

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20150618_d_bl_o_01 vom 18. Juni 2015

FINMA Versicherungsrecht, 2015-06-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20150618_d_bl_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20150618_d_bl_o_01 du 18 juin 2015

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20150618_d_bl_o_01 del 18 giugno 2015

Erwägungen

E. 3

Vorliegend beantragt der Kläger die Ausrichtung von Krankentaggeldern für 701 Tage für die Zeit ab dem 20. Dezember 2010. Dieser Anspruch ist nachstehend zu prüfen.

E. 4

Zunächst ist darzulegen, unter welchen Voraussetzungen der Versicherte gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Taggeld hat.

E. 4.1

Da das VVG ausser in Art. 87 keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld enthält, sind die vertraglichen Versicherungsvereinbarungen massgebend. Gemäss vorliegen- der Versicherungspolice hat die B.____ mit der Arbeitgeberin des Klägers eine Krankentaggeld- versicherung abgeschlossen. Die Versicherungsleistung besteht in der Ausrichtung von Tag- geld bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 2 AVB). Krankheit ist jede Beeinträch- tigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 AVB). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geisti- gen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Nach 3 Monaten Arbeitsunfähigkeit wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 16 AVB).

Leistungsvoraussetzung ist eine ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit von min- destens 25% (Art. 13 AVB). Sofern ein in seinem angestammten Beruf arbeitsunfähiger Versi- cherter nicht innerhalb des Betriebs eingegliedert werden kann, ist er gehalten, innert 3 Mona- ten Arbeit in einem anderen Erwerbszweig zu suchen und sich bei der Invaliden- und Arbeitslo- senversicherung anzumelden (Art. 57 AVB).

E. 4.2

Vorliegend hat die C.____ in Basel mit der Beklagten am 10. März 2010 eine Kollektiv- Krankentaggeldversicherung mit Beginn ab 7. Februar 2010 abgeschlossen. Am 17. November 2010 hat der Kläger mit entsprechendem Formular der B.____ die Beendigung des Arbeitsver- hältnisses mit seiner Arbeitgeberin per 30. November 2010 bekanntgegeben und dabei ange- geben, dass er an einer Weiterführung der Versicherung interessiert sei und deshalb eine un- verbindliche Offerte für eine Einzelversicherung wünsche. In der Folge hat die B.____ dem Klä- ger am 8. Dezember 2010 eine Offerte für den Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung zuge- stellt und den entsprechenden Versicherungsantrag beigelegt, mit dem Hinweis, dass bei einer fehlenden Reaktion bis zum 28. Februar 2011

das Übertrittsrecht verfallende. Die B. ___ hat den Kläger im Schreiben vom 8. Dezember 2010 darüber aufgeklärt, dass er bis zum Austrittsdatum im Krankheitsfall gegen Lohnausfall durch die Versicherung des Arbeitgebers geschützt sei. Mit Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten bestehe eine Versicherungslücke für künftige Krankheiten.

E. 4.3

Ob in der Folge ein Übertritt in die Einzelversicherung zustande gekommen ist, ist insofern unklar, als dass die B. ___ in ihrer Klagantwort zunächst auf Seite 3 unter Ziffer 1 ausführt, dass der Kläger per 30. November 2010 in die Einzelversicherung übergetreten sei, auf Seite 5 unter Ziffer 5 aber anmerkt, dass eine Einzelversicherung nicht abgeschlossen worden sei bzw.

Seite 6

<http://www.bl.ch/kantonsgericht> dass dafür jedenfalls keine Prämien eingegangen seien. Der Kläger, der für die anspruchsbegründende Tatsache des Übertritts beweispflichtig ist, wurde durch das Kantonsgericht mit Schreiben vom 26. März 2015 aufgefordert, einen Nachweis über den Abschluss des Einzelversicherungsvertrages bzw. Belege über die Leistung der entsprechenden Prämien zu erbringen. Der Kläger hat in diesem Zusammenhang lediglich eine nicht unterschriebene Kopie des Versicherungsantrags und das entsprechende Begleitschreiben der B. ___ eingereicht, womit einzig nachgewiesen ist, dass die Beklagte ihrer Pflicht, auf die Möglichkeit des Übertritts und die entsprechende Frist hinzuweisen, nachgekommen ist. Dass die Einzelversicherung abgeschlossen wurde, ist damit aber nicht bewiesen. Im Weiteren hat der Kläger auch keine Belege über entsprechende Prämienleistungen eingereicht. Auch die Hauptverhandlung hat in dieser Hinsicht zu keinen weiteren Erkenntnissen geführt. Die Vertreterin der Beklagten bestätigte lediglich, dass die Offerte nicht retourniert wurde und dass keine Prämien eingegangen seien.

E. 4.4

Der Kläger hat das Arbeitsverhältnis per 30. November 2010 aufgelöst und hat den damit verbundenen Austritt aus der Versicherung der Arbeitgeberin auf diesen Zeitpunkt hin der Beklagten bekanntgegeben, so dass gemäss AVB der Versicherungsschutz unter Vorbehalt des Übertritts in die Einzelversicherung per 30. November 2010 weggefallen ist (vgl. Art 42 AVB). Nachdem ein Übertritt in die Einzelversicherung – wie soeben dargestellt – vom Kläger nicht nachgewiesen werden konnte, ist davon auszugehen, dass ab dem 1. Dezember 2010 kein Versicherungsschutz mehr vorgelegen hat und somit kein Anspruch auf Krankentaggeld besteht.

5.1 Da die Beklagte in ihrer Klagantwort betreffend den Übertritt des Klägers in die Einzelversicherung widersprüchliche Angaben gemacht hat und einerseits ausführt, dass keine Einzelversicherung abgeschlossen wurde und andererseits argumentiert, es seien keine Prämien eingegangen, ist vorliegend dennoch auf die in der Klagantwort von der Beklagten vorgetragenen Argumente einzugehen. Dies da Nichtbezahlung der Prämien anders zu beurteilen ist als ein nicht erfolgter Übertritt in die Einzelversicherung. 5.2 Wird – wie von der Beklagten selber auf Seite 3 in Ziffer 1 der Klagantwort ausgeführt – von einem Übertritt des Klägers in die Einzeltaggeldversicherung ausgegangen, so hat die Beklagte nicht nachgewiesen, dass sie den Kläger zur Zahlung der Prämien für die Einzeltaggeldversicherung schriftlich abgemahnt und ihm die Säumnisfolgen angedroht hat. Art. 74 AVB sieht aber vor, dass bei nicht termingerechter Entrichtung der Prämie der Versicherte unter

Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich zur Zahlung der ausstehenden Prämie innert 14 Tagen aufzu- fordern sei. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht der Beklagten für Krankheitsfälle, die nach Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Zahlung der Prämien samt Zinsen und Kosten eingetreten sind.

5.3 Wie sogleich zu zeigen sein wird, wäre die Klage auch dann abzuweisen, wenn angenommen würde, dass ein Übertritt in die Einzelversicherung erfolgt ist und die Beklagte den Kläger für die ausstehenden Prämien ungenügend gemahnt hat und zwar aufgrund der eingetretenen Verjährung einerseits und der nicht nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit des Klägers andererseits.

Seite 7

<http://www.bl.ch/kantonsgericht> 5.4 Der maximale Taggeldanspruch beträgt gemäss Versicherungspolice 720 Tage inklusive 30 Wartetage. Entsprechend der Abrechnung der B.____ vom 29. Dezember 2010 wurden dem Kläger nach Anrechnung der Wartefrist von 30 Tagen für die Zeit vom 1. November 2010 bis am 19. Dezember 2010 Taggeldleistungen für 19 Tage ausbezahlt. Die Beklagte wendet nun zu Recht ein, dass von den maximal noch möglichen 671 Taggeldern 512 Leistungstage bei Ein- reichung der Klage am 16. Mai 2014 bereits verjährt seien. Forderungen aus dem Versiche- rungsvertrag verjähren gemäss Art. 46 Abs. 1 VVG innert 2 Jahren. Kann der Versicherte fort- laufend die Leistung von Taggeldern verlangen, verjähren diese mit der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit und dem Ablauf der Wartefrist nicht gesamthaft, sondern einzeln ab dem Tag, für den sie beansprucht werden (BGE 139 III 418, E. 3 und 4). Sämtliche Taggeldforderun- gen, die bei der Klaganhebung am 16. Mai 2014 schon älter als zwei Jahre waren, sind daher verjährt. Dies betrifft Taggeldleistungen für 512 Tage.

5.5 Betreffend die 159 Taggelder für die Zeit ab 16. Mai 2012, welche noch nicht verjährt sind, ist deshalb zu prüfen, ob eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit des Klägers vorliegt. Voraussetzung für eine mögliche Leistungspflicht der Beklagten ist der Nachweis einer Arbeits- unfähigkeit zwischen dem 16. Mai 2012 und dem 22. Oktober 2012 (Ablauf 720 Tage).

5.6.1 Dr. D.____ untersuchte den Kläger am 15. Dezember 2010 und erstattete am 22. De- zember 2010 ein rheumatologisches Gutachten. Er stellte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein unspezifisches Zerviko- und Lumbovertebralsyndrom bei unauffälligem MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) und der Iliosakralgelenk (ISG) sowie diskrete degenerative Veränderungen im Bereich der LWS und Halswirbelsäule (HWS). Dr. D.____ erachtete deshalb den Kläger in seiner angestammten Tätig- keit als Wirt in einem Restaurant als voll arbeitsfähig.

5.6.2 Im Bericht des E.____Spitals Basel vom 13. Januar 2011 wird ausgeführt, dass der Klä- ger zu 100% arbeitsfähig sei.

5.6.3 Mit Schreiben vom 9. März 2011 bestätigte Dr. F.____, FMH Psychiatrie und Psychothe- rapie, dass sich der Kläger seit dem 24. Januar 2011 wegen eines chronischen Schmerzsyn- droms mit konsekutiv erfolgter depressiver Entwicklung in seiner Behandlung befinde und bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig sei.

5.6.4 Die Beklagte gab bei Dr. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatri- sches Gutachten in Auftrag, welches am 30. Mai 2011 erstattet wurde. Dieser führte aus, dass keine schwerwiegenden depressiven Symptome, die eine weitere Arbeitsunfähigkeit

begründen würden, vorlägen. Die ursprüngliche Tätigkeit könne der Kläger aus psychiatrischer Sicht durchaus wieder aufnehmen.

5.6.5 Dr. F.____ führte in einem Schreiben vom 23. Mai 2013 aus, dass er dem Kläger bereits am 13. Oktober 2010 (recte wohl 2011) erklärte, dass aus seiner Sicht keine vollschichtige Arbeitsunfähigkeit mehr konstatiert werden könne.

Seite 8

<http://www.bl.ch/kantonsgericht> 5.6.6 Für die vorliegend fragliche Zeitspanne vom 16. Mai 2012 bis zum 22. Oktober 2012 ist in den Akten einzig ein Bericht des H.____ vom 5. Juni 2012 zu finden. In diesem Bericht wird der Kläger für leichte Arbeiten als zu 100% arbeitsfähig erachtet. Ob es sich bei der bisherigen Tätigkeit um eine leichte Tätigkeit handelt, ist den Akten nicht zu entnehmen. Jedoch wäre der Kläger, wenn die angestammte Arbeit als Gastwirt nicht als leichte Arbeit einzustufen wäre, bis zu diesem Zeitpunkt gemäss Art. 16 und 57 AVB – auch unter Berücksichtigung einer allfälligen Übergangsfrist – verpflichtet gewesen, eine Arbeit in einem anderen Erwerbszweig zu suchen (siehe E.4.1 hiervor).

5.7 Der Kläger hat keine ärztlichen Berichte eingereicht, die die genannten Berichte in Zweifel ziehen könnten. Gestützt auf die medizinischen Unterlagen, die ein einheitliches Bild abgeben und auf die deshalb vorliegend abzustellen ist, ist eine Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 16. Mai 2012 bis zum 22. Oktober 2012 nicht rechtsgenügend belegt. Insbesondere ist auch keine durchgehende Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. November 2010 ärztlich bestätigt. Folglich konnte für die Zeitperiode, für welche die Anspruchsverjährung noch nicht eingetreten ist, der erforderliche Nachweis der Arbeitsunfähigkeit des Klägers nicht erbracht werden. Ob es sich bei den Beschwerden des Klägers um einen oder mehrere Krankheitsfälle handelt, kann deshalb offengelassen werden.

5.8 Selbst wenn von einem gültig erfolgten Übertritt in die Einzelversicherung auszugehen wäre, müsste daher die Leistungspflicht der Beklagten verneint werden. Daraus folgte, dass auch ab dem 16. Mai 2012 kein Anspruch des Klägers auf Krankentaggeld besteht.

E. 6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Kläger den Nachweis des Übertritts in die Einzelversicherung der Beklagten nicht erbringen können. Selbst bei Annahme eines gültigen Übertritts in die Einzelversicherung der Beklagten wäre ein Teil der Forderung bereits verjährt und es läge für den noch nicht verjährten Teil keine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit des Klägers vor, weshalb kein Anspruch auf Krankentaggeld besteht. Die Klage ist deshalb abzuweisen.

E. 7

Es bleibt über die Kosten zu entscheiden. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist gemäss Art. 114 lit. e ZPO für die Parteien kostenlos. Von der Erhebung von Verfahrenskosten ist deshalb abzusehen. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

Demgemäss wird e r k a n n t :

://: 1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Seite 9

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

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