



Fall-Nr.: KV-Z 2017/5
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 15.12.2020
Entscheiddatum: 10.09.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 10.09.2018

Zusatzversicherung. Auslegung von Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Eine Leistungspflicht nach Vertragsende wurde vertraglich wegbedungen. Entsprechend führt eine nach Vertragsende eingetretene Invalidität – auch bei einem Unfallereignis während bestehendem Vertrag – nicht zu einer Leistungspflicht des Versicherers. Bei eingetretener Invalidität während der Vertragsdauer ist ein Anspruch gestützt auf Art. 46 Abs. 1 VVG verjährt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. September 2018, KV-Z 2017/5).

Entscheid vom 10. September 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

KV-Z 2017/5

Parteien

A.____,

Klägerin,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt, Schweizerhofstrasse 14,
Postfach 568, 8750 Glarus,

gegen

SWICA Versicherungen AG, Römerstrasse 37, Postfach, 8401 Winterthur,

Beklagte,

Gegenstand

Forderung aus Kapitalversicherung für Unfall

Sachverhalt

A.

A.a A.____ schloss mit der SWICA Versicherungen AG (nachfolgend: SWICA) per 1. Februar 1982 eine Kapitalversicherung für Unfall INFORTUNA (nachfolgend: INFORTUNA) ab (kl. act. 2). Gemäss Versicherungspolice (gültig ab 1. März 2014) wird bei Invalidität infolge eines Unfalls die vereinbarte Versicherungssumme von Fr. 300'000.-- entsprechend dem Grad der Invalidität ausbezahlt. Bei Tod infolge eines Unfalls wird die vereinbarte Versicherungssumme ausbezahlt (kl. act. 2). Die INFORTUNA wurde per 31. Dezember 2014 durch A.____ gekündigt (act. G 1 S. 3).

A.b Am 20. Dezember 2012 hatte sich A.____ Verletzungen am rechten Handgelenk (eine extraartikuläre Radiusfraktur; kl. act. 11) zugezogen, woraus gemäss Verfügung des obligatorischen Unfallversicherers, der SOLIDA Versicherungen AG, vom

7. Dezember 2015 ein Integritätsschaden von 10%, entsprechend eine Integritätsentschädigung von Fr. 12'600.--, resultierte (kl. act. 6). Diese Verfügung blieb unangefochten.

A.c Mit Eingabe ihres Rechtsvertreters vom 17. Februar 2016 bat A.____ die SWICA um Auszahlung des versicherten Invaliditätskapitals entsprechend einer medizinisch-theoretischen Invalidität in der Höhe von 10% (kl. act. 7). Mit Schreiben vom 7. März



2016 lehnte die SWICA dieses Ersuchen ab, da während der Vertragsdauer kein Anspruch aus der Zusatzversicherung INFORTUNA geltend gemacht worden sei (kl. act. 8). A. ___ liess dagegen mit Schreiben vom 2. Juni 2016 einwenden, dass eine Leistungspflicht bestehe, wenn der versicherte Unfall innert fünf Jahren vom Unfalltag an gerechnet eine voraussichtlich bleibende medizinisch-theoretische Invalidität einer versicherten Person zur Folge habe. Diese Voraussetzung sei vorliegend erfüllt (kl. act. 9). Die SWICA hielt mit Schreiben vom 20. Juni 2016 an ihrer ablehnenden Haltung fest. Gemäss den allgemeinen Versicherungsbedingungen ende ein Leistungsanspruch mit der Auflösung des Vertrags. Insofern gehe aus den vertraglichen Bedingungen klar hervor, dass die Leistungspflicht nur während der Vertragsdauer gelte. Im Übrigen begründe nicht der Unfall, sondern die danach eingetretene Invalidität eine Leistungspflicht. Trete eine Invalidität erst nach Beendigung der Versicherung ein, so fehle es an einer Deckung bei Eintritt der Invalidität (kl. act. 10).

B.

B.a Am 15. Mai 2017 liess A. ___ (nachfolgend: Klägerin), vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. H. Landolt, Glarus, Klage gegen die SWICA (nachfolgend: Beklagte) erheben mit dem Antrag, die Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin für die im Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. Dezember 2012 eingetretene medizinisch-theoretische Invalidität in der Höhe von 10% den Betrag von Fr. 30'000.-- nebst Zins zu 5% seit 20. Dezember 2012 zu bezahlen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten. Die Parteien seien sich uneinig, ob die Leistungsvoraussetzungen aus der Versicherungspolice erfüllt seien. Unbestritten sei die medizinisch-theoretische Einschränkung in der Höhe von 10%. Werde dies in der Folge angezweifelt, werde hierzu ein Gutachten sowie das rechtliche Gehör beantragt. Unbestritten sei weiter, dass sich der Unfall während der laufenden Vertragsdauer ereignet habe (act. G 1).

B.b Die Beklagte beantragte mit Klageantwort vom 8. Juni 2017 die vollumfängliche Abweisung der Klage, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Klägerin (act. G 4). Bestritten würden das Vorliegen einer Versicherungsdeckung, das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen (kein Unfallereignis, keine Invalidität), falls eine Deckung bejaht würde, die Höhe der allfälligen Invalidität (gemäss Vertrag) und die



Durchsetzungsfähigkeit des allfälligen Anspruchs (Verjährung). Jede Leistung setze eine Deckung voraus. Ohne Deckung zum Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs bestehe keine Leistungspflicht. Die Klägerin habe per Ende 2014 die Versicherungen gekündigt, so dass seit 1. Januar 2015 keine Deckung mehr bestanden habe. Allfällige Ansprüche, die seither entstanden seien, seien daher nicht versichert. Das Ereignis sei zwar während der Vertragsdauer eingetreten, die – zusätzliche Leistungsvoraussetzungen erfordernde – Invalidität jedoch nicht. Daher sei eine durch einen versicherten Unfall verursachte Invalidität nicht versichert, sofern die Leistungsvoraussetzungen erst nach Beendigung des Vertrages erfüllt würden. Selbst wenn eine Deckung bejaht würde, wären allfällige Ansprüche bei Klageeingang verjährt und rechtlich nicht mehr durchsetzbar. Weiter gehe aus den Akten nicht hervor, ob und wie sich ein versicherter Unfall zugetragen haben solle. Dass ein versichertes Ereignis während der Versicherungsdauer eingetreten sei, müsse die Beklagte daher mit Nichtwissen bestreiten. Es obliege der Klägerin, sämtliche Leistungsvoraussetzungen nachzuweisen, was bisher unterlassen worden sei. Auch gehe aus den Akten nicht hervor, weshalb die Invalidität gerade 10% betragen solle. Die Klägerin begründe keine Einschränkungen in dieser Höhe gemäss der Liste in den Zusatzbedingungen. Der Vertrag verlange diesbezüglich eine bestimmte Gesundheitsschädigung, die bei der Klägerin nicht ausgewiesen sei (act. G 4).

B.c Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung. Stattdessen erhielten sie Gelegenheit zu einer weiteren Stellungnahme (act. G 5).

B.d Mit Replik vom 24. August 2017 liess die Klägerin an ihrem Klagebegehren festhalten. Nach Meinung der Klägerin sei von einer Deckung der Zusatzversicherung für den Unfall vom 20. Dezember 2012 auszugehen. Die bei der Klägerin festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. der doppelte Handgelenksbruch seien nur durch äussere Einwirkung erklärbar, weshalb von vornherein eine Krankheit als Ursache ausscheide. Da sämtliche Beteiligten davon ausgegangen seien, dass die Sturzverletzung folgenlos ausheilen würde, habe vor Dezember 2014 keine Veranlassung bestanden, der Beklagten eine Unfallanzeige einzureichen. Erst als der obligatorische Unfallversicherer bestätigt habe, dass eine medizinisch-theoretische Invalidität eingetreten sei, sei die Klägerin verpflichtet gewesen, sich mit der Beklagten in Verbindung zu setzen und den Eintritt eines Versicherungsfalles zu melden. Die



Umschreibung des versicherten Ereignisses (Ganz- bzw. Teilinvalidität) entspreche der medizinisch-theoretischen Invalidität (Integritätsschaden) des UVG, wobei die Klägerin nicht ausschliessen möchte, dass die Prozentwerte gemäss Zusatzbedingungen nicht vollständig deckungsgleich seien mit der Gliederskala gemäss UVV. Der obligatorische Unfallversicherer habe mit Verfügung vom 7. Dezember 2015 rechtskräftig festgestellt, dass eine medizinisch-theoretische Invalidität (Integritätsschaden) in der Höhe von 10% bestehe. Es sei unerfindlich, weshalb die Beklagte den diesbezüglichen Invaliditätsgrad bestreite. Die Klägerin gehe davon aus, dass als Folge der rechtskräftigen Feststellung des Integritätsschadens durch den obligatorischen Unfallversicherer die Höhe der Teilinvalidität im vorliegenden Verfahren nicht mehr in Frage gestellt werden könne. Ansonsten sei der Umfang der Teilinvalidität gutachterlich festzustellen. Ein Anspruch sei aufgrund der Verjährungsverzichtserklärung der Beklagten nicht verjährt (act. G 6).

B.e Die Beklagte hielt mit Duplik vom 4. September 2017 ebenfalls an ihrem Antrag fest (act. G 8). Die Klägerin habe das Vorliegen der materiellen Leistungsvoraussetzungen – sofern eine Versicherungsdeckung wider Erwarten bejaht würde – nachzuweisen. Diesbezüglich habe einzig die UVG-Verfügung vom 7. Dezember 2015 als Beweis vorgelegen, die auf die vorliegende VVG-Angelegenheit einerseits keine Anwendung finde und andererseits bezüglich der zu beweisenden Leistungsvoraussetzungen keine Aussagekraft besitze. Andere taugliche Beweise seien bisher nicht ins Recht gelegt worden, weshalb sich diesbezüglich weitere Ausführungen erübrigen würden mit dem Hinweis, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen und bestritten seien (act. G 8).

Erwägungen

1.

1.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung (Unfallversicherung INFORTUNA). Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Zusatzbedingungen (ZB) für Versicherungen nach VVG sowie nach der Versicherungs-



Police (Ausgabe 2013, AVB in Kraft seit 1. Januar 2009 [Art. 19 AVB für Versicherungen nach KVG]; kl. act. 2 ff.).

1.2 Gemäss Art. 1 ZB in Verbindung mit Art. 23 AVB steht der anspruchsberechtigten Person bei Streitigkeiten aus den Zusatzversicherungen wahlweise der Gerichtsstand am schweizerischen Hauptsitz der SWICA oder an ihrem schweizerischen Wohnsitz zur Verfügung. Mit dem Wohnsitz der Klägerin im Kanton St. Gallen ist die örtliche Zuständigkeit in diesem Kanton gegeben.

1.3 Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Darunter werden praxismässig auch Zusatzversicherungen subsumiert, auf die das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) zur Anwendung gelangt (vgl. etwa BGE 138 III 2 E. 1.1). Das Versicherungsgericht hat kürzlich entschieden, dass es zur Beurteilung einer Streitigkeit, die es einer Zusatzversicherung zur Unfallversicherung zuordnete, sachlich nicht zuständig sei (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. August 2018, KV-Z 2018/3). Das Urteil berücksichtigt neben grundsätzlichen Überlegungen zur sachlichen Zuständigkeit auch das Verhalten der Klägerin, die bereits zuvor einen Prozess über einen Anspruch aus derselben Versicherungspolice auf dem Zivilweg bis vor Bundesgericht geführt hatte. Die Fragen, ob eine gegen Unfallfolgen absichernde Zusatzversicherung als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung zu gelten hat und ob sich die sachliche Zuständigkeit für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur Unfallversicherung nach Art. 7 ZPO richtet oder ob die Ziviljustiz zuständig ist, wurden soweit ersichtlich höchstrichterlich bisher nicht geklärt. Im vorliegenden Fall ist die VVG-Zusatzversicherung, aus der ein Leistungsanspruch eingeklagt ist, zusammen mit der KVG-Grundversicherung und klassischen Krankenversicherungs-Zusatzversicherungen auf derselben Police aufgeführt. Eine abschliessende Beurteilung, ob sie deswegen oder aus anderen Gründen als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung zu qualifizieren ist, muss nicht vorgenommen werden. Eine sachliche Unzuständigkeit des Versicherungsgerichts wäre in der konkreten Situation offensichtlich unbillig, wurde die



Klage doch bereits am 15. Mai 2017 erhoben und ein gewöhnlicher Schriftenwechsel durchgeführt. Die Streitigkeit ist jedenfalls so zu handhaben wie eine Klage aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung. Dies rechtfertigt sich insbesondere auch deshalb, weil selbst bei Massgeblichkeit des Streitwertes das vereinfachte Verfahren – auch auf dem Zivilweg – zur Anwendung gelangen würde (vgl. Art. 243 Abs. 1 ZPO; Klagebegehren Ziff. 1). Im Übrigen beurteilt das Versicherungsgericht regelmässig Streitigkeiten aus Versicherungsverträgen nach VVG, sodass es diesbezüglich fachlich geübt ist. Im vorliegenden Fall ist die Bejahung der sachlichen Zuständigkeit des Versicherungsgerichts daher vertretbar, in Übereinstimmung mit dem Willen beider Parteien (vgl. dazu act. G 1 Ziff. I/3).

1.4 Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht muss kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchgeführt werden (vgl. BGE 138 III 558 E. 4.6).

1.5 Die Eintretensvoraussetzungen sind somit erfüllt und auf die Klage ist einzutreten.

2.

2.1 Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren zu behandeln, wobei gemäss Art. 219 ZPO die Bestimmungen über das ordentliche Verfahren sinngemäss gelten (vgl. CHRISTOPH LEUENBERGER/BEATRICE UFFER-TOBLER, Schweizerisches Zivilprozessrecht, Bern 2010, N 11.154, N 11.157). Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht in solchen Streitigkeiten den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt. Diese sogenannte abgeschwächte oder soziale Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, den Sachverhalt mit eigenen Mitteln abzuklären und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweisergebnis zu gelangen. Es ist dabei aber nicht an die Beweisanträge gebunden und kann von sich aus Beweis erheben. Die Parteien werden dadurch auch nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhalts entbunden. Sie bleiben mitverantwortlich für die Beweisführung und haben insbesondere die Beweismittel zu benennen und beizubringen (vgl. BSK ZPO [2. Aufl.] – PETER GUYAN, Art. 153 N 3 ff., insbesondere N 9; vgl. ferner FRANZ



HASENBÖHLER in: SUTTER-SOMM/HASENBÖHLER/LEUENBERGER [Hrsg.], ZPO Kommentar, 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2013, Art. 153 N 5 ff.).

2.2 Nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB; SR 210) hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Der Eintritt des Versicherungsfalls ist nach diesen Grundsätzen vom Anspruchsberechtigten zu beweisen (BGE 141 III 242 E. 3.1). Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst die anspruchsberechtigte Person insofern eine Beweiserleichterung, als sie nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Beim Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist verlangt, dass die Möglichkeit, es könnte sich auch anders verhalten, zwar nicht ausgeschlossen ist, sie aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen darf (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2015, 4A_516/2014, E. 4.1 mit Hinweis u.a. auf BGE 130 III 325 E. 3.3).

3.

3.1 Unbestrittenermassen wurde der Vertrag zwischen den Parteien per 31. Dezember 2014 durch die Klägerin aufgelöst (vgl. dazu act. G 1 Ziff. II/7 und act. G 4 Ziff. IV/1). Zu beurteilen ist vorab die grundsätzliche Frage, ob ein danach eingetretener Versicherungsfall (zur Beurteilung steht eine voraussichtlich bleibende Invalidität) überhaupt noch zu einer Leistungspflicht der Beklagten führen kann oder ob eine solche, wie es die Beklagte geltend macht, gestützt auf die Bestimmungen der AVB und ZB ausgeschlossen ist.

3.2 Eine Nachhaftung (Anspruch nach Erlöschen des Versicherungsverhältnisses) bei Stufengefahren (vorliegend Primärereignis: Unfall, Folgeereignis: voraussichtlich



bleibende Invalidität) ist möglich (vgl. dazu MARKUS SCHMID, Verschlechterte Rechtsstellung der Anspruchsberechtigten im Schadenfall, in HAVE 2017, S. 458). Voraussetzung dazu ist jedoch, dass das Primärereignis bei bestehendem Vertrag eingetreten ist und keine vertraglichen Abmachungen vorliegen, die eine Nachhaftung einschränken oder aufheben. Es gilt Vertragsfreiheit (vgl. BGE 127 III 6, übersetzt in Pra 90 [2001] Nr. 109, Entscheid vom 8. Januar 2001 [5C.211/2000], E. 3.b und c; vgl. ferner ALFRED MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Auflage, Bern 1995, S. 239 f.). Zu prüfen ist damit mittels Auslegung, was vertraglich vereinbart wurde.

4.

4.1 Zur Diskussion stehen zentral Art. 11 und Art. 13 lit. b der AVB sowie Art. 6 Ziff. 1 der ZB. Gemäss Art. 11 AVB hat die versicherte Person Anspruch auf Leistungen der Versicherung, solange der Vertrag nicht aufgehoben ist. Ein Leistungsanspruch endet in jedem Fall mit der Auflösung des Vertrags (Art. 13 lit. b AVB). Art. 6 Ziff. 1 der ZB besagt, dass die Versicherung die für den Invaliditätsfall vereinbarte Versicherungssumme bezahlt, wenn ein Unfall innert fünf Jahren vom Unfalltag an gerechnet eine voraussichtlich bleibende Invalidität der versicherten Person zur Folge hat (kl. act. 3 f.).

4.2 Klauseln von allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) sind, wenn sie – wie hier – in Verträge übernommen werden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen (subjektive / objektive Vertragsauslegung) wie andere vertragliche Bestimmungen (BGE 135 III 6 E. 2). Ein übereinstimmender innerer Wille der Parteien ist bei Streitigkeiten über die Auslegung von AGB in der Regel nicht mehr ermittelbar (vgl. dazu BSK VVG-FUHRER [2000], Art. 33 N 100). Dies gilt zweifelsohne auch hier, womit die subjektive Vertragsauslegung nicht zum Ziel führt und der mutmassliche Wille mittels objektiver Vertragsauslegung nach dem Vertrauensprinzip zu ermitteln ist.

4.3

4.3.1 Die Klägerin, die als Versicherungsnehmerin die AVB und ZB global übernommen hat, muss sich diese – unabhängig davon, ob sie sie tatsächlich gelesen



und verstanden hat – grundsätzlich so anrechnen lassen, wie sie nach Treu und Glauben zu verstehen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Mai 2008, 4A_187/2007, E. 5.4.1) bzw. wie sie sie nach den Umständen in guten Treuen verstehen durfte und musste (BSK VVG-FUHRER [2000], Art. 33 N 101).

4.3.2 Zum einen besagt Art. 1 Satz 2 der ZB, dass die AVB als integrierender Bestandteil gelten, soweit sie den Zusatzbedingungen nicht widersprechen; zum anderen gelten gemäss Art. 5 Satz 3 AVB sämtliche Bestimmungen der AVB für die Zusatzversicherungen, sofern es nicht ausdrücklich anders bestimmt ist. Der Wortlaut der relevanten AVB-Bestimmungen (Art. 11 und Art. 13 lit. b) ist klar. Sie regeln unmissverständlich, dass nach Auflösung des Vertrags keine Leistungsansprüche (mehr) bestehen bzw. entstehen können. Damit ist ein bestehender Vertrag immer Leistungsvoraussetzung und eine Nachhaftung ohne Vertrag wird ausgeschlossen. Demgegenüber äussert sich Art. 6 Ziff. 1 der ZB nicht zur Vertragsdauer bzw. zur Dauer des Versicherungsschutzes. Er normiert spezifisch (zeitlich und inhaltlich) die Leistungsvoraussetzungen bei Invalidität, regelt in diesem Sinne unter anderem die Dauer der Leistungserbringung bei bestehendem Vertragsverhältnis. Zur Vertragsdauer als solcher enthält die Bestimmung keine Aussage. Eine Nachhaftung bei Unfall wird gewährt, indes nur, wenn eine Invalidität innert fünf Jahren vom Unfalltag an gerechnet entsteht. Auch der Wortlaut dieser Bestimmung ist klar. Ob diese Nachhaftung auch bei aufgelöstem Vertrag gilt, thematisiert Art. 6 Ziff. 1 ZB – wie erwähnt – nicht. AVB und ZB regeln unterschiedliche Bereiche, tangieren und widersprechen sich damit nicht und Art. 1 Satz 2 der ZB gelangt nicht zur Anwendung. Mangels ausdrücklich anderer Regelung in Art. 6 der ZB (zum Beispiel: "Der Leistungsanspruch aus Invalidität endet – entgegen den AVB – nicht mit der Auflösung des Vertrags") sind die AVB bezüglich Leistungspflicht nach Vertragsende massgebend (vgl. Art. 5 Satz 3 AVB). Eine Nachhaftung nach Vertragsende wurde somit vertraglich wegbedungen und mittels Ausrufezeichens besonders gekennzeichnet. Durch die besondere Kennzeichnung in den übersichtlichen AVB entfällt auch eine Anwendbarkeit der Ungewöhnlichkeitsregel (BSK VVG-FUHRER [2000], Art. 33 N 57). Im Übrigen sind die zur Diskussion stehenden Bestimmungen der AVB und ZB objektiv nicht ungewöhnlich und sachlich vertretbar. Gestützt auf die Versicherungsbedingungen der Beklagten besteht insbesondere keine Gefahr einer "Herauskündigung" nach einem Unfallereignis. Ein Kündigungsrecht steht nach Art. 12 AVB einzig den versicherten



Personen zu (vgl. insbesondere Ziff. 4). Nicht unbillig ist zudem, dass die versicherte Person, um in den Genuss von Versicherungsleistungen bei Invalidität zu kommen, weitere fünf Jahre nach einem Unfall am Vertrag festhalten muss. Fünf Jahre sind in diesem Bereich eine überschaubare, nicht unverhältnismässig lange Zeitspanne. Gestützt auf das Gesagte musste der Versicherungsvertrag in guten Treuen so verstanden werden, dass bei Eintritt eines Versicherungsfalles nach Vertragsende (vorliegend nach dem 31. Dezember 2014) kein Anspruch mehr entsteht. Anders gesagt schliessen Art. 11 und Art. 13 lit. b AVB eine Nachhaftung bei aufgelöstem Vertrag aus, Art. 6 Ziff. 1 ZB beschränkt die Nachhaftung bei bestehendem Vertrag auf fünf Jahre. Aufgrund dieser Auslegung hatte die Klägerin keine berechtigte Deckungserwartung mehr bezüglich allfälliger Ansprüche aus einem Folgeereignis / Versicherungsfall (Tod oder Invalidität) nach Vertragsende. Eine Obliegenheit des Versicherers, die Versicherte auf allfällige Risiken aufmerksam zu machen, bestand somit nicht. Nur der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass auch branchenunerfahrene Personen damit rechnen müssen, dass die Kündigung von Zusatzversicherungen mit Gefahren verbunden sein bzw. fehlende Deckung resultieren kann. Dies gilt im konkreten Fall umso mehr, als gemäss eigener Darstellung bei Vertragskündigung durch die Klägerin noch Unfallfolgen bestanden bzw. deren Folgen noch nicht abschätzbar waren. Auch konnte die Beklagte die Klägerin auf die Gefahr, die bei Kündigung konkret zur Diskussion gestanden hat, gar nicht hinweisen, da sie unbestrittenermassen keine Kenntnis eines während der Vertragsdauer eingetretenen Unfalls hatte.

5.

Nachdem gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ein Anspruch aus einem Versicherungsfall nur bei bestehendem Vertrag entstehen kann, ist – entgegen den Ausführungen des klägerischen Rechtsvertreters – entscheidend, wann eine allfällige Invalidität als versichertes Ereignis eingetreten ist. Selbst wenn zum Zeitpunkt des geltend gemachten Primärereignisses (Unfall vom 20. Dezember 2012) eine Versicherungsdeckung bei bestehendem Vertrag existierte, konnte nach dem 31. Dezember 2014 kein Anspruch aus dem Folgeereignis (Invalidität) aufgrund des Versicherungsvertrags mehr entstehen.



5.1 Die durch den geltend gemachten Unfall vom 20. Dezember 2012 verursachte voraussichtlich bleibende Invalidität konnte gemäss Arztbericht von Dr. med. B. ___ vom 10. März 2017 per 20. Dezember 2014, damit kurz vor Vertragsende (31. Dezember 2014), bestimmt werden (kl. act. 11). Es kann offenbleiben, ob diesem Bericht rechtsgenügende Beweiskraft in Bezug auf den Eintritt des Folgeereignisses (Invalidität) zukommt. Denn selbst wenn von diesem für die Klägerin günstigsten Zeitpunkt ausgegangen wird, kann die Klägerin – wie sich im Folgenden zeigt – auch bei Eintritt des Versicherungsfalls bei bestehendem Vertrag keine Ansprüche mehr geltend machen.

5.2 Die Beklagte erhebt die Verjährungseinrede. Gemäss Art. 46 Abs. 1 VVG, welcher mangels anderer vertraglicher Abreden zur Anwendung gelangt (Art. 2 Ziff. 2 AVB), verjähren Forderungen aus dem Versicherungsvertrag in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet. Der Fristenlauf beginnt an dem Tag, an dem feststeht, dass eine Invalidität besteht. Nicht massgebend sind demgegenüber weder der Zeitpunkt, in welchem die Klägerin Kenntnis von ihrer Invalidität erhalten hat, noch wann der genaue Grad der Invalidität feststeht (BSK VVG-FUHRER [2000], Art. 46 N 10). Geht man davon aus, dass seit dem 20. Dezember 2014 eine leistungsbegründende Invalidität feststand (vgl. vorstehende E. 5.1), begann damit an diesem Tag der Fristenlauf für die Verjährung (BSK VVG-FUHRER [2000], Art. 46 N 10, mit Hinweis auf die Rechtsprechung). Grundsätzlich verjäherte die Forderung somit am 20. Dezember 2016.

5.3 Die Klägerin lässt ausführen, dass die Verjährung nicht eingetreten sei, weil die Beklagte vor Ablauf der Frist (20. Dezember 2016) einen Verjährungseinredeverzicht erklärt habe (act. G 6 Ziff. II/5). Tatsächlich ersuchte der Rechtsvertreter der Klägerin mit Schreiben vom 2. Juni 2016 die Beklagte unter anderem darum, der Versicherten einen Verjährungseinredeverzicht zukommen zu lassen (kl. act. 9). Im Schreiben der Beklagten vom 20. Juni 2016 an die Klägerschaft verneinte erstere weiterhin einen Anspruch, erklärte indes keinen Verjährungseinredeverzicht, weder ausdrücklich noch konkludent (kl. act. 10). Sie thematisierte dieses Ersuchen gar nicht und die Klägerin belies es gemäss Aktenlage dabei. Damit konnte das Schreiben der Beklagten aber nach Treu und Glauben nicht dahingehend verstanden werden, dass sie auf eine Verjährungseinrede verzichte. Vielmehr musste die Klägerin davon ausgehen, dass die



Beklagte lediglich auf ihrem bisherigen Standpunkt beharrt und einen Anspruch weiterhin verneint bzw. an der Abweisung festhält. Ein Verjährungseinredeverzicht seitens der Beklagten ist damit nicht rechtsgenügend ausgewiesen.

5.4 Zu prüfen bleibt, ob seitens der Klägerin verjährungsunterbrechende Handlungen stattgefunden haben. Die Klägerin liess am 6. Oktober 2016 ein Schlichtungsbegehren einreichen (bekl. act. 10). Dies unterbricht grundsätzlich die Verjährung (Art. 135 Ziff. 2 des Obligationenrechts [OR; SR 220]). Anlässlich der Schlichtungsverhandlung vom 18. November 2016 liess die Klägerin aber das Schlichtungsgesuch zurückziehen (kl. act. 5). Einem Schlichtungsgesuch kommt nur unterbrechende Wirkung zu, wenn dadurch Rechtshängigkeit im Sinne von Art. 62 ZPO begründet wird (Art. 64 Abs. 2 ZPO; BGE 140 III 561, E. 2.2.2.4; vgl. ferner ALFRED KOLLER, Unterbrechung der Verjährung in SJZ 113 [2017] Nr. 9, S. 205). Dass das Gesuch bei der zuständigen Schlichtungsstelle eingereicht wird, ist für den Eintritt der Rechtshängigkeit bzw. die Unterbrechungswirkung nicht erforderlich. Die Unterbrechungswirkung fällt indes wieder dahin, wenn nicht innert eines Monats seit dem Rückzug eine Klage beim zuständigen Gericht neu eingereicht wird (vgl. Art. 63 Abs. 1 ZPO; vgl. dazu auch ALFRED KOLLER, a.a.O., S. 206). Dies ist nicht geschehen. Die Klägerin liess erst am 15. Mai 2017 Klage beim Versicherungsgericht einreichen, womit die in Art. 63 Abs. 1 ZPO für die Rechtshängigkeit erforderliche Monatsfrist nicht eingehalten wurde und die Unterbrechungswirkung damit wieder dahingefallen ist. Per Klageeinreichung war damit die zweijährige Verjährungsfrist, welche am 20. Dezember 2016 endete, abgelaufen.

5.5 Zusammengefasst ist festzuhalten, dass mangels Verjährungseinredeverzichts seitens der Beklagten und verjährungsunterbrechenden Handlungen seitens der Klägerin eine allfällig berechnete Forderung aus Invalidität verjährt wäre. Die Klage ist abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt. Prozesskosten sind gemäss Art. 95 Abs. 1 ZPO die Gerichtskosten (lit. a) und die Parteientschädigung (lit. b).



6.2 Gerichtskosten sind gemäss Art. 114 lit. e ZPO keine zu erheben.

6.3 Die unterliegende Klägerin hat ausgangsgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 106 Abs. 1 ZPO). Dagegen besteht nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ein Anspruch des obsiegenden Versicherungsträgers unter der Voraussetzung, dass dieser durch einen externen Anwalt vertreten ist (Urteil des Bundesgerichtes vom 17. November 2010, 4A_194/2010, E. 2.2.1, nicht publiziert in: BGE 137 III 47; Urteil des Bundesgerichts vom 9. Januar 2001, 5C.244/2000, E. 5 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend nicht der Fall, weshalb auch die Beklagte keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung hat.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 des sankt-gallischen Reglements über Organisation und Geschäftsgang des Versicherungsgerichtes (OrgR; sGS 941.114)

1.

Die Klage wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.