



Fall-Nr.: KV 2012/4
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 11.12.2012
Entscheiddatum: 11.12.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 11.12.2012

Art. 7 KVG. Wechsel des Versicherers in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Behauptet eine versicherte Person, sie habe einen Versicherungsantrag im Glauben unterzeichnet, es handle sich dabei lediglich um eine Offertanfrage, ist unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände des Einzelfalles zu prüfen, ob allenfalls ein wesentlicher Irrtum oder gar eine Täuschung vorliegt. Die Unverbindlichkeit der Erklärung wurde vorliegend bejaht, da der Versicherte glaubhaft darlegen konnte, er sei vom Versicherungsvermittler getäuscht und unter Druck gesetzt worden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Dezember 2012, KV 2012/4). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C_90/2013 Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Entscheid vom 11. Dezember 2012 in
Sachen A. ____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel J. Senn, Museumstrasse 47, Postfach, 9004 St. Gallen, gegen Avenir Krankenversicherung AG, Rue du Nord 5, 1920 Martigny, Beschwerdegegnerin, und Vivao Sympany AG, Thurgauerstrasse 40, 8050 Zürich, Beigeladene, betreffend Forderung (KVG-Prämien) Sachverhalt:

A.

A. ____, war mitsamt seiner Ehefrau, seiner Tochter und seinem Sohn bis Ende 2010 bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend: Concordia) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert (vgl. art. 6.1.4).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Am 23. März 2010 unterzeichneten die obgenannten Versicherten im Rahmen eines Gesprächs mit dem Versicherungsvermittler D.____ ein Beratungsprotokoll sowie je eine Beitrittserklärung der Groupe Mutuel betreffend die obligatorische Krankenpflegeversicherung und je einen Versicherungsantrag für Zusatzversicherungen der Groupe Mutuel (act. G 21.1).

B.b Am 7. April 2010 teilte die Groupe Mutuel der Concordia mit, dass die Versicherten ab dem 1. Januar 2011 im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei ihr versichert seien (act. G 6.1.4). Am 9. April 2010 hiess die Groupe Mutuel die Versicherten in ihrem Versichertenkreis willkommen (act. G 6.1.5).

B.c Am Abend des 12. April 2010 führte der Versicherte ein Telefongespräch mit dem Vermittler (act. G 15.1 und G 15.3).

B.d Am 1. Juni 2010 unterzeichneten der Versicherte, seine Ehefrau und sein Sohn je einen Neuantrag der Vivao Sympany AG (nachfolgend: Sympany) für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und gewisse Zusatzversicherungen ab dem 1. Januar 2011 (act. G 8.1).

B.e Mit Schreiben vom 25. Oktober 2010 teilte der Versicherte der Groupe Mutuel mit, er habe mit grossem Erstaunen Versicherungspolice für das Jahr 2011 erhalten. Der Versicherungsvermittler habe ihm anlässlich des Gesprächs Ende März 2010 mitgeteilt, es handle sich bei den unterzeichneten Dokumenten lediglich um Offertanfragen; die Versicherten seien zudem regelrecht zur Unterzeichnung gedrängt worden (act. G 6.1.6).

B.f Am 9. November 2010 antwortete die Avenir Krankenversicherung als betroffenes Mitglied der Groupe Mutuel (nachfolgend: Avenir), der Versicherte habe mit seiner Unterschrift bei der „Erklärung des Antragsstellers“ und auf dem Beratungsprotokoll bestätigt, dass er davon in Kenntnis gesetzt worden sei, nicht lediglich eine Offertanfrage, sondern einen formellen Antrag zu stellen (act. G 6.1.7).

B.g Am 29. November 2010 liess der Versicherte der Avenir Kopien der Versicherungspolice der Sympany zugehen (act. G 6.1.8). Am 7. Januar 2011 teilte die



St.Galler Gerichte

Avenir dem Versicherten mit, er habe die Versicherungsverträge zuerst bei der Avenir unterzeichnet, weshalb er an dieselben gebunden sei und die üblichen Kündigungsfristen gelten würden (act. G 6.1.9).

B.h Am 20. Januar 2011 protestierte der Versicherte gegen die Weigerung der Avenir, die Versicherungsverträge aufzulösen. Der Versicherungsvermittler habe ihn betrogen, die Geschäftsbeziehung mit der Avenir beruhe nur auf Irreführung, Täuschung und aggressiven Verkaufsmethoden (act. G 6.1.10). Es folgten weitere Schreiben am 28. Januar 2011, am 7. Februar 2011, am 9. Februar 2011 und am 21. Februar 2011 (act. G 6.1.13), welche am 4. März 2011 beantwortet wurden (act. G 6.1.15).

B.i Am 4. März 2011 teilte der Versicherte der Avenir mit, die Concordia habe von der Avenir keine Kündigung des Versicherungsverhältnisses per Ende 2010 erhalten (act. G 6.1.16). Am 31. März 2011 antwortete die Avenir, es sei nicht Sache des zukünftigen Versicherers, die bestehenden Versicherungsverträge zu kündigen. Die Versicherungsverträge bei der Concordia seien jedenfalls rechtzeitig gekündigt worden, weshalb die Versicherungsverträge mit der Avenir korrekt zustande gekommen seien (act. G 6.1.17).

C.

C.a Am 12. September 2011 wurde dem Versicherten der Zahlungsbefehl vom 9. September 2011 betreffend Prämienausstände für das erste Halbjahr 2011 (Betreibung Nr. 11/206 des Betreibungsamtes B.____) zugestellt. Der Versicherte erhob gleichentags Rechtsvorschlag (act. G 6.1.33).

C.b Mit Verfügung vom 9. November 2011 hob die Avenir den Rechtsvorschlag gegen den Zahlungsbefehl Nr. 11/206 des Betreibungsamtes B.____ im Betrag von Fr. 2'211.10 auf (act. G 6.1.34).

C.c Dagegen erhob der Versicherte am 15. November 2011 Einsprache (act. G 6.1.35).

C.d Am 9. Dezember 2011 wurde dem Versicherten der Zahlungsbefehl vom 7. Dezember 2011 betreffend Prämienausstände für das dritte Quartal 2011



St.Galler Gerichte

(Betreibung Nr. 11/263 des Betreibungsamtes B.____) zugestellt. Der Versicherte erhob am 12. Dezember 2011 Rechtsvorschlag (act. G 6.1.47).

C.e Mit Verfügung vom 23. Dezember 2011 hob die Avenir den Rechtsvorschlag gegen den Zahlungsbefehl Nr. 11/263 des Betreibungsamtes B.____ auf (act. G 6.1.48).

C.f Dagegen erhob der Versicherte am 27. Dezember 2011 Einsprache (act. G 6.1.49).

C.g Mit Entscheid vom 1. Februar 2012 wies die Avenir die Einsprachen vom 15. November 2011 und vom 27. Dezember 2011 ab (act. G 6.1.36 und G 6.1.50).

D.

D.a Gegen diese beiden Einspracheentscheide erhob der Versicherte am 23. Februar 2012 Einsprache (act. G 1.1), welche von der Avenir zuständigkeitshalber an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen weitergeleitet wurde (act. G 1). Dieses nahm das Schreiben als Beschwerde entgegen. Der Beschwerdeführer liess darin sinngemäss die Aufhebung der Einspracheentscheide und die Abweisung der Forderungen gemäss Betreibungen Nr. 11/206 und Nr. 11/263 des Betreibungsamtes B.____ beantragen.

D.b Die Beschwerdegegnerin schliesst gemäss Beschwerdeantwort vom 7. Mai 2012 auf Abweisung der Beschwerde (act. G 6).

D.c Die Beigeladene reichte mit Schreiben vom 24. Mai 2011 die Anträge und Versicherungsnachweise ein (act. G 8.1). Sie stellt keine Anträge im Beschwerdeverfahren (act. G 8).

D.d Mit Replik vom 27. August 2012 erweiterte der nun anwaltlich vertretene Beschwerdeführer seine Anträge. Er lässt die Aufhebung der Einspracheentscheide, die Abweisung der in Betreuung gesetzten Forderungen und die Anweisung der Beschwerdegegnerin, sämtliche Betreibungen vorbehaltlos zurückzuziehen, beantragen (act. G 15).



D.e Mit Duplik vom 18. September 2012 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem mit Beschwerdeantwort vom 7. Mai 2012 gestellten Antrag fest (act. G 17).

Erwägungen:

1.

1.1 Die beiden angefochtenen Einspracheentscheide vom 1. Februar 2012 betreffen dieselben Parteien und stehen in engem sachlichen Zusammenhang – der eine hat Prämienausstände für die obligatorische Krankenpflegeversicherung für das erste Halbjahr 2011 zum Gegenstand, der andere Prämienausstände für die obligatorische Krankenpflegeversicherung für das dritte Quartal 2011 –, weshalb es sich rechtfertigt, die beiden entsprechenden Verfahren zu vereinigen. Der Beschwerdeführer hat sich denn auch bloss mit einem Schreiben gegen beide Einspracheentscheide gewendet.

1.2 Die Betreibung Nr. 11/206 des Betreibungsamtes B.____ betrifft nebst Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Mahn- und Betreibungskosten sowie Zinsen auch Prämien für Zusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1). Sowohl die Verfügung vom 9. November 2011, mit welcher der Rechtsvorschlag gegen diese Betreibung aufgehoben wurde, als auch der diese Verfügung bestätigende Einspracheentscheid beziehen sich richtigerweise nicht auf diese Prämien für die Zusatzversicherungen. Darauf ist deshalb vorliegend nicht weiter einzugehen. Gegenstand dieses Verfahrens bilden die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die Monate Januar bis und mit September 2011 des Beschwerdeführers, seiner Ehefrau und seines Sohnes, die Mahn- und Betreibungskosten sowie die Zinsen.

2.

2.1 Strittig ist zwischen den Parteien insbesondere, ob ein Vertrag betreffend die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) zustande gekommen ist. Der Beschwerdeführer behauptet, der Vermittler habe ihm mehrmals versichert, er würde lediglich eine Offertanfrage bei der Beschwerdegegnerin unterzeichnen; es handle sich dabei gewissermassen um eine Formalität, welche nicht zuletzt auch dazu diene, zu belegen,



dass das Vermittlungsgespräch tatsächlich stattgefunden habe. Nachdem der Beschwerdeführer das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 9. April 2010 betreffend Aufnahme in den Versichertenkreis erhalten habe, habe er am Abend des 12. April 2010 den Vermittler telefonisch angefragt, was das zu bedeuten habe. Dieser habe ihm nochmals versichert, er habe lediglich eine Offertanfrage unterzeichnet. Die Beschwerdegegnerin behauptet dagegen, der Beschwerdeführer habe einen Versicherungsantrag unterzeichnet, was ihm bewusst gewesen sei oder hätte bewusst sein müssen. Immerhin habe er ein entsprechendes Beratungsprotokoll unterzeichnet, wonach er darüber aufgeklärt worden sei. Auch liesse sich den formalisierten Versicherungsanträgen klar entnehmen, dass es sich um formelle Anträge handle, und nicht etwa bloss um Offertanfragen. Dass die übrigen Voraussetzungen für den Wechsel der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von der Concordia zur Beschwerdegegnerin per 1. Januar 2011 für die drei betroffenen Familienmitglieder erfüllt waren, ist den Akten zu entnehmen und wird von den Parteien nicht bestritten.

2.2 Der Beschwerdeführer unterzeichnete am 23. März 2010 zunächst ein Beratungsprotokoll. Gemäss diesem bestätigte der Beschwerdeführer unter anderem, vom Vermittler darüber informiert worden zu sein, „dass es sich nicht um eine Offertanfrage, sondern um einen formellen Antrag auf den Abschluss eines Versicherungsvertrags beim betreffenden Versicherer handelt“. Die Bestätigung erfolgte mittels Ankreuzens eines entsprechenden Kästchens, dem Schriftbild nach durch den Vermittler. Gemäss weiterer Angabe im Beratungsprotokoll erlaubte der Beschwerdeführer dem Vermittler auch, die Kündigungsbriefe, die er unterzeichnet habe, weiterzuleiten – ebenfalls mittels Ankreuzens eines entsprechenden Kästchens. Der Beschwerdeführer selbst hat dem Schriftbild nach lediglich das Protokoll unterschrieben, also namentlich die Häkchen nicht selbst gesetzt. Dasselbe gilt für die Antragsformulare. Betreffend die obligatorische Krankenpflegeversicherung stellen sich diese wie folgt dar: Die Formulare enthalten zwei Haupttitel: „Administrative Daten“ und „Beitrittserklärung“; der Abschnitt „Administrative Daten“ ist in die beiden Unterabschnitte: „Angaben zur Person“ und „Prämienrechnungen und Leistungsvergütungen“ unterteilt. Abgesehen vom Titel: „Beitrittserklärung“ geht aus dem Formular selbst nicht hervor, dass es sich um einen formellen Antrag handelt. Es ist jedenfalls nichts entsprechendes vermerkt. Dem Formular allein lässt sich mit anderen Worten nicht entnehmen, ob damit eine Offertanfrage oder ein formeller



Versicherungsantrag gestellt wird. Dem Formular betreffend Zusatzversicherungen lässt sich eher entnehmen, dass es sich um einen formellen Versicherungsantrag handelt, denn einer der Abschnitte trägt den Titel: „Versicherungsantrag für die Zusatzversicherungen nach VVG und/oder die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG“; auch wird im „Kleingedruckten“ („Erklärung des Antragstellers“) explizit darauf hingewiesen, dass es sich nicht um eine Offertanfrage, sondern um einen formellen Versicherungsantrag handle.

2.3 Hätte der Beschwerdeführer die Formulare, die er unterzeichnete, sorgfältig durchgelesen, hätte ihm demnach bewusst sein müssen, dass er keine Offertanfrage, sondern einen formellen Versicherungsantrag stellte. Mit seiner Erklärung verpflichtete er sich entsprechend zum Abschluss und zur Einhaltung der entsprechenden Verträge. Es ist allerdings notorisch, dass gewisse Vermittler anlässlich der persönlichen Beratungsgespräche die potentiellen Versicherungskunden über die Tragweite ihrer Erklärungen (Unterzeichnung eines formellen Versicherungsantrages) im Unklaren lassen bzw. bisweilen gar absichtlich täuschen. Mehrere Umstände sprechen dafür, dass es sich im vorliegenden Fall so verhielt: Der Vermittler füllte sämtliche Formulare selbst aus und liess den Beschwerdeführer und dessen Ehefrau lediglich unterschreiben; auf die folgenden Schreiben der Beschwerdegegnerin reagierte der Beschwerdeführer durchwegs prompt und mit immer demselben Einwand: Er sei vom Vermittler in den Glauben versetzt worden, er unterzeichne lediglich eine Offertanfrage; auf das erste Schreiben der Beschwerdegegnerin hin führte der Beschwerdeführer ein Telefonat mit dem Vermittler, wobei der Schluss nahe liegt, er habe sich bei diesem erkundigt, was das zu bedeuten habe; vor Zustellung der definitiven Versicherungspolicen schloss der Beschwerdeführer sodann Versicherungsverträge mit der Beigeladenen ab, deren Formularen sich im Übrigen wesentlich einfacher entnehmen lässt, dass es sich dabei nicht nur um Offertanfragen, sondern um Versicherungsanträge handelt (so trägt etwa jede einzelne Seite den Titel: „Neuantrag“; vgl. act. G 8.1). Es ist wenig wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer erst verbindliche Anträge bei der Beschwerdegegnerin und anschliessend ebenso verbindliche Anträge bei der Beigeladenen stellen wollte. Die Darstellung des Beschwerdeführers, er habe vorerst lediglich Offerten einholen und Angebote verschiedener Versicherer vergleichen wollen, erscheint wesentlich wahrscheinlicher. Zu berücksichtigen ist sodann, dass auf dem Beratungsprotokoll unter anderem



vermerkt wurde, der Vermittler sei ermächtigt, die Kündigungsschreiben dem bisherigen Versicherer zu übermitteln; die Kündigungsschreiben behielt der Beschwerdeführer jedoch bei sich. Dass die entsprechende Ermächtigung mittels Ankreuzens erteilt wurde, ist angesichts dessen widersprüchlich, was dafür spricht, dass der Beschwerdeführer das Protokoll nicht sorgfältig studiert, sondern ohne genaues Durchlesen unterzeichnet hat. Die Kündigungsschreiben reichte der Beschwerdeführer später selbständig ein, nachdem er die Anträge bei der Beigeladenen unterzeichnet hatte, was ebenfalls dafür spricht, dass er von der Beschwerdegegnerin lediglich eine Offertanfrage einholen, bei der Beigeladenen dagegen eine Versicherung abschliessen wollte. Das Beratungsprotokoll scheint daher nicht den tatsächlichen Willen des Beschwerdeführers wiederzugeben.

2.4 Zwar ist dem Beschwerdeführer vorzuwerfen, dass er Formulare unterzeichnete, ohne diese vorab sorgfältig zu studieren. Jedem handlungsfähigen Menschen muss grundsätzlich bewusst sein, dass die Unterzeichnung einer Erklärung weitreichende Folgen haben kann, woraus folgt, dass nur Erklärungen unterschrieben werden sollten, die man zumindest sorgfältig durchgelesen hat. Der Beschwerdeführer machte allerdings wiederholt und – angesichts des notorischen fragwürdigen Vorgehens der Vermittler in einer Vielzahl von Fällen – glaubhaft geltend, er sei vom Vermittler unter Druck gesetzt und bewusst getäuscht worden. Unter diesen Umständen entsprach die abgegebene Willenserklärung des Beschwerdeführers nicht seinem tatsächlichen Willen – ob er im Sinne von Art. 28 des Obligationenrechts (OR; SR 220) getäuscht wurde oder einem wesentlichen Irrtum im Sinne von Art. 23 OR unterlag, ist unerheblich, denn in beiden Fällen ist er an die abgegebene Erklärung nicht gebunden.

2.5 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer und seine Ehefrau Ende März 2010 keine Versicherungsanträge stellen, sondern bloss um die Zustellung von Offerten ersuchen wollten. Damit fehlt es an einem Antrag, weshalb die Versicherungsverträge zumindest betreffend die – hier einzig interessierende – obligatorische Krankenpflegeversicherung ab dem 1. Januar 2011 nicht zustande gekommen sind. Die in Betreuung gesetzten Forderungen der Beschwerdegegnerin erweisen sich insofern als unbegründet, weshalb die definitive Rechtsöffnung diesbezüglich zu verweigern ist.

3.



In Gutheissung der Beschwerde ist der Einspracheentscheid vom 1. Februar 2012 aufzuheben und festzustellen, dass mit der Beschwerdegegnerin kein Versicherungsverhältnis für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zustande gekommen ist. Da gemäss Art. 85a Abs. 1 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG; SR 281.1) eine betriebene Person jederzeit vom Gericht des Betreibungsortes feststellen lassen kann, dass die Schuld nicht oder nicht mehr besteht oder gestundet ist, und da das Gericht bei Gutheissung der Klage die Betreibung aufhebt oder einstellt (Art. 85a Abs. 3 SchKG), sind vorliegend mit der Gutheissung der Beschwerde und Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids in Anwendung dieser Bestimmung gleichzeitig auch die Betreibung Nr. 11/206 des Betreibungsamtes B.____ im Betrag von Fr. 2'211.10 nebst Zins zu 5 % auf dem Betrag von Fr. 1'898.10 ab dem 2. September 2011 und die Betreibung Nr. 11/263 des Betreibungsamtes B.____ vollumfänglich aufzuheben. Gerichtskosten sind für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) keine zu erheben. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer sodann mit Fr. 1'727.20 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 1. Februar 2012 aufgehoben und festgestellt, dass mit der Beschwerdegegnerin kein Versicherungsverhältnis für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zustande gekommen ist.
2. Die Betreibung Nr. 11/206 des Betreibungsamtes B.____ im Betrage von Fr. 2'211.10 nebst Zins zu 5 % auf dem Betrag von Fr. 1'898.10 ab dem 2. September 2011 und die Betreibung Nr. 11/263 des Betreibungsamtes B.____ werden vollumfänglich aufgehoben.



3. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
4. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 1'727.20 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.