

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20140711_d_zh_o_01 vom 11. Juli 2014

FINMA Versicherungsrecht, 2014-07-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20140711_d_zh_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20140711_d_zh_o_01 du 11 juillet 2014

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20140711_d_zh_o_01 del 11 luglio 2014

Erwägungen

E. 1

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG dem VVG. Dazu gehören auch Streitigkeiten aus Krankentaggeldversicherungen nach dem VVG (BGE 138 III 2, 558 E. 2). Die Kantone können gestützt auf Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten in diesem Gebiet sachlich zuständig ist. Im Kanton Zürich liegt die Zuständigkeit beim Sozialversicherungsgericht (§ 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozial-versicherungsgericht, GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach der ZPO, wobei das vereinfachte Verfahren zur Anwendung gelangt (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO) und die Klage direkt beim Sozialversicherungsgericht anhängig zu machen ist (BGE 138 III 558 E. 3.2 und E. 4.6). Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des hiesigen Gerichts zur Beurteilung der eingereichten Klage ist unstrittig gegeben (vgl. Urk. 1 S. 3, Urk. 8 S. 2). 1.2 Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Klage in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). 1.3 Das grundsätzlich anwendbare VVG enthält ausser Art. 87 VVG keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Es sind deshalb vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend, im vorliegenden Fall also die Allgemeinen Bedingungen der Kollektiv-Taggeldversicherung nach VVG, Kategorie PC-M, Ausgabe 1. September 2010 (nachfolgend: AVB; Urk. 9/1 = Urk. 2/9). 1.4 Die vorliegende Kollektivtaggeldversicherung ist als Erwerbsausfallversicherung konzipiert und versichert die wirtschaftlichen Folgen einer Arbeitsunfähigkeit, die unter anderem aus einer Krankheit, einem Unfall oder einer Niederkunft hervorgeht (Art. 1 AVB, Urk. 9/1 S. 1). Im Rahmen des Versicherungsvertrages hat die anspruchsberechtigte Person - in der Regel der Versicherungsnehmer - die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruchs (Art. 39 VVG) zu behaupten und zu beweisen. Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrages regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst der Versicherungsnehmer insofern eine Beweiserleichterung, als er nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Beim Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist verlangt, dass die Möglichkeit, dass es sich auch anders verhalten könnte, zwar nicht ausgeschlossen ist, sie darf aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen (vgl. BGE 130 III 325 E. 3.3).

E. 2

2.1 Die Klägerin machte in ihrer Klage (Urk. 1) geltend, die Beklagte habe es im gesamten fraglichen Zeitraum vom 16. Dezember 2011 bis 4. April 2012 gänzlich unterlassen, sie auf den Art. 12 Ziff. 14 der AVB aufmerksam zu machen und ihr insbesondere unmissverständlich anzudrohen, dass die Krankentaggeldleistungen ohne weiteres verweigert würden, falls keine Arztzeugnisse vorgelegt würden. Es sei auch nie zum Ausdruck gebracht worden, dass aufgrund der fehlenden Zeugnisse Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit bestünden (S. 7 ff. Ziff. 3.2). Dem im vertrauensärztlichen Gutachten vom 5. April 2012 geschilderten Verlauf des psychischen Leidens sei zu entnehmen, dass sie in der fraglichen Zeit nicht arbeitsfähig gewesen sei (S. 6 Ziff. 2.6, S. 9 f. Ziff. 3.3). Aus dem Umstand, dass im besagten Zeitraum keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vorlägen, dürfe nicht auf eine Arbeitsfähigkeit geschlossen werden (Urk. 12 Ziff. 3 lit. a). Eine ein Leistungsverweigerungsrecht nach den AVB auslösende Pflichtverletzung liege nicht vor (Urk. 1 S. 11 Ziff. 3.5; Urk. 12 S. 2 f. Ziff. 3 lit. b). Spätestens nach erfolgtem Übertritt in die Einzelversicherung hätte die Beklagte nicht ohne weiteres davon ausgehen dürfen, dass sie - die Klägerin - mangels fortlaufender Einreichung von Arztzeugnissen nicht mehr arbeitsunfähig sei. Dennoch sei die Beklagte in Missachtung ihrer Kontroll- und Überwachungspflichten während rund eineinhalb Monaten untätig geblieben und habe keinerlei eigene Abklärungen bezüglich ihres Gesundheitszustandes und der Arbeitsunfähigkeit unternommen (Urk. 12 S. 3 f. Ziff. 3 lit. c).

2.2 Die Beklagte begründete die Leistungseinstellung vom 16. Dezember 2011 bis zum 5. April 2012 damit, dass die Klägerin ihre vertraglichen und gesetzlichen Pflichten missachtet habe, da für diesen Zeitraum keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vorlägen. Die Klägerin habe, nachdem sie eine Offerte für den Übertritt in die Einzelversicherung anfangs Dezember 2011 erhalten habe, erst am

E. 6

Februar 2012 darauf geantwortet. Erst am 12. März 2012 habe sie telefonisch erklärt, dass immer noch eine Arbeitsunfähigkeit vorliege (Urk. 8 S. 11 f. Ziff. 7). Art. 12 Ziff. 14 AVB könne klar entnommen werden, dass für eine Taggeldentschädigung einmal pro Monat ein ärztliches Zwischenzeugnis zugestellt werden müsse, welchem eine Arbeitsunfähigkeit entnommen werden könne. Diese Anordnung stelle eine Mitwirkungspflicht der Versicherten dar (Urk. 17 S. 2 oben). Aufgrund der Begutachtung von Dr. A.____ vom 2. November 2011 sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen gewesen, weshalb sie ab diesem Zeitpunkt nicht gehalten gewesen sei, Arztzeugnisse einzufordern. Zudem sei die Klägerin in der streitigen Periode lediglich ein einziges Mal innert Monaten in psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Diese eine Behandlung begründe keine monatelange volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 17 S. 2 Mitte).

2.3 Unbestritten ist, dass die Klägerin über ihre Arbeitgeberin Y.____ AG bei der Beklagten krankentaggeldversichert und nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses am 16. November 2011 rückwirkend per 17. November 2011 als Einzelmitglied in die Taggeldversicherung PC nach VVG eingetreten war (vgl. Urk. 9/28, Urk. 9/32). Unbestritten ist auch, dass die Beklagte vom 18. April bis 15. Dezember 2011 sowie ab dem 5. April 2012 Krankentaggelder ausrichtete. Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Klägerin auf Krankentaggeldleistungen vom 16. Dezember 2011 bis 4. April 2012.

3. 3.1 Vorab zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Klägerin im hier strittigen Zeitraum vom 16. Dezember 2011 bis 4. April 2012 verhält.

3.2 Dr. A.____ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 7. November 2011 (Urk. 9/26) einen Status nach einer Anpassungsstörung und eine längere depressive

Reaktion (ICD-10 F43.21), welche heute remittiert und im Zusammenhang mit einer Gewalterfahrung in der Beziehung aufgetreten seien (S. 5 Ziff. 4.1). Er führte aus, aus psychiatrischer Sicht bestünden keine gesundheitlich bedingten Einschränkungen und es bestehe ab sofort eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Weiter bemerkte er, dass die Klägerin im April 2011 Opfer einer Gewalterfahrung geworden sei, das Trauma jedoch nicht eingehend habe exploriert werden können, was aber für die Beurteilung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung unabdingbar sei. Die Klägerin habe erklärt, dass sie sofort wieder arbeiten könne, wenn ihr Arbeitgeber sie nur lassen würde (S. 5 lit. D). 3.3Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 10. Dezember 2011 (Urk. 9/31) aus, er habe die Klägerin am 22. November 2011 in seiner Sprechstunde gesehen und untersucht. Sie sei schwer traumatisiert und es bestünden Zeichen einer posttraumatischen Störung wie Angstattacken, schwere Schlafstörungen, Paranoia und Gedankenkreisen. Zusätzlich bestehe der Verdacht auf eine beginnende Psychose. Die Darlegungen der Klägerin seien nicht klar nachzuvollziehen und nicht konsistent, was zeitliche Abläufe und äussere Umstände angehe. So seien für ihn die Umstände der angeblichen Untersuchungshaft nicht nachvollziehbar. Auch die äusseren Umstände des schweren Verkehrsunfalls des Partners hätten nicht klar dargelegt werden können. Die Klägerin fühle sich verfolgt und sehe sich als Opfer einer Verschwörung. Mehrfach habe sie berichtet, man habe Drogen in ihrer Wohnung versteckt und anschliessend die Polizei gerufen, um sie zu diskreditieren und sie in polizeilichen Gewahrsam zu bringen. Dr. B.____ führte aus, dass die Klägerin vermutlich an einer Psychose leide, wobei die Diagnose durch einen psychiatrischen Kollegen gestellt werden müsste. Er habe der Klägerin dringend geraten, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben. Für eine fürsorgerische Massnahme habe er keinen Grund gesehen, da weder Suizidalität noch Fremdgefährdung vorgelegen hätten. Die Klägerin sei psychisch so stark alteriert, dass sie aus seiner Sicht auch in den zurückliegenden Monaten sicher nicht arbeitsfähig gewesen sei. Eine psychiatrische Begutachtung und vor allem eine Therapie erschienen dringend notwendig (S. 1). 3.4Dem Schreiben von Dr. C.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. September 2012 (Urk. 2/20) ist zu entnehmen, dass sich die Klägerin vom 23. Februar bis 2. März 2012 bei ihr in Behandlung befand. Sie habe der Klägerin vom 23. bis 25. Februar 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Gesehen habe sie sie leider nur in der ersten Sprechstunde. Am 2. März 2012 sei sie nicht erschienen. Zwischenzeitlich habe noch ein telefonisches Gespräch am 25. Februar 2012 stattgefunden. Diagnostisch sei eine depressive Episode zu vermuten. 3.5Dr. A.____ führte in seinem Gutachten vom 5. April 2012 (Urk. 9/45 = Urk. 2/16) aus, dass ein depressives, ängstliches, zum Teil paranoid psychotisch anmutendes Zustandsbild bestehe. Auf Grund der aktuellen psychischen Gesundheitsstörung bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit. Dr. A.____ führte aus, er könne Fragen zur Wiedereingliederung und zur Prognose in diesem Stadium nicht beantworten (S. 3 unten). Es bestünden gewisse Hinweise auf das Vorliegen eines paranoid psychotischen Zustandsbildes, eine Diagnose nach den Kriterien von ICD-10 könne aber nicht gestellt werden. Die Vorgeschichte mit depressiven Symptomen, Interesselosigkeit, generalisierter Angst und sozialem Rückzug etc. seien im Prinzip vereinbar mit einer Prodromalphase, welche einer beginnenden psychotischen Erkrankung Monate vorausgehen könne. So habe auch der Hausarzt Dr. B.____ in seinem Bericht vom 10. Dezember 2011 den Verdacht auf eine beginnende Psychose geäussert. Als Hauptsymptomatik zeige sich schweres Misstrauen, depressive ängstliche Stimmung und fehlende Krankheitseinsicht. Auf Grund der nur kurzen

Untersuchung und des die Exploration stark erschwerenden Misstrauens könne keine sichere psychiatrische Beurteilung vorgenommen werden. Eine psychiatrische Behandlung wäre dringend indiziert. Eine Arbeitsunfähigkeit bei diesem Zustandsbild sei zurzeit ausgewiesen (S. 4). 4. 4.1Die Beklagte stützte die Einstellung der Leistungen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ vom 7. November 2011 (vorstehend E 3.2), worin die Klägerin kurz vor erfolgter fristloser Kündigung am 16. November 2011 für voll arbeitsfähig beurteilt wurde. Die Beklagte machte geltend, sie habe ab diesem Zeitpunkt ohne weiteres davon ausgehen können, dass die Klägerin wieder arbeitsfähig sei (vorstehend E. 2.2). 4.2Dies trifft in Anbetracht des am 15. Dezember 2011 bei der Beklagten ein-gegangenen Berichts des Hausarztes Dr. B.____ vom 10. Dezember 2011 (vorstehend E. 3.3) indes nicht zu. Dieser berichtete von einem

psychotischen Beschwerdebild, von Verschwörungstheorien und von einer starken psychischen Veränderung der Klägerin. Von einer Arbeitsfähigkeit ging er auch betreffend die vergangenen Monate nicht aus. Die von ihm beschriebene psychotische Entwicklung bestätigte sich denn auch in der Folgebegutachtung von Dr. A.____ vom April 2012 (vorstehend E. 3.5), welcher in Anbetracht des Zustandsbildes der Klägerin ebenfalls von keiner Arbeitsfähigkeit mehr ausging. Es trifft zwar zu, dass sich die Klägerin in dem hier strittigen Zeitraum lediglich im Februar 2012 in fachärztliche Behandlung begeben hat (vgl. Urk. 13/1/1, vorstehend E. 3.4), dies lässt jedoch entgegen der Annahme der Beklagten (Urk. 17 S. 2 unten) keine Rückschlüsse auf eine tatsächlich vorhandene Arbeitsfähigkeit zu. Hinweise, dass in dem Zeitraum zwischen dem Bericht von Dr. B.____ vom Dezember 2011 und der Begutachtung Dr. A.____ im April 2012 tatsächlich eine Arbeitsfähigkeit vorgelegen hätte, finden sich keine. Schon nach am 24. November 2011 erfolgtem Hausbesuch (Urk. 9/27) wurde als Grund der Arbeitsunfähigkeit eine Depression und Hautveränderungen an der Unterlippe mit massiver Schwellung aufgeführt. Die Klägerin habe von einem depressiven Zustand, Schlafstörungen und von Angstzuständen berichtet (Urk. 9/27 S. 2). Die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit wurde als unbestimmt bezeichnet (S. 5 Ziff. 5). 4.3In der Folge erweckte die Klägerin selbst zu keinem Zeitpunkt den Anschein, dass eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden haben soll. In der Anmeldung bei der Invalidenversicherung vom 14. Dezember 2012 (richtig wohl: 2011), welche bei der Beklagten am 27. Februar 2012 einging, gab sie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % an (Urk. 9/35 Ziff. 4.4) und in ihrem Schreiben vom 14. Februar 2012 (vgl. Urk. 9/33/1) führte sie aus, dass sie noch immer ver-suche, mit Hilfe von psychiatrischer Unterstützung die geschehenen Vorkommnisse zu bewältigen und einen baldmöglichen Einstieg ins normale Leben zurück zu finden. Am 12. März 2012 gab die Klägerin auf telefonische Anfrage hin an, dass sie nicht bei der Arbeitslosenkasse gemeldet sei, da weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe. Ihr Zustand habe sich verschlechtert und in einem Nervenzusammenbruch gemündet. Sie sei bei Dr. C.____ (vorstehend E. 3.4) in psychotherapeutischer Behandlung (Urk. 9/37/1). 4.4Nicht haltbar in Anbetracht des Verlaufes seit April 2011 und der medizinischen Aktenlage ist ferner die Aussage der Beklagten, dass im Wesentlichen der Stellenverlust Ursache der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin war und nicht ein psychisches Leiden (vgl. Urk. 17 S. 2 Mitte). Auch darf der Umstand, dass, wie die Beklagte in ihrem Schreiben vom 31. August 2012 (Urk. 9/56 = Urk. 2/7) ausführte, sie das Dossier in der Zeitspanne vom 15. Dezember 2011 bis zum Erhalt des Antrages auf Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung am 1. Februar 2012 nicht weiterbearbeitet habe, nicht zu Lasten der Klägerin gehen. So hatte sie immerhin noch innert der von der Beklagten gesetzten Frist bis 14. Februar 2012 die entsprechende Offerte

angenommen (vgl. Urk. 9/28 S. 2). 4.5 Aufgrund des Gesagten ist davon auszugehen, dass im hier strittigen Zeitraum vom 16. Dezember 2011 bis 4. April 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden hat. 5.

5.1 Rechtsprechungsgemäss wird die Leistungspflicht des Versicherers primär durch den Eintritt des befürchteten Ereignisses ausgelöst (Urteil des Bundesgerichts 4A_397/2009 vom 4. Dezember 2009 E. 3.2), vorliegend also durch die Krankheit, welche ihrerseits die Arbeitsunfähigkeit bewirkte und zum versicherten Erwerbsausfall führte. Wie ausgeführt (vorstehend E. 4.5) wird eine leistungsbegründende Arbeitsunfähigkeit der Klägerin im strittigen Zeitraum bejaht. Die Beklagte berief sich nun auf ein aus Art. 12 Ziff. 14 AVB abgeleitetes Leistungsverweigerungsrecht (vorstehend E. 2.2). 5.2 In Art. 12 Ziff. 14 AVB wird unter dem Titel „Leistungen“ beziehungsweise „Auszahlung“ ausgeführt, dass die Entschädigung der Arbeitsunfähigkeit erst nach Erhalt eines Zwischen- oder Schlusszeugnisses (Wiederaufnahme der Arbeit) erfolgt. Gemäss dieser Klausel muss das Zwischenzeugnis dem Versicherer einmal pro Monat zugestellt werden. Bei Erhalt eines Zwischenzeugnisses wird der Versicherte nur bis zu dem Tag entschädigt, an dem das ärztlich bescheinigte Zeugnis ausgestellt wurde oder längstens bis zum Ende des laufenden Monats. 5.3 Bezüglich der Auslegung des Vertrages ist vorab anzumerken, dass Individualabreden in der Regel vorformulierten Vertragsbestimmungen vorgehen (BGE 93 II 317 E. 4b; 123 III 35 E. 2c/bb; Fuhrer, in: Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, Art. 33 Rz 77 ff.). Im Übrigen sind vorformulierte Vertragsbestimmungen und individuell verfasste Vertragsklauseln grundsätzlich nach den gleichen Regeln auszulegen (vgl. BGE 133 III 675 E. 3.3). Somit bestimmt sich der Inhalt in erster Linie nach dem übereinstimmenden wirklichen Parteiwillen (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Obligationenrecht, OR). Wenn dieser unbewiesen bleibt, sind zur Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens die Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips so auszulegen, wie sie nach den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten (vgl. BGE 133 III 675 E. 3.3; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 5C.271/2004 vom 12. Juli 2005 E. 2). Dabei hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint. Es orientiert sich am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss. Auch dem systematischen Element muss bei der Auslegung breit angelegter allgemeiner Vertragsbestimmungen praxismässig erhebliches Gewicht beigemessen werden. Gleichwohl steht die Auslegung anhand des Wortlauts an erster Stelle (vgl. Urteil des Bundesgerichts 5C.21/2007 vom 20. April 2007 E. 3.1). Immer dann, wenn die übrigen Auslegungsmittel, insbesondere der Vertragszweck, nicht sicher einen anderen Schluss erlauben, hat es beim Wortlaut sein Bewenden (Urteil des Bundesgerichts 5C.87/2002 vom 24. Oktober 2002, E. 2.4.1; vgl. Wiegand, in: Basler Kommentar zum Obligationenrecht I, 4. Auflage, Basel 2007, Art. 18 Rz 30).

Bei vorformulierten Vertragsbestimmungen gelangt zudem die Unklarheitenregel zur Anwendung, sofern die übrigen Auslegungsmittel versagen. Danach sind mehrdeutige Wendungen in vorformulierten Vertragsbedingungen im Zweifel zu Lasten jener Partei auszulegen, welche sie verfasst hat (Urteil des Bundesgerichts 5C.271/2004 vom 12. Juli 2005 E. 2 mit Hinweisen, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 4A_84/2012 vom 29. Juni 2012, E. 4.1 mit zahlreichen Hinweisen). 5.4 Gemäss Ansicht der Beklagten statuiert Art. 12 Ziff. 14 AVB eine Mitwirkungspflicht der Versicherten, weshalb sie sich aufgrund der Pflichtwidrigkeit der Klägerin berechtigt sah, die Taggeldleistungen einzustellen. Aus dem

Wortlaut von Art. 12 Ziff. 14 AVB ergibt sich die Leistungseinstellung als Folge des Nichteinreichens eines Zwischenzeugnisses nicht. Vielmehr knüpfte die Beklagte an den Tatbestand des Nichteinreichens von Arztzeugnissen dieselben Rechtsfolgen, welche für die explizit unter dem Titel „Einschränkung der Versicherungsdeckung“ in Art. 14 Ziff. 3 AVB geregelten Tatbestände vorgesehen sind. Nach Art. 14 Ziff. 3 AVB können Leistungen unter anderem verweigert werden, wenn die versicherte Person beispielsweise absichtlich eine unwahre Anzeige einer Gesundheitsschädigung tätigt (lit. b), bei Teilnahme an Schlägereien und Raufereien, in die mindestens zwei oder mehrere Personen verwickelt sind, bei Kriegs- und Terrorakten sowie bei Ausübung eines vorsätzlichen Verbrechens oder Vergehens oder dem Versuch dazu (lit. d) und auch, wenn der Versicherte sich weigert, den Anordnungen des Versicherers Folge zu leisten, insbesondere sich von einem vom Versicherer bezeichneten Experten untersuchen zu lassen (lit. k). Eine das Leistungsverweigerungsrecht der Beklagten auslösende Handlung im Sinne von Art. 14 Ziff. 3 AVB liegt nicht vor, zumal Art. 14 Ziff. 3 AVB das Nichtvorlegen von ärztlichen Zwischenzeugnissen nicht als expliziten Grund für eine Leistungsverweigerung nennt. Die in Art. 14 Ziff. 3 AVB genannten Gründe, welche eine Leistungsverweigerung rechtfertigen würden, erscheinen bei weitem gewichtiger. Auf die in Art. 14 Ziff. 3 lit. k genannte Sanktionierung im Falle der Weigerung der Klägerin, sich von einem von der Beklagten bezeichneten Experten untersuchen zu lassen, wies die Beklagte denn auch explizit in den entsprechenden Schreiben vom 26. und 27. Juli 2011 (Urk. 9/10-11), vom 10. und 31. August 2011 (Urk. 9/12, Urk. 9/16), vom 4. Oktober 2011 (Urk. 9/19), vom 13. März 2012 (Urk. 9/39 = Urk. 2/11) und vom 2. April 2012 (Urk. 9/44 = Urk. 2/15) hin. Da somit triftige Gründe vorliegen, allfällige in anderen Artikeln statuierte Pflichten nicht ohne Weiteres mit den in Art. 14 AVB festgehaltenen Folgen zu sanktionieren, legt auch die systematische Auslegung der AVB die Folge der Leistungsverweigerung bei Nichtvorlage eines Zwischenzeugnisses nicht nahe. Dass die Beklagte beabsichtigte, dieselbe Rechtsfolge auch an das Nichteinreichen von Zwischenzeugnissen zu knüpfen, ist ferner keinem der im strittigen Zeitraum an die Klägerin gerichteten Schreiben zu entnehmen. Mit Schreiben vom 7. Dezember 2011 (Urk. 9/29) wurde die Klägerin auf ausstehende Dokumente, aber nicht explizit auf fehlende Arztzeugnisse aufmerksam gemacht, und lediglich ausgeführt, dass derzeit betreffend die Übernahme der Arbeitsunfähigkeit keine Stellung genommen werden könne. Am 9. Februar 2012 (Urk. 9/32/1-2 = Urk. 2/4) wies die Beklagte erneut auf die ausstehenden Dokumente hin und fügte an, dass auch die weiteren Arztzeugnisse zuzustellen seien. Sofern diese nicht bis spätestens am 24. Februar 2012 erhalten würden, werde das Taggeldossier sowie die Versicherungsdeckung definitiv per 16. November 2011 geschlossen und keine weiteren Leistungen mehr erbracht. Auch dieser Formulierung ist nicht zu entnehmen, dass das Nichtvorlegen von Zwischenzeugnissen zur Leistungseinstellung führt. Gleiches ist in Bezug auf die Schreiben der Klägerin vom 13. Februar 2012 (Urk. 9/32/3-4) und vom 12. März 2012 (Urk. 9/38 = Urk. 2/6) zu sagen. So wurde die Klägerin mit letzterem Schreiben lediglich aufgefordert, die einmal monatlich ausgestellten Arztzeugnisse ab 16. Dezember 2011 bis 20. März 2012 zuzustellen. Erst im Schreiben vom 4. Juni 2012 (Urk. 9/47 = Urk. 2/18) wurde ausdrücklich festgehalten, dass, nachdem der Klägerin am 12. März 2012 mitgeteilt worden sei, dass sie die ausstehenden Zeugnisse ab 16. Dezember 2011 einreichen solle und dies nicht geschehen sei, für die Zeitspanne vom 16. Dezember 2011 bis 4. April 2012 keine Leistungen erbracht würden.

5.5 Da sich ein Leistungsverweigerungsrecht der Beklagten folglich weder aus den AVB ergibt, noch die Klägerin vorab ausdrücklich auf diesen Rechtsnachteil hingewiesen wurde,

ist die Leistungsverweigerung im vorliegenden Fall nicht gerechtfertigt. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 5.6Die Klägerin beantragte für den Zeitraum vom 16. Dezember 2011 bis 4. April 2012 die Zusprache von 111 Krankentaggeldern à Fr. 145.35, mithin den Gesamtbetrag von Fr. 16'133.85, zuzüglich Zins zu 5 % seit dem

E. 9

Februar 2012 (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1). Angesichts der in diesem Zeitraum bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 4.5), des unstrittig gebliebenen Erwerbsausfalls und der vereinbarten Taggeldhöhe von Fr. 145.35 (Urk. 9/2) hat die Beklagte der Versicherten den Betrag von Fr. 16'133.85 zuzüglich Zins zu 5 % seit dem 9. Februar 2012 (mittlerer Verfall) auszurichten. 6.Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Antrags- und ausgangsgemäss hat die obsiegende Klägerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche in Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses mit Fr. 2'800.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bemessen ist. Die Einzelrichterin erkennt:

1.In Gutheissung der Klage wird festgestellt, dass für die Zeit vom 16. Dezember 2011 bis 4. April 2012 ein Anspruch der Klägerin auf Krankentaggeldleistungen im Gesamtbetrag von Fr. 16'133.85 besteht, zuzüglich Zins zu 5 % ab 9. Februar 2012. 2.Das Verfahren ist kostenlos. 3.Die Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.Zustellung gegen Empfangsschein an: Rechtsanwalt Thomas Spörli Mutuel Assurances SA Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA 5.Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG). Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Be-weismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der EinzelrichterinDie Gerichtsschreiberin SagerSchucan

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.