Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess {T 7}
B 3/06

Urteil vom 6. Juni 2006
IV. Kammer

Besetzung
Präsident Ursprung, Bundesrichter Schön und Frésard; Gerichtsschreiberin Fleischanderl

Parteien
Pensionskasse für Gewerbe, Handel und Industrie (PKG), Zürichstrasse 16, 6004 Luzern, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Raetus Cattelan, Zinggentorstrasse 4, 6006 Luzern,

gegen

U._____, 1954, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwältin Heidi Koch-Amberg, Stauffacherstrasse 1, 6020 Emmenbrücke

Vorinstanz
Verwaltungsgericht des Kantons Luzern, Luzern

(Entscheid vom 14. November 2005)

Sachverhalt:
A.
A.a Die 1954 geborene U._____ war ab 18. Januar 1996 bei der Firma T._____ AG als Sortiererin tätig und wurde auf den 15. März 1996 in die Pensionskasse für Gewerbe, Handel und Industrie (PKG) aufgenommen. Am 26. März 1996 hatte sie zuhanden der Vorsorgeeinrichtung einen Gesundheitsfragebogen ausgefüllt, worin namentlich die Fragen, ob irgendeine gesundheitliche Störung oder Behinderungsform bestehe und ob in den letzten zwölf Monaten ärztliche Behandlungen stattgefunden hätten bzw. der Versicherungsnehmer in ärztlicher Kontrolle stehe, verneint worden waren. Seit Mitte Juni 2002 wegen diverser Beschwerden zu 100 % arbeitsunfähig, sprach ihr die IV-Stelle Luzern mit Verfügung vom 3. Dezember 2003 rückwirkend ab 1. Juni 2003 eine ganze Invalidenrente, basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 %, zu.
A.b Die PKG prüfte in der Folge ihrerseits die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch und holte die Akten der Invalidenversicherung sowie Erkundigungen bei ihrem ärztlichen Dienst ein (Stellungnahme des Dr. med. K._____, Spezialarzt Innere Medizin FMH, vom 25. Februar 2003 [samt Berichten des Dr. med. J._____, Allgemeine Medizin FMH, vom 29. November 2002 und 11. Februar 2003]). Mit Schreiben vom 26. Februar 2003 trat sie vom überobligatorischen Vorsorgevertrag zurück, da auf Grund der eingeholten medizinischen Unterlagen ausgewiesen sei, dass U._____ bereits vor der Unterzeichnung des Anmeldeformulars in ärztlicher Behandlung gestanden habe und die entsprechenden Angaben deshalb nicht wahrheitsgetreu erfolgt seien. Am 21. Mai 2004 teilte PKG der Versicherten mit, dass ihr ab 1. Mai 2004 (Ablauf der Krankentaggeldversicherung) eine Rente in Höhe von Fr. 355.- monatlich ausgerichtet werde.
B.
U._____ liess am 2. Dezember 2004 beim Verwaltungsgericht des Kantons Luzern gegen die PKG Klage einreichen und im Wesentlichen beantragen, es sei ihr rückwirkend ab 1. Mai 2004 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % neben den obligatorischen auch überobligatorische Leistungen zuzusprechen. Mit Entscheid

vom 14. November 2005 hiess das kantonale Gericht die Klage gut und verpflichtete die PKG, der Klägerin eine Invalidenrente entsprechend den gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen auszurichten.
C.
Die PKG lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides sei festzustellen, dass im Rahmen der weitergehenden beruflichen Vorsorge kein Anspruch seitens der Klägerin bestehe.

Während U._____ auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen lässt, verzichtet das Bundesamt für Sozialversicherung auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin Anspruch auf Invalidenleistungen aus der überobligatorischen beruflichen Vorsorge hat. Unbestritten ist demgegenüber die Leistungspflicht der PKG im obligatorischen Bereich.
2.
2.1 Nach der Rechtsprechung beurteilen sich die Verletzung der Anzeigepflicht und deren Folgen im Bereich der weitergehenden beruflichen Vorsorge nach den statutarischen und den reglementarischen Bestimmungen der Vorsorgeeinrichtung, bei Fehlen entsprechender Normen analogieweise gemäss Art. 4 ff. VVG. Danach kann die Vorsorgeeinrichtung innert vier Wochen (Art. 6 VVG [in der bis 31. Dezember 2005 in Kraft gestandenen, vorliegend anwendbaren Fassung]; nachfolgend: alt Art. 6 VVG) seit Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung vom Vorsorgevertrag zurücktreten, wobei es sich um eine Verwirkungsfrist handelt, 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. Blosse Vermutungen, die zu grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit drängen, dass die Anzeigepflicht verletzt ist, genügen nicht (BGE 119 V 286 ff. Erw. 4 und 5). In den Urteilen R. vom 17. Dezember 2001, B 69/00, (zusammengefasst in SZS 2005 S. 481 f.), H. vom 26. November 2001, B 41/00, (zusammengefasst in SZS 2005 S. 429) sowie C. vom 30. August 2000, B 68/99, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht
festgehalten, dass der Rücktritt der Vorsorgeeinrichtung vom Vorsorgevertrag bei einer Anzeigepflichtverletzung auf den Zeitpunkt zurückwirkt, in welchem die Aufnahme in die überobligatorische berufliche Vorsorge erfolgte. Die Zulässigkeit des Vertragsrücktritts beurteilt sich nach der Rechtslage, die in jenem Zeitpunkt Geltung hatte (BGE 130 V 11 f. Erw. 2.1).
2.2
2.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat das Anmeldeformular - und damit die Gesundheitserklärung - am 26. März 1996 ausgefüllt. Es ist somit nicht nur die Frage der allfälligen Anzeigepflichtverletzung, sondern auch diejenige des rechtzeitigen Rücktritts der PKG vom (überobligatorischen) Vorsorgevertrag nach dem im Jahre 1996 geltenden Reglement (nachfolgend: Reglement 1996) zu beurteilen. Dieses beinhaltet, wie das kantonale Gericht richtig erkannt hat, - im Gegensatz zu der ab 1. Januar 2002 geltenden Fassung - keine entsprechende Regelung. Es gelangen daher durch Analogieschluss die Art. 4 ff. VVG zur Anwendung, wonach die Vorsorgeeinrichtung innert vier Wochen seit Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung vom Vorsorgevertrag zurücktreten kann.
2.2.2 Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin erst mit dem - durch ihren ärztlichen Dienst, Dr. med. K._____, angeforderten - Bericht des Hausarztes Dr. med. J._____ vom 11. Februar 2003 detailliert über die Anzahl der im Zeitraum vom 23. April 1995 bis 25. März 1996, d.h. ein Jahr vor Ausfüllen des Anmeldeformulars durch die Beschwerdegegnerin, stattgefundenen medizinischen Konsultationen informiert worden war. Die diesbezüglichen Angaben wurden der PKG mit Schreiben des Dr. med. K._____ vom 25. Februar 2003 weitergeleitet, woraufhin diese am 26. Februar 2003 gegenüber der Versicherten den Vertragsrücktritt im überobligatorischen Vorsorgebereich erklärte. Den vorinstanzlichen Erwägungen ist mithin im Ergebnis darin beizupflichten, dass die rückwirkende Auflösung des Vertrages, soweit überhaupt zulässig, grundsätzlich fristgerecht erfolgt ist.
3.
3.1 Laut Ziff. 2.5 des Reglements 1996 müssen Versicherte beim Eintritt in die Vorsorgeeinrichtung auf Anfrage Auskunft über ihren Gesundheitszustand geben. Gemäss Art. 4 VVG, welche Bestimmung nach dem in Erw. 2.2.1 hievor Gesagten analogieweise zur Anwendung gelangt, 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). Die Gefahrstatsachen, auf welche die schriftlichen Fragen des Versicherers in bestimmter, unzweideutiger Fassung gerichtet sind, werden als erheblich vermutet (Abs. 3).
3.2 Gefahrstatsachen sind alle 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. Nach herrschender Lehre und Rechtsprechung weist die Anzeigepflicht des Antragstellers 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. In zeitlicher Hinsicht erstreckt sich die Anzeige- bzw. Nachmeldepflicht auch auf (erhebliche) Gefahrstatsachen, die zwar nach Einreichung des Antrages, aber vor Abschluss des Vertrages entstehen, unabhängig davon, ob die Vertragswirkungen früher oder später einsetzen. Hat der Antragsteller beim Abschluss einer Versicherung eine für ihn erkennbare erhebliche Gefahrstatsache im soeben dargelegten Sinn, nach der er ausdrücklich und in unzweideutiger Art gefragt worden war, unrichtig
beantwortet oder verschwiegen, so steht dem Versicherer nach alt Art. 6 VVG das Recht zu, binnen vier Wochen seit Kenntnis der Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurückzutreten (BGE 116 V 226 f. Erw. 5a mit zahlreichen Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; vgl. auch BGE 118 II 333; SVR 1997 BVG Nr. 81 S. 250 Erw. 3a).
4.
4.1
4.1.1 Die PKG macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe durch Verneinung der im Anmeldeformular (vom 26. März 1996) enthaltenen Fragen "Besteht irgendeine gesundheitliche Störung oder Behinderungsform?" sowie "Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung oder stehen Sie zur Zeit unter ärztlicher Kontrolle?" ihre Anzeigepflicht missachtet. Zum einen habe sie gemäss Schreiben des Dr. med. K._____ vom 25. Februar 2003 (mit Verweis auf die Berichte des Dr. med. J._____ vom 29. November 2002 und 11. Februar 2003) im Jahr vor der Anmeldung - im Zeitraum vom 23. April 1995 bis 25. März 1996 - insgesamt 14 Mal ihren Hausarzt aufgesucht. Des Weitern leide die Beschwerdegegnerin, wie insbesondere dem Austrittsbericht des Kantonsspitals X._____ vom 15. Juli 2002 zu entnehmen sei, ausgewiesenermassen bereits seit 1991 an einer Hiatusgleithernie sowie einer schweren erosiven, teils hämorrhagischen Antrumgastritis und an erheblicher Bulbitis. Im November 1994 sei sie zudem wegen Nephrolithiasis sowie Verdacht auf Hypertonie und Morbus Scheuermann hospitalisiert gewesen. Gemäss eigenen Angaben im Rahmen der IV-Anmeldung vom 3. Februar 2003 stehe sie ferner seit dem 23. April 1995 auf Grund diverser Beschwerden
(Schmerzen, Depression, Blutdruck, Magenprobleme) bei Dr. med. J._____ in Behandlung.
4.1.2 Dem hält die Vorinstanz, namentlich unter Hinweis auf die Lehre (Stauffer, Berufliche Vorsorge, Zürich 2005, S. 129 Rz 350), entgegen, dass die Beschwerdegegnerin bei Arbeitsbeginn im Frühjahr 1996 voll arbeitsfähig und gesund gewesen sei. Das Verschweigen vorheriger Behandlungen könne nicht als Anzeigepflichtverletzung beurteilt werden, da ein missbräuchliches Verhalten bei Vertragsabschluss nicht leichthin angenommen werde. Vorangegangene vorübergehende gesundheitliche Beeinträchtigungen seien nicht als deklarationspflichtig zu werten. Erst wenn Perioden von Arbeitsfähigkeit mit solcher der Arbeitsunfähigkeit abwechselten, bestehe eine Auskunftspflicht.
4.2 Die Beschwerdegegnerin gab in ihrer IV-Anmeldung vom 3. Februar 2003 an, seit 23. April 1995 bei Dr. med. J._____ wegen Schmerzen, Depressionen, Blutdruck- und Magenproblemen in Behandlung gewesen zu sein. Wie Dr. med. J._____ in seinem Bericht vom 29. November 2002 bestätigt, litt die Patientin schon zu Beginn an chronischen Kopfschmerzen, bekannter arterieller Hypertonie und Reflux.
4.2.1 Rechtsprechungsgemäss (SZS 1998 S. 310 f. Erw. 3b mit Hinweisen) gilt insbesondere die arterielle Hypertonie als eine gesundheitliche Störung mit Krankheitswert, die anzeigepflichtig ist. Daran vermag die Tatsache, dass heutzutage viele Leute mit zunehmenden Alter an (pathologischem) Bluthochdruck leiden, nichts zu ändern. Es kann als allgemein bekannt vorausgesetzt werden, dass es sich dabei um eine gesundheitliche Störung handelt, welche sich in vielfältiger Weise negativ auf die Gesundheit auswirkt und von kleineren Un-

pässlichkeiten (wie morgendlichen Kopfschmerzen, Ohrensausen oder Druckgefühl in der Brust) bis hin zu schwersten Erkrankungen (Herzinfarkt, Hirnblutungen etc.) führen kann. Entsprechend wird die Bevölkerung denn auch in Fachkreisen (Arztpraxen, Apotheken) und Medien auf die Folgen dieser gesundheitlichen Beeinträchtigung und wie man dieser begegnet (Medikamentation, Anpassung von Ess- und Lebensgewohnheiten) hingewiesen.
4.2.2 Die Beschwerdegegnerin hätte bei Beantwortung der Frage 2 des Anmeldeformulars (betreffend Vorliegen gesundheitlicher Störungen) deshalb - entgegen der Betrachtungsweise des kantonalen Gerichts - zumindest ihre arterielle Hypertonie erwähnen müssen. Dass die Fragestellung unklar gewesen sei, wird von Seiten der Beschwerdegegnerin zu Recht nicht geltend gemacht und ergibt sich auch nicht aus den Akten. Bei Zweifeln darüber, ob es sich bei ihren Beschwerden um "gesundheitliche Störungen" oder "Behinderungsformen" handelt, wäre die Versicherte im Übrigen gehalten gewesen, sich bei der Vorsorgeeinrichtung über die genaue Bedeutung und die Tragweite der Ausdrücke zu erkundigen (BGE 96 II 212 Erw. 5 mit Hinweis). Diese Mitwirkungspflicht rechtfertigt sich im vorliegenden Fall überdies, weil die Beschwerdegegnerin auf dem Anmeldeformular unter der Rubrik "WICHTIG" darauf hingewiesen worden war, dass die Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten seien und eine Verletzung der Anzeigepflicht die PKG zum Rücktritt vom Vertrag berechtige. Die Beschwerdegegnerin musste sich also beim Ausfüllen des Fragebogens der Konsequenzen einer allfälligen Falschbeantwortung bewusst sein. Mit der generellen Verneinung der Frage hat sie folglich ihre Anzeigepflicht verletzt.
4.3
4.3.1 Dem kantonalen Gericht ist sodann zwar darin beizupflichten, dass nur belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen nicht anzeigepflichtig sind (SVR 1997 BVG Nr. 81 S. 251 Erw. 4b; Stauffer, a.a.O., S. 129 Rz 350). Jedoch gelten in der Praxis sowohl Arztbesuche als auch die Einnahme von allfälligen Medikamenten als grundsätzlich deklarationspflichtig (in SZS 2003 S. 362 f. zusammengefasstes Urteil B. vom 28. Juni 2002, B 60/01, Erw. 3b). Nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch ist unter "ärztlicher Untersuchung" eine über die mit der Behandlung einer Erkältung oder einer anderen trivialen Krankheit verbundene Ermittlung des vorhandenen Krankheitszustandes hinausgehende Untersuchung zu verstehen (BGE 96 II 217 Erw. 8). Der Begriff der "ärztlichen Behandlung" ist demnach extensiver auszulegen als jener der "ärztlichen Untersuchung".
4.3.2 Obwohl die Beschwerdegegnerin im Jahr vor Eintritt in die PKG auf Grund ihrer Beschwerden 14 Mal einen Arzt konsultiert hatte, verneinte sie die Frage 3 des Anmeldeformulars, worin sich die PKG nach allfälligen "ärztlichen Behandlungen" oder "Kontrollen" zwölf Monate vor Eintrittsdatum erkundigte. Die Beschwerdegegnerin bringt vor, dass sie den Arzt aus unterschiedlichen Gründen aufgesucht und, da das Element der Dauerhaftigkeit nicht erfüllt sei, folglich nicht unter ärztlicher Kontrolle gestanden habe. Dem ist entgegenzuhalten, dass eine Person, welche bloss an vorübergehenden Gesundheitsstörungen leidet, nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht 14 Mal während eines Jahres den Hausarzt konsultiert, zumal, wie die Beschwerdeführerin zutreffend festgestellt hat, mehrere dieser Konsultationen im Zusammenhang mit der schwer einstellbaren Hypertonie erfolgt sind. Dem Bericht des Dr. med. J._____ vom 23. Juli 2004 ist ferner zu entnehmen, dass die Patientin vor dem 26. März 1996 lediglich deshalb nur sporadisch ärztlich kontrolliert worden sei, weil sie eine regelmässigere Therapierung abgelehnt habe. Demnach war auch der dazumal behandelnde Arzt der Ansicht, die Beschwerdegegnerin hätte zufolge ihrer Leiden eine eingehendere ärztliche Behandlung benötigt. Überdies kompensierte die Beschwerdegegnerin ihre deutliche arterielle Hypertonie laut Aussagen des Dr. med. S._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, in dessen Bericht vom 11. Dezember 2001 seit Jahren durch Medikamenteneinnahme, womit jedenfalls diesbezüglich nicht von einer vorübergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung die Rede sein kann. Höchstrichterlich ist zudem bereits erkannt worden, dass die Frage "Sind Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt untersucht resp. behandelt worden?" klar und unzweideutig ist. Obwohl bei dieser Fragestellung nicht zwischen psychischen und physischen Leiden differenziert wird, sind dennoch alle Behandlungen und Untersuchungen - auch jene von Spezialärzten - anzugeben (Pra 1999 Nr. 92 S. 510 ff.).

Es erscheint unter diesen Gegebenheiten nachvollziehbar, wenn die PKG geltend macht, sie hätte in Kenntnis der geschilderten Umstände im damaligen Zeitpunkt vor Aufnahme der Beschwerdegegnerin eine Risikobeurteilung vorgenommen. Das Verschweigen der Arztkonsultationen stellt somit eine Anzeigepflichtverletzung dar.
4.4

4.4.1 Das kantonale Gericht hält dem im Weiteren entgegen, auf Grund der ärztlichen Beurteilungen könne die Ursache der nunmehrigen Arbeitsunfähigkeit nicht in den Beschwerden der Jahre 1996 und früher gesehen werden. Vielmehr sei davon auszugehen, dass erst die im Jahre 1998 - und damit während des bereits bestehenden Versicherungsverhältnisses - eingetretene Gesundheitsverschlechterung und die damals erkannten neuen Krankheitsbilder verantwortlich für die aktuelle Invalidität seien. Der Klägerin könne deshalb nicht der Vorwurf einer Auskunftspflichtverletzung gemacht werden.
4.4.2 Gerade der Umstand, dass es insbesondere aus medizinischer Sicht grosse Schwierigkeiten bereitet, einigermassen zuverlässige Kausalketten nachzuvollziehen, ist für das Vorliegen einer Anzeigepflichtverletzung das Bestehen eines Kausalzusammenhangs zwischen der verschwiegenen Gefahrstatsache und dem eingetretenen Schadensereignis nicht erforderlich (Botschaft zum Entwurf des VVG vom 2. Februar 1904, BBl 1904 I 278; BGE 111 II 391 f. Erw. 3a, 109 II 63 f. Erw. 3c). Auch wenn sich die verschwiegene Gefahrstatsache nicht verwirklicht hat und die Invalidität der Versicherten - wie im vorliegenden Fall - möglicherweise auf einer anderen Ursache beruht, hat der Versicherer dennoch ein ihm unbekanntes und infolgedessen unkalkulierbares zusätzliches Risiko getragen und kann das Rücktrittsrecht auch dann geltend machen, wenn sich die versicherte Gefahr nicht verwirklicht hat (Urs Ch. Nef, Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Basel 2001, N 5 ff. zu Art. 6; so jedenfalls nach der bis Ende Dezember 2005 geltenden Rechtslage, anders nunmehr: Art. 6 Abs. 3 VVG in der seit 1. Januar 2006 geltenden Fassung [vgl. auch Nef, a.a.O., N 8 zu Art. 6]).
5.
5.1 Das PKG-Vorsorgereglement 1996 schweigt sich auch über allfällige Folgen einer Auskunftspflichtverletzung aus, sodass alt Art. 6 VVG zur Anwendung gelangt (vgl. Erw. 2.2.1 hiervor). Danach ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden, wenn der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat und der Versicherer innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrage zurücktritt.
5.2 Da, wie bereits in Erw. 2.2.2 hievor dargelegt, die Voraussetzung des fristgemäss erfolgten Vertragsrücktritts durch den Versicherer ebenfalls zu bejahen ist, hat die Beschwerdegegnerin keinen über die obligatorische BVG-Leistungen hinausgehenden Anspruch auf eine reglementarische Invalidenrente aus der weitergehenden beruflichen Vorsorge.
6.
Für das letztinstanzliche Verfahren werden keine Gerichtskosten erhoben (Art. 134 OG). Nach Art. 159 Abs. 2 OG darf im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde obsiegenden Behörden oder mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen werden. In Anwendung dieser Bestimmung haben die Träger der beruflichen Vorsorge grundsätzlich keinen Anspruch auf Parteientschädigung (BGE 126 V 150 Erw. 4a mit Hinweisen). Davon abzuweichen besteht vorliegend kein Anlass.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
In Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Luzern vom 14. November 2005 aufgehoben und es wird die Klage der Beschwerdegegnerin vom 2. Dezember 2004 auf Invalidenleistungen aus der weitergehenden Vorsorge abgewiesen.
2.
Es werden weder Gerichtskosten erhoben noch Parteientschädigungen zugesprochen.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Luzern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.
Luzern, 6. Juni 2006
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der IV. Kammer: Die Gerichtsschreiberin: