



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 14. April 2016 (735 15 160 / 90)**

---

**Berufliche Vorsorge**

**Ausrichtung von Invalidenleistungen im Rahmen eines Lebensversicherungsvertrages der gebundenen Vorsorge der Säule 3a infolge Anzeigepflichtverletzung zu Recht verweigert; wesentliche Fragen zum Gesundheitszustand falsch bzw. unvollständig beantwortet; form- und fristgerechter Vertragsrücktritt vom überobligatorischen Vorsorgevertrag**

\_\_\_\_\_ Besetzung      Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

\_\_\_\_\_ Parteien      A.\_\_\_\_, Kläger, vertreten durch Dr. Claude Schnüriger, Advokat, Lange Gasse 90, Postfach 538, 4010 Basel

gegen

**Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG,**  
St. Alban-Anlage 26, 4002 Basel, Beklagte

\_\_\_\_\_ Betreff      Forderung

A.      Der 1957 geborene A.\_\_\_\_ und die damalige Schweizerische Lebensversicherungs- und Rentenanstalt Helvetia Patria Holding AG (heute: Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschafts AG [Helvetia]) schlossen am 10. Januar 1997 einen Lebensversicherungs-

vertrag im Rahmen der gebundenen Vorsorge der Säule 3a ab (Police Nr. 9206.1710). Es handelt sich dabei um eine gemischte Erlebens- und Todesfallversicherung mit Versicherungsbeginn am 7. Januar 1997. Als zusätzliche Leistung wurde eine Rentenversicherung mit einer Rente bei Erwerbsunfähigkeit in der Höhe von jährlich Fr. 12'000.-- nach einer Wartefrist von 24 Monaten und einer Prämienbefreiung nach einer Wartefrist von drei Monaten vereinbart.

Am 13. März 2002 meldete sich A.\_\_\_\_\_ aufgrund einer Erwerbs- und Arbeitsunfähigkeit von 100% infolge von krankheitsbedingten Rückenbeschwerden bei der Helvetia zum Bezug von Leistungen an. Am 25. Juni 2002 meldete er sich unter Hinweis auf Rücken- bzw. Bandscheibenprobleme zudem bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 22. Oktober 2004 sprach die IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) A.\_\_\_\_\_ ab 1. Oktober 2002 auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 57% eine halbe Rente und ab 1. April 2003 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100% eine ganze Rente zu. In der Folge richtete die Helvetia mit Wirkung ab 7. November 2003 eine jährliche Rente von Fr. 12'000.-- aus und gewährte die volle Prämienbefreiung.

Am 2. Oktober 2013 teilte die Helvetia dem Versicherten mit, bei der Prüfung der Unterlagen habe sie festgestellt, dass er im Antrag vom 7. Januar 1997 mindestens eine Frage nicht vollständig und korrekt beantwortet habe, weshalb sie infolge Anzeigepflichtverletzung vom überobligatorischen Vorsorgevertrag zurücktrete. Im Anschluss an weitere Abklärungen teilte sie dem Versicherten am 7. Juli 2014 zudem mit, aus weiteren Akten sei ersichtlich, dass er zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zu 100% erwerbsunfähig gewesen sei, weshalb erneut eine Anzeigepflichtverletzung sowie überdies eine Nichtigkeit des Versicherungsvertrages vorliege. Aus diesem Grund sei die Police rückwirkend per Vertragsbeginn nichtig und aufzulösen.

B. Mit Eingabe vom 5. Mai 2015 reichte der Versicherte, vertreten durch Advokat Claude Schnüriger, Klage gegen die Helvetia ein und stellte die folgenden Rechtsbegehren: Die Beklagte sei zu verurteilen, ihm einen Betrag von Fr. 22'000.-- (monatliche Renten von Fr. 1'000.-- vom 7. August 2013 bis 7. Mai 2015) nebst Zins zu 5% (mittlerem Verfall) zu bezahlen. Es sei die Beklagte zu verurteilen, ihm auch nach dem 7. Mai 2015 bis 6. Januar 2022 pro Monat einen Betrag von Fr. 1'000.-- zu bezahlen und es sei festzustellen, dass die Kündigung der Beklagten vom 2. Oktober 2013 und die Kündigung der Beklagten vom 7. Juli 2014 betreffend den Versicherungsvertrag vom 10. Januar 1997 nichtig seien und es sei die Beklagte zu verurteilen, die vertraglichen Leistungen gemäss Lebensversicherungs-Police Nr. 9206.1710 vom 10. Januar 1997 zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er die unentgeltliche Prozessführung für die Gerichts- und Anwaltskosten. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, dass das von ihm am 7. Januar 1997 unterzeichnete Formular von einer Mitarbeiterin der Beklagten ausgefüllt worden sei, welche seine Muttersprache nicht beherrscht habe. Überdies sei das entsprechende Formular selbst für einen gebildeten Bürger, der perfekt Deutsch spreche, nicht ohne weiteres nachvollziehbar, weshalb ihm keine Anzeigepflichtverletzung vorgeworfen werden könne. Dessen ungeachtet seien die Kündigungsschreiben der Beklagten nichtig, da sie zu spät erfolgt seien.

C. In ihrer Klageantwort vom 1. Juli 2015 schloss die Helvetia auf Abweisung der Klage. Sie führte im Wesentlichen aus, dass mehrere medizinische Berichte belegen würden, dass der Kläger im Zeitpunkt des Vertragsschlusses bei unterschiedlichen Ärzten wegen einer Erkrankung im Ohr untersucht und behandelt worden sei. Nach Durchführung einer CT-Untersuchung sei ferner eine Operation vorgenommen worden. Der Kläger habe zwar die Frage 1a nach ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen in den vergangenen drei Jahren bejaht, im Rahmen der Ergänzung dieser Frage aber lediglich eine ärztliche Kontrolle im Jahr 1996 erwähnt. Indem er die Frage 1b nach durchgeführten Operationen im vergangenen Zeitraum von drei Jahren vollständig verneinte, habe er auch diese Frage falsch beantwortet. Ferner ergebe sich aus den massgebenden medizinischen Unterlagen, dass der Kläger seit Jahren und damit auch bereits zum Zeitpunkt des Antrags der Kapitalversicherung an Rückenbeschwerden gelitten habe, welche medikamentös behandelt worden seien. Da er in diesem Zusammenhang die Frage 2 nach gegenwärtigen gesundheitlichen Störungen oder Gebrechen sowie die Frage 4 betreffend eine regelmässige Medikamenteneinnahme verneinte, habe er auch diese Fragen falsch beantwortet. Überdies belege die Krankentaggeldabrechnung der Helsana Versicherungen AG (Helsana), dass der Kläger zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses aufgrund der durchgeführten Operation am Ohr zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei. Daraus resultiere nicht nur erneut eine Anzeigepflichtverletzung, sondern auch eine Nichtigkeit des Versicherungsvertrages. Im Übrigen befreie die Ausfüllung des Fragebogens durch eine Mitarbeiterin der Beklagten den Kläger nicht von der Verantwortung für die im Fragebogen eingetragenen Antworten.

D. Mit Replik vom 28. September 2015 hielt der Kläger an seinen Anträgen fest, wobei er die Beklagte aufforderte, den Namen und den Vornamen der Mitarbeiterin, die das Antragsformular ausgefüllt hatte, mitzuteilen.

E. In ihrer Duplik vom 23. November 2015 führte die Beklagte hierzu aus, dass die Hamida AG den Versicherungsvertrag im damaligen Zeitpunkt für die Helvetia vermittelt habe, wer seitens derselben den Kläger beraten habe, entziehe sich aber ihrer Kenntnis. Im Übrigen hielt sie an ihrem Antrag auf Klageabweisung fest.

F. In einer weiteren Eingabe vom 9. Dezember 2015 stellte der Kläger den Antrag, es sei Herr B.\_\_\_\_ als Auskunftsperson zu befragen. Auf der Handelsregisteranmeldung der Hamida AG vom 16. April 1996 sei die Firmenunterschrift von einem Herrn B.\_\_\_\_ beglaubigt worden. Die beglaubigte Unterschrift sei identisch mit derjenigen auf dem Antrag für eine Kapitalversicherung vom 7. Januar 1997. Damit sei erwiesen, dass Herr B.\_\_\_\_ sowohl als Vermittler wie auch als Berater für die Beklagte gehandelt habe.

G. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 29. Dezember 2015 verneinte das instruierende Präsidium des Kantonsgerichts die Notwendigkeit einer solchen Befragung und hielt an der mit Verfügung vom 27. November 2015 angesetzten Parteiverhandlung vorerst ohne Einvernahme der beantragten Auskunftsperson fest.

H. Anlässlich der durchgeführten Parteiverhandlung hielten beide Parteien an ihren Begehren und Standpunkten fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Bei der gebundenen Vorsorge im Rahmen der Säule 3a handelt es sich um eine anerkannte und steuerlich begünstigte berufliche Vorsorgeform im Sinne der Art. 82 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) vom 25. Juni 1982 und Art. 1 der Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen (BVV 3) vom 13. November 1985. Sich daraus ergebende Streitigkeiten fallen in die Zuständigkeit der kantonalen Berufsvorsorgegerichte (Art. 73 BVG; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Februar 2008, 163/06, E. 3.2).

1.2 Nach Art. 73 BVG bezeichnet jeder Kanton ein Gericht, das als letzte kantonale Instanz über Streitigkeiten zwischen Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitgebern und Anspruchsberechtigten entscheidet (Abs. 1). Gemäss Art. 54 Abs. 1 lit. h des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht und als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Streitigkeiten zwischen Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitgebern und Anspruchsberechtigten gemäss Art. 73 BVG. Die Helvetia ist eine der Versicherungsaufsicht unterstellte Versicherungseinrichtung. Bei dem zwischen dem Kläger und der Beklagten abgeschlossenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Versicherung auf den Erlebens- und Todesfall inklusive einer Prämienbefreiung für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit (vgl. Police Nr. 9206.1710). Im Streit liegt demnach ein Versicherungsvertrag der Säule 3a, der zu den anerkannten Vorsorgeformen im Sinne von Art. 82 Abs. 2 BVG gehört. Demgemäss ist das Kantonsgericht sachlich zuständig.

1.3 Gemäss Art. 73 Abs. 3 BVG ist Gerichtsstand der schweizerische Sitz oder Wohnsitz der Beklagten oder der Ort des Betriebes, bei dem der Versicherte angestellt wurde. Die Beklagte hat ihren Sitz in Basel-Stadt, weshalb sie keinen Gerichtsstand im Kanton Basel-Landschaft begründen kann. In seinem Urteil vom 30. März 2009 (9C\_944/2208) anerkannte das Bundesgericht jedoch entgegen dem Wortlaut von Art. 73 Abs. 3 BVG einen alternativen Gerichtsstand am Wohnsitz des Versicherungsnehmers. Der Kläger hat Wohnsitz in C.\_\_\_\_ BL. Damit ist die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen. Im Übrigen gilt auch nach Art. 5.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), dass als Gerichtsstand auch der schweizerische Wohnsitz des Anspruchsberechtigten in Frage kommt. Da auch die weiteren Sachurteilsvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Klage einzutreten.

2. Streitig ist der Anspruch des Klägers auf eine Invalidenrente aus der überobligatorischen beruflichen Vorsorge. Zu prüfen ist, ob eine Anzeigepflichtverletzung des Klägers vorliegt und die Beklagte unter Berufung auf eine solche rechtswirksam vom Vorsorgevertrag zurückgetreten ist.

2.1 Die Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht im Bereich der weitergehenden beruflichen Vorsorge richten sich grundsätzlich nach den einschlägigen statutarischen beziehungsweise reglementarischen Bestimmungen der Vorsorgeeinrichtung. Schweigen sich Statuten

oder Reglement hierüber aus, hat die Beurteilung dieses Tatbestandes nicht nach den Regeln über die Mängel beim Vertragsabschluss (Art. 23 ff. OR), sondern analogieweise gemäss Art. 4 ff. des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 zu erfolgen (BGE 119 V 286 E. 4 mit Hinweisen). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht jene Rechtsgrundlagen massgebend, die im Zeitpunkt der zu prüfenden Anzeigepflichtverletzung in Kraft standen (BGE 130 V 9 E. 2.1, 121 V 100 E. 1a). Da der Kläger die Gesundheitserklärung am 7. Januar 1997 unterzeichnete, sind die bis zum 31. Dezember 2005 geltend gewesenen gesetzlichen Bestimmungen (nachfolgend: aVVG) sowie das damals in Kraft gestandene Reglement der Beklagten aus dem Jahr 1991 anwendbar. Artikel 5.4 AVB regelt die Anzeigepflichtverletzung folgendermassen: "Haben die Versicherungsnehmer oder die versicherte Person beim Abschluss der Versicherung eine schriftlich gestellte Frage falsch beantwortet oder haben sie die ihnen nach Art. 5.3 obliegende Anzeigepflicht verletzt, so kann die Patria innert vier Wochen seit Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung vom Vertrag zurücktreten". Mit dieser Bestimmung werden die Voraussetzungen und die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung im Sinne von aArt. 4 ff. VVG nur anvisiert, nicht aber konkretisiert, weshalb für die weitergehende Regelung auf die erwähnten Gesetzesbestimmungen und die dazu ergangene Rechtsprechung zurückzugreifen ist.

2.2 Gemäss aArt. 4 VVG hat der Antragsteller dem Versicherer an Hand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihm bei Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, schriftlich mitzuteilen (Abs. 1). Erheblich sind diejenigen Gefahrstatsachen, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschliessen, einen Einfluss auszuüben (Abs. 2). Gefahrstatsachen sind alle jene Tatsachen, die bei der Beurteilung der Gefahr in Betracht fallen und den Versicherer demzufolge über den Umfang der zu deckenden Gefahr aufklären können. Dazu sind nicht nur jene Tatsachen zu rechnen, welche die Gefahr verursachen, sondern auch solche, die bloss einen Rückschluss auf das Vorliegen von Gefahrenursachen gestatten. Die Anzeigepflicht des Antragstellers weist keinen umfassenden Charakter auf. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Angabe jener Gefahrstatsachen, nach denen der Versicherer ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt hat. Der Antragsteller ist daher ohne entsprechende Fragen nicht verpflichtet, von sich aus über bestehende Gefahren Auskunft zu geben (Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2008, 9C\_199/208, mit zahlreichen Hinweisen).

2.3 Ob die Anzeigepflicht verletzt ist, beurteilt sich nach subjektiven wie auch nach objektiven Kriterien. Nach dem Wortlaut von aArt. 4 und aArt. 6 VVG hat der Antragsteller dem Versicherer in Beantwortung entsprechender Fragen nicht nur die ihm tatsächlich bekannten (von seinem positiven Wissen erfassten) erheblichen Gefahrstatsachen mitzuteilen, sondern auch diejenigen, die ihm bekannt sein müssen. Damit stellt das Gesetz ein objektives, vom tatsächlichen Wissen des Antragstellers über den konkreten Sachverhalt unabhängiges Kriterium auf, bei dessen Anwendung jedoch die Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die persönlichen Eigenschaften (Intelligenz, Bildungsgrad, Erfahrung) und die persönlichen Verhältnisse des Antragstellers, zu berücksichtigen sind. Entscheidend ist somit, ob und inwieweit ein Antragsteller nach seiner Kenntnis der Verhältnisse und gegebenenfalls nach den ihm von fach-

kundiger Seite erteilten Aufschlüssen eine Frage des Versicherers in guten Treuen verneinen durfte. Er genügt seiner Anzeigepflicht nur, wenn er ausser den ihm ohne Weiteres bekannten Tatsachen auch diejenigen angibt, deren Vorhandensein ihm nicht entgehen kann, wenn er über die Fragen des Versicherers ernsthaft nachdenkt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit dem 1. Januar 2007: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 14. Mai 1997, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung [SZS] 1998 S. 375 f. E. 3b; BGE 118 II 337 E. 2b, 116 II 341 E. 1c, 116 V 227 f. E. 5b mit Hinweisen).

2.4 Gemäss aArt. 4 Abs. 3 VVG wird vermutet, dass die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, erheblich sind. Damit stellt das Gesetz eine widerlegbare Rechtsvermutung für die Erheblichkeit derjenigen Tatsachen auf, über die der Versicherer mit den schriftlichen Fragen Auskunft verlangt. Sinn und Tragweite der gestellten Fragen sind nach denselben Auslegungsgrundsätzen zu ermitteln, wie sie für Verträge gelten, somit nach dem Grundsatz von Treu und Glauben (Vertrauensprinzip) sowie unter Berücksichtigung der speziell für den Versicherungsvertrag im Gesetz (aArt. 4 Abs. 3 VVG) statuierten Erfordernisse der Bestimmtheit und Unzweideutigkeit der Fragenformulierung. Danach verletzt ein Versicherter die Anzeigepflicht, wenn er eine bestimmte und unzweideutig formulierte Frage zu den bei ihm bestehenden oder vorbestandenen gesundheitlichen Störungen verneint, denen er nach der ihm zumutbaren Sorgfalt Krankheitscharakter beimessen müsste. Hingegen würde es zu weit führen, wenn der Aufnahmebewerber vereinzelt aufgetretene Unpässlichkeiten, die er in guten Treuen als belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens betrachten darf und bei der gebotenen Sorgfalt nicht als Erscheinungsformen eines ernsthafteren Leidens beurteilen muss, anzuzeigen verpflichtet wäre. Das Verschweigen derartiger geringfügiger Gesundheitsstörungen begründet keine Verletzung der Anzeigepflicht (BGE 134 III 515 E. 3.3.4 mit Hinweisen).

3.1 Im Rahmen ihrer Kündigung vom 2. Oktober 2013 bzw. ihrer Nichtigerklärung vom 7. Juli 2014 macht die Beklagte – wie eingangs ausgeführt – geltend, der Kläger habe die Fragen 1, 2, 3 und 4 im Versicherungsantrag vom 7. Januar 1997 nicht korrekt bzw. falsch beantwortet. Frage 1 lautete: "Wurden Sie in den letzten drei Jahren ärztlich untersucht oder behandelt?" (lit. a), "operiert?" (lit. b). Er bejahte die Frage 1a und gab unter dem Titel "Bitte ergänzen Sie die mit «ja» beantworteten Fragen 1, 2 und 4" eine Kontrolle bei Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin im Jahr 1996 an. Der Kläger verneinte die Frage 1b sowie ferner die Frage 2 "Bestehen bei Ihnen gegenwertig gesundheitliche Störungen oder Gebrechen" und die Frage 4 "Nehmen Sie regelmässig Medikamente?". Schliesslich bejahte er die Frage 3 "Sind Sie vollständig erwerbsfähig?".

3.2 Im Formular „Anmeldung bei Erwerbs- bzw. Arbeitsunfähigkeit“ zuhanden der Beklagten vom 13. März 2002 gab der Kläger als Grund für die Erwerbsunfähigkeit seit circa einem Jahr bestehende Rückenbeschwerden an. Am 25. Juni 2002 meldete er sich ebenfalls unter Hinweis auf seit 8 Monaten bestehende Rücken- bzw. Bandscheibenbeschwerden zum Bezug von Leistungen der IV an, wobei er angab, dass er aufgrund der Beschwerden seit Oktober 2001 zu 100% arbeitsunfähig sei. Aus einem Bericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2003 lässt sich in diesem Zusammenhang entnehmen, dass der Kläger seit circa 10 Jahren an



lumbalen Rückenbeschwerden leide, die sich initial mit Physiotherapie in Form von Massagen und Elektrotherapie positiv hätten beeinflussen lassen. Seit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses im August 2000 habe er mehr Zeit gehabt, sich auf die Schmerzen zu konzentrieren und die Beschwerden hätten stetig zugenommen. Schon im Jahr 1993 sei eine neurologische Abklärung bezüglich beklagter Kopfschmerzen und eines Schwindelgefühls erfolgt, welche bei unauffälligem CT und EEG aber keine neuen Erkenntnisse gebracht habe. Als Diagnosen wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Depression gestellt. Aus somatischer Sicht wurde eine Arbeitsfähigkeit von 50% veranschlagt, wobei zur Festlegung der effektiven Erwerbsunfähigkeit dringend eine psychiatrische Begutachtung empfohlen wurde. In der Folge erstellte Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden der IV-Stelle ein psychiatrisches Gutachten, datiert vom 18. April 2004. Darin stellte er als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Fehlentwicklung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.21). Der Explorand sei unter Berücksichtigung der psychischen und somatischen Faktorenwahl in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in jeder anderen Verweistätigkeit zu 100% arbeitsunfähig. Gestützt darauf sprach die IV-Stelle dem Kläger mit Verfügung vom 22. Oktober 2004 für die Zeit vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2002 eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 57% und ab 1. Januar 2003 eine ganze Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100% zu. Im Rahmen eines von Amtes wegen durchgeführten Revisionsverfahrens wurde die ganze Rente bestätigt. Grundlage hierfür bildete das rheumatologische und psychiatrische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie vom 5. November 2009. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden im rheumatologischen Teilgutachten ein chronische Panvertebralsyndrom (ICD-10 M52, 53) und ein sensibles lumboradikuläres Reizsyndrom L5/S1 und im psychiatrischen Fachteil des Gutachtens eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) gestellt. Gestützt darauf wurde aus gesamtmedizinischer Sicht unverändert eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert.

3.3 Die hiervor zitierten medizinischen Unterlagen, welche Grundlage für die Leistungen durch die IV-Stelle bildeten, lassen keine klaren Rückschlüsse auf die gesundheitlichen Verhältnisse des Klägers zum Zeitpunkt des Versicherungsantrags am 7. Januar 1997 zu. Es fehlt namentlich in Bezug auf die Rückenbeschwerden an Primärquellen betreffend allfällige medizinische Behandlungen und notwendige Medikationen. Indessen finden sich in den Akten ausschliesslich verschiedene ärztliche Anamneseangaben über angeblich seit Jahren bestehende Kopfschmerzen und Rückenbeschwerden, die sich bezüglich des Zeitpunkts des Beginns der erwähnten Beschwerden widersprechen. So wird bspw. in einem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_, der Beginn auf das Jahr 1998 festgelegt (vgl. Beilage 14 der Klageantwort). Auch in Bezug auf die psychischen Beschwerden lässt sich nicht eruieren, ob diese bereits damals bestanden haben. Allein aus dem Umstand, dass der Kläger im Zeitpunkt des Versicherungsantrags keine Rückenbeschwerden angegeben oder damit zusammenhängende Behandlungen und Medikationen deklariert hatte, kann demnach – entgegen dem Dafürhalten der Beklagten – nicht auf eine Anzeigepflichtverletzung geschlossen werden.

3.4 Anders präsentiert sich die medizinische Aktenlage hinsichtlich des Vorwurfs, der Kläger habe diverse ärztliche Untersuchungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung am Ohr nicht angegeben. Aus den medizinischen Unterlagen der Helsana Krankenversicherung geht unstreitig hervor, dass der Kläger vom 6. September bis 17. Oktober 1996 (Konsultationen am 6. und 12. September 1996 und 17. Oktober 1996) bei Dr. D. \_\_\_\_\_ in Behandlung war und am 12., 17., 25. September, 2., 9. und 16. Oktober sowie am 2. Dezember 1996 Konsilien bei Dr. med. I. \_\_\_\_\_, FMH Oto-Rhino-Laryngologie, durchgeführt worden sind. Ferner erfolgten vier Untersuchungen bei Dr. med. J. \_\_\_\_\_, FMH Oto-Rhino-Laryngologie, im Zeitraum vom 25. September bis 24. Dezember 1996. Am 20. September 1996 wurden bei Dr. med. K. \_\_\_\_\_, FMH Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, eine CT Schädelbasis durchgeführt und am 10. Dezember 1996 in der Praxis-Klinik L. \_\_\_\_\_ eine Ohr-OP vorgenommen. Aus den Unterlagen der Krankentaggeldversicherung der Helsana geht überdies hervor, dass diese dem Kläger in der Zeit vom 9. September bis 20. Oktober 1996 sowie vom 9. Dezember 1996 bis 12. Januar 1997 Taggelder aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 100% erbracht hat (vgl. Beilagen 32 – 40 der Klageantwort).

3.5 In Anbetracht dieser Untersuchungs- und Behandlungsfrequenzen sowie den vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeiten ergibt sich, dass der Kläger die Frage 1a nach ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen sowie die Frage 1b nach durchgeführten Operationen in den zurückliegenden 3 Jahren im Versicherungsantrag vom 7. Januar 1997 unvollständig bzw. falsch beantwortet hat, indem er lediglich *eine* Kontrolle bei Dr. D. \_\_\_\_\_ im Jahr 1996 angegeben hat. Angesichts dieser zahlreichen ärztlichen Konsultationen sowie der durchgeführten CT-Untersuchung kann nicht davon gesprochen werden, dass er damals an vereinzelt aufgetretenen Unpässlichkeiten gelitten hätte, die er in guten Treuen als belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens hätte betrachten dürfen. Dies umso weniger, als er noch am Tag, als er das Antragsformular unterzeichnete, zu 100% arbeitsunfähig geschrieben gewesen und noch im Monat davor, am 10. Dezember 1996, einer Operation unterzogen worden ist. Nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch ist unter "ärztlicher Untersuchung" eine Untersuchung zu verstehen, die über die mit der Behandlung einer Erkältung oder einer anderen trivialen Krankheit verbundene Ermittlung des vorhandenen Krankheitszustandes hinausgeht (vgl. BGE 96 II 217 E. 8). Nach dem Gesagten hat der Kläger, indem er die hiervor dargelegten deklarationspflichtigen Untersuchungen nicht angegeben hat, bei der Beantwortung der Fragen 1a und 1b in augenfälliger Weise gegen die in aArt. 4 VVG statuierte Anzeigepflicht verstossen.

3.6 Der Einwand des Klägers, wonach er die deutsche Sprache im damaligen Zeitpunkt nicht gut beherrscht habe, vermag zu keiner anderen Betrachtungsweise zu führen. Durch die Unterzeichnung des Antrags hat er auch den ausdrücklichen Hinweis im Antragsformular zur Kenntnis nehmen müssen, wonach der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person die Verantwortung für die wahrheitsgetreue und vollständige Beantwortung sämtlicher Fragen trägt, auch wenn die Antworten vom Berater geschrieben werden, und dass die Gesellschaft bei unvollständiger und nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung berechtigt ist, vom Vertrag zurückzutreten. Unterschreibt ein Antragssteller den von einem Dritten handschriftlich oder mit einem technischen Hilfsmittel ausgefüllten Fragebogen, so wird dessen Inhalt zu seiner eigenen Erklä-



nung und er hat rechtsprechungsgemäss auch die Rechtsfolgen für eine fehlerhafte Beantwortung zu tragen (vgl. BGE 96 II 208 E. 3, 108 II 550; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2016, 9C\_471/2015, E. 6). Da an dieser Rechtsfolge auch eine Befragung des Versicherungsberaters nichts zu ändern vermag, kann in antizipierter Beweismündigung und somit in Bestätigung der verfahrensleitenden Verfügung vom 29. Dezember 2015 auf eine solche verzichtet werden. Entsprechend kann der Kläger allein aus dem Umstand, dass das Antragsformular von der M.\_\_\_\_ AG bzw. einem angeblichen Herrn B.\_\_\_\_ als Vermittler der Beklagten ausgefüllt worden ist, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Eine Haftung des Versicherers kommt allenfalls dann in Betracht, wenn der Dritte durch sein Verhalten den Antragssteller zum Verschweigen oder zur unrichtigen Mitteilung von Gefahrstatsachen veranlasst oder eine unrichtige Erklärung oder Belehrung abgegeben hat (vgl. BGE 96 II 215 E. 6). Von einer solchen Konstellation kann vorliegend aber nicht ausgegangen werden. Es bestehen weder Anhaltspunkte, noch wird behauptet, dass der Kläger beim Ausfüllen des Antragsformulars falsch beraten worden wäre. Schliesslich sind die Fragen im Antragsformular vom 7. Januar 1997 entgegen der Auffassung des Klägers leicht verständlich und klar gefasst. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass höchstrichterlich bereits erkannt worden ist, dass die Frage "Sind sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt untersucht bzw. behandelt worden?" klar und unzweideutig ist (Die Praxis des Bundesgerichts [Pra] 1999 Nr. 92 S. 510 ff.). Dass die Gesundheitsfragen so abgefasst gewesen sind, dass der Kläger sie, auch wenn er damals der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig gewesen ist, hat verstehen können und es ihm möglich gewesen wäre, auch die übrigen Konsultationen bei den anderen Ärzten anzugeben und etwas zur Art der Krankheit und zu deren Folgen zu sagen, ergibt sich im Weiteren bereits aus der Tatsache, dass er die besagte Konsultation bei Dr. D.\_\_\_\_ im Jahr 1996 angegeben hat. Der Kläger hat sich dementsprechend beim Ausfüllen des Antrags bewusst sein müssen, welche Konsequenzen eine falsch bzw. unvollständig beantwortete Frage nach sich zieht.

4.1 Beurteilt sich eine Anzeigepflichtverletzung noch nach dem bis zum 31. Dezember 2005 geltenden Recht, so ist die Vorsorgeeinrichtung befugt, bei Vorliegen einer Anzeigepflichtverletzung des Versicherten rückwirkend vom Vorsorgevertrag zurückzutreten, ohne dass zwischen der nicht oder unrichtig angezeigten Gefahrstatsache und dem eingetretenen Schaden ein Kausalzusammenhang bestehen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Oktober 2010, 9C\_80/2010, E. 5). Auch wenn die Invalidität des Versicherten somit – wie im vorliegenden Fall – auf einer anderen Ursache beruht, hat die Beklagte durch die verschwiegenen ärztlichen Konsultationen ein ihr unbekanntes und infolgedessen unkalkulierbares Risiko getragen und war demnach grundsätzlich berechtigt, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten (URS CH. NEF in: Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Art. 6 N 5 ff.; anders nunmehr: Art. 6 Abs. 3 VVG in der seit 1. Januar 2006 geltenden Fassung).

4.2 Nach aArt. 6 VVG ist der Versicherer, sofern die anzeigepflichtige Person beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die sie kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, an den Vertrag nicht gebunden, wenn er binnen vier Wochen, nachdem er von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktritt (vgl. auch Art. 5.3 AVB). Bei dieser Frist handelt es sich praxisgemäss um eine Verwir-

kungsfrist, deren Lauf weder gehemmt noch unterbrochen werden kann. Sie beginnt erst, wenn der Versicherer zuverlässige Kunde von Tatsachen erhält, aus denen sich der sichere Schluss auf Verletzung der Anzeigepflicht ziehen lässt. Blosser Vermutungen, die zu grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit drängen, dass die Anzeigepflicht verletzt ist, genügen nicht (BGE 130 V 12 E. 2.1 mit Hinweis auf BGE 119 V 286 ff. E. 4 und 5).

4.3 Damit stellt sich die Frage, ob die Beklagte mit ihren Schreiben vom 2. Oktober 2013 und 7. Juli 2014 rechtzeitig vom Vertrag zurückgetreten ist. Nachdem die Beklagte im Rahmen der Überprüfung des Anspruchs des Versicherten mit Schreiben vom 11. September 2013 von der Helsana Abrechnungen der Helsana Krankentaggeldversicherung vor 1997 und Leistungsauszüge vor 1997 verlangt hatte, verschickte die Helsana am 17. September 2013 eine Kopie der Abrechnung über die Taggelder, die sie aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 100% im Zeitraum vom 9. September bis 20. Oktober 1996 erbracht hatte. Am 24. September 2013 versandte die Helsana zudem Kopien von fünf Arztrechnungen an die Beklagte, welche am 25. September 2013 bei letzterer eingingen. Dabei handelt es sich um die bereits unter Erwägung 3.3 zitierten Konsultationen, die unstreitig belegen, dass der Kläger die Fragen 1a und 1b des Versicherungsantrags vom 7. Januar 1997 falsch bzw. unvollständig beantwortet hat. Indem die Beklagte mit Schreiben vom 2. Oktober 2013 auf diese Erkenntnis reagiert hat, hat sie die vierwöchige Frist nach aArt. 6 VVG grundsätzlich eingehalten. Darin führte sie aus, dass der Kläger im Versicherungsantrag unter anderem die Frage 1a unvollständig beantwortet habe, da er in der Rubrik "Bitte ergänzen Sie die mit «ja» beantworteten Fragen 1, 2 und 4" zahlreiche weitere ärztliche Behandlungen und unter anderem eine CT-Untersuchung nicht angegeben habe. Damit erweist sich dieses Schreiben auch als hinreichend klar und präzise. Die Beklagte hat in ihrem Schreiben zwar den Ausdruck "Kündigung" anstelle von "Rücktritt vom Vertrag" verwendet, aber gleichzeitig angeführt, dass sie sich eine Rückforderung bereits erbrachter Leistungen ausdrücklich vorbehalte. Daraus ergibt sich eindeutig, dass die Beklagte den Vertrag als für sie von Anfang an unverbindlich betrachtete. Dem Schreiben vom 7. Juli 2014 kommt für die vorliegend zu beurteilende Frage, ob die Frist nach aArt. 6 VVG eingehalten wurde, keine eigenständige Bedeutung zu, weil das befürchtete Ereignis im Sinne von aArt. 9 VVG entgegen der Ansicht der Beklagten nicht schon im Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses eingetreten ist. Nach den in den massgebenden Akten dokumentierten Arbeitsunfähigkeiten im Zeitraum vom 9. September bis 20. Oktober 1996 sowie vom 9. Dezember bis 12. Januar 1997 war der Kläger bis zu seiner Arbeitslosigkeit im August 2000 wieder in seiner angestammten Tätigkeit als Steinmetz für die N.\_\_\_\_ AG tätig. Eine dauernde Erwerbsunfähigkeit hat sich erst Jahre nach dem Versicherungsabschluss eingestellt. Keine Bedeutung hat ferner, wann die IV-Akten der Beklagten zum ersten Mal zugänglich waren, weil sich daraus weder Rückschlüsse auf bereits zum Zeitpunkt des Versicherungsantrags bestehende Rückenbeschwerden oder sonstige Gebrechen noch auf medizinisch indizierte Behandlungen ziehen lassen (vgl. E. 3.4 hiavor). Nach dem Ausgeführten steht fest, dass die Beklagte erst mit der Zustellung der Akten der Helsana Krankentaggeldversicherung und der Helsana Krankenversicherung, mithin am 25. September 2013, zuverlässig Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung erlangt hat und mit Schreiben vom 2. Oktober 2013 den Rücktritt vom Vertrag somit rechtzeitig erklärt hat.

5. Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ergibt sich, dass der Kläger wesentliche Fragen zu seiner gesundheitlichen Verfassung falsch bzw. unvollständig beantwortet hat und die Beklagte deshalb berechtigterweise sowie frist- und formgerecht ihren Rücktritt vom überobligatorischen Vorsorgevertrag erklärt hat. Damit entfällt aber eine Leistungspflicht der Beklagten, womit diese die Ausrichtung von Invalidenleistungen gestützt auf aArt. 4 VVG i.V.m. aArt. 6 VVG zu Recht verweigerte. Bei diesem Ergebnis ist die Klage abzuweisen.

6.1 Gemäss Art. 73 Abs. 2 BVG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in der Regel kostenlos. Es sind deshalb keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Abschliessend ist zu prüfen, ob der Helvetia eine Parteientschädigung zu Lasten des Klägers zuzusprechen ist. Im Bereich der beruflichen Vorsorge ist die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Partei im erstinstanzlichen Verfahren Anspruch auf Ersatz der Kosten für Prozessführung und Vertretung hat, im Bundesrecht nicht geregelt (vgl. Art. 73 BVG), weshalb die Verlegung der Parteikosten grundsätzlich nach dem massgebenden kantonalen Prozessrecht zu erfolgen hat. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu erwähnen, dass das Bundesgericht den spezialgesetzlich für einzelne Bundessozialversicherungszweige geregelten Grundsatz, wonach der obsiegende Sozialversicherungsträger grundsätzlich keinen Anspruch auf Parteientschädigung hat, auch im erstinstanzlichen Verfahren der beruflichen Vorsorge für anwendbar erklärt hat (BGE 126 V 150 E. 4b). Eine Ausnahme von diesem allgemeinen Prozessgrundsatz ist bei mutwilliger oder leichtsinniger Prozessführung vorzusehen. Dieser Grundsatz ist nunmehr in Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 festgehalten. Da die ATSG-Bestimmungen auf die berufliche Vorsorge grundsätzlich nicht anwendbar sind, findet der vor In-Kraft-Treten des ATSG geltende Grundsatz im BVG-Bereich weiterhin Anwendung. Da die Klage nicht als mutwillig oder leichtsinnig zu qualifizieren ist, rechtfertigt es sich deshalb, in Anwendung dieses Grundsatzes, von der Zuspreehung einer Parteientschädigung zu Gunsten der Helsana abzu- sehen und die ausserordentlichen Kosten wettzuschlagen.

6.3 Es bleibt über den Antrag des Klägers zu befinden, es sei ihm die unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen. Nach § 22 Abs. 2 VPO wird der Beschwerde führenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wenn ihr die nötigen Mittel fehlen, ihr Begehren nicht offensichtlich als aussichtslos und die anwaltliche Vertretung zur Wahrung ihrer Rechte als notwendig oder doch geboten erscheint. In den Akten befindet sich eine Berechnung für die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen durch die IV-Stelle, gültig ab 1. Januar 2015, welche belegt, dass der Kläger mit Wirkung ab diesem Datum Anspruch auf monatliche Ergänzungsleistungen im Umfang von Fr. 693.-- hat. Seine Bedürftigkeit ist damit für das vorliegende Verfahren ohne weiteres nachgewiesen. Die vorliegende Klage kann zudem nicht als offensichtlich aussichtslos bezeichnet werden und die anwaltliche Vertretung erschien als geboten. Der Rechtsvertreter des Klägers hat in seiner Honorarnote vom 30. November 2015 sowie der anlässlich der heutigen Parteiverhandlung eingereichten Honorarnote für das vorliegende Klageverfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 27 Stunden und Auslagen von Fr. 378.-- ausgewiesen. Da die Honorarnote vom 30. November 2015 umfangreiche vorprozessuale Bemühungen aufweist, sind diese nur teilweise zu ersetzen. Demgemäss sind die zu entgeltenden Bemühungen um sieben

Stunden zu kürzen und damit auf 20 Stunden festzusetzen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 (in der seit 1. Januar 2014 geltenden Fassung) beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung 200 Franken pro Stunde. Dem Rechtsvertreter des Klägers ist deshalb für seine Bemühungen ein Honorar in der Höhe von Fr. 4'728.20 (20 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 378.-- zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Klage wird abgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Klägers ein Honorar in der Höhe von Fr. 4'728.20 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

Mitteilung an Parteien  
Bundesamt für Sozialversicherungen  
BSABB, BVG-Stiftungsaufsicht beider Basel

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>