

VKL.2024.12 / mg / nl

Art. 32

Urteil vom 27. Februar 2025

Besetzung

Oberrichterin Gössi, Präsidentin
Oberrichterin Fischer
Oberrichter Kathriner
Gerichtsschreiber Güntert

Kläger

A._____
vertreten durch Dr. iur. Volker Pribnow, Rechtsanwalt,
Stadtturmstrasse 10, Postfach, 5401 Baden

Beklagte

Allianz Suisse Lebensversicherungs- Gesellschaft AG,
Postfach, 8010 Zürich
Zustelladresse: Allianz Suisse, Rechtsdienst LRD, Postfach, 8010 Zürich

Gegenstand

Klageverfahren betreffend BVG (Säule 3a)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Der 1977 geborene Kläger schloss am 27. November 2015 mit der Beklagten zwei Lebensversicherungsverträge (Police Nr. F [gebundene Vorsorge]; Nr. G [freie Vorsorge]) per 1. Dezember 2015 ab, mit denen jeweils ein Erlebens- und Todesfallkapital versichert wurden. Zusätzlich wurden im Vertrag betreffend die gebundene Vorsorge eine nicht indexierte Jahresrente bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit, zahlbar nach einer Wartezeit von 720 Tagen, in der Höhe von Fr. 7'000.00 und eine Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall vereinbart. Am 1. September 2019 reichte der Kläger bei der Beklagten einen "Antrag auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit" ein. Mit Schreiben vom 2. Oktober 2019 teilte die Beklagte dem Kläger mit, sie werde seinen Anspruch nach Ablauf der Wartezeit von 720 Tagen prüfen. Mit Schreiben vom 21. September 2021 kündigte die Beklagte die Lebensversicherungsverträge wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Kläger.

2.

2.1.

Der Kläger erhob am 5. April 2024 beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau Klage gegen die Beklagte und stellte folgende Rechtsbegehren:

- " 1. Die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger für die Erwerbsunfähigkeitsrente aus dem Vertrag F zwischen dem 01.09.2021 und 31.08.2023 den Betrag von CHF 10'500.00 zu bezahlen, nebst Zins zu 5 % seit 31.08.2022.
2. Die Beklagte sei zu verurteilen, den Kläger im Vertrag F zwischen dem 01.09.2021 und 31.08.2023 im Umfang von 75 % von der Pflicht zur Prämienzahlung zu befreien, nebst Zins zu 5 % seit 31.08.2022.
3. Es sei davon Vormerk zu nehmen, dass es sich um eine Teilklage handelt und sich der Kläger vorbehält, weitere Ansprüche auf Rentenleistung und Prämienbefreiung nach dem 31.08.2023 in einem weiteren Verfahren einzuklagen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten."

2.2.

Mit Klageantwort vom 30. Mai 2024 stellte die Beklagte folgendes Rechtsbegehren:

- " 1. Es sei die Klage vollumfänglich abzuweisen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Klägers."

In prozessualer Hinsicht beantragte die Beklagte Folgendes:

- " Es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen, soweit die Klage nicht abgewiesen wird."

2.3.

Mit Replik vom 23. August 2024 stellte der Kläger folgende Rechtsbegehren:

- " 1. Die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger für die Erwerbsunfähigkeitsrente aus dem Vertrag F zwischen dem 06.09.2021 und 05.09.2023 den Betrag von CHF 10'500.00 zu bezahlen, nebst Zins zu 5 % seit 06.09.2022.
2. Die Beklagte sei zu verurteilen, den Kläger im Vertrag F zwischen dem 06.09.2021 und 05.09.2023 im Umfang von 75 % von der Pflicht zur Prämienzahlung zu befreien, nebst Zins zu 5 % seit 06.09.2022.
3. Es sei davon Vormerk zu nehmen, dass es sich um eine Teilklage handelt und sich der Kläger vorbehält, weitere Ansprüche auf Rentenleistungen und Prämienbefreiung nach dem 05.09.2023 in einem weiteren Verfahren einzuklagen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten."

2.4.

Mit Duplik vom 13. September 2024 hielt die Beklagte an ihren Anträgen fest.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.

Der Kläger fordert für den streitigen Zeitraum vom 6. September 2021 bis zum 5. September 2023 75 % der versicherten Jahresrente von Fr. 7'000.00 zuzüglich Zins zu 5 % seit 6. September 2022 sowie die Befreiung von der Prämienpflicht im Umfang von 75 %. Er macht zusammengefasst geltend, dass er seit April 2017 aufgrund der Aufdeckung des sexuellen Missbrauchs seiner Kinder durch ihren Grossvater, seinen Vater, an einer schweren psychischen Dekompensation leide. Im Rahmen der daraufhin aufgenommenen Therapie seien Hinweise dafür aufgekommen, dass er selbst durch seinen Vater sexuell missbraucht worden sei. Der Kläger stützt seinen Leistungsanspruch im Wesentlichen auf das von der IV-Stelle eingeholte Gutachten von Dr. med. B._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. August 2021 (Klage Rz. 30 ff.; KB 23). Dieser hielt fest, dass aufgrund einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1; KB 23 S. 27 f.), seit 2017 von zeitweise relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Seit 2019 könne im Längsschnittverlauf in der bisherigen Tätigkeit von einer maximalen Präsenz von vier Stunden pro Tag und einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70 % ausgegangen werden, in

angepasster Tätigkeit wäre eine maximale Präsenz von 5 Stunden möglich und es sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen (KB 23 S. 38 f.). Im Rahmen einer Revision der IV-Rente sei ein weiteres psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie eingeholt worden (Klage Rz. 34). In diesem Gutachten vom 5. Januar 2024 seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), sowie eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) diagnostiziert worden (Klage Rz. 35; KB 24 S. 27). In der angestammten Tätigkeit gehe Dr. med. C._____ von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit aus, in einer angepassten Tätigkeit bestehe – übereinstimmend mit der Beurteilung von Dr. med. B._____ – eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % (Klage Rz. 36, KB 24 S. 31 f.).

1.2.

Die Beklagte bestreitet die in den Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung sowie der rezidivierenden depressiven Störung grundsätzlich nicht. Sie verweist jedoch auf Art. 3 Abs. 1 der Zusatzbedingungen Zusatzversicherung bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall sowie der Zusatzbedingungen zur Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall, wonach eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliege, wenn die versicherte Person infolge einer medizinisch objektiv feststellbaren Krankheit, die *nach* Inkrafttreten der Versicherung ausgebrochen sei, weder ihren Beruf noch eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben im Stande sei (Klageantwort Rz. 3). Die der PTBS zugrunde liegenden Belastungen seien in der Kindheit und Jugend des Klägers zu lokalisieren und die PTBS vor Inkrafttreten der Versicherung ausgebrochen, weshalb dafür keine Versicherungsdeckung bestehe (Klageantwort Rz. 5). Eine schwere depressive Episode sei bereits am 9. Oktober 2012 diagnostiziert worden (damals noch mittelgradig). Auch die rezidivierende depressive Störung habe ihren Ursprung vor dem Vertragsbeginn und sei vor Inkrafttreten der Versicherung aufgetreten, weshalb auch hierfür keine Deckung bestehe (Klageantwort Rz. 6). Eventualiter macht sie geltend, sie habe den Vertrag aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung im September 2021 rechtzeitig gekündigt (Klageantwort Rz. 8 ff.).

1.3.

Der Kläger bringt dagegen vor, bei ihm sei erst nach dem Inkrafttreten der Versicherung am 1. Dezember 2015 eine leistungsbegründende Krankheit ausgebrochen (Replik Rz. 7). Er bestreitet, dass die Krankheit der PTBS bereits in seiner Kindheit und Jugend ausgebrochen sei (Replik Rz. 8). Die Diagnose habe nicht in der Kindheit und Jugend gestellt werden können, sondern erst nach den aussergewöhnlichen Belastungen katastrophalen Ausmasses im Jahr 2017 (Replik Rz. 12).

1.4.

Zwischen den Parteien ist damit zunächst streitig, ob die beim Kläger eingetretene Gesundheitsschädigung vom Versicherungsvertrag Police Nr. F gedeckt ist.

2.

2.1.

Vorformulierte Vertragsbestimmungen sind grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen (BGE 135 III 1 E. 2 S. 6). Der Inhalt eines Vertrags bestimmt sich in erster Linie durch subjektive Auslegung, d.h. nach dem übereinstimmenden wirklichen Parteiwillen (Art. 18 Abs. 1 OR). Haben sich die Parteien tatsächlich richtig, d.h. nach dem erklärten wirklichen Willen, verstanden und stimmen die Willen überein, so liegt ein natürlicher Konsens vor. Bleibt der (innere) Parteiwille unbewiesen oder stimmt er nicht überein, sind zur Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens die Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips auszulegen (BGE 140 III 391 E. 2.3 S. 398; 138 III 659 E. 4.2.1 S. 666). Dabei ist vom Wortlaut der Erklärungen auszugehen, welche jedoch nicht isoliert, sondern aus ihrem konkreten Sinngefüge heraus zu beurteilen sind (BGE 140 III 391 E. 2.3 S. 398; 138 III 659 E. 4.2.1 S. 666; 123 III 165 E. 3a S. 168). Demnach ist der vom Erklärenden verfolgte Regelungszweck massgebend, wie ihn der Erklärungsempfänger in guten Treuen verstehen durfte und musste (BGE 142 III 671 E. 3.3 S. 675; 140 III 391 E. 2.3 S. 398; 138 III 659 E. 4.2.1 S. 666; 132 III 24 E. 4 S. 28). Mehrdeutige Klauseln in allgemeinen Versicherungsbedingungen sind nach der Unklarheitsregel gegen den Versicherer als deren Verfasser auszulegen (BGE 133 III 61 E. 2.2.2.3, 124 III 155 E. 1b). Sie gelangt jedoch nur zur Anwendung, wenn sämtliche übrigen Auslegungsmittel versagen (BGE 133 III 61 E. 2.2.2.3; 122 III 118 E. 2a und E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 4A_126/2023 vom 22. Juni 2023 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.2.

In den vorliegend anwendbaren Zusatzbedingungen zur Zusatzversicherung bei Erwerbsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall sowie den Zusatzbedingungen zur Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall wird in Ziffer 3 unter dem Titel "Definition der Erwerbsunfähigkeit" Folgendes festgehalten (KB 1):

Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer medizinisch objektiv feststellbaren Krankheit, die nach Inkrafttreten der Versicherung ausbrach, oder eines Unfalles, der sich nach Inkrafttreten der Versicherung ereignete, während der vereinbarten Wartefrist und darüber hinaus ganz oder teilweise weder ihren Beruf noch eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben im Stande ist. Zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie der Lebensstellung und den Fähigkeiten der versicherten Person angemessen ist, auch wenn die hierfür benötigten Kenntnisse erst durch eine Umschulung erworben werden müssen.

Der Begriff Krankheit wird folgendermassen definiert:

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Komplikationen während der Schwangerschaft und Niederkunft sowie die Beeinträchtigungen infolge der Schwangerschaft oder Niederkunft, die innerhalb von sechs Monaten nach der Niederkunft eintreten, gelten nur dann als Krankheit, wenn die Schwangerschaft nach dem Beginn des definitiven Versicherungsschutzes begonnen hat.

2.3.

Die Massgeblichkeit der Ziffern 3 der jeweiligen Zusatzbedingungen wird von den Parteien grundsätzlich nicht infrage gestellt. Vom Kläger wird insbesondere nicht vorgebracht, er habe der Übernahme der Allgemeinen Geschäftsbedingungen global zugestimmt, ohne diese zu lesen, zur Kenntnis zu nehmen oder deren Tragweite zu verstehen (sog. Globalübernahme). Damit erübrigt sich eine Prüfung durch die sog. Ungewöhnlichkeitsregel (vgl. dazu BGE 148 III 57 E. 2.1.3 S. 59 f.). Hinsichtlich der Frage, wann die vom Kläger geltend gemachte Krankheit im Sinne von Ziffer 3 der Zusatzbedingungen ausgebrochen ist, vertreten die Parteien jedoch ein unterschiedliches Verständnis. Der Inhalt von Ziffer 3 der Zusatzbedingungen ist deshalb nachfolgend nach dem Vertrauensprinzip auszulegen (E. 2.1. hiavor).

2.4.

2.4.1.

Die Zusatzbedingungen enthalten keine Definition, wann eine Krankheit "ausgebrochen" ist. Allerdings definieren sie den Begriff "Krankheit". Gemäss dem Wortlaut dieser Definition sind konkrete Auswirkungen in Form einer medizinischen Behandlung oder Untersuchung oder einer Arbeitsunfähigkeit erforderlich, damit eine Krankheit vorliegt. Eine rein symptomatische Belastung ohne durchgeführte medizinische Behandlung oder Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit genügt somit nach dem Wortlaut nicht, um eine Krankheit und somit einen Krankheitsausbruch im Sinne der Zusatzbedingungen anzunehmen.

2.4.2.

Der erste und vorliegend relevante Satz der Definition "Krankheit" der Zusatzbedingungen entspricht wörtlich derjenigen in Art. 3 Abs. 1 ATSG. Die Zusatzbedingung verweisen somit implizit auf die sozialversicherungsrechtlich etablierte Definition (vgl. BGE 142 III 671 E. 3.8 S. 682). Der Krankheitsbegriff nach Art. 3 Abs. 1 ATSG ist ein Rechtsbegriff und deckt sich nicht notwendigerweise mit dem medizinischen Krankheitsverständnis, sondern umfasst bloss einen bestimmten Ausschnitt des gesundheitlichen Geschehens, welches zum medizinischen Krankheitsbegriff gehört, nämlich ein Geschehen, das Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit begründet (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Soziale

Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl. 2016, Rz. 285). Verlangt eine gesundheitliche Beeinträchtigung weder Untersuchung noch Behandlung und verursacht sie auch keine Arbeitsunfähigkeit, liegt grundsätzlich keine Krankheit im Sinne von Art. 3 Abs. 1 ATSG vor. Ebenso tritt der Versicherungsfall nicht schon mit dem Entstehen, dem Ausbruch oder der Diagnose einer Krankheit ein, sondern erst im Zeitpunkt der erstmaligen Inanspruchnahme medizinischer Hilfe für ein bestimmtes Krankheitsgeschehen (BGE 139 V 244 E. 3.3.1 S. 248; BGE 126 V 319 E. 4a S. 321; vgl. GEBHARD EUGSTER, a.a.O. Rz. 196). In diesem Kontext ist auch auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Rückwärtsversicherung zu verweisen. In seiner neueren Rechtsprechung verneinte das Bundesgericht die Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 9 VVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung) bei einer Versicherung gegen krankheitsbedingten Erwerbsausfall, sofern die Krankheit bis zum Vertragsschluss nie zu einer Erwerbsunfähigkeit geführt hatte (BGE 136 III 334 E. 3 S. 340; 142 III 671 E. 3.9; Urteil des Bundesgerichts 4A_535/2015 vom 1. Juni 2013 E. 5.2).

2.4.3.

Nichts anderes ergibt sich aus dem Regelungszweck von Ziffer 3 der Zusatzbedingungen. Diese Bestimmung, wonach Krankheiten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, die vor Vertragsbeginn ausgebrochen sind, bezweckt die zeitliche Begrenzung des versicherten Risikos. Eine weite Auslegung dieser Ziffer, wonach auch Symptome ohne Krankheitswert einen Krankheitsausbruch begründen könnten, würde diesen Zweck aushöhlen und die Deckung unverhältnismässig einschränken. Eine nach Inkrafttreten des Vertrags aufgetretene eigenständige, unabhängige Krankheit mit neuen Ursachen und Folgen, die vor Vertragsbeginn keine derartigen Folgen hatte, kann folglich nicht als ausschlussrelevant betrachtet werden (vgl. auch FUHRER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 2011, Rz. 2.8).

2.4.4.

Zusammenfassend muss Ziffer 3 der Zusatzbedingungen nach Treu und Glauben so verstanden werden, dass eine Krankheit erst dann als ausgebrochen gilt, wenn sie eine medizinische Behandlung oder Untersuchung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Demnach ist entgegen den Vorbringen der Beklagten ein Ausbruch der Krankheit nicht gleichzusetzen mit dem blossen Vorliegen von Symptomen, sondern erfordert eine relevante Auswirkung in Form von medizinischer Untersuchung bzw. Behandlung oder Arbeitsunfähigkeit. Versichert ist die (krankheitsbedingte) Arbeitsunfähigkeit (vgl. auch BGE 142 III 671 E. 3.8 S. 682 zum Eintritt des Versicherungsfalles in der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung).

2.5.

Die Beklagte verweist auf das Gutachten von Dr. med. B._____, wonach erste Symptome der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung

wahrscheinlich seit der Kindheit und Jugend bestanden hätten. Zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns sei der Kläger bereits 38 Jahre alt gewesen, womit die PTBS vor Inkrafttreten der Versicherung ausgebrochen sei und daher keine Versicherungsdeckung dafür bestehe (Klageantwort Rz. 5).

Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Wie bereits dargelegt genügt das Vorliegen von Symptomen nicht, um den Ausbruch einer Krankheit im Sinne von Ziffer 3 der Zusatzbedingungen zu begründen (E. 2.4.4.). Folglich genügt auch der Hinweis der Beklagten auf "wahrscheinlich" bestehende erste Symptome der PTBS in der Kindheit und Jugend nicht, um den Ausbruch der Krankheit vor Inkrafttreten der Versicherung zu belegen. In den Akten finden sich keine Hinweise auf eine medizinische Untersuchung bzw. Behandlung oder eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung vor dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags im Jahr 2015. Dies wird von der Beklagten auch nicht geltend gemacht. Damit ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die komplexe posttraumatische Belastungsstörung vor dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags ausgebrochen ist.

2.6.

2.6.1.

Weiter bringt die Beklagte vor, ein Zustand nach schwer/mittelgradig depressivem Zustand im Sommer 2012 sei bereits im Jahr 2018 als Diagnose aufgeführt und eine rezidivierende depressive Störung gleichzeitig in Betracht gezogen worden (Klageantwort Rz. 6, KB 5 S. 16). Echtzeitlich sei eine schwere depressive Episode bereits am 9. Oktober 2012 diagnostiziert worden (Klageantwort Rz. 6, KB 16; 17). Auch die rezidivierende depressive Störung habe ihren Ursprung damit vor Vertragsbeginn und sei vor Inkrafttreten der Versicherung ausgebrochen, weshalb auch hierfür keine Deckung bestehe. Es bestehe ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung im Jahr 2012 und jener im Jahr 2017 (Duplik Rz. 13; 14). Da die fehlende Deckung nicht auf zusammenhängende Krankheiten beschränkt sei, sei ohnehin irrelevant, ob zwischen der Krankheit 2012 und 2017 ein Zusammenhang bestehe (Duplik Rz. 15).

Der Kläger bestreitet einen Zusammenhang zwischen der vorübergehenden erschöpfungsbedingten Depression im Jahr 2012, die zu einer zweimonatigen Arbeitsunfähigkeit geführt habe, und der Depression 2017, da er nach der Depression 2012 bis zum Schicksalsschlag 2017 wieder voll belastbar gewesen sei (Replik Rz. 13). Dr. med. B. _____ habe am 5. August 2021 eine rezidivierende depressive Störung, bestehend seit 2017, diagnostiziert. Die Krankheit sei somit nach Inkrafttreten des Versicherungsvertrages am 1. Dezember 2015 entstanden. Daraus folge auch, dass die PTBS-relatierte depressive Symptomatik ab 2017 keinen

Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik des Jahres 2012 aufgewiesen habe (Replik Rz 15).

Aus den medizinischen Akten ergibt sich diesbezüglich Folgendes:

2.6.2.

Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinen beiden Berichten vom 9. Oktober 2012 eine schwere depressive Episode (aktuell noch mittelgradig), ein Alkoholabhängigkeitssyndrom sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge. Die Behandlung habe am 28. August 2012 begonnen, das Leiden habe früher nicht bestanden (KB 16; 17). Dr. med. D._____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 27. August bis 2. September 2012 und eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % seit dem 3. September 2012. Unter "Prognose" hielt Dr. med. D._____ fest, diese sei mittelfristig positiv, wobei eine völlige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (KB 16).

2.6.3.

In seinem Bericht vom 6. März 2018 stellte Dr. med. D._____ folgende Diagnosen:

- "- Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von gemischten Gefühlen u. längerer depressiver Reaktion bei Persönlichkeit mit abhängigen u. aggressionsgehemmten Zügen; Zustand nach schwer/mittelgradig depressivem Zustand im Sommer 2012; DD: rezidivierende depressive Störung, aktuell mittel- bis schwergradig, F33.2, trotz medikamentös-antidepressiver/integriert psychiatrischer Behandlung
- in Vergangenheit rezidivierend Alkohol-/Cannabis-Abusus (dysfunktionale Selbsttherapie)"

Dr. med. D._____ hielt fest, die Kinder des Klägers, der von August 2012 bis Juni 2013 bei ihm in Behandlung gestanden habe und den er nun seit April 2017 erneut behandle, seien langjährig vom Grossvater (dem Vater des Klägers) missbraucht worden, ohne dass der Kläger oder seine Frau es hätten bemerken können. Dies sei erst im Frühling 2017 ausgekommen. Dr. med. D._____ attestierte zudem eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 23. April bis 31. Mai 2017, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 30. Juni 2017 sowie eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 23. Juli 2017 (KB 18).

2.6.4.

Dr. med. B._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Gutachten vom 5. August 2021 zuhanden der IV-Stelle folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (KB 23 S. 27 f.):

- Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), erste Symptome whs. bestehend seit der Kindheit und Jugend, Exazerbation seit 2017

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig Episode (ICD-10 F33.1), bestehend seit 2017

In Bezug auf den zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, es sei aufgrund der Angaben des Klägers, aufgrund der ihm vorliegenden Dokumentation und aufgrund des fluktuierenden Verlaufs der festgestellten Diagnosen nicht möglich, eine exakte retrospektive Einschätzung vorzunehmen. Retrospektiv sei seit 2017 von zeitweisen relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Klägers auszugehen. Seit 2019 könne im Längsschnittverlauf von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70 % ausgegangen werden, wobei diese Einschränkung zum Zeitpunkt der stationären Behandlungen 100 % betragen habe (KB 23 S. 38).

2.7.

Aus den Berichten von Dr. med. D. _____ vom 9. Oktober 2012 und 6. März 2018 ergibt sich, dass sich der Kläger von August 2012 bis Juni 2013 in medizinischer Behandlung befand (KB 16-18). Für diesen Zeitraum ist zudem eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (KB 16; 17). Ab April 2017 begab sich der Kläger erneut in psychiatrische Behandlung (KB 18). Für den Zeitraum zwischen September 2013 und April 2017 liegen keine Hinweise vor, dass der Kläger psychiatrisch behandelt wurde oder arbeitsunfähig war.

Zu prüfen ist deshalb, ob ein Zusammenhang zwischen der ab April 2017 attestierten Arbeitsunfähigkeit und den 2012 diagnostizierten psychischen Erkrankungen besteht. Die Beklagte verweist diesbezüglich auf den Bericht von Dr. med. D. _____ vom 6. März 2018 (KB 18). In diesem Bericht diagnostizierte Dr. med. D. _____ (u.a.) einen „Zustand nach schwer-/mittelgradig depressivem Zustand im Sommer 2012“. Dr. med. D. _____ betrachtete die depressive Episode von 2012 somit als abgeschlossenes Ereignis, was gegen einen Zusammenhang mit der Erkrankung im Jahr 2017 spricht. Alleine aus der Formulierung "Zustand nach" lässt sich überdies grundsätzlich kein Schluss auf einen Zusammenhang zwischen zwei Erkrankungen ziehen, zumal der Arzt keinerlei diesbezüglichen Ausführungen gemacht hat (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_1016/2010 vom 31. Mai 2011 E. 2.2). Eine rezidivierende depressive Störung wurde von Dr. med. D. _____ in seinem Bericht vom 6. März 2018 lediglich als Differenzialdiagnose erwähnt. Auch Dr. med. B. _____ ging in seinem Gutachten von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erst ab April 2017 aus und er hielt fest, die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig Episode (ICD-10 F33.1), bestehe seit 2017 (KB 23 S. 38). Den übrigen medizinischen Berichten lässt sich ebenfalls kein Zusammenhang zwischen den 2012 diagnostizierten psychischen Erkrankungen und der ab April 2017 bestehenden Arbeitsunfähigkeit entnehmen.

Von weiteren sachverhaltlichen Abklärungen sind diesbezüglich keine zusätzlichen anspruchrelevanten Erkenntnisse zu erwarten. Dr. med. B._____ hielt in seinem Gutachten ausdrücklich fest, dass eine exakte retrospektive Einschätzung nicht möglich sei (KB 23 S. 38). In antizipierter Beweiswürdigung ist daher auf weitere sachverhaltliche Abklärungen zu verzichten (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368 f. mit Hinweis und BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f.). Ein Zusammenhang zwischen der ab 2017 bestehenden Arbeitsunfähigkeit und den 2012 diagnostizierten psychischen Erkrankungen ist somit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Die Beklagte, welche sich auf einen Deckungsausschluss beruft, trägt die Folgen der Beweislosigkeit (Klage Rz. 20-28).

2.8.

Die Beklagte führt weiter an, dass bereits vor Vertragsabschluss ein Alkoholabhängigkeitssyndrom sowie ein schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden bestanden hätten, weshalb für diese Vorerkrankungen keine Versicherungsdeckung bestehe (Klageantwort Rz. 7; Duplik Rz. 20–24).

Im Gutachten von Dr. med. B._____ vom 5. August 2021 wurde ein zeitweiliger schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden diagnostiziert, jedoch ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Klägers (KB 23 S. 28; S. 31). Dr. med. B._____ hielt fest, dass der Cannabiskonsum zwar nachweisbar sei, aber keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe (KB 23 S. 31). Hinsichtlich eines Alkoholkonsums stellte Dr. med. B._____ fest, dass labordiagnostisch kein Ethylglucuronid im Urin habe nachgewiesen werden können und daher keine Anhaltspunkte für einen aktuellen oder relevanten Alkoholmissbrauch bestünden (KB 23 S. 31). Dr. med. C._____ diagnostizierte lediglich einen „Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol und Cannabinoiden, gegenwärtig abstinient (ICD-10 F10.1/12.1)“ (VB 24 S. 27).

Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Alkohol- oder Cannabiskonsum ergibt sich aus den Akten somit nicht. Wie es sich mit einem allfälligen schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden und Alkohol vor dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags im Jahr 2015 verhält, kann damit offenbleiben, da diese Diagnosen jedenfalls keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Klägers hatten.

2.9.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder die komplexe posttraumatische Belastungsstörung noch die rezidivierende depressive Störung bereits vor dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags ausbrachen. Die Beklagte kann sich daher nicht erfolgreich darauf berufen, dass die beim Kläger eingetretene Gesundheitsschädigung nicht vom Versicherungsvertrag (Police Nr. F) gedeckt sei.

3.

3.1.

Mit Schreiben vom 21. September 2021 kündigte die Beklagte die beiden Lebensversicherungsverträge wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Kläger (KB 14). Die Verletzung der Anzeigepflicht durch den Kläger ist vorliegend unumstritten. Hingegen ist streitig und nachfolgend zu prüfen, ob die Kündigung mit Schreiben vom 21. September 2021 rechtzeitig erfolgte.

3.2.

Der Kläger bringt vor, die Kündigung vom 21. September 2021 sei verspätet erfolgt. Am 31. Oktober 2019 habe die Beklagte bei der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung des Klägers um Akteneinsicht ersucht und diese am 5. November 2019 erhalten (Klage Rz. 14 f.). In diesen Akten habe sich der Bericht von Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. März 2018 befunden. Unter den dort aufgeführten Diagnosen fänden sich ein Zustand nach schwer/mittelgradig depressivem Zustand im Sommer 2012, sowie "in Vergangenheit rezidivierend Alkohol-/Cannabis-Abusus im Sinne einer dysfunktionalen Selbsttherapie". Aus dem Bericht gehe zudem hervor, dass sich der Kläger vom August 2012 bis Juni 2013 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. D._____ befunden habe (Klage Rz. 20 und 23). Die Beklagte habe aber erst im September 2021 den Versicherungsvertrag aufgrund einer Anzeigepflichtverletzung gekündigt. Die Kündigung sei damit verspätet erfolgt, da die Beklagte bereits am 5. November 2019 von seiner depressiven Störung und früherem Alkohol- und Cannabis-Konsum gewusst und damit über klare Hinweise auf eine Anzeigepflichtverletzung verfügt habe.

Die Beklagte macht dagegen geltend, dass die Kündigung rechtzeitig erfolgt sei. Sie sei nicht gehalten gewesen, nach Eingang der Akten der Krankentaggeldversicherung weitere Nachforschungen anzustellen, da die Wartefrist noch zwei Jahre bis und mit 5. September 2021 gedauert habe und notorischerweise nicht damit zu rechnen sei, dass während der gesamten Wartefrist und darüber hinaus eine Arbeitsunfähigkeit bestehen würde (Klageantwort Rz. 16). Die fristauslösenden echtzeitlichen Berichte seien bei der Beklagten am 13. September 2021 eingegangen, und die Kündigung sei am 21. September 2021 erfolgt (Klageantwort Rz. 17). Aus dem sich in den Akten der Taggeldversicherung befindlichen Bericht von Dr. med. D._____ vom 6. März 2018 sei nicht ersichtlich, ob es sich bei der integrierten psychiatrischen Behandlung um eine eigene oder eine von einem anderen Arzt vorgenommene Behandlung handle, und es sei bei den gestellten Diagnosen unklar, ob diese eigene oder fremde seien oder wann diese gestellt worden seien (Klageantwort Rz. 20). Sichere Kenntnis, dass die Antragsfragen unrichtig beantwortet worden seien, sei bei rein anamnestischen Angaben nicht gegeben (Klageantwort Rz. 19). Auch aus dem Bericht der PDAG vom 15. Mai 2020 seien bezüglich des Burnouts im Jahr

2012 mit Alkoholproblemen und entsprechender psychiatrischer Therapie nichts Weiteres als anamnestische Angaben vorhanden. Nach Eingang der IV-Akten am 26. Mai 2021 habe weiterer Abklärungsbedarf bestanden, dem die Beklagte zeitnah nachgegangen sei (Klageantwort Rz. 21).

3.3.

3.3.1.

Der Antragsteller hat 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 (Art. 4 Abs. 1 VVG, in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung, vgl. Art. 103a VVG; BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Erheblich sind dabei 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 VVG). Hat der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine solche erhebliche Gefahrstatsache unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen (Art. 6 Abs. 1 VVG in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung). Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat (Art. 6 Abs. 2 VVG).

3.3.2.

Nach der Rechtsprechung beginnt die vierwöchige Frist ab dem Zeitpunkt zu laufen, ab welchem der Versicherer vollständig über die Anzeigepflichtverletzung orientiert ist, d.h. darüber sichere, zweifelsfreie Kenntnis erlangt hat (BGE 118 II 333 E. 3a S. 340). Es genügt nicht, wenn der Versicherer eine Anzeigepflichtverletzung lediglich vermutet (Urteil des Bundesgerichts 4A_285/2009 vom 22. Oktober 2009 E. 3.1 mit Hinweisen) oder mit erheblicher Wahrscheinlichkeit auf eine solche schliessen konnte (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts B 78/06 vom 21. Dezember 2006 E. 4). Dieses Wissen kann er auch erlangen, wenn er zuverlässige Kunde von Tatsachen erhält, aus denen sich der sichere Schluss auf eine Verletzung der Anzeigepflicht ziehen lässt (BGE 119 V 283 E. 5a S. 287 f.; Urteile des Bundesgerichts 9C_671/2008 vom 6. März 2009 E. 4.2.1). Ein Versicherer, welcher sich weigert, von Tatsachen Kenntnis zu nehmen, welche den Tatbestand der Anzeigepflichtverletzung erfüllen, handelt rechtsmissbräuchlich und verdient keinen Rechtsschutz (Art. 2 Abs. 2 ZGB; BGE 118 II 333, 340; Urteile des Bundesgerichts 9C_702/2018 vom 16. Mai 2019 E. 4.3.; B 79/06 vom 13. August 2007 E. 4.3; URS NEF, in: Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, N. 21 zu Art. 6 VVG).

3.4.

Hinsichtlich der vorliegend relevanten Police Nr. F verwies die Beklagte im Kündigungsschreiben vom 21. September 2021 auf die Angaben des Klägers, der in seinem Antrag vom 18. November 2015 auf die Fragen, ob er in den letzten 10 Jahren mehr als einmal Cannabis oder andere Drogen konsumiert habe (Frage 8), ob er innerhalb der letzten 10 Jahre Alkohol (während 4 Wochen oder länger mehr als 1 Liter Spirituosen oder 3.5 Liter alkoholhaltige Getränke pro Woche) konsumiert habe (Frage 9) und ob jemals Krankheiten oder Unfallfolgen diagnostiziert worden seien oder er an Beeinträchtigungen des Nervensystems und/oder der Psyche (z.B. Epilepsie, MS, Lähmung, Depression, Burn-out, Parkinsonkrankheit, Selbsttötungsversuch) leide oder jemals gelitten habe (Frage 12), jeweils mit "Nein" geantwortet hat (KB 14). Weiter verweist die Beklagte auf zwei Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. D._____ vom 9. Oktober 2012 und vom 7. September 2021, aus denen hervorgehe, dass der Kläger seit Jahren an einem depressiven Syndrom leide, mit massiven, im Verlauf zunehmenden Beschwerden. Seit der Jugend hätten Verhaltensauffälligkeiten bestanden, mit bis ins Erwachsenenalter anhaltend übermäßigem Alkohol- und teilweise Cannabiskonsum. Diese Angaben stünden im Widerspruch zu den Angaben des Klägers, weshalb eine Verletzung der Anzeigepflicht vorliege (KB 14 S. 3).

Die Akten der Krankentaggeldversicherung wurden der Beklagten mit E-Mail vom 5. November 2019 überstellt (KB 5). Diesen lässt sich hinsichtlich einer vor Abschluss des Versicherungsvertrages bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigung im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.4.1.

Dr. med. D._____ hielt in seinem Bericht vom 6. März 2018 unter "Behandlung" Folgendes fest: "8/12 bis 6/13; 4/17 bis 2/18 bzw. laufend; integrierte psychiatrische Behandlung, einmalig unter Integration der Ehefrau", und stellte als Diagnosen eine Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von gemischten Gefühlen und längerer depressiver Reaktion bei Persönlichkeit mit abhängigen und aggressionsgehemmten Zügen; Zustand nach schwer/mittelgradig depressivem Zustand im Sommer 2012, DD: rezidivierende depressive Störung, aktuell mittel- bis schwergradig, F33.2, trotz medikamentös-antidepressiver/integriert psychiatrischer Behandlung; in Vergangenheit rezidivierend Alkohol-/Cannabis-Abusus (dysfunktionale Selbsttherapie; KB 5 S. 16).

3.4.2.

Die Psychotherapeutin des Klägers, E._____, hielt in ihrem Bericht vom 22. April 2019 fest, hauptsächliche Ursache der Erkrankung sei der ein Jahr vor Beginn der Behandlung am 5. März 2018 aufgedeckte sexuelle Missbrauch von drei seiner vier Kinder durch seinen eigenen Vater. Erschwerend dazu kämen eigene Kindheitserinnerungen an Probleme mit den Eltern, an Schwierigkeiten in der Pubertät und an die ungenügende elterliche

Unterstützung während der Pubertät, was seinerzeit zu Suchtproblemen geführt habe, die bis ins Erwachsenenalter hineinreichten. Es deute vieles darauf, dass der Kläger selbst sexuellen Übergriffen in der Kindheit ausgesetzt gewesen sei. Aufgrund der hohen Belastung und der damit einhergehenden depressiven Verstimmungen habe der Kläger mit wiederkehrendem Suchtdruck zu kämpfen, habe er doch in der Vergangenheit die Sucht als Selbsttherapierungsmassnahme wahrgenommen (KB 5 S. 18).

3.5.

Aus den Akten der Krankentaggeldversicherung, namentlich dem Bericht von Dr. med. D. _____ vom 6. März 2018, geht hervor, dass sich der Kläger bereits von August 2012 bis Juni 2013 in psychiatrischer Behandlung befand. Selbst unter der Annahme, dass es sich hierbei um anamnestiche Angaben handle, wie dies die Beklagte behauptet (Klageantwort Rz. 20), ergeben sich aus dem Bericht von Dr. med. D. _____ vom 6. März 2018 konkrete Verdachtsgründe für eine Anzeigepflichtverletzung aufgrund von Alkohol- und Cannabis-Abusus, Beeinträchtigungen der Psyche des Klägers und einer entsprechenden therapeutischen Behandlung. Auch geht aus dem Bericht der Psychotherapeutin des Klägers vom 22. April 2019 hervor, dass dieser seit der Pubertät Suchtprobleme gehabt habe. Durch die Übermittlung dieser Akten seitens der Krankentaggeldversicherung am 5. November 2019 erhielt die Beklagte zwar einen konkreten Verdacht auf eine mögliche Verletzung der Anzeigepflicht, verfügte jedoch zu diesem Zeitpunkt noch nicht über alle relevanten Informationen, um eine endgültige Beurteilung vorzunehmen. Ungeachtet dessen wäre die Beklagte nach dem Erhalt der Akten im November 2019 verpflichtet gewesen, weitere Abklärungen vorzunehmen, um die Verdachtsmomente zu erhärten oder auszuräumen (Urteile des Bundesgerichts 9C_702/2018 vom 16. Mai 2019 E. 4.4.2.; B 79/06 vom 13. August 2007 E. 4.3; vgl. auch BGE 118 III 333 E. 3c S. 340). Der Umstand, dass eine Wartefrist von 720 Tagen zur Leistungsausrichtung bestand, steht mit der vorliegend relevanten Frage der Anzeigepflichtverletzung in keinem Zusammenhang und entband die Beklagte insbesondere nicht davon, beim Vorliegen der konkreten Verdachtsmomente weitere Abklärungen vorzunehmen. Das Unterlassen solcher Abklärungen bis zum 10. Juni 2021, rund ein Jahr und sieben Monate nach Erhalt der Akten der Krankentaggeldversicherung, als die Beklagte schliesslich bei Dr. med. D. _____ nach weiteren Informationen fragte, war nicht gerechtfertigt, weshalb die am 21. September 2021 ausgesprochene Kündigung des Versicherungsverhältnisses durch die Beklagte verspätet (vgl. E. 3.3.) erfolgte.

4.

Die Beklagte bringt vor, dass ihr das entsprechende Formular zum Eintritt der Erwerbsunfähigkeit vom Kläger erst am 6. September 2019 zugestellt worden sei und die Wartefrist deshalb erst ab diesem Datum zu laufen begonnen habe und am 5. September 2021 abgelaufen sei (Klageantwort

Rz. 33). Dies wird in der Replik vom Kläger anerkannt (Replik Rz. 3), womit der Zeitpunkt des Beginns der Leistungspflicht unbestritten ist. Die vom Kläger in der Replik erfolgte Berechnung des Erwerbsunfähigkeitsgrades (Replik Rz. 36–40) wurde von der Beklagten nicht bestritten (Duplik Rz. 31) und ist ausweislich der Akten nicht weiter zu beanstanden. Demnach steht aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 61.8 % dem Kläger gemäss Ziffer 2 der Zusatzbedingungen zur Zusatzversicherung bei Erwerbsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall eine Rentenhöhe von 75 % zu. Somit hat der Kläger Anspruch auf 75 % der vereinbarten Rente von Fr. 7'000.00, was jährlich Fr. 5'250.00 entspricht. Für den Zeitraum vom 6. September 2021 bis 5. September 2023 besteht ein Anspruch auf den Betrag von Fr. 10'500.00.

Die Beklagte erhebt eventualiter die Einrede der Verrechnung und macht geltend, sie habe ab dem 25. März 2021 Prämienbefreiungen und eine Erwerbsunfähigkeitsrente gewährt. Daher seien die bis zum 5. Juni 2021 erbrachten Leistungen mit den Ansprüchen des Klägers zu verrechnen (Klageantwort Rz. 33). Sie verweist dabei insbesondere auf die Erstabrechnung Erwerbsunfähigkeit vom 6. Juli 2021 (KB 13). Allerdings beziffert die Beklagte die für den Zeitraum vom 25. März bis 5. Juni 2021 gewährten Leistungen in ihren Rechtsschriften nicht. Die gewährten Leistungen ergeben sich auch nicht aus der Erstabrechnung vom 6. Juli 2021 (KB 13), da diese den gesamten Zeitraum vom 25. März bis zum 31. August 2021 betrifft, weshalb die bis zum 5. Juni 2021 gewährten Leistungen daraus nicht entnommen werden können. Mangels rechtsgenügender Substantiierung kann die von der Beklagten verrechnungsweise geltend gemachte Forderung vorliegend nicht geprüft werden, weshalb sich Weiterungen diesbezüglich erübrigen (zur Substantiierungspflicht BGE 138 V 86 E. 5.2.3 S. 97).

Zwischen den Parteien ist unstreitig, dass die Police F für den Fall einer Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall nach Ablauf der Wartefrist von 720 Tagen eine Prämienbefreiung vorsieht (Klage Rz. 46; Klageantwort Rz. 37). Demnach ist der Kläger für den vorliegend streitigen Zeitraum vom 6. September 2021 bis zum 5. September 2023 im Umfang von 75 % von der Pflicht zur Prämienzahlung zu befreien (vgl. Ziffer 2 der Zusatzbedingungen zur Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall).

5.

5.1.

Streitig ist sodann, ab welchem Zeitpunkt Verzugszinsen geschuldet sind.

Der Kläger bringt vor, dass bei definitiver Ablehnung der Leistungspflicht durch das Versicherungsunternehmen die Forderung fällig werde und in analoger Anwendung von Art. 108 Ziff. 1 OR ohne Mahnung Verzug eintrete (Replik Rz. 42). Deshalb seien ab dem Zeitpunkt des

Kündigungsschreibens vom 21. September 2021 Verzugszinsen geschuldet (Klage Rz. 44).

Die Beklagte bringt vor, dass es nach Art. 105 OR einer Mahnung bedürfe, damit Verzug eintrete. Die vom Kläger zitierte Rechtsprechung zur analogen Anwendung von Art. 108 Ziff. 1 OR betreffe die Krankentaggeldversicherung und könne im vorliegenden Fall nicht herangezogen werden. Zudem sei im Schreiben vom 21. September 2021 keine definitive Leistungsablehnung erfolgt (Duplik Rz. 32). Allfällige Verzugszinsen seien daher erst ab dem Datum der Klageeinreichung am 5. April 2024 geschuldet (Klageantwort Rz. 34 f.).

5.2.

Die vom Kläger zitierte Rechtsprechung betreffend Eintreten des Verzugs ohne Mahnung (Urteil des Bundesgerichts 4A_58/2019 vom 13. Januar 2019) und die Lehre (MARCEL SÜSSKIND, in: Grolimund/Loacker/Schnyder [Hrsg.], Basler Kommentar Versicherungsvertragsgesetz, 2. Aufl., Basel 2023, N. 33 zu Art. 41 VVG) betreffen die Bestimmungen des VVG. Jedoch kommen beim Verzug von Vorsorgeeinrichtungen – mangels BVG-Regelungen hierzu – die obligationenrechtlichen Bestimmungen und nicht die Bestimmungen des Versicherungsvertragsrechts (Art. 41 Abs. 1 VVG) zur Anwendung (BGE 119 V 131; vgl. HANS-ULRICH STAUFFER, Berufliche Vorsorge, 3. Auflage, Zürich 2019, Rz. 1270). Mangels abweichender vertraglicher Vereinbarungen rechtfertigt es sich vorliegend, Art. 105 Abs. 1 OR analog anzuwenden. Demnach schuldet der Schuldner, der sich im Verzug befindet, Verzugszinsen erst ab der Anhebung der Betreibung oder der gerichtlichen Klage. Die Beklagte hat anerkannt, allfällige Verzugszinsen von 5 % ab Anhebung der Klage am 5. April 2024 zu schulden (Klageantwort Rz. 34 f.). Die Beklagte schuldet damit ab dem 5. April 2024 Verzugszinsen von 5 % auf Fr. 10'500.00. Soweit der Kläger Verzugszins von 5 % auf die Prämienbefreiung verlangt (Rechtsbegehren Ziffer 2), ist darauf hinzuweisen, dass durch die Prämienbefreiung keine Leistung gewährt wird, sondern der Kläger von seiner Pflicht zur Bezahlung von Prämien befreit wird, weshalb auf die Prämienbefreiung keine Verzugszinsen geschuldet sind.

6.

6.1.

Nach dem Dargelegten ist die Klage teilweise gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger aus dem Vertrag F für die Zeit vom 6. September 2021 bis 5. September 2023 eine Erwerbsunfähigkeitsrente von Fr. 10'500.00 nebst Zins zu 5 % ab dem 5. April 2024 zu bezahlen und ihn für die Zeit vom 6. September 2021 bis 5. September 2023 im Umfang von 75 % von der Prämienzahlungspflicht zu befreien. Im Übrigen ist die Klage abzuweisen.

6.2.

Das Verfahren ist kostenlos (vgl. Art. 73 Abs. 2 BVG).

6.3.

Ausgangsgemäss hat die Beklagte dem Kläger eine richterlich festgesetzte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'850.00 zu entrichten (Art. 64 Abs. 3 VRPG i.V.m. Art. 106 Abs. 1 ZPO).

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger aus dem Vertrag F für die Zeit vom 6. September 2021 bis 5. September 2023 eine Erwerbsunfähigkeitsrente von Fr. 10'500.00 nebst Zins zu 5 % ab dem 5. April 2024 zu bezahlen und ihn vom 6. September 2021 bis 5. September 2023 im Umfang von 75 % von der Pflicht zur Prämienzahlung zu befreien. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 3'850.00 zu bezahlen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Aarau, 27. Februar 2025

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Gössi

Güntert