Tribunal fédéral – 4A_10/2026
Ire Cour de droit civil
Arrêt du 22 mai 2026

Assurances privées

Assurance en cas d'incapacité de gain, libération du paiement des primes, conditions générales d'assurance, incorporation au contrat, perte de gain, distinction avec l'assurance-invalidité

Art. 3 LCA ; 8 CC

Dans le contexte d'une assurance-vie prévoyant des prestations en cas de vie et de décès, ainsi qu'en cas d'incapacité de gain sous forme d'une **libération du paiement des primes**, un litige oppose l'assureur et l'assuré à propos des conditions auxquelles cette prestation était due.

Le litige porte en premier lieu sur la question de l'**intégration au contrat des « Conditions complémentaires pour les assurances en cas d'incapacité de gain 10.99 »**, l'assuré soutenant qu'il ne les avait ni reçues lors de la conclusion du contrat, ni été rendu attentif à leur existence. Le TF rappelle que les conditions générales d'assurance ne déploient leurs effets entre les parties que si celles-ci les ont intégrées, expressément ou tacitement, à leur contrat. Elles ne peuvent être couvertes par le consentement que si la partie qui y adhère a eu, au moment de la conclusion du contrat, la possibilité d'en prendre connaissance de manière raisonnable (règle de l'accessibilité). En matière d'assurance, l'art. 3 al. 2 LCA prévoit en outre que le preneur d'assurance doit être en possession des conditions générales lorsqu'il propose ou accepte le contrat. En cas d'acceptation globale des conditions générales sans en avoir pris connaissance, la **règle de l'insolite** exclut du consentement les clauses inhabituelles sur lesquelles l'adhérent n'a pas été spécialement rendu attentif.

En l'espèce, l'offre et la police mentionnaient des informations complémentaires et renvoyaient aux conditions générales ainsi qu'aux conditions complémentaires relatives à l'assurance en cas d'incapacité de gain. Dans ces circonstances, le TF a considéré qu'il n'était pas arbitraire de retenir que l'assuré avait disposé de ces conditions lors de la conclusion du contrat et avait ainsi eu la possibilité d'en prendre connaissance. A défaut, la couverture convenue en cas d'incapacité de gain aurait par ailleurs été régie par une réglementation contractuelle incomplète. Le TF confirme dès lors que les conditions complémentaires ont été **valablement incorporées au contrat d'assurance**.

Le TF examine ensuite la **condition matérielle donnant droit à la libération du paiement des primes**. Les conditions complémentaires prévoyaient que, pour une personne exerçant une activité lucrative, **le degré d'incapacité de gain est déterminé sur la base de la perte de gain**. Le revenu obtenu avant la survenance de l'incapacité doit être comparé avec celui qui est encore obtenu, ou qui pourrait être obtenu sur un marché du travail équilibré, après sa survenance. La différence, exprimée en pourcentage du revenu antérieur, détermine le degré d'incapacité de gain. Une méthode fondée sur la comparaison des activités n'était prévue que pour les personnes n'exerçant aucune activité lucrative ou seulement une activité partielle dans les circonstances définies par les conditions d'assurance.

Or, l'assuré s'était présenté, lors de la conclusion des contrats ainsi que dans les déclarations de sinistre ultérieures, comme commerçant ou entrepreneur exerçant une activité indépendante. L'assureur pouvait donc partir du principe qu'il exerçait son activité professionnelle à plein temps. La méthode applicable était ainsi celle de la **comparaison des revenus**, conformément aux conditions contractuelles. Il ressortait en outre des faits retenus par les instances cantonales que L'assuré conservait, dans une activité adaptée à son état de santé, une capacité de travail de 30 %, laquelle lui permettait de réaliser un revenu supérieur à son revenu valide effectif. Il ne subissait dès lors **aucune perte de gain au sens des conditions d'assurance**.

Le TF souligne à cet égard que **l'évaluation effectuée dans le cadre de l'assurance privée est indépendante de celle opérée par les assurances sociales**. Le fait que l'assurance-invalidité ait appliqué la méthode mixte n'impose pas à l'assureur privé d'en faire de même. L'AI statue sur la base des règles du droit des assurances sociales, notamment de la LPGA et de la LAI, tandis que les

rapports entre l'assuré et l'assureur sont régis par les dispositions contractuelles et par le droit des assurances privées, notamment la LCA. **Les règles contractuelles sont donc déterminantes en premier lieu**.

En conséquence, une atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail ne suffit pas, en l'espèce, à ouvrir le droit aux prestations. Les conditions d'assurance exigeaient également la survenance **d'une perte de gain effective au sens du contrat**. Une telle perte faisant défaut, l'assuré ne pouvait prétendre à la libération du paiement des primes ni au remboursement des primes versées pour les années litigieuses. Le TF rejette le recours.

Auteure : Carol Tissot, avocate à Genève

Beschwerde gegen den Entscheid des Kantonsgerichts St. Gallen, III. Zivilkammer, vom 3. September 2025 (BO.2024.14-K3).

Sachverhalt :

A.
A. (Beschwerdeführer) schloss im Juli/August 2000 mit der C. Versicherung (später D. AG, heute B. AG ; Beschwerdegegnerin) eine Lebensversicherung mit Leistungen im Erlebens- und Todesfall sowie bei Erwerbsunfähigkeit ab. Die Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit bestanden in der Prämienbefreiung für die gesamte Vertragsdauer vom 1. August 2000 bis 1. August 2028. Als Jahresprämie wurden Fr. 10'598.10 vereinbart.

Aufgrund zweier Unfälle mit folgender Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 28. Januar 2010 bezahlte der Beschwerdeführer vom 1. August 2010 bis zum 31. Juli 2017 im Gesamtbetrag von Fr. 74'186.70 keine Prämien.

Ab Januar 2018 bezahlte der Beschwerdeführer die Versicherungsprämien wieder, wobei sich die Parteien über die Pflicht hierzu nicht einig waren. Hintergrund der Differenzen waren abweichende Auffassungen über die Versicherungsbedingungen.

B.

B.a. Am 23. November 2022 erhob der Beschwerdeführer beim Kreisgericht See-Gaster Klage und beantragte, die Beschwerdegegnerin sei unter Nachklagevorbehalt zu verpflichten, ihm für die Jahre 2017 und 2018 je Fr. 10'598.10 zuzüglich Zins zu 5 % zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin beantragte die Abweisung der Klage, soweit darauf einzutreten sei, und widerklageweise, es sei festzustellen, dass sie dem Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der Forderung aus Versicherungsvertrag im Betrag von Fr. 84'784.30 zuzüglich Zins insgesamt nichts schulde. Eventualiter sei der Beschwerdeführer zu verpflichten, ihr Fr. 74'186.70 zuzüglich Zins für zu viel erbrachte Prämienbefreiung zurückzubezahlen.

B.b. Das Kreisgericht wies die Klage am 24. Januar 2024 ab und stellte in Gutheissung der Widerklage fest, dass die Beschwerdegegnerin nicht zur Rückerstattung von vom Beschwerdeführer seit dem 1. August 2017 bezahlten Prämien verpflichtet sei.

Das Kantonsgericht St. Gallen wies die Berufung des Beschwerdeführers am 3. September 2025 ab.

C.
Mit Beschwerde in Zivilsachen beantragt der Beschwerdeführer, die Klage sei gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin sei unter Nachklagevorbehalt zu verpflichten, ihm Fr. 10'598.10 nebst Zins zu 5 % seit 1. August 2018 und Fr. 10'598.10 nebst Zins zu 5 % seit 1. August 2019 zu bezahlen, und die

Widerklage sei abzuweisen. Eventualiter sei die Sache zu neuer Beurteilung an das Kantonsgericht zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin hat die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei, beantragt. Anlässlich eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Erwägungen :

1.
Der angefochtene Entscheid ist ein Endentscheid (Art. 90 BGG) einer Vorinstanz im Sinne von Art. 75 BGG. Der Streitwert erreicht die Grenze von Fr. 30'000.- gemäss Art. 74 Abs. 1 lit. b BGG, da vorliegend der Streitwert der Widerklage gemäss Art. 53 Abs. 2 BGG zu berücksichtigen ist und dieser die Grenze erreicht ; massgebend hierfür sind die Begehren, die vor der Vorinstanz streitig geblieben sind (Art. 51 Abs. 1 lit. a BGG). Auch die übrigen Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor und geben zu keinen Bemerkungen Anlass. Auf die Beschwerde ist unter Vorbehalt einer hinreichenden Begründung (Art. 42 Abs. 2 und Art. 106 Abs. 2 BGG) grundsätzlich einzutreten.

2.

2.1. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Mit Blick auf die allgemeinen Begründungsanforderungen (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG) behandelt es aber grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind. Es ist jedenfalls nicht gehalten, wie ein erstinstanzliches Gericht alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu untersuchen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen werden (BGE 140 III 86 E. 2 mit Hinweisen).

2.2. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Dazu gehören sowohl die Feststellungen über den streitgegenständlichen Lebenssachverhalt als auch jene über den Ablauf des vor- und erstinstanzlichen Verfahrens, also die Feststellungen über den Prozesssachverhalt (BGE 140 III 16 E. 1.3.1). Das Bundesgericht 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 143 IV 241 E. 2.3.1). Überdies muss die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein können (Art. 97 Abs. 1 BGG).

Für eine Kritik am festgestellten Sachverhalt gilt das strenge Rügeprinzip nach Art. 106 Abs. 2 BGG (BGE 140 III 264 E. 2.3 mit Hinweisen). Die Partei, welche die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz anfechten will, muss klar und substanziiert aufzeigen, inwiefern diese Voraussetzungen erfüllt sein sollen. Wenn sie den Sachverhalt ergänzen will, hat sie zudem mit präzisen Aktenhinweisen darzulegen, dass sie entsprechende rechtsrelevante Tatsachen und taugliche Beweismittel bereits bei den Vorinstanzen prozesskonform eingebracht hat (BGE 140 III 86 E. 2). Genügt die Kritik diesen Anforderungen nicht, können Vorbringen mit Bezug auf einen Sachverhalt, der vom angefochtenen Entscheid abweicht, nicht berücksichtigt werden (BGE 140 III 16 E. 1.3.1 mit Hinweisen).

3.
Zwischen den Parteien ist streitig, ob die « Zusatzbedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen 10.99 » (Zusatzbedingungen) Vertragsbestandteil wurden und wenn ja, wie der Begriff der Erwerbsunfähigkeit zu verstehen sowie die Versicherungsleistungen zur Prämienbefreiung zu berechnen sind. Der Beschwerdeführer macht geltend, er habe die Zusatzbedingungen bei Vertragsschluss weder erhalten noch sei er darauf hingewiesen worden. Er kritisiert ausserdem die Beweislastverteilung durch die Vorinstanz.

3.1.

3.1.1. Allgemeine Geschäftsbedingungen sind Vertragsbestimmungen, die im Hinblick auf den künftigen Abschluss einer Vielzahl von Verträgen generell vorformuliert wurden. Sie haben von sich heraus keine Geltung zwischen den Parteien und gelten nur insoweit, als sie die Parteien für ihren Vertrag ausdrücklich oder konkludent übernommen haben (BGE 118 II 295 E. 2a).

In einem ersten Schritt ist daher zu prüfen, ob die Allgemeinen Geschäftsbedingungen Vertragsbestandteil sind. Ist dies der Fall, gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen nur, wenn keine individuellen Abreden bestehen, die von den allgemeinen Bedingungen abweichen (Vorrang der Individualabrede ; BGE 135 III 225 E. 1.4 ; 125 III 263 E. 4b/bb ; 123 III 35 E. 2c/bb). Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen können nur dann vom Konsens erfasst sein, wenn die zustimmende Partei bei Vertragsschluss zumindest die Möglichkeit hatte, von ihrem Inhalt in einer zumutbaren Weise Kenntnis zu nehmen (sog. Zugänglichkeitsregel ; vgl. BGE 139 III 345 E. 4.4 ; 77 II 154 E. 4). Für den Versicherungsvertrag bestimmt Art. 3 Abs. 2 VVG darüber hinaus, dass der Versicherungsnehmer im Besitz der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sein muss, wenn er den Versicherungsvertrag beantragt oder annimmt.

Stimmte die Partei der Übernahme der Allgemeinen Geschäftsbedingungen global zu, d.h. ohne diese zu lesen, zur Kenntnis zu nehmen oder deren Tragweite zu verstehen (sog. Globalübernahme ; BGE 119 II 443 E. 1a ; 109 II 452 E. 4), wird die Geltung Allgemeiner Geschäftsbedingungen durch die sog. Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt : Der Verfasser von Allgemeinen Geschäftsbedingungen muss nach dem Vertrauensgrundsatz davon ausgehen, dass der Vertragspartner ungewöhnlichen Klauseln nicht zustimmt. Entsprechend sind von der global erklärten Zustimmung alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die zustimmende Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist. Die Ungewöhnlichkeit beurteilt sich aus der Sicht des Zustimmenden im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls (BGE 138 III 411 E. 3.1 ; 135 III 1 E. 2.1, 225 E. 1.3 ; 119 II 443 E. 1a). Das Bundesgericht prüft die Anwendung der Ungewöhnlichkeitsregel als Rechtsfrage frei (Art. 106 Abs. 1 BGG ; BGE 142 V 466 E. 6.2 ; 140 V 50 E. 2.3). Es ist dabei an die Feststellungen der kantonalen Gerichte über die äusseren Umstände sowie das Wissen und Wollen der Beteiligten grundsätzlich gebunden (Art. 105 Abs. 1 BGG ; BGE 138 III 411 E. 3.4).

3.1.2. Haben die Parteien die Allgemeinen Geschäftsbedingungen in den Vertrag übernommen, ist in einem zweiten Schritt der Inhalt durch Auslegung zu ermitteln.

Allgemeine Geschäftsbedingungen sind grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen. Entscheidend ist demnach in erster Linie der übereinstimmende wirkliche Wille der Vertragsparteien und in zweiter Linie, falls ein solcher nicht festgestellt werden kann, die Auslegung der Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips. Dabei ist vom Wortlaut der Erklärungen auszugehen, welche jedoch nicht isoliert, sondern aus ihrem konkreten Sinngefüge heraus zu beurteilen sind. Auch wenn der Wortlaut auf den ersten Blick klar erscheint, darf es also nicht bei einer reinen Wortauslegung sein Bewenden haben. Vielmehr sind die Erklärungen der Parteien so auszulegen, wie sie nach ihrem Wortlaut und Zusammenhang sowie den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten.

Das Gericht hat auch den vom Erklärenden verfolgten Regelungszweck zu beachten, wie ihn der Erklärungsempfänger in guten Treuen verstehen durfte und musste (BGE 146 V 28 E. 3.2 ; 142 III 671 E. 3.3 ; 140 III 391 E. 2.3). Für die Auslegung einer von der einen Vertragspartei aufgesetzten Vertragsbestimmung ist demnach entscheidend, welches Regelungsziel die andere Vertragspartei darin als redliche Geschäftspartnerin vernünftigerweise erkennen durfte und musste. Dabei ist für den

Regelfall anzunehmen, dass der Erklärungsempfänger davon ausgehen durfte, der Erklärende strebe eine vernünftige, sachgerechte Regelung an. Das Bundesgericht überprüft die objektivierte Auslegung von Willenserklärungen als Rechtsfrage, wobei es an Feststellungen des kantonalen Gerichts über die äusseren Umstände sowie das Wissen und Wollen der Beteiligten grundsätzlich gebunden ist (Art. 105 Abs. 1 BGG ; BGE 146 V 28 E. 3.2 ; 144 III 93 E. 5.2.3 ; 142 III 671 E. 3.3 ; 140 III 391 E. 2 ; 135 III 1 E. 2g ; 131 III 606 E. 4.2 ; 130 III 417 E. 3.2 ; 129 III 702 E. 2.4.1 ; zum Ganzen BGE 148 III 57 E. 2 mit zahlreichen Hinweisen).

3.1.3. Nach der auch im Bereich des Versicherungsvertrags geltenden Grundregel von Art. 8 ZGB hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, jene Partei das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, die aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Gegenpartei die Beweislast für diejenigen Tatsachen trägt, die zur Aufhebung oder zum Verlust des Anspruchs führen.

Ein Beweis gilt als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit kann nicht verlangt werden. Es genügt, wenn das Gericht am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel als leicht erscheinen (BGE 149 III 218 E. 2.2.3 ; 148 III 105 E. 3.3.1, 134 E. 3.4.1 ; Urteile 4A_636/2025 vom 18. Februar 2026 E. 3.1.1 ; 4A_589/2024 vom 23. April 2025 E. 3.1.1).

3.2. Die Vorinstanz befasste sich zunächst mit der Frage, ob die Zusatzbedingungen Vertragsbestandteil wurden, was sie bejahte.

3.2.1. Sie verwies hierfür zunächst auf die Erwägungen der Erstinstanz. Diese hatte erwogen, zwar sei der unterschriftlichen Bestätigung des Beschwerdeführers im Rahmen des Vertragsschlusses nicht zu entnehmen, dass er die Zusatzbedingungen global übernommen habe. Dass die Parteien verschiedene Risiken, nämlich Leistungen im Todes- und Erlebensfall sowie als Zusatzversicherung eine Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit vereinbart hätten, spreche aber für eine Übernahme der für diese Risiken bestehenden Versicherungsbedingungen. Andernfalls läge mit den unbestrittenermassen vereinbarten « Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Einzellebensversicherungen » eine unvollständige vertragliche Regelung vor. Davon habe der Beschwerdeführer nach Treu und Glauben nicht ausgehen dürfen. Auch habe er der Beschwerdegegnerin nicht widersprochen, als diese im Rahmen der einstweiligen Gewährung der Prämienbefreiung auf die Zusatzbedingungen Bezug genommen habe. Ohnehin wäre es am Beschwerdeführer gewesen, den Nichterhalt der Zusatzbedingungen in diesem Verfahren zu behaupten und zu beweisen, da er den Erhalt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen unterschriftlich bestätigt habe. Daraus ergebe sich, dass die Zusatzbedingungen kraft Globalübernahme zum Bestandteil des Lebensversicherungsvertrags geworden seien. Die Ungewöhnlichkeitsregel hindere die Globalübernahme nicht. Die Bestimmungen betreffend Prämienbefreiung seien nicht ungewöhnlich, sondern vertragstypisch.

Der Beschwerdeführer habe sich in der Berufung nicht mit den vorstehenden Erwägungen der Erstinstanz auseinandergesetzt und insbesondere nicht dargelegt, dass und weshalb deren Schlussfolgerung, wonach die Zusatzbedingungen kraft Globalübernahme zum Bestandteil des im Jahr 2000 abgeschlossenen Lebensversicherungsvertrags geworden seien, unrichtig sein soll. Davon sei in der Folge auszugehen.

3.2.2. Sodann stehe, entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers, fest, dass die Prämienbefreiung bereits im ursprünglichen Vertrag mitversichert gewesen und nicht erst 2002 durch einen Zusatz der damaligen Rechtsnachfolgerin, der E. AG, vereinbart worden sei. Es könne daher offen bleiben, ob die entsprechende Behauptung des Beschwerdeführers im Berufungsverfahren rechtzeitig

erfolgt sei. Zutreffend sei zwar, dass er im Jahr 2002 eine zusätzliche Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung abgeschlossen habe, die wiederum eine Prämienbefreiung im Schadensfall zum Gegenstand gehabt habe. Jedoch ergebe sich weder aus den Akten noch aus den Parteivorbringen, dass dieser Versicherungsvertrag und der vorliegend streitige, erste Vertrag miteinander verknüpft worden und sich folglich letzterer durch ersteren verändert haben könnte. Vielmehr sei der umstrittene Versicherungsvertrag mit allen Rechten und Pflichten zuerst von der C.-Versicherung an die E. AG und von dieser auf die Beschwerdegegnerin übergegangen. Gegenteiliges sei weder ersichtlich noch werde es substantiiert behauptet. Namentlich habe der Beschwerdeführer nicht dargelegt, welche Versicherungsbedingungen der E. AG seiner Ansicht nach massgebend sein sollen.

Aus dem Schreiben der E. AG vom 13. April 2010, worin die Versicherung den Abschluss der zusätzlichen Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung bestätigt habe, könne der Beschwerdeführer nichts für sich ableiten. Darin werde zwar vereinfachend von « Vertrag » gesprochen und pauschal auf die « Allgemeinen Versicherungsbedingungen » verwiesen. Es würden aber zwei Policen mit unterschiedlicher Versicherungsdeckung angeführt, sodass sich daraus klar ergebe, dass zwei verschiedene Verträge mit unterschiedlichem Inhalt zur Diskussion stünden. Sodann würden im Schreiben zwei Voraussetzungen für Versicherungsleistungen genannt, einerseits eine medizinisch objektiv nachgewiesene Schädigung, die die versicherte Person an der Ausübung ihres Berufes oder Aufgabenbereichs hindert, und andrerseits einen dadurch verursachten Erwerbsausfall oder einen entsprechenden finanziellen Nachteil. Aus der Formulierung könne daher nicht geschlossen werden, dass allein die medizinische Beeinträchtigung im angestammten Beruf oder Aufgabenbereich leistungsbegründend wäre. Im Übrigen habe die Versicherung die Pramienbefreiung ausdrücklich ohne Anerkennung einer Rechtspflicht gewährt und eine Korrektur der Leistungen sowie allfällige Rückforderung vorbehalten.

3.3. In der Folge nahm die Vorinstanz eine Vertragsauslegung vor. Zwischen den Parteien war insbesondere streitig, ob die Versicherungsleistungen einen Erwerbsausfall oder lediglich eine gesundheitliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit voraussetzen und, ob der Beschwerdeführer als teilweise Erwerbstätiger zu betrachten und die Einschränkung im angestammten Bereich als Hausmann ebenfalls zu berücksichtigen ist. Die Vorinstanz kam zum Schluss, dass die Versicherungsbedingungen einen Erwerbsausfall verlangen und, dass die Einschränkung im angestammten Bereich nicht zu berücksichtigen sei.

3.3.1. Die Vorinstanz erwog zunächst, der Beschwerdeführer mache im Berufungsverfahren erstmals geltend, er sei im Zeitpunkt des Unfalls Hausmann und in Teilzeit selbständigerwerbend gewesen. Damit sei er nicht zu hören, da er weder darlege noch ersichtlich sei, weshalb er dies nicht bereits früher hätte vorbringen können. Gleiches gelte für seine Behauptung, wonach er aufgrund der einzunehmenden Medikamente an kognitiven Einschränkungen und ausgeprägter Diarrhoe leide und regelmässig physiotherapeutisch behandelt werden müsse.

Sodann habe der Beschwerdeführer die Behauptung der Beschwerdegegnerin, wonach er in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit zu 30 % arbeitsfähig sei und damit ein Invalideneinkommen erzielen könne, welches über dem (effektiven) Valideneinkommen liege, im erstinstanzlichen Verfahren nicht bestritten. Folglich habe die Erstinstanz zu Recht darauf abgestellt und sei der Beschwerdeführer nicht mehr zu hören, wenn er neu vorbringe, er sei für Verweisungstätigkeiten nur zu 18 % arbeitsfähig.

3.3.2. Die massgebenden Bestimmungen zur Prämienbefreiung in den Zusatzbedingungen lauten wie folgt :

« Grad der Erwerbsunfähigkeit (Ziff. 3.4)

Bei Versicherten, die eine Erwerbstätigkeit ausüben, wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit aufgrund des Erwerbsausfalls ermittelt. Hierzu wird das Erwerbseinkommen, das der Versicherte vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erzielt hat, mit demjenigen verglichen, das nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit noch erzielt wird oder bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt erzielt werden könnte. Die Differenz, ausgedrückt in Prozenten des bisherigen Einkommens, ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit.

Zur Bestimmung des Erwerbsausfalls bei Arbeitnehmern mit schwankendem oder unregelmässigem Einkommen (Arbeit auf Provisionsbasis, Temporärbeschäftigung, saisonabhängiges Einkommen etc.) und bei Selbständigerwerbenden wird der Durchschnitt des AHV-pflichtigen Einkommens der dem Beginn der Erwerbsunfähigkeit vorangehenden zwei vollen Kalenderjahre herangezogen. Bei den übrigen Erwerbstätigen gilt das AHV-pflichtige Einkommen im Kalendermonat vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit als Vergleichsbasis.

Erwerbsunfähigkeit bei nicht oder nur teilweise Erwerbstätigen (Ziff. 3.5)
Ist der Versicherte beim Vertragsabschluss nicht erwerbstätig oder gibt er seine Erwerbstätigkeit aus nicht gesundheitlichen Gründen während der Vertragsdauer auf, so wird zur Bestimmung des Grades der Unfähigkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, bei teilweise Erwerbstätigen neben dem Erwerbsausfall, bzw. anstelle dessen bei nicht Erwerbstätigen, ein Tätigkeitsvergleich angestellt, indem wir die Tätigkeiten vor und nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit bemessen, gewichten und anschliessend vergleichen. Die Differenz, ausgedrückt in Prozenten der bisherigen Tätigkeit, ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit. »

3.3.3. Sodann führte die Vorinstanz aus, nach den vorstehend genannten Bestimmungen sei der Grad der Erwerbsunfähigkeit bei erwerbstätigen Personen durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Etwas anderes würde nur dann gelten, wenn die versicherte Person bereits bei Vertragsabschluss nicht oder nur in Teilzeit erwerbstätig sei oder ihre Erwerbstätigkeit während der Vertragsdauer aus nicht gesundheitlichen Gründen reduziert bzw. aufgegeben hätte.

Die Beschwerdegegnerin vermöge diesbezüglich zu belegen, dass sich der Beschwerdeführer in den Versicherungsanträgen an die C.-Versicherung vom 21. Juli 2000 als « Kaufmann (Andere) » und « angestellt » und in einem späteren Versicherungsantrag vom 25. März 2002 an die E. AG als « Kaufmann » in selbständiger Stellung bezeichnet habe. Auch in den Schadensmeldungen vom März 2010 und Oktober/November 2011 habe der Beschwerdeführer eine Tätigkeit als « Unternehmer » in selbständiger Stellung resp. als « Handelskaufmann » in selbständiger Stellung deklariert. Aufgrund dieser Angaben und der gemeldeten Einkommen habe die Beschwerdegegnerin davon ausgehen dürfen, dass der Beschwerdeführer als Selbständigerwerbender im Vollpensum arbeiten und nicht nur eine teilzeitliche Berufstätigkeit ausüben würde. Der Beschwerdeführer mache denn auch nicht geltend, dass die Beschwerdegegnerin oder deren Vorgängerinnen um seine tatsächliche Erwerbssituation gewusst hätten oder hätten wissen müssen. Im Übrigen habe er nicht substanziiert dargelegt, wie sich seine Erwerbssituation konkret dargestellt oder im Zeitverlauf verändert habe. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Ermittlung der Erwerbsunfähigkeit nach der gemischten Methode (Ziffer 3.5 der Bestimmungen) komme somit nicht zur Anwendung.

Die Ermittlung des Grads der Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers stütze sich daher auf Ziff. 3.4 der Zusatzbedingungen und stelle auf einen Einkommensvergleich ab. Diese Vorgehensweise werde nicht dadurch in Frage gestellt, dass die Invalidenversicherung beim Beschwerdeführer die gemischte Methode angewandt habe. Die Invalidenversicherung habe bei ihrem Entscheid auf die sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen, namentlich das ATSG und das IVG, abzustellen. Für die hier interessierende Versicherungspolice seien hingegen die vertraglichen Regelungen sowie die privatversicherungsrechtlichen Normen, namentlich das VVG, anwendbar. Beim Beschwerdeführer sei, wie dargelegt, trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen nicht von einem Einkommensverlust

auszugehen. Folglich habe er keinen Anspruch auf die geltend gemachte Prämienbefreiung für die Jahre 2017 und 2018 bzw. keinen Anspruch auf Rückerstattung der in diesem Zeitraum bezahlten Prämien. Die Berufung sei abzuweisen.

3.4. Die vorstehend zusammengefassten Erwägungen der Vorinstanz sind überzeugend. Es ist nicht ersichtlich oder hinreichend dargetan, dass sie in tatsächlicher Hinsicht in Willkür verfallen wäre oder sonst, namentlich im Zusammenhang mit dem Vertragsschluss sowie der Vertragsauslegung, Bundesrecht verletzt hätte.

3.4.1. Der Beschwerdeführer weist selbst daraufhin, dass in der Vertragsofferte und der Vertragspolice Zusatzinformationen erwähnt wurden und auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Einzellebensversicherungen sowie die dazugehörigen Zusatzbedingungen der Vorsorge-Versicherung verwiesen wurde. Unter diesen Umständen ist es naheliegend anzunehmen, dem Beschwerdeführer hätten bei Vertragsschluss auch die hier streitigen Zusatzbedingungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Erwerbsunfähigkeitsversicherung vorgelegen und er habe daher die Möglichkeit gehabt, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (vgl. oben E. 3.1.1). Dass der Beschwerdeführer dies unter Hinweis auf seine fehlende unterschriftliche Bestätigung bestritt, macht die gegenteilige Annahme der Vorinstanz nicht willkürlich. Dies gilt umso mehr, als sie überzeugend begründet, dass andernfalls mit Bezug auf die hier streitige Frage der Erwerbsunfähigkeitsversicherung eine unvollständige vertragliche Regelung vorliegen würde. Der Beschwerdeführer bestreitet dies nicht. Entgegen seiner Auffassung bedeutet es keine Umkehr der Beweislast, wenn die Vorinstanz unter den gegebenen Umständen von ihm verlangte, den Nichterhalt der Zusatzbedingungen zu beweisen, bzw. die gegenteilige Vermutung umzustossen. Auf die diesbezüglichen Einwände des Beschwerdeführers hinsichtlich der Relevanz des von der Vorinstanz zitierten Bundesgerichtsurteils (Urteil 4A_213/2014 vom 26. Juni 2014 E. 2.3.2) braucht nicht eingegangen zu werden. Ebenso wenig verletzte die Vorinstanz Bundesrecht, indem sie zum Schluss gelangte, die von der Rechtsprechung für die Globalübernahme Allgemeiner Versicherungsbedingungen statuierten Voraussetzungen seien erfüllt und die Zusatzbedingungen seien zum Bestandteil des Lebensversicherungsvertrags geworden.

3.4.2. Was der Beschwerdeführer sonst gegen die vorinstanzliche Beweiswürdigung vorbringt, ändert am Beweisergebnis nichts.

So leuchtet nicht ein, was er mit Bezug auf die Frage der Globalübernahme der streitigen Zusatzbedingungen aus dem Umstand ableiten will, dass zwischen einer Lebensversicherung und einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung ein grundsätzlicher Unterschied besteht, was die Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit anbelangt. Eine gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit sei nur einer von mehreren Anwendungsfällen für eine mögliche Prämienbefreiung - denkbar sei etwa auch eine freiwillige Arbeitsaufgabe. Jedoch macht der Beschwerdeführer weder eine solche geltend, noch bestreitet er, dass er sowohl eine Lebensversicherung als auch eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung mit Prämienbefreiung abschloss. Es ist daher naheliegend, mithin nicht willkürlich, anzunehmen, dass ihm bei Vertragsschluss auch die diesbezüglichen Allgemeinen Vertragsbedingungen und Zusatzbedingungen vorlagen. Darauf wurde bereits hingewiesen (vgl. oben E. 3.4.1).

Mit Bezug auf die Frage, ob die hier streitigen Zusatzbedingungen Vertragsbestandteil wurden, ist sodann irrelevant, ob die Rechtsvorgängerin der Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer Jahre später nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit die Prämienbefreiung gewährte. Im Übrigen ist unbestritten, dass dies ohne Anerkennung einer Rechtspflicht geschah, sodass der Beschwerdeführer daraus nichts, namentlich keinen Verstoss gegen Treu und Glauben durch die Beschwerdegegnerin, für sich ableiten kann. Gleiches gilt, wenn er vorbringt, die Beschwerdegegnerin habe zunächst nur den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch Arztzeugnisse verlangt, weshalb es rechtsmissbräuchlich sei, die Fortsetzung der Prämienbefreiung nun zusätzlich vom Nachweis eines Erwerbsausfalls abhängig zu machen. Abgesehen davon trifft dieser Einwand so nicht zu. Wie in E. 3.2.2 oben

ausgeführt, ergibt sich aus dem Schreiben der damaligen Rechtsvorgängerin der Beschwerdegegnerin vom 13. April 2010, dass bereits damals auf beide vorgenannten Voraussetzungen für Versicherungsleistungen hingewiesen wurde. Der Vorwurf des Rechtsmissbrauchs ist unbegründet.

3.4.3. Nicht zu beanstanden ist sodann, dass die Vorinstanz gestützt auf die anwendbare vertragliche Grundlage, namentlich Ziff. 3.4 der Zusatzbedingungen eine eigene, von derjenigen der Sozialversicherungen abweichende Anspruchsbeurteilung vorgenommen hat. Darauf kann grundsätzlich verwiesen werden (oben E. 3.3), da der Beschwerdeführer diese Beurteilung nicht als bundesrechtswidrig ausweist. Seine Verweise auf das Sozialversicherungsrecht gehen an der Sache vorbei. Wie die Vorinstanz zutreffend erwog, sind die sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen auf das vorliegende, privatrechtliche Rechtsverhältnis nicht anwendbar. Massgebend sind primär die vertraglichen Regelungen.

Vor diesem Hintergrund verlangte die Vorinstanz - neben dem Nachweis einer Gesundheitsschädigung mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit - zu Recht den Eintritt eines Erwerbsausfalls resp. Schadens. Dies ergibt sich aus den anwendbaren Versicherungsbedingungen klar. Ebenso verneinte sie einen Erwerbsausfall gestützt auf den willkürfrei erstellten bzw. unbestrittenen Sachverhalt zu Recht. Soweit der Beschwerdeführer eine Anspruchsberechnung nach der gemischten Methode, d.h. unter Einbezug seiner Beeinträchtigung im häuslichen Bereich, verlangt, entfernt er sich vom für das Bundesgericht verbindlichen Sachverhalt, ohne Willkür darzutun. Die Vorinstanz begründete überzeugend, dass sich der Beschwerdeführer - nicht nur im Rahmen des Vertragsschlusses, sondern auch später - als selbständig erwerbend bezeichnete und auf keine (Haupt) -Tätigkeit als Hausmann oder eine diesbezügliche Veränderung im Zeitverlauf hinwies. Da die Behauptung demnach ohnehin nicht zu berücksichtigen ist, kann offen bleiben, ob er sie rechtzeitig vorgebracht hat.

4.
Die Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG). Da die Beschwerdegegnerin nicht durch einen externen Rechtsanwalt vertreten ist, entfällt eine Parteientschädigung.

Demnach erkennt das Bundesgericht :

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2.
Die Gerichtskosten von Fr. 3'500.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien und dem Kantonsgericht St. Gallen, III. Zivilkammer, schriftlich mitgeteilt.