundsatz eine Ausnahme vor, wenn das Versicherungsunternehmen den Vertrag gemäss Art. 6 Abs. 1 aVVG auflöst: Die Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens für bereits eingetretene Schäden erlischt, wenn Eintritt oder

Umfang der Schäden durch die nicht oder nicht richtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden sind (VON ZEDTWITZ/MAISANO, a.a.O., Art. 6 N. 34; GRABER, in: Grolimund/Loacker/Schnyder [Hrsg.], Basler Kommentar Versicherungsvertragsgesetz, 2. Aufl. 2023, Art. 46 N. 6). Die Kausalität nach Art. 6 Abs. 3 aVVG ist nach Ansicht des Bundesgerichts weit zu verstehen und fällt nur dann ausser Betracht, wenn der Eintritt oder Umfang des Schadens völlig unabhängig von der verschwiegenen erheblichen Gefahrstatsache ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_203/2020 vom 22. März 2021)

E. 31

/ 47 E. 5.1.3; VON ZEDTWITZ/MAISANO, a.a.O., Art. 6 N. 38). So stützte das Bundesgericht die Einschätzung, wonach eine depressive Phase einen Risikofaktor für eine weitere Depression darstelle und darum bei Vertragsantritt anzugeben sei (Urteil des Bundesgerichts 9C_203/2020 vom 22. März 2021 E. 5.1.3). Ebenfalls ein Zusammenhang i.S.v. Art. 6 Abs. 3 aVVG besteht nach Ansicht des Bundesgerichts zwischen einem früheren Erschöpfungssyndrom i.S. eines Burnout-Syndroms sowie einer früheren mittelgradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom und einem späteren Burnout-Syndrom mit schwerem Erschöpfungszustand (Urteil des Bundesgerichts 4A_283/2019 vom 17. Oktober 2019 E. 4.5; VON ZEDTWITZ/MAISANO, a.a.O., Art. 6 N. 43). Steht eine Leistungsbefreiung für bereits eingetretene Schäden im Raum, trägt grundsätzlich das Versicherungsunternehmen die Beweislast dafür, dass es sich um einen bereits eingetretenen Schaden handelt und dieser durch die falsch bzw. nicht deklarierte Gefahrstatsache beeinflusst wurde (VON ZEDTWITZ/MAISANO, a.a.O., Art. 6 N. 45). Wird ein Lebensversicherungsvertrag, der nach Art. 90 Abs. 3 aVVG rückkauffähig ist, aufgelöst, so hat der Versicherer gemäss Art. 6 Abs. 4 aVVG die für den Rückkauf festgestellte Leistung zu gewähren (VON ZEDTWITZ/MAISANO, a.a.O., Art. 6 N. 31). Rückkauffähig ist u.a. eine Versicherung, welche eine Kombination von Erlebensfall- und Todesfallversicherung bildet, z.B. eine Erlebensfalleistung abhängig vom Wert der Fondsanteile, Todesfalldeckung mit bestimmter Versicherungssumme, mindestens aber Wert der Fondsanteile (PFLEIDERER, in: Grolimund/Loacker/Schnyder [Hrsg.], Basler Kommentar Versicherungsvertragsgesetz, 2. Aufl. 2023, Art. 90 N. 16). Bei Art. 90 aVVG handelt es sich um eine Vorschrift, die nicht zuungunsten des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten abgeändert werden darf (Art. 98 aVVG). Eine Besonderheit besteht bei der Lebensversicherung mit Vereinbarung einer Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit. Zweck einer solchen Vereinbarung ist die Erhaltung der Fähigkeit, auch im Falle von Einkommensausfällen den Sparprozess weiterführen zu können. Die Rechtsnatur dieser Versicherungsleistung ist umstritten (Urteil des Bundesgerichts 9C_635/2020 vom 6. Juli 2021 E. 8 m.w.H.). Die Befreiung von der Prämienzahlung kann als eigenständiger Anspruch auf eine Versicherungsleistung oder als Resolutivbedingung (die Prämie ist nur geschuldet, solange die versicherte Person erwerbsfähig ist) angesehen werden. Die Frage der Rechtsnatur ist in zwei Fällen von Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts 9C_635/2020 vom 6. Juli 2021 E. 8.2; FUHRER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 2011, Rz. 22.12; STEHLE, Aktualitäten und Entwicklungen

E. 32

/ 47 im Privatversicherungsrecht, in: Hürzeler/Krauskopf [Hrsg.], Personen-Schaden-Forum 2023, 2022, S. 163 f.): - Rückforderung zu viel bezahlter Prämien: Bei einer Qualifikation als eigenständige Versicherungsleistung verjährt der Anspruch nach der

verjährungsrechtlichen Sonderregel in Art. 46 VVG. Bei einer Qualifikation als Resolutivbedingung stellt die trotz Eintritts der Bedingung geleistete Prämie die Bezahlung einer Nichtschuld dar, womit die Rückforderung der bereicherungsrechtlichen Verjährung (Art. 67 Abs. 1 OR) untersteht. - Vertragsauflösung nach dem Eintritt des die Befreiung auslösenden Ereignisses: Kündigt der Versicherer den Vertrag wegen einer Anzeigepflichtverletzung (ohne Kausalität zu dem die Prämienbefreiung auslösenden Ereignis, z.B. bei einem Unfall, wenn eine Vorerkrankung nicht deklariert wurde), so hat die Annahme einer selbständigen Versicherungsleistung zur Folge, dass trotz Wegfalls des Vertrages die Leistungen aus dem vor der Auflösung eingetretenen Versicherungsfall (z.B. Prämienbefreiung) weiterhin erbracht werden müssen. Erblickt man in der Prämienbefreiung eine Resolutivbedingung, so endet mit dem Vertrag auch die Leistungspflicht des Versicherers. Im Urteil 4A_53/2010 vom 29. April 2010 E. 2.6 qualifizierte das Bundesgericht die im konkreten Fall vereinbarte Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit als Resolutivbedingung. Im Urteil 4A_451/2015 vom 26. Februar 2016 E. 5 kam das Bundesgericht hingegen zum Schluss, dass die dort vereinbarte Klausel einen eigenständigen Anspruch auf Versicherungsleistungen darstelle (Urteil des Bundesgerichts 9C_635/2020 vom 6. Juli 2021 E. 8.2). In seiner neusten Entscheidung, der sich zur vorliegend relevanten Rechtsfrage äussert, hatte das Bundesgericht den Inhalt eines Versicherungsvertrags anhand des Vertrauensprinzips ermittelt. In diesem Fall waren unter der Rubrik "unsere Leistungen" zum einen die "Erlebensfall-Versicherung" und zum anderen die "Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit" aufgeführt gewesen. Gemäss der "Erlebensfall-Versicherung" hatten die Begünstigten im Erlebensfall am 1. Februar 2025 bzw. ab dem Todeszeitpunkt, wenn die Beschwerdeführerin vor diesem Zeitpunkt verstorben wäre, Anspruch darauf gehabt, dass die Beschwerdegegnerin das vereinbarte Kapital (mit Zins) bezahlte. Dabei konnte die Höhe der geschuldeten Leistung erst bei Eintritt des Erlebensfalles am 25. Februar 2025 oder im Zeitpunkt des zuvor eingetretenen Todes ermittelt werden. Demgegenüber löste die Erwerbsunfähigkeit der Versicherungsnehmerin nach Ansicht des Bundesgerichts keinen (unmittelbaren) Leistungsanspruch der begünstigten Person gegenüber der Beschwerdegegnerin aus. Die Versicherungsnehmerin wurde lediglich von der Bezahlung der Prämie – ihrer vertraglichen Hauptpflicht – befreit. Die "Erlebensfall-Versicherung" und die "Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit"

E. 33

/ 47 bildeten nach Ansicht des Bundesgerichts in diesem Fall eine vertragliche Einheit. Dabei sei die "Erlebensfall-Versicherung" als Hauptversicherung zu qualifizieren, denn die Abrede der Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit könne nicht von ihr losgelöst bestehen. Die Prämienbefreiung ergänze den Versicherungsschutz lediglich. Sie sei daher akzessorisch zur "Erlebensfall-Versicherung" (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_635/2020 vom 6. Juli 2021 E. 4.1 und E. 8.3.2). 6.6.1. Vorliegend hat die Vorinstanz der Berufungsklägerin am 17. November 2015 eine zwanzigtägige Frist für die Einreichung der Klageantwort angesetzt (RG-act. IV.1), welche aufgrund eines Fristerstreckungsgesuchs mit Verfügung vom 9. Dezember 2015 bis zum 15. Januar 2016 verlängert wurde (RG-act. IV.2). Die Berufungsklägerin will im Zuge der Ausarbeitung der Klageantwort vor Weihnachten 2015 durch von der IV eingeforderte Akten von den vorstehend aufgeführten gesundheitlichen Problemen des Berufungsbeklagten erfahren haben (RG-act. I.3, Rz. 31). Die Berufungsklägerin hat den Versicherungsvertrag deshalb mit Schreiben vom 6. Januar 2016 an den Rechtsvertreter des Berufungsbeklagten mit Wirksamkeit per Zugang beim

Berufungsbeklagten gekündigt (RG-act. III.10). Der Rechtsvertreter des Berufungsbeklagten bestätigte den Zugang dieser Kündigung mit Schreiben vom 8. Januar 2016 (RG-act. III.13). Demzufolge besteht seit 7. Januar 2016 keine Deckung mehr für das Todesfall-Risiko (Art. 6 Abs. 1 aVVG). Dispositiv-Ziff. 1 des vorinstanzlichen Entscheides ist daher aufzuheben und die Klage in diesem Punkt (Klageantrag Ziff. 1.3, Deckung für die garantierte Todesfallsumme von CHF 200'000.00) abzuweisen. 6.6.2. In casu geht aus Ziff. 8.1 Abs. 2 AVB hervor, dass die Versicherung der Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit entweder im Rahmen der Hauptversicherung oder ergänzend als Zusatzversicherung abgeschlossen werden konnte. Zusätzlich konnte gemäss Ziff. 8.1 Abs. 3 AVB eine weitere Zusatzversicherung der Prämienbefreiung bei Diagnose schwerwiegender Krankheiten abgeschlossen werden (RG-act. II.4). In der Lebensversicherungspolice, welche der Berufungsbeklagte erhalten hat, ist unter dem Titel "Leistungen" festgehalten, dass die "Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit aufgrund Unfall und Krankheit" mit der Hauptversicherung ("Erlebensfallsumme" bzw. "Garantierte Todesfallsumme") mit einer Wartefrist von zwölf Monaten mitversichert ist (RG-act. II.6). Hingegen hatte der Berufungsbeklagte keine Zusatzversicherung "Prämienbefreiung bei schwerer Erkrankung" abgeschlossen, weshalb in der Lebensversicherungspolice unter dem Titel "Leistungen" und der Unterrubrik "Zusatzversicherung: Prämienbefreiung bei schwerer Erkrankung" der Passus "nicht mitversichert" stand (RG-act. II.5; RG-

E. 34

/ 47 act. II.6). Gemäss Ziff. 7.9 Abs. 1 AVB erlischt die Versicherung der Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit, wenn der Hauptversicherungsvertrag gekündigt wird. Bei vorzeitiger Auflösung oder Beendigung des Versicherungsvertrages ist die Prämie nur für die Zeit bis zur Vertragsauflösung geschuldet (Art. 24 Abs. 1 Satz 1 VVG). Nachdem der Vertrag durch die Kündigung der Berufungsklägerin aufgelöst wurde, ist die Verpflichtung des Berufungsbeklagten zur Bezahlung der Prämie ab dem 7. Januar 2016 dahingefallen. Ob eine Prämienbefreiung seitens der Berufungsklägerin bis zu diesem Datum geschuldet ist, hängt von der Auslegung des Versicherungsvertrages ab. Nachdem aber im vorliegenden Fall die vertraglichen Leistungen gemäss Versicherungspolice praktisch gleich umschrieben worden sind, wie in dem vom Bundesgericht entschiedenen, oben erwähnten Fall 9C_635/2020 (s. E. 6.5), ist auch vorliegend davon auszugehen, dass die Prämienbefreiung eine akzessorische Ergänzung zur Hauptversicherung ("Erlebensfallsumme" bzw. "Garantierte Todesfallsumme") darstellt. Auch die AVB stützen diese Schlussfolgerung, weil gemäss Ziff. 8.1 Abs. 2 AVB die Versicherung der Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit entweder im Rahmen der Hauptversicherung oder ergänzend als Zusatzversicherung abgeschlossen werden kann und vorliegend im Antragsformular sowie in den Versicherungspolicen die Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit – im Unterschied zur Prämienbefreiung bei schwerwiegenden Krankheiten – nicht als "Zusatzversicherung" bezeichnet wurde (RG-act. II.5, S. 1; RG-act. II.6-7, S. 1; RG-act. II.9, S. 1). Die Berufungsklägerin schuldet daher dem Berufungsbeklagten infolge der Kündigung des Versicherungsvertrages gestützt auf Art. 6 Abs. 1 aVVG keine Prämienbefreiung für eine während der Gültigkeit des Versicherungsvertrages eingetretene Erwerbsunfähigkeit und muss deshalb auch keinen Nachweis einer allfälligen Kausalität i.S.v. Art. 6 Abs. 3 Satz 1 aVVG erbringen, um von einer solchen Leistungspflicht entbunden zu werden. Damit ist die Berufung in diesem Punkt gutzuheissen. Dispositiv-Ziff. 2 des vorinstanzlichen Entscheides ist aufzuheben und Rechtsbegehren Ziff. 1.2 der Klage ist abzuweisen. Bei diesem Ergebnis muss auf den

Einwand der Berufungsklägerin, Dispositiv- Ziff. 2 des angefochtenen Entscheids weise bezüglich des Beginns der Prämienbefreiung einen Widerspruch zu den vorinstanzlichen Erwägungen auf ("November 2011" statt Dezember 2011 wie in den Erwägungen), nicht mehr eingegangen werden (act. A.1, Rz. 109 i.V.m. act. B.1, E. 6.2 Abs. 10). 6.6.3. Selbst wenn man die Befreiung von der Prämienzahlung nicht als Resolutivbedingung ansehen würde, wären vorliegend die Voraussetzungen von

E. 35

/ 47 Art. 6 Abs. 3 aVVG erfüllt, so dass die Berufungsklägerin von der Prämienbefreiung zu Recht abgesehen hat. Im vorliegenden Fall gab der Berufungsbeklagte in seiner Unfallmeldung vom 11. April 2014 an die H. _____ Versicherungs-Gesellschaft an, dass er im November 2010 akut erkrankt sei und "im Vorfeld ... Müdigkeitsattacken, häufige Fieberschübe und chronischen Energiemangel" gehabt habe (RG-act. III.9). Im Bericht von Dr. med. G. _____ vom 8. Juni 2011 wird der Hausarzt Dr. med. C. _____ zitiert, wonach die Burnout-Problematik des Patienten auf eine lange Entwicklung zurückgehe und Dr. med. C. _____ sich zeitweise auch eine klinisch-stationäre Behandlung überlegt habe (RG-act. III.8, S. 6). Aus demselben Bericht von Dr. med. G. _____ vom 8. Juni 2011 geht zudem hervor, dass der Berufungsbeklagte eigenen Angaben zufolge bereits vor etwa fünf bis sechs Jahren (also im Sommer 2005/2006) das Gefühl gehabt habe, "ausgelaugt zu sein", vermehrt Kopfweg und Müdigkeit gespürt habe (RG-act. III.8, S. 2). Auch hat der Berufungsbeklagte gemäss diesem Arztbericht angegeben, sich im Sommer 2010 zunehmend "energielos" gefühlt und Mühe mit der Arbeit gehabt zu haben, bis es dann im November 2010 zur Gesichtsschwellung und Hautrötungen mit den darauffolgenden ärztlichen Abklärungen gekommen sei (RG-act. III.8, S. 2). Bereits im April 2010 musste sich der Berufungsbeklagte wegen starker Rückenschmerzen mit thorakalen Beklemmungsgefühlen in Behandlung begeben. Auch damals gab der Berufungsbeklagte an, sich "'energetisch' nicht ganz auf dem Posten" gefühlt zu haben (RG-act. III.5), worauf er die damals angewendete systemische Procain-Infusion bis Mai 2011 wöchentlich durch den Hausarzt vornehmen liess. Auch die Sehstörungen (etwa im April 2009), die dazu führten, dass der Berufungsbeklagte sein Auto verkaufte und nur noch Zug gefahren ist (RG-act. III.6; RG-act. III.7; RG-act. III.8), sind zu erwähnen. Zwar ergeben sich aus den von den Parteien angerufenen Arztberichten verschiedene Diagnosen über die Ursache der Erwerbsunfähigkeit des Berufungsbeklagten. Es stehen die Diagnosen eines Burnout-Syndroms und eines Zeckenstiches im Raum. Gemäss Arztbericht des Hausarztes Dr. med. C. _____ vom 2. August 2011 liegt ein "Erschöpfungssyndrom nach jahrelanger berufsmässiger Überbelastung in verantwortungsvoller Tätigkeit" vor. Dabei gab Dr. med. C. _____ an (RG-act. II.24): "Von den charakteristischen Merkmalen des Erschöpfungssyndroms, wie emotionale und körperliche Erschöpfung, verminderte Belastbarkeit, Gefühlslabilität, psychosomatische Symptome, Gefühl der reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit sind bei Herrn Candreia schon sehr früh sämtliche Symptome zutreffend gewesen." Die Diagnose "Belastungsstörung und Erschöpfungsdepression bei Burnout Syndrom" stellte Dr. med. C. _____, der seit 2006 der Hausarzt des Berufungsbeklagten war, bereits in seinem Bericht vom 27. Januar 2011 (RG-

E. 36

/ 47 act. III.5). Auch Dr. med. I. _____, der den Berufungsbeklagten im Auftrag der IV-Stelle psychiatrisch begutachtete, hielt in seiner Gesamtbeurteilung vom 30. November 2012 fest, der Berufungsbeklagte habe sich in den letzten zwei bis drei Jahren zunehmend

emotional und schliesslich auch körperlich überfordert, und kam zum Schluss, es liege beim Berufungsbeklagten ein ausgeprägtes Erschöpfungssyndrom mit zudem somatischen Symptomen im November 2010 vor (RG-act. II.25, S. 10). Dr. med. J._____, Chefärztin in der Privatklinik K._____, wo der Berufungsbeklagte von September 2011 bis November 2011 stationär behandelt wurde, gab am 5. September 2012 an, die Erschöpfung des Berufungsbeklagten sei trotz Heilung der Hepatitis und der Urtikaria, welche im November 2010 festgestellt worden seien, nicht abgeklungen. Auch ein leicht positiver Titer, der auf eine durchgemachte Borreliose hingedeutet habe, habe keine hinlängliche Erklärung für die Problematik ergeben (RG-act. II.18, S. 3). Zwar habe der Hausarzt Dr. med. C._____ die Verdachtsdiagnose einer akuten Borreliose gestellt, welche sich aber nicht habe bestätigen lassen (RG-act. II.18, S. 4). Erst der Endokrinologe Dr. med. L._____ konstatierte später (s. z.B. seinen Arztbericht vom 17. Juni 2015, RG-act. II.12) eine Hypophysenvorderlappen-Insuffizienz, dies bei kernspintomographisch festgestellter atropher Hypophyse, indirekt hinweisend auf den Zustand einer Hypophysitis, wie sie bei Neuroborreliose gesehen werde. Gemäss den Angaben von Dr. med. L._____ ist der Zeckenbiss im Jahr 2010 passiert. Die Erstabklärung bei ihm, Dr. med. L._____, sei im Jahr 2013 erfolgt (RG-act. II.12; RG-act. II.44; vgl. auch RG-act. II.42; RG-act. II.47; RG-act. II.65). Dr. med. C._____ folgte später dieser Diagnose eines Zeckenstiches als Ursache der gesundheitlichen Beschwerden (RG-act. II.63). Auch Dr. med. J._____ schloss sich schliesslich der Meinung von Dr. med. L._____ an, dass die schwerwiegende medizinische Störung des Berufungsbeklagten von einem Zeckenstich im November 2010 herrühre, wobei sie in ihrem Bericht vom 13. April 2015 allerdings erwähnte, dass der Primärinfekt, d.h. die Erstinfektion, nicht habe festgestellt werden können (RG-act. II.43). Dass der Zeitpunkt einer möglichen Borreliose- Infektion nicht festgelegt werden könne, bestätigte Dr. med. J._____ zudem bereits am 25. Februar 2014 (RG-act. II.46). Aus den Akten geht ebenfalls hervor, dass sich der Berufungsbeklagte an keinen Zeckenstich erinnern konnte (s. z.B. RG-act. II.25, S. 6, Ziff. 3.5). Im Laborbericht von SYNLAB vom August 2021 findet sich ferner der Vermerk "Serologisch aktuell keine Hinweise auf eine Borrelieninfektion" (RG-act. II.67). Demgegenüber wird im Bericht des Spitals Thusis vom 5. November 2021 von einer chronischen Borreliose mit Erstdatum 07/2011 ausgegangen (RG-act. II.68; vgl. auch RG-act. II.72).

E. 37

/ 47 Der Umstand, dass sich der Berufungsbeklagte nicht an einen Zeckenstich erinnern kann, ist gegen eine Borreliose als alleinige Ursache seiner gesundheitlichen Beschwerden zu werten. Die ersten Arztberichte und die eigenen Schilderungen des Berufungsbeklagten legen es vielmehr nahe, dass vorliegend ein Burnout- Syndrom Ursache der Erwerbsunfähigkeit des Berufungsbeklagten sein könnte und die dem "Ausbruch" im November 2010 vorausgegangenen gesundheitlichen Störungen, die nicht bloss Bagatellen waren und die der Berufungsbeklagte im Antragsformular an die Berufungsklägerin hätte erwähnen müssen, damit zusammenhängen könnten. Eine Kausalität i.S.v. Art. 6 Abs. 3 aVVG ist daher zu bejahen und auch deshalb eine Prämienbefreiungspflicht durch die Berufungsklägerin zu verneinen. 7. Vertragliche Auskunft- und Mitwirkungspflicht 7.1. Die Berufungsklägerin macht weiter geltend, dass der Berufungsbeklagte seiner Ansprüche auf Prämienbefreiung spätestens seit Anfang April 2013 verlustig gegangen sei, weil er seinen Auskunfts- und Mitwirkungspflichten nicht innert Frist nachgekommen sei. Er habe die bereits am 6. April 2011 eingereichte IV- Anmeldung trotz ihrer entsprechenden schriftlichen Nachfrage unterschlagen (act. A.1, Rz. 88). Die Vorinstanz habe in ihrem

Entscheid den für die Prämienbefreiung massgebenden Begriff der "Erwerbsunfähigkeit" gemäss AVB verkannt bzw. mit dem Begriff der "Arbeitsunfähigkeit" und "Invalidität" vermischt (act. A.1, Rz. 81 ff., Rz. 89 mit Verweis auf act. B.1, E. 6.1 und 6.2).

Insbesondere habe die Berufungsklägerin entgegen den Ausführungen der Vorinstanz nie einen bestimmten Erwerbsunfähigkeitsgrad des Berufungsbeklagten anerkannt (act. A.1, Rz. 86 und Rz. 100 mit Verweis auf act. B.1, E. 6.2 Abs. 8). 7.2. Der Anspruchsberechtigte muss auf Begehren des Versicherers jede Auskunft über solche ihm bekannte Tatsachen erteilen, die zur Ermittlung der Umstände, unter denen das befürchtete Ereignis eingetreten ist, oder zur Feststellung der Folgen des Ereignisses dienlich sind (Art. 39 Abs. 1 VVG). Der Vertrag kann verfügen: 1.) dass der Anspruchsberechtigte bestimmte Belege, deren Beschaffung ihm ohne erhebliche Kosten möglich ist, insbesondere auch ärztliche Bescheinigungen, beizubringen hat; 2.) dass die in Art. 39 Abs. 1 und Abs. 2 Ziff. 1 VVG vorgesehenen Mitteilungen, bei Verlust des Versicherungsanspruches, binnen bestimmter, angemessener Frist gemacht werden müssen. Die Frist läuft von dem Tage an, an dem der Versicherer den Anspruchsberechtigten, unter Androhung der Säumnisfolgen, schriftlich aufgefordert hat, diese Mitteilungen zu machen (Art. 39 Abs. 2 VVG). Bei Art. 39 Abs. 2 Ziff. 2 Satz 2 VVG handelt es sich um eine

E. 38

/ 47 Vorschrift, die nicht zuungunsten des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten abgeändert werden darf (Art. 98 aVVG). Art. 39 Abs. 2 Ziff. 2 VVG sanktioniert die Säumnis des Anspruchsberechtigten, was eine Vertragsabrede vor Eintritt des Schadenfalls und eine Erfüllungsaufforderung nach Eintritt des Versicherungsfalles voraussetzt. Demzufolge muss der Versicherungsvertrag eine (nach Tagen oder Wochen) bestimmte, angemessene Frist statuieren, innert welcher der Anspruchsberechtigte seine Auskunfts- und Mitwirkungspflichten zu erfüllen hat. Ist der Versicherungsfall eingetreten, muss das Versicherungsunternehmen den Anspruchsberechtigten gestützt auf diese Vertragsbestimmung schriftlich und unter Nennung der vertraglichen Frist sowie unter Androhung der Säumnisfolgen auffordern, innert der genannten Frist die ausreichend präzierte Auskunft oder Mitwirkung zu leisten. Der Fristenlauf beginnt ab Zugang der Erfüllungsaufforderung (BRUNNER, in: Grolimund/Loacker/Schnyder [Hrsg.], Basler Kommentar Versicherungsvertragsgesetz, 2. Aufl. 2023, Art. 39 N. 36). 7.3. Im vorliegenden Fall enthält die Lebensversicherungspolice eine Regelung i.S.v. Art. 39 Abs. 2 Ziff. 2 Satz 2 VVG. Hat sich der Versicherungsnehmer im Rahmen des Hauptversicherungsvertrages für die Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit entschieden, so übernimmt die Berufungsklägerin bei Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person zu den nachstehenden, in den AVB geregelten Bedingungen die Bezahlung der Prämien (Ziff. 7.1 AVB). Der Umfang der Übernahme der Prämienzahlung durch die Berufungsklägerin bzw. die Befreiung des Versicherungsnehmers von der Prämienzahlungspflicht bemisst sich nach dem gemäss Ziff. 7.4 bestimmten Grad der Erwerbsunfähigkeit, wobei eine Erwerbsunfähigkeit von weniger als 25 % keinen Anspruch auf Prämienbefreiung begründet. Bei einem Erwerbsunfähigkeitsgrad zwischen 25 % und 66 ■ % entspricht der Umfang der Prämien dem Erwerbsunfähigkeitsgrad. Beläuft sich der Erwerbsunfähigkeitsgrad auf mehr als 66 ■ %, so ist der Versicherungsnehmer vollumfänglich von der Prämienzahlungspflicht befreit und wird die Prämienzahlung vollumfänglich durch die Berufungsklägerin übernommen (Ziff. 7.7 Abs. 1 AVB). Der Grad der Erwerbsunfähigkeit bemisst sich nach einem sogenannten Einkommensvergleich zwischen dem Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der

Erwerbsunfähigkeit und nach Durchführung der zumutbaren medizinischen Behandlungen und Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielt bzw. jedenfalls erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht erwerbsunfähig geworden wäre. Der so ermittelte,

E. 39

/ 47 in Prozenten ausgedrückte Wert ergibt den Grad der Erwerbsfähigkeit (Ziff. 7.4 Abs. 2 AVB). Zur Bestimmung des Erwerbseinkommens, das eine versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht erwerbsunfähig geworden wäre, wird bei Arbeitnehmern mit schwankendem oder unregelmässigem Einkommen und bei Selbständigerwerbenden der Durchschnitt des AHV-pflichtigen Einkommens der dem Beginn der Erwerbsunfähigkeit vorangehenden drei vollen Kalenderjahre herangezogen (Art. 7.4 Abs. 4 AVB). Massgeblich ist jeweils die Höhe der letzten, vor dem Beginn der Wartefrist fällig gewordenen Prämie. Nach diesem Zeitpunkt eingetretene Prämien erhöhungen ■ beispielsweise als Folge einer Vertragsänderung oder aufgrund vereinbarter Dynamisierung ■ sind von der Prämienbefreiung ausgeschlossen (Ziff. 7.7 Abs. 2 AVB). Nach Ziff. 7.8 AVB (unter dem Titel "Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit") ist die Berufungsklägerin berechtigt, Leistungen zu verweigern, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die von der Berufungsklägerin verlangten Auskünfte und Belege nicht innerhalb von vier Wochen ab Zugang der entsprechenden schriftlichen Aufforderung erteilt bzw. vorlegt oder die von der Berufungsklägerin verlangten Untersuchungen und Erhebungen verweigert oder verhindert (RG-act. II.4). Ziff. 9.1 Abs. 3 AVB spezifiziert diese Auskunftspflicht noch genauer (RG-act. II.4): Bei der Geltendmachung von Leistungsansprüchen bei Erwerbsunfähigkeit ... hat der Versicherungsnehmer sowie die versicherte Person jede Auskunft über ihnen bekannte Tatsachen zu erteilen und sämtliche ihnen dafür vorliegenden Beweismittel (medizinische Gutachten, Akten, Lohn- und Steuerausweis, etc.) vorzulegen. Darüber hinaus sind sie zu jeder weiteren Mitwirkung hinsichtlich der Tatsachen verpflichtet, welche zur Prüfung der Leistungspflicht der LLA dienlich sind. Werden von der LLA verlangte Auskünfte nicht binnen vier Wochen ab Zugang der entsprechenden schriftlichen Aufforderungen erteilt oder verlangte Beweismittel nicht binnen der gleichen Frist vorgelegt, so geht der Versicherungsnehmer seiner Ansprüche auf Prämienbefreiung verlustig (Verwirkung). 7.4. Der Berufungsbeklagte meldete der Berufungsklägerin am 12. Dezember 2011 (RG-act. II.13): "Ich bin seit November 2010 im Krankheitsstatus. Es geht um die Prämienbefreiung." Daraufhin schickte ihm die Berufungsklägerin mit Schreiben vom 13. Dezember 2011 einen Fragebogen zu (RG-act. II.14). Der Berufungsbeklagte füllte den Fragebogen "Antrag auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit" am 2. Februar 2012 aus und gab darin unter "IV. Fragen zum Einkommen" sein Einkommen für die Jahre 2009, 2010 und 2011 an (RG-act. III.2). Dabei enthielt der Fragebogen unter dieser Ziff. IV den Vermerk "(Im Zweifelsfall behalten wir uns vor, Einkommensnachweise einzuholen)". In der Folge forderte die Berufungsklägerin den Berufungsbeklagten mit Schreiben vom 13. Dezember 2012, 7. Januar 2013 und 7. März 2013 auf, Einkommensnachweise für die Jahre 2011

E. 40

/ 47 und 2012 zu übermitteln (RG-act. II.19; RG-act. II.28; RG-act. II.30). Diese drei Schreiben enthielten weder einen Hinweis auf die vierwöchige Frist für die Lieferung der Auskünfte gemäss AVB noch die Androhung der Säumnisfolgen (Verwirkung der

Ansprüche auf Prämienbefreiung) bei fehlender fristgerechter Lieferung der verlangten Unterlagen. Daher kann die Berufungsklägerin gestützt auf die drei genannten Schreiben nicht die Verwirkung beanspruchen, obwohl der Treuhänder des Berufungsbeklagten der Berufungsklägerin erst am 21. Mai 2013 das Einkommen des Berufungsbeklagten für die Jahre 2011 und 2012 (unter Hinweis auf die entsprechenden Deklarationen an die Ausgleichskasse) bekannt gab (RG- act. II.33). Die entsprechende Argumentation der Berufungsklägerin sticht daher nicht. Dies ist allerdings in casu nicht mehr entscheidend, nachdem in E. 6 festgehalten worden ist, dass mit der Kündigung des Versicherungsvertrages per 7. Januar 2016 aufgrund der resolutiven Natur der vorliegend vereinbarten Prämienbefreiung auch die Pflicht der Berufungsklägerin zur Prämienbefreiung aufgrund eines vorher eingetretenen Versicherungsfalles bzw. gestützt auf Art. 6 Abs. 3 Satz 1 aVVG entfallen ist. Es bleibt daher bei der Feststellung, dass Dispositiv-Ziff. 2 des vorinstanzlichen Entscheides aufzuheben und Rechtsbegehren Ziff. 1.2 der Klage abzuweisen ist. 8. Verjährung

E. 41

/ 47

E. 42

/ 47 die Klage, soweit der Berufungsbeklagte mit ihr die Prämienbefreiung und den Todesfallschutz geltend gemacht hat, abzuweisen. Da die Prämienfreistellung nicht wirksam erklärt wurde (s. E. 5), ist das Urteil der Vorinstanz in dieser Hinsicht zu bestätigen. Dies kann weiterhin von Relevanz sein, weil der Versicherungsvertrag mit der Kündigung in ein vertragliches Liquidationsverhältnis getreten ist und der Berufungsbeklagte allenfalls noch die Auszahlung des Rückkaufswerts verlangen kann (Art. 6 Abs. 4 aVVG i.V.m. Art. 90 Abs. 2 aVVG). Die Abweisung des Klageantrags bezüglich der Rückerstattung der geleisteten Prämien, die vorliegend bestätigt wird (s. E. 1.4.4), steht dem nicht entgegen, nachdem dieser Klageantrag den Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung nach behaupteter Prämienbefreiung und somit einen anderen Streitgegenstand betroffen hat. 10. Prozesskosten

E. 43

/ 47 Berufungsbeklagte zu 6 %. Allerdings hat die Berufungsklägerin die Kündigung infolge Anzeigepflichtverletzung rechtswirksam erst während der Ausarbeitung der Klageantwort erklärt, während sich die anderen, vor und im Prozess erhobenen Einwände als unbegründet erwiesen haben (insb. Vertragsauflösung infolge Prämienzahlungsverzugs und infolge Verletzung der Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht). Dies zusammen mit dem ungleichen finanziellen Kräfteverhältnis zwischen den Parteien rechtfertigt es, die Prozesskosten des erst- und zweitinstanzlichen Verfahrens nach Ermessen zu 2/3 dem Berufungsbeklagten und zu 1/3 der Berufungsklägerin aufzuerlegen.

E. 44

/ 47 Vertretung in Rechnung gestellt wird, soweit 1.) der vereinbarte Stundenansatz zuzüglich allfällig vereinbartem Interessenwertzuschlag üblich ist und keine Erfolgsszuschläge enthält; 2.) der geltend gemachte Aufwand angemessen und für die Prozessführung erforderlich ist; 3.) die geforderte Entschädigung nicht eine von der Sache beziehungsweise von den legitimen Rechtsschutzbedürfnissen her nicht gerechtfertigte Belastung der unterliegenden Partei zur Folge hat (Art. 2 Abs. 2 HV). Als üblich gilt ein Stundenansatz zwischen CHF 210.00 und CHF 270.00 (Art. 3 Abs. 1 HV). Vorliegend hat

die Berufungsklägerin mit ihrer Rechtsvertretung einen Stundenansatz von CHF 250.00 für juristische Mitarbeiter mit Anwaltspatent, CHF 120.00 für juristische Mitarbeiter ohne Anwaltspatent sowie CHF 80.00 für Sekretariatsarbeiten vereinbart (RG-act. VI.6). Dazu kommen grundsätzlich die Mehrwertsteuer (mit Ausnahmen) und eine Auslagenpauschale von 4 % (RG-act. VI.6). Ein Interessenwertzuschlag wurde nicht vereinbart (RG-act. VI.6). Für den Fall ihres Obsiegens macht die Berufungsklägerin für das erstinstanzliche Verfahren eine Parteientschädigung von CHF 25'934.35 exklusive MWST und inklusive eines Interessenwertzuschlages von CHF 10'000.00 auf der Basis eines Streitwertes von CHF 324'000.00 geltend (act. A.1, Rz. 118; s. auch RG-act. IX.1, S. 2 betreffend MWST). Weil kein Interessenwertzuschlag vereinbart worden ist, ist dieser nicht zuzusprechen. Ebenso wenig ist der Stundenaufwand des Sekretariats zu entschädigen; dabei handelt es sich nicht um Kosten einer berufsmässigen Vertretung (Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO), sondern allenfalls um notwendige Auslagen (Art. 95 Abs. 3 lit. a ZPO), für die unter der Honorarverordnung praxisgemäss eine Pauschale zugesprochen wird. Das Anwaltshonorar vor Vorinstanz (basierend auf einem zulässigen Honoraransatz inklusive Auslagen von 4 % und ohne Mehrwertsteuer) beträgt demzufolge insgesamt CHF 14'900.60 (CHF 998.40 + CHF 5'244.20 + CHF 1'796.60 + CHF 434.20 + CHF 335.40 + CHF 6'091.80). Der Berufungsbeklagte hat folglich der Berufungsklägerin für das erstinstanzliche Verfahren eine Parteientschädigung von CHF 4'966.85 (= 1/3) zu bezahlen. Für das Berufungsverfahren verlangt die Berufungsklägerin eine Parteientschädigung für Zeitaufwand und Barauslagen (act. A.1, Rechtsbegehren Ziff. 1). Dazu hat die Berufungsklägerin eine Honorarnote eingereicht (act. G.1). Die Mehrwertsteuer verlangt die Berufungsklägerin nicht. Ein Interessenwertzuschlag wurde nicht vereinbart. Folglich ergibt sich, ohne Berücksichtigung der Stundenentschädigung für die Sekretariatsarbeiten, ein Honorar in Höhe von CHF 12'645.00 sowie eine Auslagenpauschale von 4 % in Höhe von CHF 505.80, total somit CHF 13'150.80. Der Berufungsbeklagte hat deshalb der

E. 45

/ 47 Berufungsklägerin für das Berufungsverfahren eine Parteientschädigung von CHF 4'383.60 (= 1/3) zu bezahlen.

E. 46

/ 47 Es wird erkannt: 1. Die Berufung wird teilweise gutgeheissen, soweit darauf einzutreten ist. 2. Dispositivziffer 1 des angefochtenen Entscheides wird aufgehoben und Klageantrag Ziffer 1.3 von B._____ (Deckung für garantierte Todesfallsumme) wird abgewiesen. 3. Dispositivziffer 2 des angefochtenen Entscheids wird aufgehoben und Klageantrag Ziffer 1.2 von B._____ (Prämienbefreiung ab November 2011) wird abgewiesen. 4. Dispositivziffer 3 des angefochtenen Entscheids wird bestätigt und die A._____ AG wird verpflichtet, die per 1. Juli 2012 erklärte Prämienfreistellung für die zugunsten von B._____ lautende Fondspolice _____, Value Invest Premium 3b, Fondsgebundene Lebensversicherung vom 2. Juli 2010, rückwirkend aufzuheben. 5. Dispositivziffer 4 des angefochtenen Entscheids, mit der Klageantrag Ziffer 2 von B._____ (Rückforderung von CHF 4'000.00 zuzüglich Zins) abgewiesen worden ist, wird bestätigt. 6. Dispositivziffer 5 des angefochtenen Entscheids wird aufgehoben und durch folgende Regelung ersetzt: Die Gerichtskosten des Regionalgerichts Albula in Höhe von CHF 12'000.00 sowie die Kosten des Vermittleramtes Albula von CHF 300.00 verbleiben im Umfang von CHF 8'200.00 beim Kanton Graubünden, unter dem Vorbehalt der Rückforderung gemäss Art. 123 ZPO gegenüber B._____. Die restlichen Gerichtskosten

des Regionalgerichts Albula im Umfang von CHF 4'100.00 hat die A._____ AG zu bezahlen. 7. Dispositivziffer 6 des angefochtenen Entscheids wird aufgehoben und durch folgende Regelung ersetzt: B._____ wird verpflichtet, der A._____ AG für das Verfahren vor Regionalgericht Albula eine Parteientschädigung in Höhe von CHF 4'966.85 zu bezahlen. 8. Die Gerichtskosten des Berufungsverfahrens in Höhe von CHF 10'000.00 verbleiben im Umfang von CHF 6'666.65 beim Kanton Graubünden, unter

E. 47

/ 47 dem Vorbehalt der Rückforderung gemäss Art. 123 ZPO gegenüber B._____. Die restlichen Gerichtskosten des Berufungsverfahrens im Umfang von CHF 3'333.35, welche die A._____ AG zu bezahlen hat, werden mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 10'000.00 verrechnet. Der Restbetrag von CHF 6'666.65 werden der A._____ AG vom Obergericht erstattet. 9. B._____ wird verpflichtet, der A._____ AG für das Verfahren vor dem Obergericht eine Parteientschädigung in Höhe von CHF 4'383.60 zu bezahlen. 10. Der Kanton Graubünden hat Rechtsanwalt Christian Schreiber, dem unentgeltlichen Rechtsbeistand von B._____, für das Verfahren vor Regionalgericht Albula eine Parteientschädigung von CHF 22'623.10 (inklusive Auslagen und MWST) sowie für das Berufungsverfahren eine Parteientschädigung von CHF 7'164.75 (inklusive Auslagen und MWST) zu bezahlen. Auch dieser Betrag unterliegt dem Vorbehalt einer Rückforderung von B._____ unter den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO. 11. [Rechtsmittelbelehrung] 12. [Mitteilung an:]

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