Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}

4A_382/2014

Urteil vom 3. März 2015

I. zivilrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichterin Kiss, Präsidentin,
Bundesrichter Kolly, Bundesrichterin Niquille,
Gerichtsschreiberin Fleischanderl.

Verfahrensbeteiligte
1. A._____ GmbH,
2. B._____,
beide vertreten durch Rechtsanwalt
Dr. Patrick Schönbächler,
Beschwerdeführer,

gegen

Versicherung C._____ AG,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Christoph D. Studer,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Versicherungsvertragsrecht,

Beschwerde gegen das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau, 3. Kammer, vom 13. Mai 2014.

Sachverhalt:

A.
B._____ (Versicherter, Beschwerdeführer 2, Jg. 1966) ist Geschäftsführer der A._____ GmbH (Versicherungsnehmerin, Beschwerdeführerin 1) und im Rahmen dieses Anstellungsverhältnisses bei der Versicherung C._____ AG (Versicherung, Beschwerdegegnerin) kollektiv krankentaggeldversichert sowie nach Massgabe des Zusatzvertrags zur obligatorischen Unfallversicherung versichert. Als Folge einer am 3. September 1997 anlässlich eines Auffahrunfalls erlittenen Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) des Versicherten erbrachte die Versicherung ab 30. Januar 2007 bis 31. Januar 2008 im Rahmen einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit Krankentaggeldleistungen als Vorschussleistungen. Am 16. Oktober 2007 zog sich der Versicherte bei einem Verkehrsunfall erneut ein HWS-Beschleunigungstrauma zu. Die Versicherung richtete vom 16. November 2007 bis 20. Januar 2008 auf der Basis einer 50%igen unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit und vom 21. bis 31. Januar 2008 auf der Basis einer 20%igen unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit Taggeldleistungen aus dem Zusatzvertrag zur obligatorischen Unfallversicherung aus.
Auf Grund von Verdachtsmomenten, namentlich bezüglich der Erwerbstätigkeit des Versicherten, hatte die Versicherung eine Vorermittlung (28. bis 30. November 2007) und eine Observation (3. Dezember 2007 bis 25. Februar 2008) in Auftrag gegeben. Gestützt auf die daraus resultierenden Berichte sowie die Ergebnisse weiterer medizinischer Abklärungen gelangte sie zum Schluss, dass der Versicherte mindestens seit 1. Dezember 2006 vollständig arbeitsfähig sei. Sie forderte daraufhin mit Schreiben vom 1. Dezember 2008 die Rückzahlung eines Betrags von Fr. 160'164.45 im Umfang der ausgerichteten Krankentaggelder, der Kosten des Arztzeugnisses und der Ermittlungs- und Observationskosten sowie eines Betrags von Fr. 9'124.-- im Umfang der ausgerichteten Unfalltaggelder zuzüglich Zinsen. Zudem teilte die Versicherung mit, dass sie infolge betrügerischer

Begründung des Versicherungsanspruchs den Krankentaggeldversicherungsvertrag rückwirkend per 1. Dezember 2006 und den Unfallzusatzversicherungsvertrag per 16. Oktober 2007 auflöse.

B.
Die Versicherung erhob am 17. Dezember 2009 beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau Klage gegen die Versicherungsnehmerin und gegen den Versicherten. Sie forderte, diese seien solidarisch, eventualiter einzeln, zu verpflichten, ihr geleistete Taggelder gestützt auf den Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag im Betrag von Fr. 90'498.-- sowie gestützt auf den Zusatzversicherungsvertrag zur obligatorischen Unfallversicherung in der Höhe von Fr. 9'124.-- zurückzuerstatten zuzüglich Zins zu 5 % seit 1. Dezember 2008; ferner ersuchte sie um Schadenersatzzahlungen in der Höhe von Fr. 69'586.45. Die Versicherungsnehmerin und der Versicherte beantragten Nichteintreten auf die Klage, eventualiter die Klageabweisung.
Mit Urteil vom 13. Mai 2014 hiess das angerufene Gericht die Klage teilweise gut. Es verpflichtete die Versicherungsnehmerin und den Versicherten solidarisch, der Versicherung Taggelder in der Höhe von insgesamt Fr. 35'755.-- (Fr. 26'631.-- betr. Kollektiv-Krankentaggeldversicherung; Fr. 9'124.-- betr. Zusatzversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung) sowie Observationskosten im Betrag von Fr. 10'000.-- zu ersetzen zuzüglich Zins zu 5 % seit 1. Februar 2009 (Versicherungsnehmerin) bzw. seit 1. Dezember 2008 (Versicherter). Im Übrigen wurde die Klage abgewiesen.

C.
Mit dagegen erhobener Beschwerde in Zivilsachen beantragen die Versicherungsnehmerin und der Versicherte, das angefochtene Urteil sei aufzuheben und die Klage der Versicherung sei abzuweisen. Ausserdem stellen sie die prozessualen Anträge, der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen und das Beschwerdeverfahren sei bis zum Vorliegen des vom Kantonsgericht St. Gallen in Auftrag gegebenen Drittgutachtens der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim), Basel, zu sistieren.
Das vorinstanzliche Gericht hat auf eine Stellungnahme zur Beschwerde verzichtet. Die Versicherung schliesst auf deren Abweisung, wobei sie sich mit der Gewährung der aufschiebenden Wirkung einverstanden erklärt. Die Parteien haben unaufgefordert eine Replik und eine Duplik eingereicht.

D.
Mit Präsidialverfügung vom 16. Oktober 2014 wurde der Beschwerde die aufschiebende Wirkung erteilt.

Erwägungen:

1.
Gemäss Art. 71 BGG in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 BZP kann das Bundesgericht das Verfahren aus Gründen der Zweckmässigkeit aussetzen. Der Entscheid steht im Ermessen des Bundesgerichts, wobei dieses von der ihm eingeräumten Möglichkeit der Verfahrensaussetzung zurückhaltenden Gebrauch macht (Urteile 4A_119/2013 vom 27. Juni 2013 E. 1, 4D_84/2012 vom 20. November 2012 E. 1.1, 4A_595/2011 vom 17. Februar 2012 E. 1.5 und 5A_869/2011 vom 10. Mai 2012 E. 1). Vorliegend sind keine überwiegenden Gründe ersichtlich, welche die Sistierung des bundesgerichtlichen Verfahrens rechtfertigen würden. Insbesondere bildet das von den Beschwerdeführern erwähnte, vom Kantonsgericht St. Gallen im Rahmen des Strafprozesses gegen den Versicherten in Auftrag gegebene Gutachten der asim keinen Grund zur Aussetzung des Verfahrens, da dieses für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache nicht relevant ist.

2.
Zu beurteilen ist die Leistungspflicht aus einem Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag sowie aus einem Zusatzvertrag zur obligatorischen Unfallversicherung, welche unter die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung zu subsumieren sind. Derartige Zusatzversicherungen unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG; SR 832.10) dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur, weshalb als Rechtsmittel an das Bundesgericht die Beschwerde in Zivilsachen gemäss Art. 72 ff. BGG in Betracht kommt (BGE 138 III 2 E. 1.1 S. 3; 133 III 439 E. 2.1 S. 441 f. mit Hinweis).
Die Beschwerde richtet sich gegen einen Endentscheid (Art. 90 BGG). Das Versicherungsgericht des Kantons Aargau hat als einzige kantonale Instanz im Sinne von Art. 7 ZPO in Verbindung mit Art. 75 Abs. 2 lit. a BGG entschieden, weshalb die Beschwerde in vermögensrechtlichen Angelegenheiten unabhängig von der Erreichung der Streitwertgrenze nach Art. 74 Abs. 1 lit. b BGG zulässig ist (vgl.

BGE 138 III 2 E. 1.2.2 S. 4 ff., 799 E. 1.1 S. 800). Da auch die übrigen Sachurteilsvoraussetzungen gegeben sind, ist auf die Beschwerde in Zivilsachen einzutreten.

3.

3.1. Mit Beschwerde in Zivilsachen können Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 f. BGG gerügt werden. Dabei soll auf die Begründung des angefochtenen Entscheids eingegangen und im Einzelnen aufgezeigt werden, worin eine Verletzung von Bundesrecht liegt. Die beschwerdeführende Partei soll in der Beschwerdeschrift nicht bloss die Rechtsstandpunkte, die sie im kantonalen Verfahren eingenommen hat, erneut bekräftigen, sondern mit ihrer Kritik an den als rechtsfehlerhaft erachteten Erwägungen der Vorinstanz ansetzen (vgl. BGE 140 III 86 E. 2 S. 89; 134 II 244 E. 2.1 S. 245 f.).
Die Verletzung von Grundrechten und von kantonalem und interkantonalem Recht kann das Bundesgericht nur insofern prüfen, als eine solche Rüge in der Beschwerde präzise vorgebracht und begründet worden ist (Art. 106 Abs. 2 BGG; BGE 138 I 171 E. 1.4 S. 176; 136 I 65 E. 1.3.1 S. 68; 134 II 244 E. 2.1 f. S. 245 f.; 133 III 439 E. 3.2 S. 444). Macht die beschwerdeführende Partei eine Verletzung des Willkürverbots von Art. 9 BV geltend, genügt es nicht, wenn sie einfach behauptet, der angefochtene Entscheid sei willkürlich. Sie hat vielmehr anhand der Erwägungen des angefochtenen Urteils im Einzelnen aufzuzeigen, inwiefern dieses offensichtlich unhaltbar ist (BGE 135 III 232 E. 1.2 S. 234; 134 II 349 E. 3 S. 352). Auf rein appellatorische Kritik am angefochtenen Entscheid tritt das Bundesgericht nicht ein (BGE 136 II 489 E. 2.8 S. 494; 134 V 138 E. 2.1 S. 143; 133 II 396 E. 3.1 S. 399).

3.2. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG). "Offensichtlich unrichtig" bedeutet dabei "willkürlich" (BGE 140 III 115 E. 2 S. 117; 135 III 397 E. 1.5 S. 401). Überdies muss die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein (Art. 97 Abs. 1 BGG).
Die Partei, welche die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz anfechten will, muss klar und substanziiert aufzeigen, inwiefern diese Voraussetzungen erfüllt sein sollen (BGE 140 III 16 E. 1.3.1 S. 18 mit Hinweisen). Wenn sie den Sachverhalt ergänzen will, hat sie zudem mit Aktenhinweisen darzulegen, dass sie entsprechende rechtsrelevante Tatsachen und taugliche Beweismittel bereits bei der Vorinstanz prozesskonform eingebracht hat (BGE 140 III 86 E. 2 S. 90; Urteile 4A_275/2011 vom 20. Oktober 2011 E. 2, nicht publ. in: BGE 137 III 539, und 4A_214/2008 vom 9. Juli 2008 E. 1.2, nicht publ. in: BGE 134 III 570). Auf eine Kritik an den tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanz, die diesen Anforderungen nicht genügt, ist nicht einzutreten (BGE 140 III 16 E. 1.3.1 S. 17 f.).
Zu beachten ist, dass das Bundesgericht in die Beweiswürdigung des Sachgerichts nur eingreift, wenn diese willkürlich ist. Willkür liegt nicht schon dann vor, wenn eine andere Lösung ebenfalls in Betracht zu ziehen oder gar vorzuziehen wäre, sondern nur, wenn der angefochtene Entscheid offensichtlich unhaltbar ist, mit der tatsächlichen Situation in klarem Widerspruch steht, eine Norm oder einen unumstrittenen Rechtsgrundsatz krass verletzt oder in stossender Weise dem Gerechtigkeitsgedanken zuwiderläuft (BGE 140 III 16 E. 2.1 S. 18 f.; 139 III 334 E. 3.2.5 S. 339; 138 IV 13 E. 5.1 S. 22; 131 I 57 E. 2 S. 61, 467 E. 3.1 S. 473 f.). Die Beweiswürdigung ist mithin nicht schon dann willkürlich, wenn sie nicht mit der Darstellung der beschwerdeführenden Partei übereinstimmt, sondern bloss, wenn sie offensichtlich unhaltbar ist (BGE 135 II 356 E. 4.2.1 S. 362; 129 I 8 E. 2.1 S. 9; 116 Ia 85 E. 2b S. 88). Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn das Sachgericht erhebliche Beweismittel übersieht, augenscheinlich missversteht oder grundlos ausser Acht lässt, oder wenn es aus den vorliegenden Beweisen unhaltbare Schlüsse zieht (vgl. BGE 129 I 8 E. 2.1 S. 9). Inwiefern die Beweiswürdigung willkürlich sein soll, ist in der Beschwerde klar und detailliert aufzuzeigen (BGE 134 II 244 E. 2.2 S. 246; 130 I 258 E. 1.3 S. 261 f.). Namentlich genügt es nicht, einzelne Beweise anzuführen, die anders als im angefochtenen Entscheid gewichtet werden sollen, und dem Bundesgericht in appellatorischer Kritik die eigene Auffassung zu unterbreiten, als ob diesem freie Sachverhaltsprüfung zukäme (vgl. BGE 116 Ia 85 E. 2b S. 88).

3.3. Neue Tatsachen und Beweismittel dürfen nur soweit vorgebracht werden, als der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt (Art. 117 in Verbindung mit Art. 99 Abs. 1 BGG). Soweit die Beschwerdeführer im bundesgerichtlichen Verfahren neue Beweismittel einreichen, ohne aber darzutun, inwiefern die gesetzlichen Voraussetzungen dazu erfüllt sein sollten, haben diese unberücksichtigt zu bleiben.

4.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. Oktober 2007 ausgerichtete Taggelder im Gesamtbetrag von Fr. 35'755.-- zurückzubezahlen und Observationskosten in der Höhe von Fr. 10'000.-- zu begleichen haben. Nicht mehr streitig sind die Rückforderung von vor dem Unfall vom 16. Oktober 2007 ausbezahlten Taggeldern sowie die Erstattung der den Betrag von Fr. 10'000.-- übersteigenden Observationskosten.

5.

5.1. Hat der Anspruchsberechtigte oder sein Vertreter Tatsachen, welche die Leistungspflicht des Versicherers ausschliessen oder mindern würden, zum Zwecke der Täuschung unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen oder hat er die ihm nach Massgabe von Art. 39 VVG obliegenden Mitteilungen zum Zwecke der Täuschung zu spät oder gar nicht gemacht, so ist der Versicherer gemäss Art. 40 VVG gegenüber dem Anspruchsberechtigten nicht an den Vertrag gebunden.
In objektiver Hinsicht liegt eine betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs im Sinne von Art. 40 VVG vor, wenn der Anspruchsteller Tatsachen wahrheitswidrig darstellt, die für den Versicherungsanspruch Bedeutung haben (Jürg Nef, in: Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, N. 3 zu Art. 40 VVG; BGE 78 II 278 E. 4 S. 282 oben; vgl. auch Urteile 5C.52/1997 vom 24. Juni 1998 E. 3a und 5C.241/1997 vom 15. Dezember 1997 E. 2c). Es genügt dabei ein Verhalten, welches objektiv eine Irreführung des Versicherers bewirken kann (Nef, a.a.O., N. 17 zu Art. 40 VVG). Unter Art. 40 VVG fällt u.a. das Ausnützen eines Versicherungsfalls durch Vortäuschen eines grösseren Schadens. Dazu gehört namentlich die Aggravation von gesundheitlichen Störungen (Nef, a.a.O., N. 22 zu Art. 40 VVG). Zusätzlich zu den objektiven Voraussetzungen muss als subjektives Element die Täuschungsabsicht hinzutreten, wonach der Anspruchsteller dem Versicherer mit Wissen und Willen unwahre Angaben macht, um einen Vermögensvorteil zu erlangen (Urteile 5C.2/2007 vom 17. Oktober 2007 E. 4.1 und 5C.52/1997 vom 24. Juni 1998 E. 3a mit Hinweis). Täuschungsabsicht ist auch schon gegeben, wenn der Anspruchsteller um die falsche
Willensbildung beim Versicherer weiss oder dessen Irrtum ausnützt, indem er über den wahren Sachverhalt schweigt oder absichtlich zu spät informiert (Nef, a.a.O., N. 23 zu Art. 40 VVG).

5.2. Die Rechtsfolge einer betrügerischen Begründung des Versicherungsanspruchs besteht darin, dass der Versicherer "an den Vertrag nicht gebunden" ist. Er kann somit seine Leistung verweigern und vom Vertrag zurücktreten. Die letztere Möglichkeit - Rücktritt vom Vertrag - besteht indes nur gegenüber dem betrügerischen Anspruchsberechtigten, der gleichzeitig Versicherungsnehmer, also Vertragspartner des Versicherers ist. Gegenüber einer versicherten Drittperson - die nicht Vertragspartei ist - steht ein Rücktritt vom Vertrag nicht zur Disposition. Ist die versicherte Drittperson Anspruchsberechtigte und hat sie ihren Versicherungsanspruch nach Art. 40 VVG betrügerisch begründet, steht dem Versicherer einzig das Recht auf Verweigerung der Leistung zu (Urteil 5C.138/2005 vom 5. September 2005 E. 4.2 mit Hinweisen).

5.3. Der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - hat die Tatsachen zur "Begründung des Versicherungsanspruches" (Marginalie zu Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft demgegenüber die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglich vorgesehenen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (z.B. wegen betrügerischer Begründung des Versicherungsanspruchs: Art. 40 VVG; BGE 130 III 321 E. 3.1 S. 323; Urteil 4A_393/2008 vom 17. November 2008 E. 4.1). Wegen der Schwere des vom Versicherer geäusserten Vorwurfs und der gravierenden Rechtsfolgen sind die Beweisanforderungen hoch, wenn der Versicherer eine betrügerische Anspruchsbegründung geltend macht, die ihm nach Art. 40 VVG das Recht zum Vertragsrücktritt und zur Leistungsverweigerung verleiht (vgl. Nef, a.a.O., N. 57 zu Art. 40 VVG). Da es sich dabei um eine rechtsvernichtende Tatsache zu Lasten des Anspruchsberechtigten handelt, muss der Versicherer den Hauptbeweis leisten.
Ausnahmen vom Regelbeweismass des strikten Beweises, in denen eine überwiegende Wahrscheinlichkeit als ausreichend betrachtet wird, ergeben sich einerseits aus dem Gesetz selbst; anderseits sind sie durch Rechtsprechung und Lehre herausgearbeitet worden. Den Ausnahmen liegt die Überlegung zu Grunde, dass die Rechtsdurchsetzung nicht an Beweisschwierigkeiten scheitern darf, die typischerweise bei bestimmten Sachverhalten auftreten (vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 S. 324; 128 III 271 E. 2b/aa S. 275). Die Beweiserleichterung setzt demnach eine "Beweisnot" voraus. Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn ein strikter Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich oder nicht zumutbar ist, insbesondere wenn die von der beweisbelasteten Partei behaupteten Tatsachen nur

mittelbar durch Indizien bewiesen werden können. Die entsprechenden Überlegungen gelten unabhängig davon, welche Partei beweisbelastet ist. Das Bundesgericht hat denn auch in Bezug auf den vom Versicherer zu erbringenden Beweis der absichtlichen Herbeiführung des versicherten Ereignisses (Art. 14 VVG) bereits entschieden, dass der Versicherer sich ebenfalls auf eine Reduktion des Beweismasses auf den Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit berufen kann, wenn der strikte Beweis
nach der Natur der Sache nicht möglich bzw. nicht zumutbar ist (Urteil 4A_316/2013 vom 21. August 2013 E. 6.2 mit Hinweisen). Es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb diese Beweiserleichterung nicht auch auf die vorliegende Konstellation, namentlich für den Beweis der absichtlichen Herbeiführung des Versicherungsfalls (mit oder ohne Täuschungswille, der naturgemäss nur schwierig zu erbringen ist), Anwendung finden sollte (in diesem Sinne auch Nef, a.a.O., N. 57 zu Art. 40 VVG mit Hinweisen).

5.4. Anzumerken ist, dass Art. 40 VVG einen zivilrechtlichen Tatbestand umschreibt. Seine Merkmale sind, wie hievor dargelegt, objektiv die wahrheitswidrige Darstellung von Fakten, die für den Versicherungsanspruch Bedeutung haben, und subjektiv die Täuschungsabsicht. Der strafrechtliche Betrug im Sinne von Art. 146 StGB ist damit nicht identisch, enthält er doch insbesondere das qualifizierende Element der Arglist. Zudem sind im Strafrecht teilweise unterschiedliche Beweisregeln zu beachten. Trotz des Ausdrucks "betrügerisch" im Marginale ist Art. 40 VVG ausschliesslich nach zivilrechtlichen Kriterien anzuwenden. Ob dem Tatbestand auch strafrechtliche Relevanz zukommt (Betrug oder Betrugsversuch), ist im Art. 40 VVG betreffenden Verfahren nicht zu untersuchen (Urteil 5C.73/1994 vom 21. Dezember 1994 E. 3b mit Hinweis; Nef, a.a.O., N. 3 ff. zu Art. 40 VVG). Eine strafrechtliche Verurteilung des Anspruchstellers wegen Betrugs scheitert oft daran, dass keine Arglist gemäss Art. 146 StGB vorliegt, weil die Überprüfung seiner Falschangaben oder Lügen durch den Versicherer möglich und zumutbar erscheint. Art. 40 VVG erfordert indessen den Nachweis der Arglist nicht, sodass der betrügerische Anspruchsteller aus ihrem Fehlen nichts zu
seinen Gunsten ableiten kann (Nef, a.a.O., N. 5 zu Art. 40 VVG).
Der Umstand, dass das Bundesgericht den gegen den Beschwerdeführer 2 wegen Betrugs am 10./16. Juni 2010 ausgesprochenen und durch das Kantonsgericht St. Gallen mit Urteil vom 21. November 2011 bestätigten Schuldspruch in teilweiser Gutheissung der dagegen gerichteten Beschwerde aufgehoben und die Sache zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen hat (Urteil 6B_125/2012 vom 28. Juni 2012), lässt somit keine (unmittelbaren) Rückschlüsse auf das vorliegende Verfahren zu.

6.

6.1. Am 16. Oktober 2007 war der Beschwerdeführer 2 als Lenker seines Personenwagens in einen Verkehrsunfall verwickelt. Dr. med. D._____, Klinik U._____, diagnostizierte am 22. Oktober 2007 ein cervicocephales Beschleunigungstrauma und bescheinigte bis auf Weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Mit Bericht vom 15. Dezember 2007 bestätigte Dr. med. E._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, die Diagnose und attestierte bis vorerst Ende 2007 ein vollumfänglich eingeschränktes Leistungsvermögen. Gemäss Unfallschein war der Beschwerdeführer 2 sodann weiterhin bis 30. Januar 2008 zu 100 % und danach zu 70 % arbeitsunfähig geschrieben. Im Auftrag der Beschwerdegegnerin wurde der Beschwerdeführer 2 im Zeitraum vom 28. bis 30. November 2007, vom 3. Dezember 2007 bis 8. Februar 2008 und vom 13. bis 25. Februar 2008 während diverser Tage durch die Firma F._____ AG überwacht (Vorermittlungsbericht vom 5. Dezember 2007, Zwischenbericht vom 13. Februar 2008, Anschlussbericht vom 5. März 2008). Am 8. Mai 2008 hatte der Beschwerdeführer 2 sich schliesslich im Rahmen des gegen ihn angehobenen Strafverfahrens beim Untersuchungsgericht St. Gallen einer Einvernahme zu unterziehen. Anlässlich dieser räumte er
ein, kurz nach dem Unfall vom 16. Oktober 2007 ein- oder zweimal im Büro und wegen des Umbaus eines Restaurants in Zermatt gewesen zu sein. Er habe in dieser Zeit nur das Nötigste gemacht. Es sei ihm nichts Anderes übrig geblieben. Er habe vor dem Unfall vom 3. September 1997 zu 100 % gearbeitet. Zwischen 1997 und 2004 sei er nochmals zu 100 % arbeitstätig gewesen, habe aber nie mehr so arbeiten können wie vor dem ersten Unfall. Dies sei zudem nur unter Schmerzen gegangen. Je weiter weg der Unfall gewesen sei, desto schlimmer sei es geworden. Die Schmerzen würden vom Nacken ausgehen und in die Arme ausstrahlen. Es sei so schlimm, dass er mit dem Hauptarm nichts mehr machen könne und Tätigkeiten wie beispielsweise Golf oder Sport ausgeschlossen seien. Seit 2004 sei er nur noch zu 50 % arbeitsfähig, da er sein Pensum schmerzbedingt drastisch habe reduzieren müssen. Deshalb habe er auch begonnen, Sachen auszulagern. An gewissen Tagen sei er zu Hause geblieben; an anderen Tagen habe er zu 70 % gearbeitet. Auf die Frage, weshalb er gegenüber der Versicherung nicht erwähnt habe, dass er in der Zeit zwischen 16. Oktober 2007 und

21. Januar 2008 nicht zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, hielt er fest, dass er nach den Erfahrungen mit den
Ärzten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) der Meinung gewesen sei, es sei besser für ihn, einen worst-case-Tag zu beschreiben. Zudem habe er in der Zeit, als er zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei, die Tage, an denen er nicht habe arbeiten können, auch nicht angegeben. Er habe versucht, so wenig wie möglich zu machen, aber doch das Geschäft am Leben zu erhalten. Teilweise sei er von den Bauherrn aber auch gezwungen worden, sich vor Ort zu zeigen. Er finde nicht, gegenüber Dritten bzw. der Versicherung unrichtige Angaben gemacht zu haben. Jedoch hätte er vielleicht sagen sollen, dass er jeweils einen Tag 100 %, einen 80 %, einen 90 % gearbeitet habe. Sicher habe er auch Angst gehabt, dass er später keine Versicherungsleistungen mehr erhalte, wenn er sie nicht von Beginn an beziehe. Es sei keine Absicht gewesen, an den Versicherungsgeldern etwas zu verdienen. Im Kilometerbereich habe er etwas untertrieben und nicht nur Kunden im Umkreis von 50 Kilometern besucht. Zudem habe er auch Zeit gebraucht, um das Geschäft zu organisieren. Er habe keinen Betrug begangen. So wie es gekommen sei, sei nicht beabsichtigt gewesen. Er habe in einem Dilemma gesteckt.

6.2. Angesicht dieser Verhältnisse hat das kantonale Gericht in tatsächlicher Hinsicht willkürfrei - und damit für das Bundesgericht verbindlich (E. 3.2 hievor) - erkannt, dass der Beschwerdeführer 2 nachweislich in der Zeit nach dem Unfall vom 16. Oktober 2007 für sein Geschäft als Innenarchitekt tätig gewesen ist. Er ist sowohl in seinem Büro in Zürich gesehen wie auch bei diversen geschäftlichen Besprechungen beobachtet sowie auf Baustellen in St. Gallen, Zermatt und Bern angetroffen worden. Bereits auf Grund dieser Faktoren muss davon ausgegangen werden, dass seine Arbeitsfähigkeit nicht, wie gegenüber den behandelnden Ärzten angegeben, in vollständigem Masse eingeschränkt gewesen war. Im Übrigen anerkennt er selber, trotz gemeldeter Arbeitsunfähigkeit für sein Geschäft gearbeitet zu haben. Dies ergibt sich explizit aus seiner Einvernahme vom 8. Mai 2008.
Was in der Beschwerde vorgebracht wird, vermag an dieser vorinstanzlichen Sachverhaltsfeststellung nichts zu ändern.

6.2.1. Als nicht stichhaltig erweist sich der bereits im kantonalen Verfahren vorgebrachte Einwand, es sei lediglich das Nötigste zur Erhaltung des Betriebs unternommen worden. Ob die zugestandenermassen ausgeführten Arbeiten für das Unternehmen betriebswirtschaftlich erforderlich waren oder nicht, ist vorliegend nicht massgeblich. Vielmehr steht fest, dass der Beschwerdeführer 2 seine Tätigkeit als Geschäftsmann ausgeübt hat, obgleich er unter Entgegennahme von Taggeldern gegenüber der Beschwerdegegnerin mittels Arztattesten stets eine vollständige Arbeitsunfähigkeit deklariert hatte.

6.2.2. Ebenfalls nichts zu ihren Gunsten können die Beschwerdeführer mit ihrem Hinweis auf die analoge Anwendbarkeit von Art. 8 Ziff. 3 VVG herleiten, wonach der Versicherer trotz Anzeigepflichtverletzung den Vertrag nicht künden kann, wenn er die von der versicherten Person verschwiegene Tatsache gekannt hat oder hätte kennen müssen. Eine ausdrückliche gesetzliche Pflicht, Unklarheiten und Widersprüche auszuräumen, ist nur für die Phase des Vertragsabschlusses vorgesehen. Die Berufung auf eine analoge Anwendung der erwähnten Norm auf die vorliegende Konstellation geht im Übrigen bereits auf Grund des Umstands fehl, dass sich der Beschwerdeführer 2 mehrmals von sich aus in Missachtung der ihm obliegenden Mitteilungspflicht gegenüber den behandelnden Ärzten - und damit mittelbar gegenüber der Beschwerdegegnerin - wahrheitswidrig im Sinne der Vorspiegelung einer vollständig eingeschränkten Arbeitsfähigkeit geäussert hat. Eine Verpflichtung des Versicherers, allfällige Unklarheiten oder Widersprüche mittels Rückfragen beim Beschwerdeführer 2 zu klären, ist in Anbetracht dieser Sachlage nicht erkennbar. Namentlich kann eine solche auch nicht daraus abgeleitet werden, dass der Beschwerdeführer 2 gegenüber Mitarbeitenden der
Beschwerdegegnerin anmerkte, er müsse sich trotz seines Gesundheitsschadens betrieblich "organisieren". Gerade aus der Tatsache, dass der Beschwerdeführer 2 im Rahmen der strafrechtlichen Einvernahme vom 8. Mai 2008 ausdrücklich angeführt hatte, im fraglichen Zeitraum trotz gegenteiliger Angaben zuhanden der Hausärzte jedenfalls zeitweilig geschäftlichen Verpflichtungen nachgekommen zu sein, ergeben sich beweisrechtlich klare Anhaltspunkte - im Sinne des von der Beschwerdegegnerin zu erbringenden Wahrscheinlichkeitsbeweises (E. 5.3 hievor) - für eine zum Zwecke des Leistungsbezugs absichtlich unrichtige Mitteilung.

6.2.3. Auch der Hinweis in der Beschwerde auf die im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens ermittelte Invalidität - als Gradmesser für die gesundheitlich bedingten Umsatz- und Einkommenseinbussen - lässt kein von der vorinstanzlichen Würdigung abweichendes Ergebnis zu,

zumal diesbezüglich noch kein rechtskräftiger Entscheid vorliegt.

6.2.4. Ebenso wenig lässt sich ferner allein aus dem verkehrstechnischen Gutachten vom 2. Februar 2010 bzw. den biomechanischen Beurteilungen vom 31. Mai sowie 24. Oktober 2011 und den darin enthaltenen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit auf eine offenkundig fehlerhafte Sachverhaltsfeststellung des kantonalen Gerichts schliessen.

6.2.5. Was sodann die Bezugnahme auf die ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten anbelangt, erfolgten diese gerade gestützt auf die entsprechenden Angaben des Beschwerdeführers 2. Der Umstand, dass die Versicherungsleistungen auf der Basis der Arbeits (un) fähigkeitsbescheinigungen der Ärzte und nicht unmittelbar der Aussagen des Beschwerdeführers 2 ausgerichtet wurden, vermag diesen nicht zu entlasten. Der Tatbestand von Art. 40 VVG kann durch eine bewusste Aggravation/Simulation oder aber durch falsche Angaben zur Leistungsfähigkeit gegenüber dem Versicherer oder den Ärzten (im Sinne der in der Bestimmung erwähnten Vertretern) erfüllt werden (E. 5.1 hievor; Nef, a.a.O., N. 22 zu Art. 40 VVG; Stephan Fuhrer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 2011, N. 11.103; vgl. auch Urteil 5C.2/2007 vom 17. Oktober 2007 E. 4.2). Von unvollständigen oder einseitigen Ausführungen des kantonalen Gerichts, wie in der Beschwerde moniert, kann vor diesem Hintergrund nicht die Rede sein.

6.2.6. Soweit die Beschwerdeführer unter Hinweis auf das Gutachten von Frau Dr. med. G._____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 14. Oktober 2013 die Observationsergebnisse gemäss den Berichten der Firma F._____ AG vom 5. Dezember 2007 sowie 13. Februar und 5. März 2008 in Zweifel zieht, braucht darauf nicht näher eingegangen zu werden. Vielmehr beruht die Sachverhaltsdarstellung und die Beweiswürdigung der Vorinstanz in erster Linie auf den Aussagen des Beschwerdeführers 2 anlässlich der untersuchungsrichterlichen Einvernahme vom 8. Mai 2008. Darin gab er eine Arbeitstätigkeit von 80 bis 100 % an und räumte ein, dass er dies der Beschwerdegegnerin hätte mitteilen müssen. Zudem geht aus dem Observationsmaterial die unbestrittene und vom kantonalen Gericht daher ohne Weiteres verwertbare Erkenntnis hervor, dass der Beschwerdeführer 2 nach dem Unfall vom 16. Oktober 2007 zumindest zeitweise Geschäftstermine wahrgenommen hat. Die Frage, ob auf die Resultate der - grundsätzlich zulässigerweise durchgeführten (vgl. Urteil 8C_521/2012 vom 20. Dezember 2012 E. 5.3; angefochtenes Urteil, E. 6; ferner Pascal Grolimond/Alain Villard, in: Basler Kommentar, Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband, 2012, ad N. 60 zu
Art. 40 VVG [Observation]) - Observation abgestellt werden kann (bejahend: die im Anschluss an das Urteil 8C_521/2012 vom 20. Dezember 2012 [E. 5.3] durch den obligatorischen Unfallversicherer veranlasste ärztliche Validierung des Observationsmaterials in Form des Gutachtens des Dr. med. H._____, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, vom 5. Juli 2013), bedarf mithin keiner abschliessenden Beantwortung.

6.2.7. In der Beschwerde wird schliesslich geltend gemacht, der Beschwerdeführer 2 habe gegenüber Mitarbeitenden der Beschwerdegegnerin auf laufende, von ihm zwingend zu begleitende Grossprojekte hingewiesen und um entsprechende Beratung/Betreuung in dieser Situation nachgesucht. Trotz Kenntnis seiner persönlichen und beruflichen Verhältnisse habe die Beschwerdegegnerin es jedoch unterlassen, ihn in irgendeiner Form (Care-Teams, Case-Management etc.) zu unterstützen. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführer lassen sich den Akten keine derartigen Hinweise entnehmen. Aus der einzigen diesbezüglich nachgewiesenen Bemerkung des Beschwerdeführers 2, "er müsse sich organisieren", vermag er, wie bereits hievor dargelegt, keine durch die Beschwerdegegnerin begangene Pflichtverletzung durch unterlassene Abklärungen ihrerseits aufzuzeigen. Im Übrigen sind berufliche Eingliederungsmassnahmen im Sinne justiziabler Leistungsansprüche nicht einmal Aufgabe der obligatorischen Unfallversicherung. Diese kann - muss aber nicht - der versicherten Person berufliche Unterstützung durch einen Case-Manager bieten (vgl. Urteil 8C_78/2011 vom 26. Mai 2011 E. 7.2). Vergleichbare Vorkehren sieht die Beschwerdegegnerin in ihren Versicherungsbedingungen
nicht vor bzw. setzten jedenfalls ein entsprechendes, nachweisbar gestelltes Gesuch voraus. Weitere Abklärungen und Beweismassnahmen, so namentlich die von den Beschwerdeführern beantragte Befragung von Mitarbeitenden der Beschwerdegegnerin als Zeugen, vermöchten an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Im Verzicht der Vorinstanz auf die Abnahme weiterer Beweise liegt somit keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör vor (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148).

6.3. In objektiver Hinsicht steht zusammenfassend mit dem kantonalen Gericht fest, dass der Beschwerdeführer 2 nach Massgabe von Art. 40 VVG zumindest Tatsachen, die geeignet sind, die

Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auszuschliessen oder zu mindern, verschwiegen hat. Nach der Aktenlage kann sogar davon ausgegangen werden, dass leistungsrelevante Fakten unrichtig mitgeteilt wurden. Der Entscheid darüber, ob sich das Ausführen "gewisser, notwendiger Arbeiten" leistungsmindernd auswirkt oder nicht, ist vom - entsprechend informierten - Versicherer, nicht aber vom Versicherten selber zu fällen. Eine diesbezügliche Mitteilungspflicht besteht entgegen den Vorbringen in der Beschwerde sehr wohl. Auch die subjektiv erforderliche Täuschungsabsicht ist sodann mit der Vorinstanz zu bejahen. Der Beschwerdeführer 2 muss sich im Sinne eines grob unsorgfältigen Verhaltens vorwerfen lassen, dass er es zum einen pflichtwidrig unterlassen hat, die Beschwerdegegnerin über seine berufliche Betätigung zu orientieren. Zum andern liess er durch die involvierten Ärzte zuhanden des Versicherers stets eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, obgleich eine solche offensichtlich nicht (mehr) gegeben war (vgl. auch Nef, a.a.O., N. 61 und 65 zu Art. 40 VVG).
Eine bundesrechtswidrige Anwendung von Art. 40 VVG ist nach dem Gesagten zu verneinen. Da der Beschwerdeführer 2 auf Grund seiner Stellung als Geschäftsführer und damit als Organ die Handlungen der Beschwerdeführerin 1 geprägt hat, ist ihr sein Verhalten als ihr eigenes Verhalten anzurechnen (Nef, a.a.O., N. 10 zu Art. 40 VVG). Die Beschwerdegegnerin war damit nicht länger an die mit der Beschwerdeführerin 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge gebunden und durfte davon zurücktreten (E. 5.2 hievor). Für die ab dem 16. Oktober 2007 erbrachten Leistungen steht ihr ferner ein - in betraglicher Hinsicht unbestrittener - Rückerstattungsanspruch von insgesamt Fr. 35'755.-- zu. Auch die Überwälzung der Überwachungskosten in der Höhe von Fr. 10'000.-- erweist sich sodann nach den zutreffenden, jedenfalls aber nicht offenkundig fehlerhaften Ausführungen im angefochtenen Urteil als gerechtfertigt. Die Verzugs- und Schadenszinsberechnung wird nicht weiter beanstandet, sodass es folglich beim vorinstanzlichen Urteil bleibt.

7.
Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind die Gerichtskosten zu gleichen Teilen und unter solidarischer Haftbarkeit von den Beschwerdeführern zu tragen (Art. 66 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 5 BGG). Überdies haben sie die Beschwerdegegnerin für das bundesgerichtliche Verfahren zu entschädigen (Art. 68 Abs. 2 und 4 BGG). Die Parteientschädigung wird nach der Praxis des Bundesgerichts auf Fr. 2'500.-- festgelegt.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Der Antrag um Sistierung des Verfahrens wird abgewiesen.

2.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

3.
Die Gerichtskosten von Fr. 2'000.-- werden den Beschwerdeführern unter solidarischer Haftbarkeit auferlegt.

4.
Die Beschwerdeführer haben die Beschwerdegegnerin für das bundesgerichtliche Verfahren unter solidarischer Haftbarkeit mit Fr. 2'500.-- zu entschädigen.

5.
Dieses Urteil wird den Parteien und dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau schriftlich mitgeteilt.

Lausanne, 3. März 2015

Im Namen der I. zivilrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Die Präsidentin: Kiss

Die Gerichtsschreiberin: Fleischanderl